

Alessandra Cinardi, Annamaria Mandese, Piero Petrini

Trauma relazionale e Borderline

*Arte e fotolinguaggio come metodo di mediazione
nel dispositivo psicoanalitico*

Collana
CASI CLINICI E P.P.M.



Alpes Italia srl – Via Gatteschi, 23 – 00162 Roma
tel. 0639738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

© Copyright

Alpes Italia srl - Via Gatteschi, 23 – 00162 Roma, tel./fax 06-39738315

I edizione, 2024

ALESSANDRA CINARDI è Psicologa clinica, Psicoterapeuta psicoanalitica, ha una laurea in Lettere, un Master in Biblioteconomia, uno in Counselling psicologico e un terzo in Ipnosi dinamica, è scrittrice fantasy (le cui opere sono pubblicate anche all'estero) presso la Armando Curcio editore, e ha pubblicato un saggio di Storia americana in *Dimensioni e problemi della ricerca storica*, edito dall'Università La Sapienza e da Carocci editore.

LINK: “miodottore.it/z/838KUH”; “alessandracinardipsicologa.com”

ANNAMARIA MANDESE è Psicologa, Psicoterapeuta Psicoanalitica. Responsabile CPP “Centro di Psichiatria e Psicoterapia” sede di Ancona. Membro del Comitato scientifico della SIPsIC “Società Italiana di Psicoterapia”. Fondatrice, Presidente e Responsabile Didattica S.A.P.P. “Scuola dell'Accademia di Psicoterapia Psicoanalitica”. Esercita la libera professione di Psicoterapeuta.

PIERO PETRINI è Medico Chirurgo, Psichiatra, Neurologo, Psicoterapeuta Psicoanalitico. Direttore e Docente della SAPP (Scuola Accademia di Psicoterapia Psicoanalitica). Presidente Nazionale della SIPsIC (Società Italiana di Psicoterapia). Vicepresidente della Società Italiana di Psichiatria Lazio. Membro della Consulta Cittadina per la Salute Mentale di “Roma Capitale”.

In copertina: *Resiliente*, opera di DEBORA CARCANGIU.

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633 e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

La Collana *CASI CLINICI E P.P.M.*

Il “fascino della clinica” è stato sicuramente il primo movente che ha spinto la SAPP, Scuola dell’Accademia di Psicoterapia Psicoanalitica, a creare la collana “*Casi clinici e P.P.M.*”.

Trattasi di una collana, che raccoglie i percorsi psicoterapici condotti dagli allievi del quarto anno con i propri pazienti applicando il metodo insegnato nella scuola. La clinica in tutte le sue sfumature diagnostiche è una sorta di fil rouge, che informa di sé ogni momento della loro formazione e si intreccia con le linee guida del trattamento secondo il P.P.M., declinato in ogni tipologia di funzionamento psichico. Dunque si arriva al secondo movente all’origine della collana : dare la possibilità agli allievi di esplorare e far esplorare a chi leggerà, momento per momento e passaggio dopo passaggio, l’intero iter psicoterapeutico percorso con i loro pazienti applicando il P.P.M., attentamente supervisionati dai loro formatori. Ogni monografia della collana pertanto tratterà di un solo funzionamento psicopatologico affrontato da un punto di vista teorico e tecnico; l’analisi delle teorie formulate sulla specifica patologia verrà svolta sempre sulla base di un confronto con il P.P.M.

