

di Federica Biolzi

Il recente libro di Clara Mucci, *Corpi borderline*, è un testo complesso e ricco di spunti e approfondimenti. Il tema della regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità è, per operatori, studiosi e non, affascinante, per alcuni versi suggestivo. Proprio per questo, alla professoressa Mucci abbiamo chiesto qualcosa in più di una semplice intervista. Proponiamo ai lettori di Exagere questo dialogo lungo e articolato che ci aiuta a comprendere e, soprattutto, a interrogarci.

- Nel suo prezioso volume lei mette in evidenza, come indicato nella prefazione curata da Allan N. Schore, come le psiconeuropatogenesi siano legate, in qualche modo, all'intersoggettività, alla relazione. È un concetto certamente affascinante, ma come avviene in realtà? Attraverso quali meccanismi?

- Basta studiare i primi due anni di vita del bambino, cercare di capire come si sviluppa, prima l'emisfero destro (che prevale nel primo anno e mezzo di vita, ed è quello più affettivo, globale, che in futuro darà la connotazione emotiva generale degli eventi e delle esperienze), poi quello di sinistra, che diventa dominante dopo il secondo anno: nessun cervello si forma da solo, perché si formino cellule, assoni, neuriti, dendriti, mielina e così via, ci vuole la giusta stimolazione dell'ambiente.

- E da cosa è fatto l'ambiente?

Per un feto, è il ventre della madre; per il bambino dopo la nascita, è la relazione con uno (o più) caregiver. La crescita del soggetto si sviluppa grazie ad una costante sintonizzazione dell'emisfero destro della madre con quello destro del bambino, specie nel primo anno e mezzo di vita, e questa sintonizzazione fatta non solo di onde cerebrali ma di sguardo, tocco, tatto, accudimento fisico, scambio verbale o prosodico, espressioni facciali, sorriso, insomma tutto quello che Trevarthen chiama "protoconversazione", questi scambi relazionali fondamentali sono il nutrimento neuropsicobiologico della crescita del bambino, che regoleranno l'intelligenza emotiva e sociale e poi in seguito cognitiva, l'autostima, la capacità di collegamento con l'esterno, la fiducia o la paura o la persecutorietà, tutto quello che c'è nello scambio con l'altro incide in modo complesso su tutto il sistema neurobiologico, a partire da quelle prime fondamentali "impressioni" o imprinting nel cervello, nel corpo (che non è diverso dal cervello, noi siamo mente-corpo-cervello allo stesso tempo). Il cervello è la mente futura, ma è anche corpo, è biologia, è regolazione affettiva e ormonale di tutto l'ambiente che crea il tessuto delle esperienze umane che si sedimentano nella personalità e nelle caratteristiche dell'individuo, la base anche della sua salute. Basta studiare Allan Schore, Cozolino, Emde, Trevarthen, Sroufe, Beebe e Lachman, sia neuroscienziati delle relazioni primarie che studiosi e clinici della infant observation o delle scienze dello sviluppo e della psicoanalisi relazionale e intersoggettiva: l'individuo nasce da quegli scambi, nessun essere umano (né alcun animale) si può formare al di fuori di questo sistema relazionale diadico (soprattutto) e collettivo.

- Ci parli di qualcuno di questi interessanti studi

- Negli anni 40, bambini tenuti in orfanotrofi americani (sono gli studi di Renè Spitz) anche se materialmente nutriti, ma senza vero contatto umano, si ammalavano e a volte morivano di "infezioni". Oggi sappiamo che le traumatizzazioni precoci come queste, con gravi deprivazioni alla nascita o perfino nel feto, e con successiva dissintonia tra caregiver e bambino (cioè madri che non ce la fanno ad accudire in modo costante e sensibile il

