

## **L'Annullamento Retroattivo e la Psicopatologia del Controllo**

L'annullamento retroattivo è il meccanismo d'elezione del livello nevrotico-ossessivo. A differenza di altre difese che agiscono in un solo tempo, l'annullamento è "bifasico". Nella mente del paziente, un pensiero o un atto (spesso di natura aggressiva o sessuale) viene percepito come pericoloso perché dotato di un potere magico. Per contrastare questo "male", il soggetto compie un secondo atto che ha lo scopo simbolico di cancellare il primo, come se non fosse mai avvenuto.

Clinicamente, questo si osserva nei rituali ossessivi: se ho pensato qualcosa di negativo verso una persona cara, devo toccare un oggetto o recitare una formula per "annullare" il danno potenziale. È una difesa che poggia sulla onnipotenza del pensiero, dove il confine tra desiderare e agire è sfumato. Per l'esame, ricorda che l'annullamento è una difesa "evoluta" rispetto a quelle borderline perché presuppone un Io capace di distinguere tra sé e l'altro, ma intrappolato in un Super-Io punitivo e arcaico.

## **L'Isolamento dell'Affetto: La Corazza dell'Intelletto**

L'isolamento dell'affetto è la difesa che permette di separare un'idea dal suo carico emotivo. Il paziente riferisce fatti traumatici o conflittuali con un distacco quasi chirurgico. Se durante un colloquio un paziente racconta un evento devastante (come un lutto o un abuso) senza che traspaia alcuna emozione nel tono della voce o nella mimica facciale, sta isolando l'affetto.

Questa difesa è fondamentale per comprendere la differenza tra rimozione e isolamento: nella rimozione, l'intero evento viene spinto nell'inconscio; nell'isolamento, l'evento resta conscio, ma viene "disattivato" emotivamente. In ambito professionale, come per i chirurghi o i soccorritori, questa difesa è adattiva e necessaria. Diventa patologica quando si estende a ogni ambito della vita, rendendo l'individuo freddo, distaccato e incapace di empatia, tipico delle personalità ossessive e schizoidi.

## **L'Identificazione Proiettiva: Il Cuore del Drama Borderline**

Mentre l'annullamento e l'isolamento sono tipici dell'area nevrotica, l'identificazione proiettiva è il pilastro del livello borderline. È un processo molto più complesso della semplice proiezione. Nella proiezione (nevrotica), io vedo in te un mio sentimento (es. "Sei tu che sei arrabbiato con me"). Nell'identificazione proiettiva, io proietto su di te la mia rabbia e poi mi comporto in modo così provocatorio da costringerti a perdere la pazienza.

In questo modo, io ottengo **tre risultati**:

1. Mi libero di un sentimento intollerabile.
2. Mantengo un legame con te (anche se conflittuale).
3. Ti controllo, perché ora sei tu che agisci la mia rabbia, e io posso sentirmi la tua vittima.

## **Scissione e Identità: La Differenza di Livello**

Un altro punto fondamentale per la lode è legare queste difese alla diffusione dell'identità di Kernberg. Le difese primitive (come l'identificazione proiettiva e la scissione) hanno lo scopo di tenere separate le parti "tutte buone" dalle parti "tutte cattive" dell'esperienza. Il paziente borderline non può integrare l'idea che la stessa persona (l'oggetto) possa essere sia frustrante che amorevole.

Questa incapacità di integrazione porta alla scissione: un momento il terapeuta è il salvatore (idealizzazione), il momento dopo è un carnefice (svalutazione). Al contrario, il paziente nevrotico (che usa annullamento e isolamento) ha un'identità coesa: riconosce la complessità delle persone, ma soffre per i conflitti morali tra i propri desideri e i propri valori.

### **L'Aggressività Innata e il Conflitto Primordiale**

A differenza del modello freudiano classico, dove l'aggressività è spesso secondaria alla frustrazione dei desideri, per la Klein esiste una pulsione di morte innata. Sin dalla nascita, il bambino deve confrontarsi con una forza distruttiva interna che proietta sull'oggetto esterno (il seno). Questo trasforma il mondo del neonato in un luogo potenzialmente pericoloso, dove l'oggetto non è solo fonte di nutrimento, ma può diventare un "persecutore". La sfida evolutiva non è eliminare l'aggressività, ma imparare a integrarla con le pulsioni di vita (amore), evitando che la distruttività prenda il sopravvento.

### **La Posizione Schizo-Paranoide: Sopravvivere alla Frammentazione**

In questa prima modalità di funzionamento, la mente utilizza la scissione come meccanismo di sopravvivenza. Poiché l'Io del bambino è troppo fragile per tollerare l'idea che la madre che lo nutre sia la stessa che lo fa aspettare (e che lui quindi odia), la mente "taglia" l'oggetto in due.