Il Processo Psicoanalitico Mutativo è un metodo psicoterapico ad orientamento psicoanalitico, il cui modello teorico pur partendo da quello classico freudiano, integra altre teorizzazioni come quella di controtransfert di Ferenczi, di area transizionale di Winnicott, delle relazioni oggettuali sempre di Winnicott nonché di Fairbairn e Balint. Per l’enorme valore trasformativo che il P.P.M. attribuisce alla relazione analitica tra paziente e psicoterapeuta anche i contributi teorici della neopsicoanalisi, in particolare il concetto di campo dei coniugi Baranger e quello di intersichico di Bolognini costituiscono dei pilastri del suo modello teorico. Per il P.P.M. l’obiettivo terapeutico deve essere un’evoluzione del funzionamento psichico dei pazienti nella direzione di una sua genitalizzazione. Il mondo interno dei pazienti, in virtù della relazione analitica, dovrebbe popolarsi

di oggetti interni sempre più interi in virtù di un lento lavoro di integrazione, costruire relazioni oggettuali che prevedano sempre un terzo oggetto a livello rappresentazionale e siano dense di significati. Il rapporto dei pazienti con la loro angoscia preponderante, emersa in modo acuto nella crisi del loro consueto funzionamento psichico per il cedimento delle difese psichiche, dovrebbe piano piano cambiare in virtù di maggiori capacità del paziente di elaborare e di appoggiarsi a difese più evolute. I pazienti cominciano così a vedere se stessi, gli altri e la loro relazione con questi da angolazioni diverse, accedendo così ad una mobilità del pensiero, prima inesistente. Questi cambiamenti a livello di rappresentazioni mentali e di organizzazione dell'apparato psichico sarebbero possibili solo a condizione che lo psicoterapeuta si renda disponibile ad essere trasformato dal funzionamento psichico del proprio paziente. In qualche modo si dovrebbe essere contagiati da questi, così da contenere dentro di noi ciò che è del paziente, permettere al suo mondo interno di entrare in contatto con il nostro mondo interno, contaminarsi e trasformarsi reciprocamente. Tutto questo processo darebbe origine ad una co-costruzione nuova, definibile come "terza", in quanto non appartiene del tutto al paziente né allo psicoterapeuta ma bensì alla coppia, che accede così alla gratifica del principio del piacere espresso in modo molto più evoluto, perché non mira al puro soddisfacimento personale. Il P.P.M. sollecita per sua impostazione al lavoro condiviso, assimilabile in qualche modo a quello richiesto a due persone in barca a vela: essere diretti verso un nuovo approdo, da cui godere di prospettive diverse, coordinandosi rispetto alle manovre da eseguire, tenendo necessariamente conto dei venti, delle correnti, degli ostacoli imprevisi ed anche dei momenti di stasi. Il Processo Psicoanalitico Mutativo prevede una serie di momenti trasformativi, realizzati per il tramite della relazione tra paziente e psicoterapeuta, vero e fondamentale fattore di cambiamento, già a partire dall'I.P.M. Investigazione Psicoanalitica Mutativa, che è la fase diagnostica del P.P.M., la quale mira ad individuare la struttura di personalità, il relativo funzionamento psichico della persona e ad avviare il processo trasformativo del paziente. La crisi, che spinge alla consultazione psicoterapica, secondo il P.P.M., dà evidenza all'"auto-menzogna" su cui

