

Massimo Vigna-Taglianti

Super-io o Io deficitario?

Identificazioni inconse patologiche e sviluppo della capacità onirica

Prendendo spunto dal materiale onirico e narrativo tratto dall'analisi di alcuni pazienti accomunati da una sorta di "collasso" delle *identificazioni normali* a vantaggio di *identificazioni patologiche* (Vallino, 2002), cercherò di intrecciare l'ipotesi che una serie di microtraumi silenti e inosservati possono determinare un serio effetto patogeno sulla strutturazione del Sé, torcendola verso una peculiare deriva di marca super-egoica, con alcune riflessioni circa il fatto che, per accedere a una vita mentale più autentica e integrata, è necessario ripristinare *in primis* la capacità di rappresentare l'esperienza psichica proprio di quegli accadimenti traumatici che non hanno trovato parole e pensieri per essere rappresentati. Tenterò inoltre di illustrare clinicamente come il progressivo sviluppo della capacità di sognare la propria esperienza emotiva non rappresenti solo una delle mete principali del lavoro psicoanalitico ma anche un fondamentale indicatore delle trasformazioni intra- e inter-psichiche in atto sullo scenario analitico.

Ultima fermata Brooklyn

Mario, trent'anni, chiese di iniziare un'analisi per un'incallita insoddisfazione esistenziale che si manifestava soprattutto in campo amoroso. Nei primi colloqui si descriveva infatti come una persona vulnerabile e insicura, che aveva avuto pochissime e insoddisfacenti relazioni sentimentali e tendenzialmente compiacente nei rapporti, irreprensibile sul lavoro, in gran difficoltà a dire di no e a deludere la gente anche perché ossessionato da pensieri auto-svalutanti e da una sensazione di indegnità di apparente marca super-egoica. Riconduceva tutto ciò al difficile rapporto con suo padre che frequentava pochissimo e che anzi tendenzialmente evitava, anche perché separato da molti anni dalla madre. Mario lo tratteggiava come una figura dagli atteggiamenti svalutanti e con tratti grandiosi, alimentati dal notevole successo economico che il papà aveva realizzato partendo da umilissime origini. Per il resto tutto taceva. Ben presto però l'analisi rivelò che, sotto la crosta di compiacenza di cui egli era in parte consapevole, si celava una di quelle persone che hanno vissuto, da bambini, l'incontro con una mente poco capace di accogliere le proiezioni e di digerirle, restituendole al contrario ulteriormente "intossicate" dalla sofferenza. Come sappiamo ciò provoca l'installarsi, nel mondo interno dell'individuo, di *un-oggetto-che-rifiuta-l'identificazione-proiettiva* (Bion, 1962a, 1962b): un *oggetto ostruente* – come lo ha definito Grotstein (2009) – dalle spiccate caratteristiche di non permeabilità emotiva: un oggetto che misconosce e fraintende e con cui, va da sé, ci s'identifica per via introiettiva.

Mario infatti, pur avendo raggiunto un certo grado di adattamento alla realtà, soprattutto per quel che riguardava l'ambito professionale, percepiva la sua esistenza come il risultato di scelte "automatiche" e come il frutto di esigenti richieste altrui alle quali si era sottomesso in maniera passiva. Quello che colpiva, al momento della richiesta di aiuto, era che apparivano quasi totalmente alienati i nessi affettivi con le radici della sua sofferenza e con la parte più autentica del Sé. La povertà delle sue relazioni interpersonali primarie non tardò ad affacciarsi sullo scenario analitico con un sogno nel quale egli si recava in analisi in un appartamento spoglio e degradato di una casa popolare dove, ad un tratto, io mi trasformavo da figura benevola in una strega inquietante.

Ma fu solo dopo un anno di lavoro analitico che un altro sogno ci rivelò un territorio mentale fino a quel momento completamente dissociato: «Dovevo fare volontariato in un quartiere povero, un quartiere di periferia. Ci andavo di malavoglia, era l'ultima, squallida fermata del metrò. Quando uscivo in superficie, mi spaventavo a morte: c'erano ovunque mucchi di cadaveri accatastati che io avrei dovuto sgomberare...scappavo via terrorizzato!».

Fu così che entrammo in contatto più compiutamente con l'esperienza psichica relativa all'esistenza delle sue *periferie* interiori. Nel corso dell'analisi fu sorprendente assistere alla trasformazione di questi *quartieri poveri* della mente attraverso il mutare della *struttura drammatica del sogno*:

una struttura che manteneva però una sua continuità scenografica e una certa invarianza di fondo. Infatti, in una serie di sogni spalmati nel corso degli anni, ritornarono differenti tipi di *villaggi del terzo mondo*, situati in contesti via via più naturalistici e meno contrassegnati dal degrado urbano; inoltre questi luoghi interni si popolarono progressivamente di un'umanità che – via via che l'analisi procedeva – diveniva meno povera, malata e sofferente.

Si giunse così al sogno che egli fece sei mesi circa prima di finire l'analisi.

In esso Mario raggiungeva, con un trenino di montagna simile a quelli svizzeri, un tipico villaggio di un'enclave alpina, popolato da abitanti un po' impauriti e deformi per via della segregazione genetica (le associazioni andarono al film *Freaks*). Mario però non aveva paura di loro e si ritrovava a provare sentimenti di vicinanza per la dura vita che essi conducevano, familiarizzando persino con alcuni abitanti che erano sì grotteschi, ma alla fine si dimostravano anche accoglienti e genuini: evidenti rappresentanti simbolici di quegli aspetti "malformati" e "segregati" di sé, correlati all'esposizione a un ambiente psichico che aveva sistematicamente misconosciuto e lasciato in ombra alcuni aspetti essenziali del Sé infantile, obbligandoli a insediarsi, per mantenere un certo grado di vitalità, ai margini della sua organizzazione psichica.

Super-io o *cheloide* dell'Io?

Come il caso di Mario ci ha mostrato, nella pratica clinica accade sempre più spesso di incontrare pazienti, giunti in analisi con sintomi anche assai diversi tra loro, nei quali si delinea progressivamente, mano a mano che il trattamento procede, un'organizzazione patologica caratterizzata da una profonda assenza di vitalità accompagnata da pervasivi vissuti di inadeguatezza riguardo alla vita stessa; vissuti che, oltre a farli sentire poco o nulla attrezzati per vivere, si traducono in atteggiamenti di isolamento e ritiro dalla realtà, in manifestazioni schizoidi o depressive o in condotte auto- ed etero-distruttive di varia natura. Essi non solo paiono privi della capacità di investire libidicamente – cioè con piacere ed entusiasmo – ogni aspetto della loro vita, e dunque anche l'analisi, ma anche afflitti dalla presenza di un'istanza psichica dai tratti riconducibili, in prima battuta, a un Super-io sadico e primitivo come quello concettualizzato dalla Klein e rivisitato, nelle sue declinazioni narcisistiche, da De Masi nel paper recentemente letto presso il Centro Torinese o ancora come quel super-Super-io teorizzato da Bion e del quale ci ha parlato Carlo Brosio nel suo bel lavoro presentato sempre durante questo ciclo di seminari.

Invariabilmente questi pazienti ad un certo punto della cura avvertono in maniera esasperata e angosciata una loro inadeguatezza al trattamento o, al contrario, un'inadeguatezza del trattamento alla loro peculiare sofferenza. Alcuni esprimono apertamente sfiducia e scetticismo nei confronti dell'analisi e comunicano una sensazione di perenne immutabilità interiore; altri invece tendono a percepire tutto ciò come un loro difetto "strutturale", un guasto originario pressoché congenito alle loro esistenze: il risultato finale è sempre quello di una strenua resistenza al cambiamento e alle trasformazioni inter-intrapsichiche.