- L'Oggetto Buono: Idealizzato, perfetto, fonte di ogni gratificazione. Serve come rifugio contro l'angoscia.
- L'Oggetto Cattivo: Persecutorio, frustrante, su cui viene proiettata tutta l'aggressività del bambino.

L'angoscia prevalente qui è paranoide: il timore che l'oggetto cattivo possa distruggere il Sé o l'oggetto buono. Se nell'adulto questa modalità persiste in modo rigido, assistiamo a dinamiche tipiche del livello borderline, dove l'altro viene percepito senza sfumature, passando rapidamente dall'essere un "angelo" all'essere un "mostro".

### **La Posizione Depressiva: Il Prezzo dell'Integrazione**

Il passaggio alla posizione depressiva avviene quando l'Io diventa sufficientemente forte da comprendere che l'oggetto buono e l'oggetto cattivo sono in realtà la stessa persona. Questa scoperta è traumatica: il soggetto realizza che i suoi impulsi distruttivi erano diretti proprio verso la persona che ama e da cui dipende.

- L'Angoscia Depressiva: Non è più la paura di essere distrutti (come nella fase precedente), ma il timore di aver danneggiato l'oggetto amato. Nasce il senso di colpa.

• **La Riparazione:** È la spinta fondamentale per la salute mentale. Per superare il dolore della colpa, il soggetto cerca di "riparare" l'oggetto danneggiato attraverso l'amore, la creatività e la cura. Senza questo passaggio, non può esistere una vera capacità di preoccuparsi per l'altro (concern).

### **La Nascita del Simbolo e il Pensiero**

Un dettaglio cruciale per l'esame riguarda come la posizione depressiva permetta la nascita del pensiero simbolico. Finché siamo nella scissione, l'oggetto "è" l'emozione che proviamo (equivalenza simbolica). Solo quando accettiamo l'ambivalenza (che l'altro è altro da noi e può essere sia buono che cattivo) si crea uno spazio mentale tra noi e l'oggetto. In questo spazio nasce il simbolo: la capacità di rappresentare l'assenza e di pensare alle emozioni invece di agirle impulsivamente.

### **Otto Kernberg: Il Sé Grandioso come Difesa Attiva**

Per Kernberg, il narcisismo non è un semplice "ritardo" nella crescita, ma una vera e propria struttura patologica. Il narcisista ha costruito un "Sé Grandioso" fondendo insieme tre elementi: il Sé reale, il Sé ideale e l'oggetto ideale (la rappresentazione di un genitore perfetto). Questa costruzione serve a proteggere il soggetto da un mondo interno dominato da rabbia, invidia e paura del rifiuto.

In questa visione, la svalutazione dell'altro non è una mancanza di competenza relazionale, ma una strategia difensiva: se io svaluto te, tu non puoi farmi male e io non devo provare invidia per le tue qualità. Kernberg colloca il narcisismo nell'area dell'organizzazione borderline di personalità, pur notando che questi pazienti hanno un funzionamento sociale spesso superiore grazie alla "corazza" del Sé grandioso. Dal punto di vista clinico, Kernberg sostiene che il terapeuta debba mettere il paziente di fronte alle sue difese e alla sua aggressività, poiché solo smascherando la natura patologica del Sé grandioso si può accedere al dolore sottostante.

### **Heinz Kohut: Il Sé Frammentato e la Psicologia del Deficit**

Kohut propone una visione radicalmente diversa e più "evolutiva". Per lui, il narcisista è un individuo il cui sviluppo si è interrotto a causa di un deficit ambientale: i genitori (definiti "oggetti-Sé") non sono stati in grado di fornire risposte empatiche costanti. In particolare, è mancato il "rispecchiamento" (la conferma del valore del bambino) e la possibilità di "idealizzare" il genitore (sentirsi parte di qualcosa di potente e sicuro).

Senza queste esperienze, il Sé non diventa "coeso" e rimane vulnerabile alla frammentazione. Quella che sembra arroganza è, per Kohut, un tentativo disperato di tenere insieme i pezzi di un Sé che rischia di sgretolarsi. Qui il concetto chiave è l'oggetto-Sé: il narcisista non vede gli altri come persone autonome, ma come "funzioni" necessarie per sostenere la propria autostima. La terapia non deve essere di scontro o confronto (come per Kernberg), ma di riparazione: il terapeuta deve permettere al paziente di vivere quei transfert (speculare o idealizzante) che non ha potuto vivere nell'infanzia, agendo come un oggetto-Sé empatico che permette al Sé di completare la sua maturazione.

### **Attaccamento, Mentalizzazione e il "Sé Alieno"**

La teoria di Bowlby, integrata da Peter Fonagy, ci spiega perché alcuni pazienti non riescono a pensare ai propri sentimenti.