il paziente ha impostato la sua vita, rivelatasi poi fallace a causa di un cambiamento nella sua realtà bio-psico-sociale. *“Pertanto la crisi è l’effetto del cedimento dell’ambiguità che lascia il posto alla certezza incontrovertibile. [...] Subito si paleserà il primo scoglio del percorso psicoanalitico con cui uno psicoterapeuta s’imbatte. Esso sarà rappresentato dal desiderio parziale del paziente di vedere che la propria costruzione difensiva da cui è stato pervaso il funzionamento mentale oltre a proteggerlo poco era intrisa di auto-menzogne, rassicuranti rispetto a falsi legami”*¹. Secondo il modello del Processo Psicoanalitico Mutativo qualunque crisi modifica transitoriamente la relazione con gli oggetti interni; aspetto che rende la crisi, seppur dolorosissima, un momento esistenziale molto prolifico. *“La crisi dunque è essenzialmente l’effetto del progressivo affacciarsi del fantasma, cioè di una formazione immaginaria depositata nel preconsiglio, la cui parziale tracciabilità è comunque sempre alla portata della nostra mano. [...] Siamo fundamentalmente noi ad adoperarci per rendere il fantasma irrintracciabile [...] convinti di non poter reggere l’angoscia che si scatenerrebbe qualora si rendesse visibile”*². L’angoscia interna scatenata dall’emergere della verità induce il paziente a ricercare nella realtà oggetti che gli permettano di ripristinare il suo precedente equilibrio psichico, seppur basato su un funzionamento psichico patologico. Lo psicoterapeuta stesso può essere pervaso dall’imago fantasmatica ingabbiante il paziente attraverso il gioco della proiezione e dello spostamento, messi in atto da questi per bloccarlo nell’intrasformabilità. Il paziente tenta sempre di risolvere la crisi ripristinando il suo vecchio funzionamento psichico sotto la spinta della coazione a ripetere. Ma il P.P.M. prevede che il paziente venga confrontato sin dal primo colloquio con una mancanza frustrante il suo bisogno perpetuo del vecchio funzionamento psichico. Lo psicoterapeuta infatti deve rendersi non soddisfacente come oggetto di proiezioni di fantasie inconscie o di imago parentali proponendosi come soggetto con proprie rappresentazioni del mondo interno del paziente rispetto a come era e come potrebbe diventare.

1 P., Petrini, A., Mandese, Manuale del Processo Psicoanalitico Mutativo, P.P.M., Franco Angeli, Milano, 2017, p. 15.

2 *Ibidem*, p. 19.

Per realizzare questa condizione lo psicoterapeuta nella fase investigativa iniziale si adegnerà solo parzialmente al funzionamento psichico del paziente per costruirsi un'ipotesi esplicativa del perché il paziente funzioni in quel modo e alla fine del primo colloquio con la sua interpretazione iniziatica mutativa darà evidenza alla non corrispondenza all'oggetto interno del paziente. È proprio l'esperienza della frustrazione parziale della pulsione di appropriazione a permettere al paziente di crearsi mentalmente una triangolazione. D'altronde già Freud nella sua teoria delle pulsioni sostenne la "temporanea allucinazione dell'oggetto come realizzazione temporanea del desiderio secondo i dettami del principio del piacere e dei processi primari pur di contenere lo stato di malessere scatenato dall'assenza"³.

Dunque la collana, che stiamo introducendo, accompagnerà il lettore lungo la successione dei momenti trasformativi, sopra descritti, che vanno a determinarsi all'interno del condensato di scambi di nome "relazione analitica".

³ *Ibidem*, p. 35.

Indice generale

<i>INTRODUZIONE</i>	IX
<hr/>	
CAPITOLO 1	
ORIZZONTI TEORICI DI RIFERIMENTO. TRAUMA E DISTURBO BORDERLINE	
DI PERSONALITÀ	1
Trauma, dissociazione e correlati neurofunzionali nel DBP	
Prospettive teoriche	3
Trauma dissociativo, DBP e teoria dell'attaccamento	14
DBP e trauma. Disturbo dell'emisfero dx?	18
<hr/>	
CAPITOLO 2	
MENTALIZZAZIONE E TRAUMA RELAZIONALE <i>ABBANDONICO</i> NEL	
FUNZIONAMENTO BORDERLINE	33
Teoria polivagale. <i>L'ingaggio sociale come appoggio oggettuale sano</i>	43
La genesi del Sé traumatizzato: <i>traumatofilico</i> e <i>traumatofobico</i> ..	55
Relazioni oggettuali traumatogene e origini evolutive del funzionamento borderline	60
<hr/>	
CAPITOLO 3	
IL TRAUMA COME TERZO ALTRO DA SÉ DA INTEGRARE NELLO PSICHISMO	
INDIVIDUALE DIADICO-ANACLITICO DEL FUNZIONAMENTO BORDERLINE	79
Trattamento. Il PPM (Processo Psicoanalitico Mutativo) tra traumatofilia e cambiamento	83
Arte e fotolingaggio come metodo di mediazione (Terzo Altro) o <i>oggetto transizionale</i> nel dispositivo analitico	86
<hr/>	
CAPITOLO 4	
KORE. UN CASO CLINICO	95
La paziente: Kore tra mito e realtà	96
Primo Incontro e pre-controtransfert	100
Primo colloquio e IPM (Interpretazione Iniziatica Mutativa)	107
I primi 4 colloqui	114