In queste situazioni l'analista – confrontato con un *transfert* dalle caratteristiche *mortificanti* – deve fare spesso i conti, sul piano controtransferale, con percezioni perturbanti che spaziano dal sentirsi respinti e rifiutati fino a vissuti di profonda inadeguatezza e fallimento; vissuti che riportano alla penosa sensazione di essere intrappolati nelle sabbie mobili di quella "classica" *reazione terapeutica negativa* descritta da numerosi autori, o di essere entrati in contatto con quel temibile "strato di roccia immodificabile" di cui Freud ha parlato in *Analisi terminabile e interminabile* (1937): in una

parola con quelle che potrebbero essere le manifestazioni di quelle pulsioni di morte che si oppongono alle pulsioni di vita tendendo alla riduzione completa delle tensioni¹.

In altri lavori (Vigna-Taglianti, 2015a, 2020, 2021) ho esplorato questi fenomeni clinici, spesso caratterizzati da un'assenza di "significato" e di strumenti necessari per "dare significato", a partire da una prospettiva che intravede in queste declinazioni della sofferenza umana l'espressione di un fallimento di una relazione interpersonale primaria piuttosto che l'operare di una pulsione o di un istinto di morte innati. Mi riferisco qui in particolare alle conseguenze di quelle vicende relazionali capaci di produrre derivati esperienziali mentali assimilabili a "scorie tossiche" molto attive sul piano intra- e interspichico: lo *stoccaggio mentale* di queste scorie segna infatti profondamente l'esistenza di chi ne è oggetto, svuotandola di vitalità e di senso e dando per di più origine a una subdola ma tenace resistenza ai cambiamenti in generale, comprese le trasformazioni potenzialmente indotte dall'analisi.

Nel tentativo di gettare luce su quella che potremmo definire una nuova clinica del Super-io, in questo lavoro discuterò l'ipotesi che alcune organizzazioni psicopatologiche, caratterizzate da funzionamenti di prim'acchito connotati dalla presenza di invadenti correnti psichiche demolitive o inibenti l'espressione delle parti creative ed evolutive dell'Io o dell'oggetto, siano in realtà riconducibili più che all'operare di un "tradizionale" Super-io, alla silente ma potente attività di *identificazioni inconse patologiche*, esito di introiezione di *oggetti deficitari, ostili o alieni* (Heimann, 1958, 1965), che minano la solidità e la maturità dell'Io.

Tali identificazioni sono a mio avviso assimilabili a *sedimenti di relazioni interspichiche interiorizzate* caratterizzate da *un deficit* o da *una distorsione dell'investimento libidico* o di aspetti di esso: un deficit che si connota per il riproporsi *stereotipato* e *inconsapevole* di sequenze relazionali contraddistinte emotivamente da comunicazioni contraddittorie, misconoscimento, assenza di entusiasmo e rifiuto; tutti elementi dal forte effetto alienante. Sequenze interattive e relazionali nelle quali aspetti dell'individuo non vengono adeguatamente illuminati attraverso le funzioni di *mirroring* parentali, non ricevendo in ultimo quell'opera di significazione affettiva che è necessaria a promuovere i processi di soggettivazione e di conferma della propria identità. Il Sé emergente – non rispecchiato né valorizzato – ne risulta profondamente danneggiato soprattutto a livello dell'autonomia del pensiero e degli affetti.

¹ Negli ultimi quarant'anni il concetto di pulsione di morte ha subito un profondo ripensamento e molti autori si sono dedicati a rivisitarlo o a criticarlo a partire da prospettive teoriche differenti (Bergeret, 1984; Laplanche, 1984; Rechart, 1984; Yorke, 1984; Widlocher, 1986; Bégoïn, 1989; Bokanowsky, 1989; Le Guen, 1989). Da un lato è andata consolidandosi l'idea che il fenomeno definito come istinto di morte non abbia a che fare con la ricerca di uno stato inanimato ma possa essere piuttosto concepito, in accordo con le idee di Bowlby (1969, 1973, 1980), come un istinto biologico basato su modelli predatori o di protezione del sé dai predatori: più che un istinto di morte dunque un istinto che *affronta la morte*, o che tenta di evitarla (Abadi, 1978; Grotstein, 1981, 2000a; Bonasia, 1988). A questa teorizzazione si contrappongono quegli autori che – pur rivalutando parzialmente l'impatto dell'ambiente – pongono le radici della sofferenza psichica prioritariamente in un conflitto tra impulsi: originariamente quello tra istinti di vita e di morte, che diviene in seguito un conflitto tra amore e odio in relazione agli oggetti. Le rappresentazioni mentali di tali impulsi prendono la forma di fantasie inconse, spesso spaventose. Strutture difensive specifiche provvedono a fronteggiare queste esperienze che possiedono di per sé contenuti fantastici, mentre le esperienze con i genitori reali esterni si limitano a migliorare la patologia, non avendo qualità intrinsecamente patogene (Meltzer, 1973; Joseph, 1982, 1983, 1989; Bott-Spillius, 1983, 1988a, 1988b; Segal, 1983, 1984; Brenman, 1985; Rosenfeld, 1987; Steiner, 1993, 2011). La contrapposizione fondamentale è dunque fra coloro che vedono nella distruttività una risposta dell'individuo a un deficit ambientale e coloro che la considerano un impedimento innato allo sviluppo dell'Io.

Tale drammatico esito trae sovente origine là dove il Sé è stato vittima di precoci e ripetute interazioni primarie caratterizzate da una consistente mortificazione e umiliazione dell'amore di sé e del senso di esistere, con conseguenti profonde e gravi ferite narcisistiche (Borgogno, 1999a; Vallino, Macciò, 2004; Vigna-Taglianti, 2019a). Il destino di tali ferite – che inevitabilmente non ricevono attenzione e cura da parte di oggetti solleciti – è quello di divenire, a mio avviso, dei *cheloidi dell'Io*: cicatrici psichiche, apparentemente silenti ma in realtà ipertrofiche e deturpanti la vita mentale, poiché da esse origina un *persistente pedale demolitivo* – così lo definiremmo in un linguaggio musicale – che svaluta il Sé nella relazione intrapsichica e l'Altro nella relazione interpersonale (l'Io “tratta” cioè il Sé come l'ambiente ha “trattato” quest'ultimo).

Entriamo qui in un territorio concettuale accidentato e poco esplorato dove mi conforta trovare compagni di viaggio come Althea Horner (1991) – una teorica delle relazioni oggettuali – la quale afferma che «[...] ciò che sembra simile al Super-io può, in realtà, riflettere un assetto mentale ed emotivo più primitivo. L'introietto non assimilato del genitore punitivo è diverso da un Super-io maturo, in cui le identificazioni con il genitore sono percepite come parte del Sé invece che come voce aliena nell'ambito del Sé, come nel caso di un intelletto non assimilato. [...] Un Super-io sano deriva, in gran parte, dall'interiorizzazione di valori e criteri appresi dei genitori, con cui bambino si è identificato.»

Il Super-io infatti, per come viene inteso tradizionalmente, implica uno sviluppo psichico di grado piuttosto evoluto poiché, all'interno di un modello topografico tripartito e ispirato a una psicologia unipersonale di matrice energetico-pulsionale, è un'istanza che ha un suo peculiare significato e compito evolutivo: la necessaria e auspicata eredità di identificazioni che sorge dalle ceneri del conflitto edipico e ne comporta lo “spegnimento” (Freud, 1905).