piccolo, sia perché a loro volta traumatizzate, malate, depresse, dipendenti da droghe o in grave situazione di stress) creano eccessi di cortisolo che impattano il sistema HPA (ipotalamo ipofisi surrene) che regola una serie di ormoni e neuropeptidi che alla lunga portano a indebolire il sistema immunitario per cui il piccolo può ammalarsi. Una ricerca americana su 18.000 soggetti, chiamata ACE, Adverse Childhood Experiences (cioè Condizioni Avverse nell'Infanzia) correla lo stato di salute fisica e psicologica di questi soggetti a livello di malattie cardiocircolatorie e coronariche, malattie autoimmuni, malattie del fegato, dei reni, del sistema metabolico come il diabete, e la salute psicologica (presenza di depressione, abuso di sostanze, malattia mentale in genere, disturbi di personalità, autolesionismo e suicidalità) con i livelli traumatici di questi soggetti nell'infanzia; più alti sono i livelli traumatici (di traumatizzazioni dovuti ad abuso, maltrattamento e grave neglect), più grave e complessa la patologia di questi individui. I livelli traumatici dovevano attestare abuso psicologico, fisico e sessuale nell'infanzia, insieme a elementi di grave rischio nella famiglia come famiglie antisociali (genitori in galera o criminali), famiglie in cui ci fosse violenza tra i genitori, famiglie con abuso di alcol e droghe o con malattie mentali e psicologiche.

- Purtroppo tra questi si registrano anche i maltrattamenti in famiglia.

-Il maltrattamento in famiglia è di gran lunga più grave delle traumatizzazioni dovute per esempio a catastrofi naturali come tsunami o terremoto, e il motivo è che la relazione umana è la base della sicurezza, dell'autostima, della fiducia in sé e nell'altro, che serviranno per tutta la vita anche come fattore di protezione per future traumatizzazioni (sia di tipo umano che naturale-catastrofico). Giovanni Liotti grande psicologo cognitivista di Roma ricordava che i traumi naturali non causano dissociazione, un gravissimo sintomo in cui la personalità è divisa e inconsapevole, a livello di memoria e di consapevolezza di stati di coscienza, e solo la relazione umana andata a male (nell'attaccamento disorganizzato, dovuto a traumi relazionali infantili) può causare vulnerabilità alla dissociazione.

- Nel suo libro lei fa evidenti riferimenti a meccanismi di trasmissione intergenerazionale del trauma. Ci può chiarire questo interessante approccio.

- Di nuovo, scienze dell'attaccamento e neuroscienze affettive ci vengono in aiuto per capire la trasmissione traumatica intergenerazionale. Quando nasce un bambino, nella madre si "riattiva il sistema dell'attaccamento", cioè l'insieme delle caratteristiche psicologiche e affettive, con quei modelli interni che hanno regolato il suo attaccamento ai genitori (sicuro/ insicuro o addirittura disorganizzato, il più disfunzionale, che si crea quando il bambino invece di essere rassicurato dal genitore è spaventato da lui o da lei). Vuol dire che dentro la madre si riattivano a livello di memoria implicita e relazionale (la base di queste memorie somatiche e sensoriali è nella zona limbica del cervello, in particolare nella amigdala, che è già funzionante dalla nascita, a differenza dell'ippocampo, un'altra area della zona limbica fondamentale per la memoria che matura dopo i due-tre anni di vita e a cui è legata la memoria dichiarativa, episodica legata agli eventi, sia generali che personali, che posso ricordare, ad esempio.. il fatto che il 18 giugno è successo qualcosa è memoria episodica mentre se sono stato abusato o se ho subito uno shock molto grave non ho potuto immagazzinare con la dovuta calma gli elementi che poi possono essere ricordati dalla memoria episodica, ma questo non vuol dire che il mio corpo non ne conservi traccia, e a ben guardare la sintomatologia e le distruttività anche a livello di comportamento di questi soggetti che "accusano" il colpo sono la traccia non elaborata del trauma), dicevamo si risvegliano nella madre sottosoglia per così dire, gli imprinting, le tracce della sua relazione con i propri genitori, per cui l'accudimento del piccolo dipenderà molto da come questo genitore è stato a sua volta allevato e da come si è sentito nelle braccia di chi lo ha accudito. È stato visto che se il genitore ha attaccamento sicuro (quindi ha avuto un buon accudimento che ha regolato bene le sue aree

affettive, emotive, cognitive e relazionali-sociali e il senso di sicurezza di sé) avrà un bambino sicuro all'80 per cento.

- Come viene veicolata la sicurezza dell'attaccamento e creato il rapporto con la madre?