TRAUMA RELAZIONALE E BORDERLINE

La malattia come reiterazione della <i>traumatofilia</i> del funzionamento di personalità borderline	143
Il gioco simbolico in terapia secondo il PPM	154
Il paziente borderline tra <i>traumatofobia</i> e <i>traumatofilia</i>	166
Il transgenerazionale in terapia	169
L'arte come paradigma dell'integrazione dell'ambivalenza dell'esistenza	171
Il trauma come catalizzatore di passaggi evolutivi fondamentali per l'evoluzione di marca genitale dello psichismo	190
OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	201
<hr/>	
APPENDICE	
<hr/>	
Il Mito egizio di Osiride allegoria del trauma dissociativo di matrice borderline	215
Repertorio iconografico della paziente. Fotografie e opere artistiche	219
Bibliografia	243

“The sorrow that has no vent in tears makes other organs weep”
(Quando il dolore non trova sfogo nelle lacrime, altri organi piangono).
Henry Maudsley (psichiatra inglese)

“L’emozione che non ha voce diventa sintomo”
cit. mia



INTRODUZIONE

Freud agli inizi del secolo scorso, agli albori della psicoanalisi, auspicava la fusione tra quest'ultima e la neurofisiologia per una psicoterapia che alla fine potesse ricompattare la scissione mente/corpo che ha contraddistinto la scienza da Cartesio in poi, rammentandoci che: "L'Io è innanzitutto un'entità corporea, vale a dire non soltanto un'entità tutta in superficie, ma un'entità corrispondente alla proiezione di una superficie" (Freud, 1923).

E attualmente stesso auspicio ha caratterizzato il lavoro di Kandel, premio Nobel per la medicina:

"La biologia svolgerà il ruolo che le è proprio, di ponte naturale tra le scienze dell'uomo, interessate ai temi dell'esistenza umana, e le scienze della natura, che si occupano del mondo fisico [...]. Possiamo augurarci che la psichiatria e la psicoanalisi siano protagoniste in questa impresa storica di comprendere la mente in termini biologici, così da catturare nuovamente l'interesse dei membri più validi e promettenti delle nuove generazioni" (Kandel, 2007, p.456) .

E ancor prima di lui Bowlby, pur non avendo avuto la possibilità di integrare le sue teorie sull'attaccamento con studi sperimentali sul cervello, era perfettamente consapevole che una comprensione approfondita dello sviluppo psicologico e della patologia psichica sarebbe pervenuta unicamente grazie all'integrazione tra psicologia e neuroscienze.

Queste ultime da allora hanno compiuto notevoli avanzamenti teorici, contribuendo alla comprensione della natura delle emozioni e dei circuiti neuronali ad esse sottesi, e dei disturbi psicopatologici correlati, segnatamente dei disturbi di personalità, nonostante le tecniche di *neuroimaging* non siano a tutt'oggi abbastanza accurate da fornire certezze in merito (Panksepp, 2014).

Lo stesso Bergeret indirettamente sottolineava *de facto*, con il suo lavoro, come la dicotomia mente/corpo di matrice cartesiana fosse inac-

cettabile, giacché l'*Io psichico* investe *ab origine* sempre di narcisismo l'*Io corporeo*, quindi va da sé come la neurobiologia, col suo portato corporeo, sia inestricabilmente interrelata allo psichismo individuale:

“Il corpo appare dunque come un oggetto dell’Io, insieme interno ed esterno e subirà di conseguenza la sorte dell’oggetto. Seguendo gli investimenti dell’oggetto (il cui prototipo è la madre) Freud ha individuato le condizioni dello sviluppo del vissuto corporeo. [...] anche se Freud non espone alcuna formulazione anatomica dell’Io [...] l’Io è concepito come un sistema relazionale molto sensibile alle frustrazioni precoci esterne e le ritrasmette agli oggetti, dunque al corpo stesso. L’Io psichico preesiste [...] e investe di narcisismo [...] l’Io corporeo. [...] Questo narcisismo investe precocemente gli organi e contribuisce tutta la vita a influenzare un certo tipo di funzionamento” (Bergeret, 1989, pp. 134-135) (corsivo mio).

