

## COMMENTO AL LAVORO DI DOMINIQUE SCARFONE

### “L’esame di realtà: una storia d’amore”

*Tommaso A. Polisenò*

Nel suo lavoro, con grande onestà intellettuale, Scarfone ci invita a mantenere coraggiosamente il contatto con la “verità” della paziente, quando: “...dichiara che *sa* che l’avete presa in trattamento perché voi siete innamorati di lei.”. Propongo di orientare la riflessione verso i problemi causati nel terapeuta dal contatto con la *verità* del paziente, verità difficile che può suscitare il sentimento di essere come “incorporato” nel suo mondo interno, nel suo sistema “delirante” e quindi sul duro lavoro necessario per non allontanarsi difensivamente da quanto *delira* nel paziente, e tuttavia appartiene al nucleo della sua sofferenza.

Ma qui, a mia avviso, si impone una particolare “realtà” affettiva: la paziente è certa di conoscere i nostri pensieri più segreti, le nostre intenzioni nascoste. Forse proverà tutte le strategie per farci ammettere il nostro amore. Ma, si può anche pensare che qualcosa del nostro modo di proporci alla paziente è stato carpito, incluso e trasformato nel suo mondo interno, qualcosa che altrimenti chiameremmo disponibilità, interesse, ascolto (il nostro stesso transfert verso la paziente – direbbe Resnik) è stato trasformato in desiderio e innamoramento.

Paul Williams nel suo articolo “*Incorporazione di un oggetto invasivo*”<sup>1</sup> illustra come l’esperienza invasiva si manifesti nella situazione psicoanalitica, nel transfert e nel controtransfert. Egli sostiene che questa forma estremamente complessa di interazione precoce tra soggetto e oggetto (che precede la differenziazione dello psicosoma) si riscontra più comunemente in individui con gravi disturbi di tipo narcisistico, e fa alcune riflessioni sull’origine dei fenomeni invasivi.

Del primo dei due pazienti presentati nel suo articolo, dice: “Avevo la sensazione che si sforzasse di essere un analizzando “modello”. Il suo bisogno di controllare l’analisi, in modo sottile e diplomatico, si palesò con evidenza, come pure l’angoscia intensa provata quando non si sentiva in controllo della situazione. Commentò che il controllo che esercitava nella sua fantasia si incentrava sui miei pensieri, ma non era chiaro perché provasse tale bisogno.”.

La paziente che “*sa*” che noi siamo innamorati di lei evoca la stessa situazione, descritta sopra, di sottile controllo dei nostri pensieri, attraverso l’ingaggio amoroso piuttosto che l’ingaggio intellettuale messo in atto dal paziente di Williams. Potremmo interrogarci se l’analisi come luogo “amoroso” non mascheri il luogo di una possibile esperienza invasiva di annichilimento.

La seconda illustrazione clinica è di una paziente chiaramente psicotica che affrontando nei primi anni di analisi la dipendenza dal terapeuta: “Dopo essersi lamentata di subire abusi manifestò ella stessa comportamenti abusanti nei miei confronti e nei confronti dell’analisi”.

Anche se questo caso è molto più drammatico di quello accennato da Scarfone, tuttavia suggerisce ulteriori amplificazioni sul tema dell’invasività di un oggetto incorporato imitativamente e quindi “delirante”, che oltre alla possibile devastazione interna del paziente, potrà anche agire sull’analista con un tentativo di colonizzazione dei suoi stati interni, attraverso quella che Racamier chiama iniezione proiettiva. Così forse ci troveremo a combattere con il dubbio di poter essere in qualche modo “abusanti” verso il paziente o che appunto il paziente stesso stia abusando di noi.

Dunque nei pazienti con gravi disturbi narcisistici è sì possibile osservare i fenomeni clinici legati all’incorporazione di un oggetto invasivo, ma anche dovremmo porre maggiore attenzione a quanto accade nella mente del terapeuta, messa a repentaglio dall’invasione di questi nuclei psicotici per la

---

<sup>1</sup> Paul Williams (2004). *Incorporation of an invasive object*. International Journal of Psycho-Analysis, 85:1333-1348  
Rivista internazionale di psicoterapia e istituzioni – numero 9 – copyright©2005

via del proprio transfert sul paziente, del suo investimento e del suo interesse professionale. Personalmente ritengo possibile che le osservazioni cliniche di Williams, possano essere utilizzate anche a *rovescio* per descrivere quanto accade nella mente del terapeuta, producendo in lui sofferenza e possibili agiti.

La dinamica creata dalla possibile “invasione” nella nostra mente di nuclei psicotici è particolarmente complessa.