- Con lo sguardo (lo sguardo amoroso di una madre crea nei cervelli di entrambi dopamina, serotonina, acetilcolina, corticotropina) tutti ormoni e neurotrasmettitori che facilitano la relazione e la crescita ottimale. Il benessere reciproco, il tocco, il dialogo amoroso anche quando il bambino è piccolissimo è tutto basato sugli input visivi-facciali e sensoriali-corporei dello scambio a due e sulle emozioni che regolano il rapporto. È questo che fa crescere, in modo ottimale o poco funzionale, che vuol dire che dovrà poi essere riparato. La relazione (e questo è l'apporto di Allan Schore, neuropsicologo e neuroscienziato americano della UCLA che ha svolto un lavoro pionieristico interdisciplinare per mettere insieme i risultati di varie discipline) passa da emisfero destro (base della comunicazione affettiva della madre) a emisfero destro in formazione del bambino. Qualunque rapporto d'amore privilegia lo sguardo, il tocco, le parole affettuose, la relazione da un emisfero destro all'altro. E non c'è bisogno che sia una madre biologica ma purché sia un caregiver, qualcuno che si prenda cura dell'altro in modo amoroso. Può essere una madre non biologica o un padre. Negli studi di epigenetica di Myron Hofer (Columbia University, New York) e di Michael Meany (McGill Università di Montreal) una nidata di topolini rimaneva momentaneamente senza la madre: all'improvviso tutti i sistemi di regolazione neurobiologica (sonno-veglia, caldo-freddo, fame, battito cardiaco, ecc.) cadevano; appena la madre tornava, i sistemi si riequilibravano.

- E cosa faceva la madre?

- Li nutriva con una particolare posizione del corpo (arch-backing) e li leccava. Dunque, dice Hofer, la madre è il "regolatore nascosto" (hidden regulator) di tutti i sistemi. E' stato visto che con un pennello e la giusta attenzione e sensibilità e costanza i sistemi potevano essere regolati anche da un ricercatore. Mi piace pensare che noi operatori della cura psicologica siamo "i regolatori del pennello" non più e non solo dei sistemi biologici ma dei sistemi relazionali psicologici. Ed è stato visto (in epigenetica) che l'ambiente specie materno può facilitare modificazioni epigenetiche cioè può portare alla espressione o al silenziamento di moduli del DNA, e che queste modificazioni dovute all'ambiente possono passare da una generazione a un'altra. Gli essere umani, è stato ribattuto, non sono piccoli roditori. Infatti, il sistema è ben più complesso e articolato, ovvero noi abbiamo aree superiori frontali e prefrontali legate alla pianificazione, alla riflessione, alla simbolizzazione e metaforizzazione della esperienza, per cui i nostri piccoli mettono dentro non solo l'impronta sia genetica che relazionale e epigenetica della relazione di accudimento e dell'ambiente, ma grazie a questa maturazione biologica alla fine interiorizzano una rappresentazione di quell'accudimento: è quello che gli studiosi di attaccamento chiamano MOI, Modelli Operativi Interni, e gli psicoanalisti chiamano l'oggetto interno buono che può rimanere come sostegno interno nelle future situazioni psicologiche di stress, abbandono, deprivazione, perdita, lutto. Avere avuto un buon accudimento porta a livello di sviluppo neurobiologico, condizioni ottimali con la formazione di aree superiori sviluppate e ben funzionanti (quindi, controllo egli impulsi, capacità di gioco, immaginazione, creatività, riflessione simbolica e metaforizzazione)e, cosa imprtante rispetto a futuri traumi, queste rappresentazioni affettive interne diventano il sostegno rispetto a possibili eventi difficili e traumi del futuro (è quello per esempio che i pazienti borderline non sviluppano, ed è soprattutto un problema di cure difettose oltre che di vulnerabilità di base).

Insomma gran parte della trasmissione intergenerazionale passa attraverso l'accudimento e specialmente nei meccanismi relazionali di comunicazione dell'emisfero destro. Se la madre o il caregiver maltrattano il bambino, a sua volta il bambino non solo avrà a livello neurobiologico quelle reazioni che portano il cortisolo

ad innalzarsi e tutto il sistema di regolazione a disgregarsi con danni addirittura che possono portare perfino alla morte cellulare di certa aree, con un rimpicciolimento (per esempio nella amigdala o nell'ippocampo per gravi traumi), ma questo bambino a sua volta sarà portato nell'accudimento e nelle relazioni con gli altri ad agire secondo quello che a livello relazionale e sociale ha imparato nelle relazioni precedenti. Michael Tomasello, (Max Planck Institute, Lipsia) che lavora comparando umani con piccoli dell'uomo vede che i bambini trattati con amore e cura, quindi che hanno attaccamento sicuro, a tre anni nei giochi di gruppo e nelle relazioni sociali sono spontaneamente prosociali, generosi, altruisti, empatici, cioè si rattristano per la sventura o la sconfitta del compagno e hanno un sistema di giustizia naturale, cioè si dividono i premi tra di loro a seconda del merito. Il maltrattamento, al contrario, porta a vittimizzazione (con sentimenti di bassa autostima, vergogna e senso di colpa) e vendetta o volontà di essere aggressivi e violenti con l'altro.