Nella teorizzazione kleiniana invece – che ricordiamo essere improntata a una matrice conflittuale intrapsichica legata a una dualità pulsionale innata, tra amore e odio, in relazione all'oggetto – il Super-io origina dal complesso gioco di scissioni e proiezioni che preservano la mente dell'*infans* dall'angoscia di morte, al prezzo di trasformarla in quella che la Klein ritiene essere l'innata cattiveria con cui gli esseri umani devono cimentarsi fin dall'inizio della loro vita per giungere piano piano, a partire da funzionali e tutelanti scissioni, alla dolorosa, *depressiva* consapevolezza che coloro che più amiamo sono anche coloro che più odiamo quando ci frustrano, ci deludono, ci lasciano.

L'aggressività, il sadismo e un Super-Io arcaico e severo comparirebbero quindi fin dai primi momenti della vita come risposta alla minaccia interna rappresentata dalla pulsione di morte: utilizzando i meccanismi di scissione e di proiezione il fragile Io del neonato tenterebbe di padroneggiare le intense e violente angosce di annichilimento legate all'operare di questa pulsione che diviene centrale nella vita psichica prendendo il posto, in questo senso, dell'angoscia di castrazione freudiana (Klein 1932, 1933).

Gli *introietti* cui invece io faccio riferimento derivano da esperienze relazionali caratterizzate da una mancanza o da una turbolenza incoerente dell'investimento e dalla concomitante incorporazione di una relazione oggettuale caratterizzata dal *misconoscimento* di ben precisi bisogni del soggetto che non ha potuto contare su un *holding* adeguato (che avrebbe permesso una sufficiente integrazione del senso di sé verso lo stato di “Io

sono”) e/o su un sufficiente *handling* (che avrebbe consentito la successiva *personalizzazione* e l’insediamento del Sé nel corpo, permettendo di acquisire quell’*unità somatopsichica* che Winnicott definisce “collusione psicosomatica”) (Davis, Wallbridge, 1981)².

Relazioni intersoggettive precoci con queste caratteristiche sono dunque in grado di influenzare in maniera profonda le capacità di rappresentazione e la gestione del desiderio oltre che dei futuri rapporti interpersonali, conducendo – effetto tutt’altro che trascurabile – a una svalutazione cinica e disillusa dei vissuti psichici e nello specifico degli affetti. In questi casi il Sé si rivela peculiarmente *frammentato* secondo linee di forza *svalorizzanti* e *devitalizzanti*: il nucleo originario della personalità appare infatti danneggiato perché *ostaggio di aspetti mortiferi* e/o *mortificanti* che si esplicano, sul piano della vita mentale, anche come “voci super-egoiche” che, oltre a invalidare la possibilità di accoppiarsi – emotivamente e concretamente – con qualsivoglia aspetto della realtà in maniera soddisfacente, interferiscono pesantemente con il procedere del trattamento stesso, sequestrando le poche, residue risorse libidiche.

Relazioni oggettuali-Sé-sogno: ponti tra intrapsichico e interpersonale

Prima di procedere oltre credo sia necessario fare alcune precisazioni di carattere concettuale che potranno servire per comprendere meglio il *work-in progress* delle mie riflessioni e il materiale clinico che presenterò.

In primo luogo desidero precisare che la cornice teorica dalla quale prendono le mosse le mie riflessioni è il modello delle relazioni oggettuali: un modello che pone un’enfasi peculiare sulle acquisizioni dei primissimi tempi di vita e sulla strutturazione delle funzioni mentali a partire dall’elaborazione rappresentazionale di quanto proviene dal contesto delle esperienze senso-motorie primarie che avvengono all’interno della matrice madre-bambino: ciò che Winnicott ha definito ambiente di *holding* (Fonagy, 2005). Queste rappresentazioni evolvono poi progressivamente verso livelli sempre più simbolici, differenziati e coerenti del Sé in relazione con l’oggetto, ma a partire dal presupposto generale che livelli precedenti delle rappresentazioni delle interazioni siano conservati nella mente e continuino a esercitare un peso determinante nella vita psichica di un individuo. L’assunto di base delle attuali teorie delle relazioni oggettuali è infatti quello che tutte le interiorizzazioni delle relazioni Sé-Altro, fin dall’inizio della vita, hanno caratteristiche differenti a seconda che le interazioni avvengano in stati affettivi intensi o in condizioni di bassa attivazione affettiva (Kernberg, 1988, 2005).

In secondo luogo, mi preme ricordare che è stato il gruppo degli Indipendenti Britannici – Fairbairn (1940, 1944), Balint (1968, 1969), Khan (1974), Winnicott (1956, 1963a, 1965, 1967, 1969, 1987) e Bollas (1987, 1989) in testa – la culla di questa corrente del pensiero psicoanalitico che è giunta a concepire un modello teorico basato sulla relazione “sé-oggetto”. Secondo questo modello le vicende libidiche sono ancora di fondamentale importanza ma i diversi aspetti dell’Io – definiti ora come parti del Sé –

² Torok (1968) rileva al riguardo come il meccanismo relazionale dell’introiezione individuerrebbe un processo fisiologico di crescita psichica che riguarda l’appropriazione degli investimenti pulsionali di cui l’oggetto è causa e mediatore, mentre l’incorporazione avrebbe a che fare con una situazione patologica di perdita, nella quale l’oggetto assente si sottrarrebbe al suo ruolo di mediatore nei confronti del lavoro introiettivo-elaborativo degli stimoli istintuali non strutturati in desideri simbolizzati. L’incorporazione “magica” dell’oggetto assente e frustrante si sostituirebbe dunque a un processo relazionale evolutivo che implica la presenza di un oggetto presente e gratificante.

sono concepiti in un'interazione dinamica reciproca, sia tra di loro sia con oggetti interni o esterni complementari: «si potrebbe dire che non vi può essere alcuna emozione senza un Sé e alcun Sé senza un'emozione» (Rayner, 1991, 131). Il Sé viene sempre considerato come un agente cruciale della motivazione (come peraltro lo era già l'Io nella teoria freudiana) e il suo compito è ancora quello di operare un compromesso tra l'esterno e l'interno, ma per gli Indipendenti il senso di sé è qualcosa cui far sempre riferimento, sia sul versante intrapsichico che relazionale. Questa *agenzia* della mente, che in condizioni di salute ha una sua “continuità” per tutto il corso della vita, è relativamente autonoma ed è sempre in interazione con l'ambiente e con le persone in esso presenti: le modifica e ne è sua volta modificata.

Come conseguenza dell'importanza assegnata all'ambiente, sempre a partire dal *Middle-Group*, sono fioriti quegli apporti che hanno messo in primo piano le caratteristiche del contesto ambientale, le reazioni del soggetto ad esso e la rilevanza di interazioni precoci patogene (Winnicott, 1945, 1949, 1950, 1951, 1971; Fairbairn, 1940, 1941, 1944; Stewart, 1961, 1977; Heimann, 1964; Balint, 1965, 1968; Bowlby, 1969, 1973, 1980). Sulla scia di questi storici contributi che hanno evidenziato la realtà bipersonale della nascita e dello sviluppo della mente è andato via via coagulandosi un *common ground* che ha iniziato a riconoscere gli effetti traumatici a lungo termine dell'influenza cronica, sul bambino, di certi elementi presenti nella personalità di chi lo cresce (Braunschweig, Fain, 1971, 1975; Mahler, Kaplan, 1977; Emde, 1981; Lichtenberg, 1983; Basch, 1984; Stern, 1985; Ciccone, Lhopital, 1991; Modell, 1991; Bégoïn, 1993) e ha attribuito ai fallimenti, anche parziali, delle cure primarie un peculiare effetto danneggiante sugli strumenti che permettono di rappresentare (Freud, 1915), pensare (Bion, 1962a) e *sognare* l'esperienza (Ogden, 2005; Grotstein, 2000b; Ferro, 2010), a seconda di come preferiamo denominare questa funzione essenziale della mente.