- La Mentalizzazione (Funzione Riflessiva): È la capacità di "vedere se stessi dall'esterno e gli altri dall'interno". Se un genitore non è in grado di riflettere correttamente le emozioni del bambino (es. il bambino piange e la madre si spaventa invece di consolarlo), il bambino non imparerà a dare un nome a ciò che prova.
- Il Sé Alieno: Nei traumi gravi o negli attaccamenti disorganizzati, il bambino interiorizza uno stato mentale del genitore che è spaventante o ostile. Questo contenuto diventa un "corpo estraneo" nella mente (il Sé alieno). Da adulti, questi pazienti possono ricorrere all'autolesionismo proprio per "espellere" fisicamente quel dolore che non riescono a pensare.

## TIPI DI ATTACAMENTO

### 1. Attaccamento Sicuro (B)

Il bambino con attaccamento sicuro ha esperito un caregiver sensibile, coerente e capace di rispondere prontamente ai suoi segnali di disagio. Questo crea una "base sicura" che permette l'esplorazione del mondo.

- Modelli Operatori Interni: Il soggetto ha una visione di sé come degno di amore e una visione degli altri come affidabili e disponibili.
- Implicazioni Cliniche: In terapia, il paziente sicuro instaura generalmente una buona alleanza terapeutica. È capace di riflettere sui propri stati mentali (buona mentalizzazione) e vive la relazione con il clinico senza eccessive angosce di abbandono o di intrusione. È il profilo che presenta il miglior funzionamento sociale e difese più mature.

### 2. Attaccamento Insicuro Ansioso-Ambivalente (C) – "Il Preoccupato"

Questo stile deriva da una madre (o caregiver) imprevedibile: a volte affettuosa, altre volte distante o intrusiva. Il bambino non può mai rilassarsi, poiché non sa se riceverà protezione o rifiuto.

- Modelli Operatori Interni: La visione di sé è negativa ("non sono amabile"), mentre la visione degli altri è idealizzata ma vissuta come sfuggente. Il soggetto vive in uno stato di costante incertezza.
- Implicazioni Cliniche: Il paziente ansioso concepisce l'oggetto (il terapeuta) come indispensabile ma inaffidabile. In seduta manifesta continuamente preoccupazione per la stabilità della relazione, cercando rassicurazioni costanti. La sua attenzione è tutta focalizzata sulla relazione a scapito dell'esplorazione dei propri contenuti interni.

### 3. Attaccamento Insicuro Evitante (A) – "Il Distanziante"

È il risultato di un caregiver sistematicamente distante, rifiutante o freddo di fronte alle richieste di conforto del bambino. Per sopravvivere al dolore del rifiuto, il bambino impara a sopprimere il proprio sistema di attaccamento, diventando "iper-indipendente".

- Modelli Operatori Interni: Visione positiva di sé (ma è un Sé basato sulla negazione del bisogno) e visione negativa degli altri, percepiti come intrusivi, minacciosi o inutili.

- Implicazioni Cliniche: Questo è uno dei profili più complessi per il clinico. Il paziente evitante concepisce l'oggetto come intrusivo e pericoloso. Tende a distanziare il terapeuta per evitare l'angoscia, sopprime le emozioni legate alla terapia e guarda con sospetto ogni movimento del clinico. Spesso il successo clinico con questi pazienti consiste semplicemente nel "riuscire a stare nella relazione" senza sentirsi sopraffatti.

#### **4. Attaccamento Disorganizzato (D)**

Descritto successivamente da Mary Main, questo stile si osserva quando il caregiver è fonte di paura (perché abusante o perché a sua volta spaventato da traumi non risolti). Il bambino vive un paradosso biologico: la persona da cui dovrebbe fuggire è la stessa da cui dovrebbe cercare protezione.

- Modelli Operatori Interni: I MOI sono frammentati e incoerenti. Non c'è una strategia organizzata per gestire lo stress.

- Implicazioni Cliniche e il "Sé Alieno": Questo stile è spesso associato a gravi psicopatologie, come i disturbi borderline o dissociativi. Il bambino interiorizza uno stato mentale del genitore che è ostile o spaventante, creando quello che Fonagy definisce Sé alieno: un contenuto mentale "estraneo" che il soggetto non riesce a integrare e che spesso cerca di espellere attraverso l'autolesionismo o l'esternalizzazione (proiezione aggressiva).

#### **La Mentalizzazione (Funzione Riflessiva)**

Un concetto chiave che lega l'attaccamento alla clinica è la mentalizzazione: la capacità di comprendere che il comportamento umano è guidato da stati mentali (emozioni, desideri, credenze).

- Nell'attaccamento sicuro, la mentalizzazione si sviluppa pienamente perché il caregiver ha "rispecchiato" correttamente i sentimenti del bambino.

- Negli attaccamenti insicuri o disorganizzati, questa funzione è deficitaria. Il paziente non riesce a "pensare" al proprio dolore, ma lo "agisce" (acting out), rendendo difficile il lavoro interpretativo tipico della psicoanalisi classica.