- Ci aiuti a capire meglio.

E' quello che Ferenczi, psicoanalista ungherese contemporaneo di Freud, chiama identificazione con l'aggressore. E questo bambino una volta adulto non solo farà male a se stesso ma farà male al proprio bambino o diventerà violento con gli altri. I borderline (che al 60, per cento, dice Glen Gabbard, hanno avuto maltrattamento e abusi, ma nella mia esperienza tutti) attaccano il loro corpo, gli antisociali e i narcisisti gravi attaccano gli altri, il mondo esterno. Quindi si genera una catena di vittimizzazione e di aggressività violenta che crea un circolo generazionale, mediato oltretutto dal sistema di attaccamento. Pensiamo alle grandi traumatizzazioni sociali massive, dovute a stermini, guerre, genocidi come la Shoah: gli studi sulle generazioni successive hanno mostrato chiari sintomi o tendenze a ripetere le traumatizzazioni o a rendere meno soddisfacente o distruttiva la vita propria e quella dei propri figli (per esempio a volte non scelgono di sposarsi e avere figli, perché spesso rifiutano le relazioni profonde e la possibilità di generare, perché troppo doloroso). Un genitore gravemente depresso o eccessivamente ansioso sarà deprimente o non rassicurante o spaventato nell'accudimento stesso.

È stato visto infatti, ed è questo un punto importante, che anche se una madre non dovesse maltrattare il bambino ma ha traumatizzazioni e lutti che non ha risolto nel momento in cui è impegnata nell'accudimento, il bambino prende dentro diciamo così "le aree dissociate" della madre, come se ci fosse stato maltrattamento. Perché in certi momenti il bambino rimane solo senza un aiuto, una rassicurazione, e magari si spaventa di quella assenza del genitore. Pensiamo alla Still Face di Ed Tronick, in cui dalla protoconversazione (tra madre e bambino), amorosa, costante e rassicurante si dà il segnale alla madre di rimanere immobile, senza più sorridere e senza rispondere (come farebbe una madre depressa, che regge poco lo sguardo, che ha lo sguardo perso, che non risponde ai segnali di interazione del bambino): dopo pochi istanti il bambino (se è abituato all'interazione armoniosa, il bambino sano) risponde prima cercando di attirare l'attenzione, come richiamando la madre al "gioco

degli sguardi" e della interazione, e protestando, poi agitandosi e infine, in pochi minuti, scoppiando in un pianto a dirotto. Immaginatoci cosa succede nella mente di un bambino la cui madre è depressa, o assente, o malata, o costantemente arrabbiata e aggressiva, e i suoi segnali non possono essere accolti, ma è dall'accoglimento, dal filtro e dalla regolazione di quei segnali che per lui o lei si sviluppa la vita e la conoscenza di quello che sarà, del proprio sé. La vita è sempre interazione.

- In questa relazione assume particolare importanza il corpo, in particolare nella relazione sé-altro. Nel trauma relazionale infantile, in particolare, quali sono le conseguenze e gli sviluppi in termini di maltrattamento/abuso e trauma sociale.

- Il corpo mette dentro le tracce delle relazioni primarie e si sviluppa alla intersezione tra la natura, la