A questo proposito, per molti psicoanalisti che si sentono – come me – vicini al pensiero degli Indipendenti, il sogno rappresenta sovente un tentativo di dare una pensabilità a degli avvenimenti traumatici che non dispongono ancora, in un determinato momento dell'analisi, di un contenitore psichico adeguato a rappresentarli, né tantomeno di parole per essere comunicati consapevolmente. Secondo questa prospettiva il sogno assume una funzione comunicativa fondamentale: in esso infatti non si riflette solamente il mondo inter-psichico e transgenerazionale del soggetto, ma anche la realtà interna dell'individuo per come si sta sviluppando nella relazione con l'analista. Le potenzialità del sogno sono dunque quelle di offrire al paziente la possibilità di narrare e integrare la propria storia nell'ambito dell'incontro analitico (Borgogno, 1999b; Vigna-Taglianti, 2019b). Esso rappresenta quindi un singolare ponte tra l'intrapsichico e l'intersoggettivo (Bolognini, 2000) poiché nasce dall'interazione tra il paziente e l'analista e perché le sue potenzialità simboliche descrivono avvenimenti interiorizzati della vita passata e presente, divenuti però vere e proprie modalità mentali svolgenti, per quel soggetto, una funzione adattativo-difensiva essenziale per confrontarsi col mondo esterno³.

³ Un filo rosso concettuale (Vigna-Taglianti, 2018) collega idealmente questo *lavoro onirico svolto dalla coppia analitica* con il concetto, introdotto da Ferenczi nel 1909, di *funzione traumatolitica del sogno*: una funzione volta a riproporre, in una maniera non puramente istintuale ma con un contributo attivo dell'Io, un'esperienza eccessivamente dolorosa nel tentativo di darne

Questo “ponte” viene utilizzato dal paziente quando egli non è ancora in grado di comunicare il suo *dramma onirico* facendo uso del comune linguaggio “logico” (Stewart, 1973, 1981; Klauber, 1976). In quei momenti l’analista deve predisporre a un ascolto particolarmente attento perché la struttura del dramma onirico rappresenta anche la struttura psichica dell’individuo. Il soggetto infatti – sognando – diventa un oggetto, un oggetto del sogno, o meglio un personaggio che recita la parte del Sé: ogni personaggio del sogno può quindi rappresentare anche un aspetto delle funzioni dell’Io del sognatore (Fairbairn, 1952)⁴.

Attraverso l’illustrazione di alcuni casi clinici tenterò quindi di evidenziare quelli che sono alcuni dei passaggi obbligati attraverso i quali la coppia analitica deve transitare per trasformare, almeno parzialmente, le *identificazioni inconsce patologiche* del soggetto e quali possono essere i *segnali onirici* che testimoniano l’approdo a territori affettivi caratterizzati da identificazioni più sane⁵. Mi riferisco qui in particolare all’aumentare del gradiente di complessità e di libertà della vita mentale osservabile sia tramite lo *sviluppo della capacità di dare un significato personale alla propria esperienza emotiva* sia attraverso la *progressiva articolazione della struttura drammatica del sogno* che – come ho accennato poc’anzi – è una rappresentazione delle effettive interazioni interne dei diversi aspetti dell’Io del sognatore e dell’operare delle relazioni interne tra il Sé e l’oggetto (Fairbairn, 1952)⁶.

Aprire porte e finestre sulla realtà: un mestiere difficile

Segue caso clinico

Trauma cumulativo e identificazioni inconsce alienanti

Come ho cercato di illustrare attraverso il materiale clinico appena presentato la clinica analitica odierna è sempre più attenta agli effetti dei traumi primari, generati dagli scacchi o dai fallimenti nello stabilirsi dei primi legami con l’oggetto materno. In particolare, l’*influenza cronica* di quella che Modell (1991) ha definito *irresponsività affettiva*, così come il diniego della percezione soggettiva di quanto di traumatico è accaduto, sono elementi in grado di mutilare pesantemente l’Io di potenzialità vitali, generando una *condizione traumatica subliminale permanente* passibile di riattualizzarsi alla minima occasione durante tutta la vita⁷.

una soluzione più creativa e con lo scopo di modificare la sofferenza in modo più economico e più proficuo (Borgogno, 1999b, pp. 184- 185n).

⁴ Rayner ha acutamente osservato che la Sharpe, nel suo storico contributo del 1937, «[...] aveva iniziato a capire che era importante esaminare anche la *struttura* manifesta del sogno, poiché questa poteva fornire indicazioni sulla natura della *situazione psichica* del sognatore, in modo tale da illustrare i suoi progressi nell’analisi.» (Rayner, 1991, p. 97).

⁵ Un interessante contributo al riguardo è quello di Trombini (2015) che ha messo a punto alcuni criteri metodologici atti a monitorare la dinamica relazionale del processo analitico, confrontando il sogno manifesto e le associazioni ad esso correlate.

⁶ Per Bollas questa “conversazione” bidirezionale tra gli aspetti dell’Io è fondamentalmente *paradossale*, poiché indica quegli elementi di confronto tra i diversi aspetti del Sé presenti nel sogno del soggetto. Egli afferma che il sogno è una finzione regolata da un’estetica peculiare, e cioè quella di porre il Sé in un’allegoria di desiderio e di terrore modellata dall’Io. L’esperienza onirica diventa così una forma paradossale di rapporto oggettuale, poiché il ruolo del Sé nel sogno diventa quello di oggetto dell’articolazione inconscia di ricordi e di desideri da parte dell’Io (Bollas, 1987, pp. 73-74).

⁷ L’aspetto peculiarmente pernicioso e devastante del trauma – che «non può essere *ricordato* perché non è *mai* stato cosciente, può *solo essere rivissuto e riconosciuto* come passato» (Ferenczi, 1920-32, p. 264) – si rivela essere quello per cui esso non consente al bambino di fare un’esperienza adeguata ai suoi bisogni emotivi, assumendo i connotati di una ferita

Nel corso del tempo la nozione di trauma è dunque andata modificandosi e ampliandosi fino ad includere non solo eventi o atteggiamenti *attivi* che “offendono” il bambino, ma anche una ampia gamma di *non-eventi* e di atteggiamenti *passivi*: misconoscimenti, incomprensioni, fraintendimenti e attribuzioni – implicite e non – da parte dell’altro. In una parola, microtraumi silenti e inosservati correlati alle tensioni che l’Io del bambino sperimenta nella dipendenza con la madre; microtraumi che però, considerati *cumulativamente* e retrospettivamente, possono determinare un serio effetto patogeno sulla strutturazione dell’Io (Khan, 1963). L’attenzione si sposta così sull’influenza patogena che eventi piccoli ma ripetuti, piuttosto che macroscopiche interferenze, possono esercitare nell’interazione tra corredo del bambino e ambiente (Bonfiglio, 1997).

Lungo questo cammino concettuale, un punto cruciale è stato messo a fuoco da Ogden e concerne l’*altrimenti* sotteso alla pressione esercitata sul neonato affinché quest’ultimo si adegui alla patologia della madre. Sullo sfondo di alcuni tipi di relazione disturbata è infatti sempre presente la minaccia che, se il bambino non si conforma, cessa di esistere per la propria madre. «Questa minaccia è l’elemento di forza che sta dietro la richiesta di adeguamento: “Se non sei ciò che ho bisogno che tu sia, per me non esisti”, ovvero, detto in altro modo, “Posso vedere in te soltanto ciò che vi metto io stessa. Se non è questo che vedo, non vedo niente”» (Ogden 1991, p. 29).