La prima parte del presente lavoro, di conseguenza, sulla scorta degli studi delle cosiddette neuroscienze affettive, delle moderne teorie sull’attaccamento e delle teorizzazioni sui traumi di matrice relazionale, intende inquadrare il funzionamento borderline¹ alla luce di una teoria integrata esplorando tre orizzonti epistemologici: neurobiologico, intrapsichico e intersichico postfreudiano.

Il *fil rouge* del lavoro sarà il *trauma relazionale* e il suo intrecciarsi indissolubilmente al funzionamento borderline, l’importanza dell’attaccamento e dell’ambiente *intersichico* (di matrice postfreudiana) di *influen-*

¹ Fa d’uopo sottolineare un distinguo tra disturbo borderline, funzionamento borderline, nonché organizzazione borderline. Per disturbo borderline va inteso il disturbo di personalità così classificato dal DSM V (Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, 2014) che mira a delineare la costellazione sintomatologica del paziente ovvero “cosa ha” quel paziente; mentre, diversamente, il PDM 2 (Manuale diagnostico psicodinamico, 2020) è volto ad evidenziare la struttura di personalità del paziente sottesa al quadro sintomatologico ovvero “chi è” quel paziente.

L’organizzazione borderline o *stati limite* – secondo la definizione di Bergeret (2002) – è considerata invece da Kernberg (1978), accanto a quella nevrotica e psicotica, quel tipo di organizzazione che racchiude i differenti disturbi di personalità al confine tra patologie di tipo psicotico e nevrotico.

Infine per “funzionamento psicologico” il PPM (Processo Psicoanalitico Mutativo) intende nello specifico “come funziona” il paziente nelle relazioni interpersonali e nell’interazione con l’ambiente *tout court* al di là della costellazione sintomatologica cui è sottesa una ben specifica struttura psichica di base.

zamento reciproco tra l'oggetto-sé e il Sé per la genesi della psicopatologia nell'ottica del Processo Psicoanalitico Mutativo (PPM) e per lo sviluppo delle capacità quindi di empatia, riflessione, simbolizzazione, significazione e mentalizzazione², gravemente compromesse nel soggetto borderline, sottolineando come l'incapacità di tessere relazioni e legami sani sia alla base di quella "patologia del legame" sottesa all'eziopatogenesi della patologia borderline e che saturerà e pervaderà il setting analitico medesimo, e che si declinerà in modo specifico anche come *patologia del legame del pensiero*³ (non solo quindi relazionale), ovvero – come vedremo in modo approfondito – della capacità di tessere legami tra "rappresentazione di cose" e "rappresentazione di parola" (tra inconscio non verbale e conscio verbale).

La seconda parte del lavoro entrerà nel nocciolo duro dell'iter psicoterapeutico vero e proprio, e verterà su un breve *excursus* teorico riguardante il Processo Psicoanalitico Mutativo (PPM) interrelato al trauma che si declinerà poi segnatamente nella sua applicazione pragmatica ad un caso clinico.

Freud sosteneva che "l'inconscio pensa per immagini", inteso come forma arcaica di pensiero, più vicina ai processi primari inconsci.