genetica, la biologia, e la cultura, l'ambiente, le relazioni, l'esperienza che incontrerà intorno a sé. A livello neurobiologico, il cortisolo della madre nella pancia e quello del feto negli ultimi tre mesi hanno una corrispondenza dell'80 per cento, quindi quel bambino in qualche modo è...stressato, perché la mamma è in situazione di stress, prima ancora della nascita! Poi inizia la relazione vera dell'accudimento, e passa come ho detto per i correlati neurobiologici prodotti dal cervello dello sguardo, del tocco, della voce, del buono o cattivo accudimento. Il bambino stressato, deprivato o maltrattato reagisce con eccesso di cortisolo e con le alterazioni che abbiamo detto, con dissociazione, cioè pezzi della coscienza e della memoria saranno distaccati, non possono essere tenuti insieme nella coscienza e nella identità perché insopportabili. Sono le memorie di abuso per esempio nell'incesto, "so e non so" quello che è successo perché le tracce sono state mescolate così ambigualmente dentro di me, riguardo a cosa era buono e cosa era cattivo, a chi diceva che mi voleva bene e tuttavia mi ha fatto del male, per cui il bambino deve negare, dimenticare. Soprattutto se viene da una figura di accudimento. Dice Ferenczi che il bambino, oltre a identificarsi con l'aggressore nel caso di maltrattamento e abuso, finisce per non credere più alla sua esperienza corporea: dice Ferenczi "non può essere che tutto questo sia vero, altrimenti qualcuno mi sarebbe venuto in aiuto". Quindi iniziano le distorsioni (anche cognitive) sulla realtà di quello che è accaduto, sulla bontà o meno della relazione con quelle figure di accudimento (sia l'abusatore che l'altro partner, il padre o la madre, che magari era testimone ma non sono intervenuti) e i distacchi dissociativi dal corpo e dall'accaduto. I traumatizzati gravi riportano scene di abuso come se il loro corpo fosse in basso mentre loro guardano la scena dal soffitto: non è il mio corpo, non è accaduto a me, non è vero che lui o lei mi abbia abusato, e così via. Il diniego mentale attraversa la mente, il ricordo, cancellando quest'ultimo completamente. È una dinamica di sopravvivenza. Le stesse dinamiche sono presenti anche nelle grandi traumatizzazioni massive del tipo Shoah, a cui ho dedicato dei lavori in passato (Il dolore estremo, Borla 2009); (Trauma e perdono, Cortina 2014). Dori Laub, sopravvissuto alla Shoah e psichiatra americano scomparso da poco, parla di "sapere non sapere traumatico" ed è una consapevolezza negata anche attraverso il corpo che può causare gravi disturbi psicosomatici, disturbi alle ossa, alle articolazioni, di cui (oltre a depressioni e insonnia) soffrivano molto i sopravvissuti alla Shoah. Il corpo, come dice van der Kolk, porta il segno delle traumatizzazioni, a livello neurobiologico, a livello di somatizzazioni e vulnerabilità gravi, a livello esistenziale e dinamico, perché il soggetto tenderà a ripetere e a trovarsi in situazioni traumatiche di nuovo.

- Cosa succede quando vi sono dei disturbi di personalità?

- Nel caso dei disturbi di personalità, una grave patologia psicologica a metà tra la gravità della nevrosi (in cui il funzionamento non è così massicciamente inficiato) e la gravità della psicosi (in cui è lo stesso esame di realtà a mancare) di cui tratto in *Corpi Borderline* (Raffaello Cortina Editore, 2020) si riscontra sempre a mio parere quello che chiamo il primo livello traumatico (dissintonia madre bambino) con in aggiunta il secondo livello traumatico, cioè il trauma dovuto ad attivo maltrattamento e abuso. Questi maltrattamenti conducono a due esiti fondamentali: la disregolazione affettiva, che fa sì che il sistema mente-corpo-cervello cerchi sollievo e cerchi di autoregolarsi con il cibo (o il vomito), con i tagli, con le droghe, con l'alcol, con autodistruttività di vario genere, incluso soldi e tempo, e con in aggiunta la dinamica, a livello di comportamento, dell'identificazione con l'aggressore, per cui si instaura un circuito di colpa, vergogna e aggressività per cui c'è distruttività verso se stessi (sono più spesso le donne ad essere autodistruttive verso di sé, e le borderline sono all'80 per cento donne) oppure verso l'altro (molto spesso, sono più aggressivi verso l'altro i maschi che sono stati maltrattati e diventano violenti, aggressivi e antisociali). È stato visto anche negli animali; le femmine deprivate e maltrattate colpiscono se stesse e i piccoli, i maschi diventano aggressivi soprattutto verso i maschi (e a volte anche verso i piccoli). I disturbi di personalità aggrediscono il corpo (il proprio, di solito, talvolta altrui) e una grossa parte del libro è dedicata al lavoro con quelle patologie appunto che chiamo

attacchi al corpo come modalità di regolazione e di autodistruttività al tempo stesso, tagli, alcol, cibo (bulimia o eccesso di cibo per esempio, non tanto l'anoressia) e così via.