Diversi autori si sono dedicati a esplorare i fenomeni relativi alla “trasmissione trans-generazionale” delle fantasie inconscie dei genitori e dei fantasmi familiari, individuando nel mondo interno del soggetto le tracce di “inoculazioni” di aree impensate, negate ed espulse dall’“Altro” (Abraham e Torok, 1976, 1987; Torok, 2002), o descrivendo funzionamenti mentali frutto di *identificazioni alienate narcisistiche inconscie* (Faimberg, 2004).

Capostipite di questi apporti è stata Paula Heimann (1939, 1948, 1975, 1989) che per prima ha messo in evidenza nei suoi scritti il dannoso effetto di tali identificazioni negli *spoilt children*. Bollas (1987, 1989) ha in seguito illuminato diverse questioni concernenti le identificazioni estrattive e alienanti, chiarendo per esempio il destino dell’interiorizzazione, da parte del soggetto, della *logica relazionale operativa profonda* appartenente alle imago genitoriali. A questo proposito Borgogno (1999c) ha segnalato come *un surplus di dolore non metabolizzato dal genitore* possa passare direttamente al figlio “via incorporazione”, e ha sottolineato come l’odio e la *passione di morte* – un concetto introdotto da Jimenez Avello (1999) per descrivere le *tracce pulsionali* lasciate nel soggetto dall’azione sadica dell’altro – possano essere conduttori universali di allontanamento dalla vita e dai legami. L’evoluzione psichica viene così gravemente danneggiata perché in parte impedita o del tutto bloccata da questo deposito alieno ed estraneo. I comportamenti antilibidici di molti pazienti divengono dunque leggibili come la conseguenza di fenomeni di intrusione e di estrazione parentali e di *identificazioni inconscie con oggetti antivituali*, che hanno minato il desiderio di esistere e parassitato il Sé.

disorganizzante inferta alla soggettività dell’individuo: una sorta di *stigmata* pronta a riaprirsi e a riproporre una sofferenza originaria che impedirà lo svilupparsi di una esistenza psichica differenziata anche qualora il soggetto incontri in futuro persone disponibili ad accoglierlo e capaci di comprenderlo, dal momento che ogni qualvolta si profili il pericolo che l’esperienza traumatica si ripeta si sviluppa un’angoscia tale da spingere il paziente a evitare qualsiasi condotta che possa in qualche modo portare alla riproposizione della situazione patogena (Ferenczi, 1916).

Si tratterebbe in sostanza di vicende relazionali nelle quali, verificandosi un crollo della sinergia tra i processi di comunicazione, simbolizzazione e introiezione, si assiste a un fallimento del naturale processo di introiezione, che può essere a quel punto vicariato dall'incorporazione di un oggetto che, non riuscendo a essere metabolizzato, permane non assimilato come un corpo estraneo: una sorta di *innesto psichico*. Una delle caratteristiche più perniciose di tali processi di *trapianto psichico* è quella per cui essi non creano solo *aree mortifere scisse* ma anche *metastasi mortificanti* che proliferano autonomamente e che si ridestano di fronte a nuove specifiche sollecitazioni traumatiche. Mi pare importante sottolineare il fatto che tali aree scisse mantengono attivo in permanenza un carattere *devitalizzante* e *devalorizzante*, configurandosi come veri e propri “modelli operativi inconsci” che interferiscono pesantemente sulla possibilità di avere una vita psichica “individuata” e autentica.

Descriverò ora la vicenda analitica di Martina, una *wise baby* la cui storia è caratterizzata proprio da quelle operazioni di *smembramento dei contenuti psichici in un sentire inconscio e in un conoscere senza sentire* (Ferenczi, 1934, p. 108) caratteristiche di quegli *spoilt children* che hanno vissuto l'esperienza mortificante di avere sentito che un *oggetto alieno* (Heimann, 1958, 1965; Borgogno, 1999c) si è sostituito concretamente al posto del loro Io, “curvando” tutta la loro vita nella direzione di dover assumere *atteggiamenti maternamente protettivi nei confronti del prossimo* (Ferenczi, 1931, p. 74). Haydeé Faimberg (1981) scrive al riguardo che il destino di chi è amato nella relazione narcisistica è di scomparire nella sua alterità. Essa ha puntualizzato con chiarezza come il *wise baby* sia “saggio” perché costretto a creare con i suoi mezzi le condizioni necessarie affinché i genitori si interessino a lui. Il *wise baby* in qualche misura sa anche meglio dei genitori (e in analisi anche meglio dell'analista) dove si collocano gli interessi narcisistici dei genitori stessi (o dell'analista). Per poter dipendere da genitori di questo tipo il *wise baby*, in sintesi, deve adattare i propri interessi all'interesse narcisistico dei genitori: qui sta la sua saggezza (Faimberg, 2012).

Martina e la bestiaccia

Segue caso clinico

Conclusioni

Nel corso di questo scritto ho trattato alcuni aspetti teorico-clinici implicati a mio avviso nel trattamento di pazienti con organizzazioni di personalità i cui tratti caratteristici sono la latitanza degli investimenti, la mancanza di un “senso” della vita, un'insoddisfazione profonda e perdurante generata, nell'intra- e nell'interpsichico, dall'operare di un'istanza psichica di apparente stampo super-egoico e l'oscura sensazione di essere stati scarsamente alimentati, a livello emotivo, nelle relazioni primarie.

Non è un'impresa facile accostare questi pazienti a una cultura psichica differente, che dia valore *all'insostenibile leggerezza* della *vulnerabilità*, della *precarietà*, della *scommessa* sulle proprie e altrui risorse – in una parola alla vita – piuttosto che ai dettami mortiferi di un regime fondato sull'«identificazione massiccia con un oggetto devitalizzato e devitalizzante che parassita il sé» (Meotti, 1996, p. 459): la sfida è quella di entrare in contatto con il senso di morte e con il dolore inespresso del paziente, per aiutarlo a

riprendere contatto con la fiducia di essere capito e per alimentare la speranza che col tempo, offrendo pensieri e rappresentazioni che facilitino un nuovo modo di considerare gli affetti correlati a un'esperienza fino a quel momento non integrata e non integrabile, divenga per lui finalmente possibile risimbolizzare, risignificare e sognare le *dead-zones* fino a quel momento dominate dall'*agonia*, in una prospettiva teorico-tecnica fondata dunque sull'idea che non vi sia tanto *un inconscio da disvelare*, ma piuttosto *una capacità di pensare da sviluppare* (Ferro, 2013).