Di conseguenza, il pensiero per immagini, l'immagine, rappresenta l'intermediario in grado di veicolare il pensiero (rappresentazione di parola) ricollegandolo al corpo, all'affetto, alla pulsione (rappresentazione di cose) (Freud, 1923, 1900).⁴

L'apparato psichico per Freud era un apparato rappresentativo a più livelli: "di cosa" (tracce senso-motorie e affetti legati all'oggetto esperito) o "immagine motoria"; di "immagini visive" per trasformazione, figurazione e simbolizzazione delle tracce sensomotorie; e infine di "rappresen-

2 Per *mentalizzazione* si intende la capacità di rappresentazione degli stati mentali altrui, di tenere a mente la mente propria e altrui, di cui si argomenterà in modo approfondito nel proseguo della presente trattazione.

3 "Patologia del legame del pensiero" sarà inteso, in questa sede, come avremo modo di approfondire nel proseguo del presente lavoro, come deficit di nessi associativi, logici, di significazione e di simbolizzazione, nonché metaforizzazione dal sapore edipico, ascrivibile al raggiungimento della triangolazione di marca genitale.

4 Freud (1900, 1915, 2003), sosteneva come le immagini fossero basilari per la comprensione dei sintomi isterici e la relativa cura incentrata sul recupero dei contenuti allucinatori visivi traumatizzanti.

tazioni verbali” come rielaborazione linguistica degli oggetti raffigurati per immagini.

Quindi la “figurabilità” incarna proprio la *condicio sine qua non* della simbolizzazione, creando un ponte ineludibile tra “rappresentazione di cosa” e “rappresentazione di parola” (Vacheret, 2008) alla base della mentalizzazione.

La pratica psicoanalitica si incentra, come sappiamo, sull’ipotesi di comunicazione tra sfera inconscia più profonda della psiche e sfera della coscienza, per sintonizzarsi sul confine che unisce coscienza e inconscio: il preconcio. Freud (1915) definisce questo confine:

“... pensiamo di aver capito in cosa consiste la differenza tra una rappresentazione conscia ed inconscia [...], la rappresentazione conscia comprende la rappresentazione della cosa più la rappresentazione della parola corrispondente, mentre quella inconscia è la rappresentazione della cosa e basta” (Freud, 1915, p.85) (corsivo mio).

La rappresentazione inconscia è priva di parola, è soltanto una rappresentazione della “cosa”: “Essa consiste nell’investimento, se non delle dirette immagini mnestiche della cosa, almeno delle immagini mnestiche più lontane che derivano da quelle immagini” (Freud, 1915, p.85). Questa rappresentazione di cosa risiede quindi nei processi primari sotto forma di percetti, affetti ed immagini.

La rappresentazione inconscia appartiene quindi alla sfera dell’immagine. E la coscienza, con la sua capacità di significazione, in quanto aggiungersi della rappresentazione di parola a quella di cosa, è un sovrapporsi a un qualcosa dell’ordine della sfera della mera immagine.

La rappresentazione conscia, di parola, risiede quindi nei processi secondari sotto forma di concetti, di sentimenti e di idee, trasformati in parole mediante il linguaggio.

Freud (1900), suggerisce che è necessario quindi distinguere e tenere ben a mente queste due modalità del funzionamento psichico: processi primari e secondari. E dato che si può legare solo ciò che è distinto, tale legame sarà veicolato da “rappresentazioni intermedie” (Terzo Altro)

elicitate proprio dalle immagini/foto che stimolano e dispiegano il pre-conscio, vero *trait d'union* tra i due processi suddetti e che risulterà, in qualità di spazio psichico, gravemente compromesso nel soggetto con patologia borderline a causa dei “traumi cumulativi” con cui è stato confrontato l'individuo, che sarà così caratterizzato da un *vuoto rappresentazionale* nel suo mondo interno, come avremo modo di approfondire nei capitoli successivi del presente lavoro.

Una rappresentazione potrà divenire quindi “cosciente”, e dotata di significazione, solo in virtù del *suo legame con la parola*, perché le parole hanno la proprietà di *mettere in relazione*, gettare ponti, connessioni, collegare tra loro le rappresentazioni che in se stesse possono riferirsi solo a delle “cose” (percezioni sensoriali, affetti, pulsioni) non alle *relazioni* tra di esse.