- Nel suo libro, tra l'altro, lei narra, con casi concreti, del complesso della Madre Morta, di cosa si tratta?

- Il complesso della Madre Morta è una espressione che traggio dallo psicoanalista André Green (che non si occupava di neuroscienze né di attaccamento) che diceva che quando la madre è gravemente depressa il bambino soffre di questa fondamentale mancanza e mette dentro una angoscia fondamentale. Chiaramente dato quello che abbiamo detto può essere letta in termini neurobiologici di sviluppo e di attaccamento. Uso questa espressione nei casi in cui o la madre è veramente depressa, come nel caso di Ariadna, in cui dalla nascita la madre ha sofferto di una grave depressione post partum (e non è stata curata), e nei casi in cui (casi di Dorothy, nel capitolo dedicato alla dissociazione e al complex PTSD) la madre non ha potuto compiere con costanza e sensibilità le cure che portano alla regolazione affettiva e alla formazione di un sé sicuro nel bambino. È quindi una espressione metaforica per dire che la madre è morta psichicamente per le cure necessarie al bambino e leggo come ho detto le conseguenze in senso neurobiologico e relazionale come illustrato da Schore in quello che ho chiamato primo livello traumatico (grave dissintonia madre-bambino). Il protocollo della Still Face di Tronick illustra nell'immediato il disorientamento e le gravi proteste del bambino che passa, nel giro di pochi secondi, da una madre presente, sensibile e responsiva che interagisce in modo sintonico, alla espressione fissa e senza emozione che in qualche modo è simile a quella di una madre depressa, che non può compiere quindi le complesse funzioni del rispecchiamento (mirroring) che sono necessarie perché il bambino passi dalla percezione somatica degli affetti al riconoscimento delle emozioni e al nominare adeguatamente quello che sente e prova, dal corpo alla mente al linguaggio. Gran parte di quello che bisogna cominciare a fare con pazienti gravi (come i borderline e i gravi disturbi di personalità sono) riguarda proprio questo "mirroring" e rispecchiamento, ma non solo nel senso di aiutarli a nominare quello che provano e tirare fuori le emozioni (come si fa per gli psicosomatici gravi, alessitimici che non hanno contatto con le emozioni e con il corpo, a volte anche ipocondriaci, che è un livello molto grave di narcisismo come esclusivo legame con proprio corpo al posto della realtà), ma proprio nel senso di aiutarli nel contattare le parti dissociate dalla coscienza, che hanno bisogno di un altro, un testimone empatico presente veramente dedito per poterle riconoscere e riportare alla luce. E' un punto importante questo della mia pratica clinica ed è quello che io chiamo "embodied witnessing" (perché il libro *Corpi Borderline* è uscito prima della mia versione italiana uscita da poco per Cortina, lo scorso anno, per la serie Interpersonal Neurobiology delle edizioni Norton, New York), quindi parlo di "testimonianza incarnata", per cui ci vuole tutta la dedizione, l'esperienza, la formazione e l'elaborazione personale del terapeuta formato per poter accompagnare l'altro in questo viaggio di "testimonianza" (in inglese "bearing witness" e "offering testimony" sono le due parti della testimonianza, chi la accoglie e chi la offre). Nella testimonianza mio maestro è stato appunto Dori Laub, che ha fondato il Fortunoff Archive per le Video testimonianze della Shoah a New haven CT, e che ho avuto l'onore di conoscere personalmente nella mia visita di 4 giorni presso la Yale University che ospita l'archivio.

- Quella che lei chiama la testimonianza incarnata.

- La testimonianza incarnata vuol dire usare nella terapia tutte le parti del proprio sé conscio e inconscio corporeo e mentale nel lavoro dell'accompagnamento alla ricostruzione delle relazioni traumatiche interpersonali. E' un viaggio dal corpo alla parti alte della mente, e dalle zone superiori al corpo, come si dice, bottom-up e top-down, e viceversa, e poi anche da emisfero destro (che porta alla sintonizzazione empatica) a emisfero sinistro (più legato alla resa verbale, settoriale) per poi ritornare alla parte globale affettiva destra, in

un continuo lavoro tra i due emisferi e tra alto e basso, tra sensazioni corporee ed elaborazione dovute alle aree sensibili limbiche e poi superiori frontale e bifrontali, per poi tornare comunque al corpo, in un processo integrato continuo.