Con l'espressione “incorporazione di un oggetto invasivo”, Williams intende l'introiezione primitiva di alcuni aspetti di un oggetto che genera nel soggetto un'esperienza di inondazione, vissuto che può scatenare disturbi di personalità. Questa forma di “proto-identificazione” si manifesta nella prima infanzia e deriva dall'interazione precoce tra neonato e oggetto e - aspetto cruciale - dal mancato contenimento e dal fallimento della funzione alfa materna (Bion, 1962).

Un introietto primitivo sembra essersi installato nella mente e nel corpo di questi pazienti ed essi lo considerano appartenente al loro sistema di autorappresentazione. Nel contempo, tale introietto è vissuto come presenza concreta di un “*corpo estraneo*” dentro di loro. L'esperienza di qualcosa che non è parte del Sé, eppure è confuso con il Sé, può determinare non solo un conflitto psichico ma anche stati mentali incompatibili o “*eterogenei*” (D. Quinodoz, 2001). Quinodoz, alla stregua di Green, denota la “eterogeneità”, come il prodotto di una costituzione eterogenea dell'Io, (Green, 1993).

La condizione eterogenea è all'origine della confusione intrapsichica dei pazienti e sembra avere delle implicazioni sia nelle loro modalità relazionali sia nei loro processi di pensiero.

Ma stati di confusione intrapsichica sono appunto frequentissimi anche nei terapeuti che trattano questi pazienti gravi. Coloro che sono costretti a espellere stati mentali intollerabili spingono la mente dell'altro a misurarsi con ciò che la mente dell'oggetto invasivo non può affrontare.

L'individuo che ha incorporato un oggetto invasivo si sentirà instabile, svuotato di significato personale e assorbito o tormentato da percezioni corporee non identificabili. Questi stati del Sé possono essere accompagnati da sensazioni dolorose di essere controllati, posseduti, infermi o malati. Durante l'analisi la nevrosi di transfert può giungere a somigliare alla psicosi: il paziente è in grado, di pensare soltanto in modo intermittente ed è propenso a un'interazione che riflette dinamiche invasive. Simili pazienti non sono sicuri della propria identità e, in condizioni di stress, possono comunicare per procura attraverso il loro corpo.

Se consideriamo il Sé come un'acquisizione evolutiva derivante dal bisogno del neonato di rappresentare mentalmente gli stati interni, utilizzando la mente di un altro, il riconoscimento dell'intenzionalità della figura di accadimento permette al bambino di stabilire una rappresentazione interna di sé come essere veramente separato e dotato di intenzionalità. La qualità dell'immagine del neonato, in quanto essere dotato di intenzionalità, nella mente del *caregiver* è cruciale per la formazione di questa rappresentazione. Se l'accudimento viene meno al compito di contenimento e riflette le esperienze e le angosce del bambino senza elaborazione, sarà interiorizzata una erronea rappresentazione del bambino corrispondente alla capacità rappresentazionale parziale o distorta dell'altro.

In quanto *caregiver's* la nostra esperienza interna del paziente costituisce una fonte di informazione insostituibile nel processo terapeutico, e di noi il paziente legge continuamente l'intenzionalità conscia e inconscia. L'analisi del controtransfert in questa ottica assume una importanza cruciale nel trattamento dei pazienti gravi, ma ne va considerata a mio avviso la qualità psicotica attivata dai fenomeni di intrusione più o meno massiva o discreta delle identificazioni intrusive del paziente. Considerato da questo punto di vista il controtransfert, nelle situazioni di trattamento dei pazienti più gravi, dovrebbe trovare tecniche, modalità e luoghi di elaborazione più idonei alla materia incandescente con cui viene impastato. Ritengo che solo il setting del lavoro gruppale tra colleghi risponda a questa necessità, in quanto permette di tentare di rendere pensabile quanto si propone in noi come impensabile, attraverso la condivisione e l'uso tra pari della comune *attività onirica della veglia*. Dunque credo che il lavoro di Scarfone indirettamente valorizzi anche questa prospettiva di bonifica del controtransfert funzionale al mantenimento dell'esame di “realtà”.

## *Bibliografia*

- Bion W.R. (1962) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma 1970  
Freud S. (1900), *The interpretation of dreams*, SE 4-5 tr. it. L'interpretazione dei sogni, OSF 3  
Green A. (1993), *Il lavoro del negativo*, Borla, Roma 1996  
Quinodoz D. (2001) *The Psychoanalyst of the future: Wise enough to dare to be mad at times*, Int. J. Psychoanal., 82; 235-48