E questa proprietà di inserire le “rappresentazioni di cose” in un contesto di relazioni dotate di senso è essenziale per il pensiero e avvierà la mentalizzazione e simbolizzazione perché il solo “pensare per immagini è dunque un modo assai incompleto di divenire cosciente” (Freud, 1915, p.484) appartenente all'ordine dell'inconscio, del non verbale, del non dotato di senso.

Ciò nondimeno, va sottolineato come proprio in virtù di tale incompiutezza “il pensare per immagini”, come il metodo del fotolinguaggio o dell'arte (pittura, scultura, narrazione), per analogia con i processi primari inconsci, appare come forma in cui la coscienza è singolarmente vicina all'inconscio, mantenendone le prerogative interne: “Un tale pensare è inoltre in certo modo più vicino ai processi inconsci di quanto lo sia il pensiero in parole” (Freud, 1925, p. 484).

Come sostiene argutamente Zurlo (2017, p.9), la “fruizione di oggetti artistici e culturali come la fotografia, la pittura, la narrazione” promuovono “processi di elaborazione e simbolizzazione verbale a partire da registri preverbal di espressione e comunicazione centrali nelle forme gravi di psicopatologia” come nel disturbo borderline o antisociale.

D'altro canto, lo stesso Freud nel saggio *Delirio e sogni della Gradiva di Wilhelm Jensen* (1906), aveva enfatizzato come l'esperienza estetica, intesa come fruizione di un oggetto d'arte, implicasse un processo creativo

e d'introspezione che facilitava al fruitore dell'opera artistica la messa a fuoco dei propri processi inconsci, obiettivo primario della psicoanalisi.

L'esperienza artistica inviterebbe dunque il fruitore dell'oggetto a domandarsi cosa l'opera possa esprimere di sé, spingendolo a guardarsi dentro, promuovendo un atteggiamento introspettivo.

“La fruizione di un oggetto d'arte è un'esperienza [...] di conoscenza dell'inconscio” (Zurlo, 2017, p.9) che permette l'emersione in superficie di emozioni, fantasie, immagini che possono essere verbalizzate e dotate di senso.

Freud ne *Il poeta e la fantasia* (1907) ha sostenuto che il poeta nelle sue produzioni artistiche getta il focus dell'attenzione sul proprio inconscio dandogli espressione artistica connotata dalle leggi stesse dell'inconscio “incorporate nell'opera”, i cui contenuti inconsci sono riconosciuti dal fruitore dell'opera medesima e fatti propri ovvero introiettati e rielaborati.

L'opera artistica (foto, pittura, disegno, scultura, testi narrativi) permette la “raffigurabilità” dell'inconscio, facendo accedere il fruitore dell'oggetto artistico, inteso come *appoggio oggettuale transizionale*, a un pensiero metaforico (modello di pensiero nevrotico).

Anche Winnicott ci ha ricordato come il lavoro psichico si appoggi sempre sulla mediazione realizzata dall'oggetto transizionale, che darà avvio al pensare l'altro nell'assenza, avendolo introiettato come oggetto ambivalente a partire proprio dall'intermediario costituito dall'oggetto che per analogia rappresenta la madre assente.

L'oggetto transizionale, come intermediario (anche quello artistico quindi), permetterà dunque di collegare due ordini di realtà, interna ed esterna, passando dalla frustrazione dell'assenza (materna) alla sua allucinazione sino alla raffigurabilità interna dell'oggetto investito affettivamente dal soggetto.

È proprio questo oggetto terzo, come appoggio oggettuale esterno ineludibile (che rappresenta la madre per analogia), ad avviare la simbolizzazione che permetterà di presentificare l'assenza (materna), avviando così la rappresentazione di oggetti interni, di poter pensare l'altro da sé come differente eppur somigliante, e di poter pensare la relazione Io-oggetto

alla base dei processi psichici della cosiddetta teoria della mente e della interrelata mentalizzazione.