- Lei tratta ampiamente dei disturbi narcisistici, in particolare nei pazienti borderline. Quali sono le principali relazioni?

- Io seguo la distinzione di Otto Kernberg (uno dei primi e forse ancora il più grande maestro nella clinica dei disturbi di personalità al mondo) con cui mi sono formata per sei mesi a New York anni fa per cui c'è un continuum di gravità nei disturbi gravi di personalità, dal disturbo isterico-istrionico, (più vicino ai nevrotici e meno grave, con migliori capacità relazionali) al borderline propriamente detto (borderline da manuale, quello che si taglia e ha disregolazione affettiva continua, più i cari sintomi come descritti dal DSM) al disturbo narcisistico, fino all'antisociale (che non è trattabile secondo Kernberg. "Borderline" per Kernberg a differenza della distinzione del DSM (anche 5) indica un livello di gravità che caratterizza tutti i tipi di personalità detti, ed è caratterizzato da tre elementi diagnostici: diffusione di identità, difese primarie massicce, esame di realtà conservato. Quindi per Kernberg io posso essere un grave narcisista, di livello borderline, un grave isterico, di livello borderline, con queste caratteristiche dette e così via. Il narcisista borderline per Kernberg può arrivare al livello più grave (ma ancora trattabile) di narcisismo maligno, ovvero un narcisista di livello borderline che ha aggressività egosintona (cioè è violento) con comportamenti antisociali (fuori legge) e tratti paranoidei; i tratti paranoidei fanno capire che cosa rende particolarmente pericoloso il narcisista maligno: siccome vede il mondo in termini minacciosi e contro di lui, paranoidei appunto, "si arma" con la sua aggressività interna e con metodi violenti e fuorilegge contro il mondo: per Kernberg i terroristi contemporanei, i grandi violenti ed i criminali sono spesso narcisisti maligni (quando non sono veri antisociali). Godono a fare del male e hanno bisogno del pubblico, devono postare su facebook o su instagram o altri social le loro prodezze violente, perché devono essere ammirati (sia pure nel male). Al narcisista in genere non interessa essere amato, lui deve essere ammirato, possibilmente da una massa. E' un discorso molto grosso della nostra società contemporanea e infatti al narcisista contemporaneo è dedicato un intero capitolo, il settimo. Una cosa però vorrei sottolineare: nella suicidalità, sono molto diversi: il borderline vero, proper per così dire, quello che si taglia per intendersi, con grandi alti e bassi di umore costantemente, in fondo vuole provocare una reazione da qualcuno, attirare l'attenzione, protestare magari contro il singolo, il fidanzato, il genitore, qualcuno a cui il suo atto è rivolto come richiesta di attenzione, e lo fa di solito in modo impulsivo, disregolato, mentre il narcisista se arriva ad ammazzarsi lo fa in modo freddo e calcolato, e deve di solito implicare un pubblico. Si ricorderà anni fa il pilota tedesco che ha ammazzato con il suo gesto suicida 120 persone schiantandosi sul Monte Bianco: alcuni dissero che era depresso, altri che era narcisista: era tutte e due le cose, il narcisista grave quindi si sente veramente fallito è capace di architettare scenari grandiosi per cui lo si ricorderà per molto tempo, come questo pilota; il depresso grave, da asse I si diceva fino al DSM IV, non ha bisogno di ammazzare altri con il suo gesto, si toglie di mezzo e basta (mentre il borderline sta rivolgendo a qualcuno una richiesta d'aiuto e protesta contro qualcosa, spesso dentro una relazione). E' per questo che curare i borderline è più facile del curare i narcisisti, perché il problema della cura con il narcisista è la relazione: la relazione terapeutica mette a nudo la loro falsa grandiosità, la loro vulnerabilità e il loro innato bisogno ma rifiutato dell'altro, la loro dipendenza negata (perché li ha umiliati, li ha fatti soffrire troppo, e ora si "gonfiano" per bastare falsamente a se stessi) e quindi è difficile poterlo aiutare, perché rifiuta tutto ciò, cioè la relazione e la cura (e il bisogno di essere curato).

- Lei dà spazio anche al trattamento, con la descrizione di casi concreti.