A questo scopo si rende a mio avviso necessario un analista *responsivo* e *contenitivo*, capace di ascoltare, di cogliere e di descrivere le emozioni in campo: un analista più votato alla ricerca di una *sintonizzazione emotiva* – immaginabile come un *enzima analitico* necessario per produrre simboli e rappresentazioni (Ferro, 2002) – che a fornire precise interpretazioni verbali che monitorino “minuto per minuto” l'andamento della relazione transferale. Un analista capace anche di accogliere la ripetizione del paziente come un tentativo di dare una nuova e migliore soluzione a un compito lasciato in sospeso, nell'aspettativa di rinvenire un incoraggiamento a provare e pensare fino in fondo eventi psichici traumaticamente interrotti (Ferenczi, 1934; Borgogno, Vigna-Taglianti, 2008)⁸. Lavorando in questa direzione egli dovrà concedersi di *sperimentare emozioni in cerca d'autore*, dando talora per la prima volta una forma e un contenitore – nella complessità inizialmente *opaca* del transfert e sovente attraverso un'inversione dei ruoli – al clima emozionale traumatogeno responsabile della sofferenza ineffabile del paziente⁹. Grazie a questa “immedesimazione” nel ruolo assegnatogli dal paziente – un'immedesimazione che non ostacola, ma anzi favorisce il processo analitico – l'analista giungerà ad una particolare forma di comprensione. La funzione specifica svolta quindi dall'analista consiste da una parte nel cedere alla pressione proiettiva del paziente, identificandosi con gli oggetti del suo mondo interno, e dall'altra nel parteciparvi con le caratteristiche della propria personalità, ovvero la propria peculiare soggettività. È nel mantenere una posizione oscillante fra questi due livelli – quello di “oggetto” e quello di “soggetto” – che si realizza la specifica funzione dell'analista (Greenberg, 1986; Aron, 1991, Ponsi, 1999; Vigna-Taglianti, 2015b). Un punto quest'ultimo condiviso anche da Bolognini (2002) quando sostiene che la conoscenza profonda del paziente dipende dalla capacità dell'analista di attivare un gioco continuo e dinamico di identificazione e disidentificazione con il paziente stesso; una sorta di immersione ed emersione empatiche che consentano quella vicinanza emotiva che è al tempo stesso cura e conoscenza. Solo attraverso il *working-through* della *risposta emozionale* conseguente a questa faticosa e per nulla scontata oscillazione l'analista potrà dipanare l'intreccio

⁸ Peraltro Ogden (1991) ha da tempo puntualizzato come nelle situazioni cliniche in cui si instaurano forme di transfert preverbale le interpretazioni verbali vengano spesso vissute come estranee dal paziente, indipendentemente dal fatto che esse siano errate o poco tempestive, ma per la sola ragione che l'analista utilizzi il linguaggio allo scopo di “tradurre” i significati emergenti. Quando ciò accade l'analizzando si trova ad affrontare un dilemma: può introiettare l'interpretazione anche se non la sente consona e adeguata per conservare un senso di connessione con il terapeuta, oppure rifiutarla con il rischio di sentirsi profondamente solo e non più in contatto con l'analista.

⁹ Vallino (1999) sostiene che nel modello di *campo emotivo* sviluppato da autori come Ferro (1992) e Gaburri (1997), così come nell'*esperienza condivisa* descritta da Nissim Momigliano (1984, 1992), Robutti (1992) e Di Chiara (1992, 1997), entrambi i membri della coppia analitica sono portatori potenziali di azioni inconsce che hanno un soggetto inconscio, un oggetto inconscio e che avvengono attraverso azioni reciproche intersoggettive. La novità del concetto di *ri-vivere* insita in queste formulazioni del processo terapeutico sta nel riconoscere che, durante la seduta, siamo in presenza di qualcosa di *ignoto* che neanche l'analista sa in quale direzione evolverà.

identificatorio che ha ripreso vita nella dinamica transfert-controtransfert e intuire “*chi parla a chi*” (Heimann, 1959) e quale aspetto del sé del paziente egli stia “impersonando” in un dato momento sullo scenario analitico. Si giunge così infine a poter *ricordare e pensare*. Un atto simbolico fondante per ridare voce e parole a una dimensione infantile mortificata, mutacica e rancorosa: quelle parole foriere di pensieri che finalmente potranno essere inseriti in un processo di storicizzazione rappresentabile.

Il cammino – come ho detto – è lento e richiede un alto grado di tolleranza all’alternanza, anche repentina, di stati emotivi che paiono in cerca di *personaggi*, ovvero di una disponibilità alla condivisione e all’*interpretazione* per poter essere successivamente pensati e narrati, a se stessi e agli altri. In questi pazienti il nodo psicopatologico cruciale riguarda infatti l’aver accolto identificazioni patologiche che agiscono al livello del Sé e che hanno danneggiato l’Io a tal punto da non essere più in grado di offrire al Sé strumenti per simbolizzarsi. Funzione specifica dell’analista diviene allora offrire strumenti di rappresentazione, divenendo parte attiva di un lavoro di “spola” e di “collegamento” simbolico tra l’Io e il Sé, dal momento che le funzioni analitiche a cui sto facendo riferimento sono finalizzate a creare, concretamente, le condizioni affettive intersichiche affinché possa essere trasmesso e appreso l’alfabeto emotivo necessario a padroneggiare l’esperienza vissuta. Si tratta sovente in sostanza di dare un nome – il più elementare e pertinente possibile – ai sentimenti e alle emozioni che il paziente, suo malgrado, confusamente comunica; di restituire per così dire «il primitivo, naturale e ingenuo *vocabolario affettivo* a qualcuno che ne è stato privato o defraudato» (Nobili, 1983, p. 77).

L’analista dovrà allora essere un po’ *geniere-guastatore* per togliere corrente dai reticolati difensivi che mantengono l’isolamento narcisistico e preservano l’integrità della *cripta* dove è custodito il *gemello embrionale* portatore di residue potenzialità vitali; un po’ *elettricista* per allacciare contatti *vettori di energia affettiva* e dunque *capaci di liberare i prigionieri* (Leonardi, 1987); un po’ *rianimatore* per monitorare assiduamente i *parametri vitali emotivi* e assistere benignamente la ripresa dei *segni vitali*; un po’ *nurse* per accudire e nutrire questi delicati e vulnerabili legami e permettere lo sviluppo della capacità di pensare e di sognare, l’elaborazione delle esperienze traumatiche e la differenziazione del Sé in una direzione di autenticità e specificità (Vigna-Taglianti, 2002). In questo lungo e doloroso percorso di rinascita psichica non potremo certo offrire al paziente – parafrasando Ferenczi (1934) – tutto quello che avrebbe potuto avere da bambino; ma già il fatto di poterlo aiutare, introducendo *impulsi vitali e capacità oniriche e rappresentative*, potrà dargli la spinta verso una nuova esistenza, nella quale, chiusa la partita con ciò che è andato irrimediabilmente perduto, viene compiuto quel passo cruciale che sovente permette di accontentarsi di quello che la vita, malgrado tutto, può ancora offrire.