L'esperienza con l'oggetto transizionale – terzo altro dal sapore edipico nella coppia altrimenti fusionale madre-figlio – sarà quindi indispensabile per poter rappresentare sé e l'altro da sé come differente, e segnatamente per poter tollerare la separazione e reggere la frustrazione della realtà esterna (madre assente che non soddisfa i bisogni del bambino) trasformata in realtà interna ora finalmente tollerabile, giacché regolabile in quanto rappresentabile (Vacheret, 2008).

L'oggetto terzo, intermedio (comune a madre e figlio, che li collega e al contempo li separa, e comune anche al terapeuta e al paziente nel setting), sarà dunque fondamentale per Winnicott per avviare la simbolizzazione e la rappresentazione oggettuale sottesa alla capacità di mentalizzazione, compromessa nel funzionamento borderline e che andrà ricostituita nel setting psicoanalitico.

L'immagine, l'arte, come mediazione nel dispositivo psicoanalitico, costituiranno dei facilitatori o oggetti transizionali nel campo bipersonale paziente-terapeuta che veicolerà la psicoterapia come “arte della parola”, gettando un ponte come medio o *Terzo Altro* tra inconscio e conscio, stimolando il preconcio, avviando una triangolazione dal profumo edipico e creando così quello spazio di gioco transizionale che supporterà vuoi la mentalizzazione, vuoi la capacità di significazione in parole “della rappresentazione di cose” deficitaria nel soggetto borderline.

L'oggetto artistico si configurerà quindi come oggetto mediatore o filtro in grado di dipanare o dispiegare il “preconcio” creatore di legami associativi, e *trait d'union* tra inconscio (rappresentazione di cose) e il conscio (rappresentazione di parole) in ottemperanza alla prima topica freudiana, ricompattando quindi la scissione tra sistema limbico e neocorteccia in un'ottica neurobiologica, nonché tra linguaggio verbale e non verbale.

Esso canalizzerà le pulsioni, gli affetti, i percetti sensoriali iscritti come tracce mnestiche e incistati nella psiche dal trauma e li smorzerà di intensità, fungendo da “schermo paraeccitatorio”, secondo una felice

espressione freudiana del ruolo materno, costituendo così quell'appoggio oggettuale che ricompatterà la scissione delle immagini del Sé e dell'oggetto Sé, nota distintiva della patologia borderline.

Il funzionamento borderline, come altre gravi patologie, è caratterizzato, a causa di “traumi cumulativi” complessi, da una “violenza primordiale originaria” (Bergeret) che ha precluso il dispiegarsi di uno “spazio preconscious” che risulta gravemente deficitario, determinando una disconnessione tra i due spazi psichici freudiani inconscio e conscio (e nella seconda topica tra Es e Super Io) ovvero, *mutatis mutandis*, tra sistema limbico (o cervello emotivo “pulsionale”) e neocorteccia a livello neurobiologico, ovvero tra la rappresentazione di cose o processo primario analogico (percetti sensoriali, affetti, pulsioni, immagini) e la rappresentazione di parole o processo secondario logico (concetti, idee, sentimenti) come appureremo nei prossimi capitoli.

Il preconscious, stimolato e dipanato dall'oggetto mediatore artistico, permetterà di creare allora quell'area transizionale di gioco tra paziente e terapeuta in grado di veicolare i processi terziari (di *triangolazione*, *significazione*, *integrazione* che promuoveranno la mentalizzazione) nell'ottica e secondo il modello del Processo Psicoanalitico Mutativo (PPM), al fine di riconnettere quelli primari e secondari oggetto di scissione nel funzionamento degli stati limite.

L'ultima parte del lavoro sarà volta a evidenziare l'integrazione possibile della tecnica del PPM, all'interno del dispositivo psicoanalitico, con un metodo di mediazione psicodinamico quale l'immagine, l'arte, e il fotolinguaggio *trait d'union* tra intrapsichico e intersichico nel setting per la cura del DBP come possibile “estensione della psicoanalisi” (Kaes, 2016).