-Dopo i primi tre capitoli di spiegazione iniziale sul metodo e le teorie interdisciplinari e sui disturbi di personalità, i capitoli da 4 a 10 illustrano, in un continuum di gravità, da isterico-istrionico a antisociale, casi di miei pazienti in cui ho messo a punto il trattamento, a partire dalla diagnosi, momento fondamentale, fino alle tecniche e allo stesso tempo discuto in ognuno i particolari "attacchi al corpo" che questi pazienti mettono in atto come forme di regolazione affettiva e per via della loro distruttività. Ad es. nel primo caso, una isterico-istrionica di livello borderline, illustro la tecnica del mirroring, non solo come rispecchiamento di quello che c'è ma precisamente come possibilità che il paziente ha, grazie alla partecipazione affettiva dell'analista, (che mette il suo corpo-mente cervello -e di emisfero destro con tutto quello che significa), di ritrovare la possibilità di ricontattare le parti emotive scisse o dissociate e le zone apparentemente dimenticate (perché di memoria implicita); nel capitolo successivo, Bertha, presento un caso borderline meno grave del successivo, e parlo di identità di genere e quello che io chiamo diffusione di identità sessuale, (a differenza della diffusione di identità di Kernberg, che non considera la sessualità), che considera il sesso e il genere come un elemento di cui tenere conto per capire l'identità e le difficoltà di identificazione di questi soggetti in balia di impulsività e relazioni distruttive. Ho ideato per questi pazienti (a posteriori) una griglia diagnostica, fatta di tre perni verticali, 1. traumi, attaccamento e intergenerazionalità; 2. tipo di disturbo di personalità, da isterico-istrionica a antisociale nel continuum detto; 3. tipo di attacco al corpo: tagli o autolesionismo, suicidalità, disturbi alimentari specie bulimia, fino a disturbi gravi nella relazione sessuale, e perversione, sadismo e disturbi psicosomatici che sono comunque modi in cui il corpo attacca se stesso: negli assi orizzontali ci sono capacità di sognare (più sono grave alessitimico e centrato sul corpo perché o narcisista grave o gravemente traumatizzato quindi ho un pensiero concreto, meno sarò in grado di sognare per cui quando il paziente sta meglio sogna di più); infine l'asse della identità sessuale o di genere.

Ogni caso non solo illustra un tipo di disturbo di personalità, ma anche il problema specifico, ovvero autolesionismo (Bertha, insieme a diffusione di identità sessuale e bulimia); Complex PTSD (cioè relazioni abusanti protratte nel tempo spesso in famiglia, non riconosciuto dal DSM che parla solo di PTSD) con le gravi dissociazioni della struttura border (caso di Dorothy); poi narcisismo (vari casi) e suicidalità e differenze tra suicidalità nei border e nei narcisisti. La parte finale evolutivamente è quella più danneggiata, per cui si arriva nel senso dello sviluppo, se il soggetto è stato danneggiato (da gravi deprivazioni) a psicosomatica e (a livello di relazione) a perversione; sono i casi più vicini alla patologia psicotica (come dice anche McDougall). A livello di tecniche, mostro come si debba andare dal mirroring, inteso nel senso della testimonianza a due, non solo un corpo e un ascolto, ma con una partecipazione affettiva ed etica totale (di tutti i livelli mentali e corporei, di emisfero di destra e di sinistra) da parte del terapeuta, per cui parlo di "embodied witnessing", testimonianza incarnata. Come dice Dori Laub, ci vogliono due soggetti in relazione per il viaggio della testimonianza, per cui si torna al discorso iniziale della patologia come qualcosa che dipende da una relazione diadica traumatica superabile solo in relazione, anche attraverso gli enactment (si veda al riguardo Philip Bromberg, ma anche Schore sulla comunicazione dell'emisfero destro in terapia, veicolo di amore, in fondo). Per cui l'intersoggettività che ha formato quel corpo-mente-cervello, che si è ammalato a causa della relazione, deve essere riparata solo in una relazione che cura, che vuole il bene dell'altro. Come dice Ferenczi al maestro Freud a cui si è opposto fino alla fine: non basta l'abreazione ma occorre una vera esperienza riparatoria, qualcosa di più simile all'amore (come nutrire la crescita dell'altro) che alla cognizione e all'interpretazione.

Clara Mucci

Corpi borderline

Relazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità

Raffaello Cortina, 2020