Riferimenti bibliografici

- ABADI M. (1978). Pulsion de muerte o muerte de la pulsion?. *Revista Psicoanal.*, 35, 1145-1178.
- ARON L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psycoanal. Dial.*, 1, 29-51.
- ARON L. (1996). *Menti che si incontrano*. Cortina, Milano 2004.
- BALINT M. (1968). Il difetto fondamentale. In *La regressione*. Cortina, Milano 1983.
- BALINT M. (1969). Trauma and Object Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 50, 429-436.
- BARALE F., FERRO A. (1992). Reazioni terapeutiche negative e microfratture nella comunicazione analitica. In Nissim Momigliano L., Robutti A. (a cura di), *L'esperienza condivisa*. Cortina, Milano 1992.
- BARANDE R. (1968). La "pulsion de mort" comme non-transgression. *Rev. Franç. Psychanal.*, 32, 465-502.
- BASCH M.F. (1984). Selfobjects and Selfobject Transference. Theoretical Implications. In Stepansky P. E., Goldberg A. (eds), *Kobut's Legacy. Contributions to Self Psychology*. Analytic Press, Hillsdale-London.
- BÉGOIN J. (1989). La violence du désespoir, ou le contresens d'une "pulsion de mort" en psychanalyse. *Rev. Franç. Psychanal.*, 2, 619-641.
- BÉGOIN J. (1993). Significazione e interpretazione della distruttività nella vita psichica del bambino. *Quaderni Psicoter. Inf.*, 28, 177-199.
- BERGERET J. (1984). *La violence fondamentale*. Dunod, Paris.
- BION W.R. (1962a). A Theory of Thinking. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43, 306-310.
- BION W.R. (1962b). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
- BLEGER J. (1967). *Simbiosi e ambiguità*. Studio psicoanalitico. Editrice Lauretana, Loreto 1992.
- BOKANOWSKY T. (1989). Le concept de pulsion de mort. Bibliographie critiques des auteurs psychanalytiques francais. *Rev. Franç. Psychanal.*, 2, 509-533.
- BOLLAS C. (1987). *L'ombra dell'oggetto*. Psicoanalisi del conosciuto non pensato. Borla, Roma 1989.
- BOLLAS C. (1989). *Forze del destino*. Borla, Roma 1991.
- BOLOGNINI S. (2002). *L'empatia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- BONASIA E. (1988). Pulsione di morte o terrore di morire? Una ricerca sul problema della morte in psicoanalisi. *Riv. Psicoanal.*, 34, 272-315.
- BORGOGNO F. (1999a). Un contributo di Ferenczi alla psicoanalisi infantile: la pensabilità del trauma e del traumatico. In *Psicoanalisi come percorso*. Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- BORGOGNO F. (1999b). Sándor Ferenczi e il sogno. In *Psicoanalisi come percorso*. Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- BORGOGNO F. (1999c). «Spoilt children». L'intrusione e l'estrazione parentale come fattore di distruttività. In *Psicoanalisi come percorso*. Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- BORGOGNO F., VIGNA-TAGLIANTI M. (2008). Il rovesciamento dei ruoli: un "riflesso" dell'eredità del passato piuttosto trascurato. *Riv. Psicoanal.*, 54, 591-603.
- BOTT SPILLIUS E. (1983). Some Developments from the Work of Melanie Klein. *Int. J. Psycho-Anal.*, 64, 321-332.
- BOTT SPILLIUS E. (1988a). *Melanie Klein Today*. Vol. I. Mainly Theory. Routledge, London.
- BOTT SPILLIUS E. (1988b). *Melanie Klein Today*. Vol.2. Mainly Practice. Routledge, London.
- BOWLBY J. (1969). *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Boringhieri, Torino 1972.
- BOWLBY J. (1973). *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino 1975.
- BOWLBY J. (1980). *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*. Boringhieri, Torino 1983.
- BRAUNSCHWEIG D., FAIN M. (1971). *Eros et Antéros*. Payot, Paris.
- BRAUNSCHWEIG D., FAIN M. (1975). *La nuit, le jour: essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Payot, Paris.

- BREGMAN EHRENBURG (1992). *Il limite dell'intimità*. Centro Scientifico Editore, Torino 2009.
- BRENNAN E. (1985). Cruelty and Narrowmindedness. *Int. J. Psycho-Anal.*, 66, 273-282.
- CICCONE A., LHOPITAL M. (1991). *La nascita alla vita psichica*. Borla, Roma 1994.
- CIVITARESE G. (2013). Spettri del transfert. In Ferro A., *Psicoanalisi oggi*. Roma Carlocchi.
- DI CHIARA G. (1992). L'incontro, il racconto, il commiato. Tre fattori fondamentali dell'esperienza psicoanalitica. In Nissim Momigliano L., Robutti A. (a cura di), *L'esperienza condivisa*. Cortina, Milano 1992.
- DI CHIARA G. (1997). La formazione e le evoluzioni del campo analitico. In *Emozione e Interpretazione. Psicoanalisi del campo emotivo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- EMDE R. (1981). Changing Models of Infancy and the Nature of Early Development. Remodelling the Foundation. *J. American Psychoanal. Assoc.*, 29, 179-219.
- FAIRBAIRN R. (1940). Fattori schizoidi nella personalità. In *Studi psicoanalitici della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- FAIRBAIRN R. (1941). Riesame della psicopatologia delle psicosi e delle psiconevrosi. In *Studi psicoanalitici della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- FAIRBAIRN R. (1944). La struttura endopsichica considerata in termini di relazioni oggettuali. In *Studi psicoanalitici della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- FAIRBAIRN R. (1952). *Studi psicoanalitici della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino 1992.
- FERENCZI S. (1909). Introiezione e transfert. In *Opere*, vol. 1, Cortina, Milano 1989.
- FERENCZI S. (1916). Due tipi di nevrosi di guerra (isteria). In *Opere*, vol. 2, Cortina, Milano 1990.
- FERENCZI S. (1920-1932). Note e frammenti. In *Opere*, vol. 4., Cortina, Milano 2002.
- FERENCZI S. (1929). Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte. In *Opere*, vol. 4, Cortina, Milano 2002.
- FERENCZI S. (1932b). *Diario clinico*. Cortina, Milano 1988.
- FERENCZI S. (1934). Riflessioni sul trauma. In *Opere*, vol. 4, Cortina, Milano 2002.
- FERRO A. (1992). *La tecnica nella psicoanalisi infantile*. Cortina, Milano.
- FERRO A. (1996). *Nella stanza d'analisi*. Cortina, Milano.
- FERRO A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Cortina, Milano.
- FERRO A. (2010). *Tormenti di anime. Passioni, sintomi, sogni*. Cortina, Milano.
- FERRO A. (2013). Modello onirico della mente. In Ferro A. (a cura di), *Psicoanalisi oggi*. Carrocci editore, Roma.
- FRAIBERG S. (1982). Pathological Defences in Infancy. *Psychoanal. Q.*, 51, 612-635.
- FREUD S. (1912). *Modi tipici di ammalarsi nervosamente*. O.S.F., 6.
- FREUD S. (1915). *L'inconscio*. O. S. F., 8.
- GABURRI E. (a cura di) (1997) *Emozione e interpretazione. Psicoanalisi del campo emotivo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- GREEN A. (1984). Pulsione di morte, narcisismo negativo, funzione disoggettualizzante. In *Il lavoro del negativo*. Borla, Roma 1996.
- GREENBERG J.R. (1986). Theoretical models and the analyst's neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 22, 87-106.
- GROTSTEIN J.S. (1981). *Scissione e identificazione proiettiva*. Astrolabio, Roma 1983.
- GROTSTEIN J.S. (2000a). Some Considerations of "Hate" and a Reconsideration of the Death Instinct. *Psychoanal. Inq.*, 20, 462-480.
- GROTSTEIN J.S. (2000b). *Chi è il sognatore che sogna il sogno ? Uno studio sulle presenze psichiche*. Edizioni Magi, Roma 2004.
- HEIMANN P. (1959). Controtransfert. In *Bambini e non più bambini*. Borla, Roma 1992.
- HORNER A. J. (1991). Relazioni oggettuali. Teoria e trattamento. Cortina, Milano 1993.
- JIMENEZ AVELLO J. (1999). La metapsicologia in Ferenczi: pulsione di morte o passione di morte? In Borgogno F., *La partecipazione affettiva dell'analista. Il contributo di Sándor Ferenczi al pensiero psicoanalitico contemporaneo*. Franco Angeli, Milano.

- JOSEPH B. (1982). Assuefazione alla quasi-morte. In *Equilibrio e cambiamento psichico*. Cortina, Milano 1991.
- JOSEPH B. (1983). Sul comprendere e non comprendere: alcuni aspetti tecnici. In *Equilibrio e cambiamento psichico*. Cortina, Milano 1991.
- JOSEPH B. (1989). *Equilibrio e cambiamento psichico*. Cortina, Milano 1991.
- KHAN M.R. (1963). Il concetto di trauma cumulativo. In *Lo spazio privato del sé*. Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- KHAN M.R. (1974). *Lo spazio privato del sé*. Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- KLEIN M. (1935). Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. In *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino 1978.
- LAPLANCHE J. (1984). La pulsione di morte nella teoria della pulsione sessuale. In *Elementi per una metapsicologia*. Borla, Roma 1991.
- LE GUEN C. (1989). Du bon usage de la pulsion de mort. *Rev. Franç. Psychoanal.*, 2, 535-555.
- LEONARDI P. (1987). Pensiero, specificità degli oggetti e onniscienza. *Riv. Psicoanal.*, 33, 321-330.
- LICHTENBERG J.D. (1983). *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*. Asstrolabio, Roma 1988.
- MAHLER M., KAPLAN L. (1977). Developmental Aspects in the Assessment of Narcissistic and So-Called Borderline Personalities. In Hartocollis P. (eds), *Borderline Personality Disorders*. Int. Univ. Press, New York 1977.
- MELTZER D. (1973). *Stati sessuali della mente*. Armando, Roma, 1975.
- MEOTTI F. (1996). Alcune riflessioni sull'inautenticità. *Riv. Psicoanal.*, 42, 457-464.
- MODELL A.H. (1991). A Confusion of Tongues or Whose Reality is It? *Psychoanal. Q.*, 60, 227-244.
- NISSIM MOMIGLIANO L. (1984). Due persone che parlano in una stanza (una ricerca sul dialogo analitico). *Riv. Psicoanal.*, 30, 1, 1-17.
- NISSIM MOMIGLIANO L., ROBUTTI A. (a cura di) (1992). *L'esperienza condivisa*. Cortina, Milano 1992.
- NOBILI D. (1983). Un adulto riapprende a parlare: torniamo al sillabario emotivo! *Riv. Psicoanal.*, 29, 69-80.
- OGDEN T. H. (1991). *L'identificazione proiettiva e la tecnica terapeutica*. Astrolabio, Roma 1994.
- OGDEN T. H. (1994). *Soggetti dell'analisi*. Masson, Milano 1999.
- OGDEN T. H. (2005). *L'arte della psicoanalisi*. Cortina, Milano 2008.
- OGDEN T. H. (2009). *Riscoprire la psicoanalisi. Pensare, sognare, imparare e dimenticare*. CIS Editore, Milano 2009.
- PONSI M. (1999). La partecipazione dell'analista: un tema emergente nella psicoanalisi nord-americana. *Riv. Psicoanal.*, 45, 153-167.
- RAYNER, (1991). *Gli Indipendenti nella psicoanalisi britannica*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995
- RECHARDT E. (1984). Les destins de la pulsion de mort. In AA. V.V., *La pulsion de mort*. PUF, Paris, 1986.
- ROSENFELD H. (1987). *Comunicazione e interpretazione*. Boringhieri, Torino 1989.
- SEGAL H. (1983). Some Clinical Implications of Melanie Klein's Work: the Emergence from Narcissism. *Int. J. Psycho-Anal.*, 64, 269-276.
- SEGAL H. (1984). De l'utilité clinique du concept d'instinct de mort. In A.A. V.V., *La pulsion de mort*. PUF, Paris.
- STEINER J. (1993). *I rifugi della mente*. Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- STEINER J. (2011). *Seeing and Being Seen: Emerging from a Psychic Retreat*. Routledge, London.
- STERN D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri, Torino 1987.
- STEWART H. (1961). Giocasta: crimini e collusione. In *Esperienza psichica e tecnica psicoanalitica*. Borla, Roma 1994.
- STEWART H. (1977). Problemi di conduzione e comunicazione. In *Esperienza psichica e tecnica psicoanalitica*. Borla, Roma 1994.
- TOROK M. (1968). Malattia del lutto e fantasma del "cadavere equis". In Abraham N., Torok M., *La scorza e il nocciolo*. Borla, Roma 1993.
- VALLINO D. (1999). Mettere in scena colpi di scena. In Borgogno F., Ferro A., *Psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti: spigolature*. Borla, Roma 1999.

- VALLINO D. (2002). Percorsi teorico-clinici sul trauma. *Riv. Psicoanal.*, 48, 5-22.
- VALLINO D., MACCIÒ M. (2004). Il senso di esistere del neonato e l'attrazione fatale dell'identificazione. In Borgogno F. (a cura di), *Ferenczi oggi*. Bollati Boringhieri, Torino 2004.
- VIGNA-TAGLIANTI M. (2002). Transfert regressivo e transfert persecutorio: trasformazioni del Sé e funzioni analitiche. In Borgogno F. (a cura di), *Ferenczi oggi*. Bollati Boringhieri, Torino 2004.
- VIGNA-TAGLIANTI M., ARFELLI P. (2013). Confusion of tongues: A defence mechanism and a complex communication of unwelcome children with an early broken intimacy. *Int. Forum Psychoanal.*, 2014, Vol. 23, No. 1, 30–36.
- VIGNA-TAGLIANTI M. (2015a). Death instinct, death passion and unconscious pathological identifications: Too much and not enough. *Psychoanalysis in Europe*. Bulletin EPF, 69, 2015.
- VIGNA-TAGLIANTI M. (2015b). Ruptures and reconnections: play as a thread for sewing up? In: Saragnano G., Seulin C. (Editor), *Playing and Reality Revisited*. Karnac Books, London.
- VIGNA-TAGLIANTI M. (2018). Entre déformation et transformation. Fonction traumatolytique du rêve et développement de la capacité onirique. *Revue Française de Psychanalyse*, 82, 5, 1457–1462.
- VIGNA-TAGLIANTI M. (2019a). When something that should happen does not. The unwelcome child and psychic vicissitudes. In: Thomson-Salo, F. & Tognoli Pasquali L. (Editors). *When a child has been abused. Towards Psychoanalytic Understanding and Therapy*. Routledge, Oxon.
- VIGNA-TAGLIANTI M. (2019b). Il sogno e le sue funzioni. *Giornale italiano di psicologia*, 46 (3), 597–602.
- VIGNA-TAGLIANTI M. (2020). Pulsione di morte, ripetizione e identificazioni inconscie a cent'anni da *Al di là del principio di piacere*. *Riv. Psicoanal.*, 66 (4), 955–989.
- VIGNA-TAGLIANTI M. (2021). Il pezzo mancante. Sulle tracce di una metapsicologia al passo con i tempi. *Riv. Psicoanal.*, 67 (2), 327–346.
- WIDLOCHER D. (1986). La pulsion de mort. Avant-propos. In A.A. V.V., *La pulsion de mort*. PUF, Paris.
- WINNICOTT D.W. (1945). Lo sviluppo emozionale primario. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT D.W. (1949). The Ordinary Devoted Mother and her Baby. In *Il bambino e la famiglia*. Parte prima, capp. 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12. Giunti-Barbera, Firenze 1974.
- WINNICOTT D.W. (1950). L'aggressività ed il rapporto con lo sviluppo emozionale. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT D.W. (1951). Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT D.W. (1956). La preoccupazione materna primaria. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.
- WINNICOTT D.W. (1960). La teoria del rapporto infante-genitore. In *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Armando, Roma 1992.
- WINNICOTT D.W. (1962). I fini del trattamento psicoanalitico. In *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Armando, Roma 1992.
- WINNICOTT D.W. (1963a). Lo sviluppo della capacità di preoccuparsi. In *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Armando, Roma 1992.
- WINNICOTT D.W. (1963b). La paura del crollo. In *Esplorazioni psicoanalitiche*. Cortina, Milano 1995.
- WINNICOTT D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Armando, Roma 1992.
- WINNICOTT D.W. (1967). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1990.
- WINNICOTT D.W. (1969). L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni. In *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1990.
- WINNICOTT D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1990.
- WINNICOTT D.W. (1987). *I bambini e le loro madri*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1987.
- YORKE C. (1984). La pulsion de mort. Position personnelle. In A.A. V.V., *La pulsion de mort*. PUF, Paris.