

ANNOTAZIONI SULL'IMPOSSIBILITÀ DEL DIVENIRE. STRUTTURE SADO-MASOCHISTICHE E SEDUTTIVITÀ DELLA MORTE

G.Z. DE VIDOVICH

Descrivo questo caso nel tentativo d'intervenire su una singolare condizione di "vuoto siderale" che ha dischiuso nella mia mente. In una pur breve esperienza clinica, mai mi sono confrontata così aspramente con l'irriducibilità alla parola ed alla comprensione.

Una premessa necessaria riguarda la difficoltà d'un inquadramento diagnostico. Si tratta d'una di quelle esistenze che, per percorsi ormai non più decifrabili, arriva a rappresentare una sorta di aporia antropologica, molto oltre l'esperienza del singolo individuo. Questo potrebbe essere anche uno dei dispositivi di lettura d'un caso come questo. L'organizzatore di senso, che s'impone primariamente, è quello della corporeità, pensata sul versante dell'intersoggettività vissuta sotto il registro dell'identificazione patica.

I. UNA BIOGRAFIA REDATTA IN CARTELLE CLINICHE

Renata – il nome è di fantasia – familiarizza con il dolore in un'epoca precoce, accusando nel primo trimestre di vita violente coliche gassose per cui piange molto. Lo sviluppo psicofisico si scosta dalla norma per un ritardo nel linguaggio verbale, poi recuperato nella tarda infanzia. La prima esperienza di integrazione sociale, durante l'inserimento alla scuola materna, è resa drammatica da ripetute crisi violente di disperazione, associate ad episodi di vomito. La nascita d'un fratello minore

scatena un'accanita gelosia che non andrà mai incontro a sfumature, dettando dinamiche peculiari all'interno del nucleo familiare. Renata sviluppa una relazione preferenziale con il padre, scandita da continue richieste, quasi sempre accolte. La spirale dei desideri capricciosi sempre concessi fino all'assurdo (letteralmente non si contano gli apparecchi tecnologici che il padre le ha regalato nel corso degli anni, al passo con ogni minimo progresso della telefonia, della riproduzione musicale, dell'informatica) ha indotto diversi clinici a pensare ad una necessità da parte dei genitori di "comprare" in qualche modo il silenzio della figlia su un segreto reale oppure fantasticato. I rapporti tra i quattro membri del nucleo familiare vanno incontro alla progressiva stratificazione di dinamiche distorte, mai affrontate né metabolizzate, mascherate da una serena accettazione di ogni complicità, sulle quali oggi si possono solo fare incerte inferenze. Quando Renata ha sei anni circa i genitori optano per una consulenza da parte dei neuropsichiatri infantili che, nel corso di successive osservazioni, colgono la presenza d'un vuoto emotivo che può essere riempito solo attraverso processi fusionali, in mancanza dei quali si scatena un'accesa autolesività. Infatti nella documentazione medica compaiono fratture ossee, lussazioni (la più grave delle quali è una frattura di femore complicata che ha richiesto una lunga degenza a 12 anni) dalla eziopatogenesi incerta, in un'area oggi non rischiarabile tra l'agito autolesivo, lo scontro fisico, l'atto mancato.

Renata colloca all'età di quindici anni il momento in cui si è ammala. Lo scompensamento psicopatologico diventa manifesto, oltre che come crollo del rendimento scolastico, nella forma d'un isolamento sociale accentuato rispetto a quella che in precedenza era una forma di timidezza. La paziente ricorda le circostanze in cui è avvenuta la prima di una lunghissima serie di ingestioni incongrue: rimasta sola in casa, in preda ad un'angoscia senza nome, beve una piccola quantità di alcool denaturato. Questo atto le concede la facoltà di accedere ad un intenso vissuto corporeo che forse le permette di sentire la presenza d'un "interno" da cui Renata sviluppa una dipendenza invalidante. Inizia ad ingerire oggetti e liquidi tossici, secondo una logica perversa di rilancio in quantità, qualità e frequenza. Mangia farmaci, candeggina, shampoo, chiodi, graffette, penne. Ogni volta, alla risoluzione dell'emergenza medico-chirurgica (tramite l'attesa dell'evacuazione oppure l'endoscopia d'urgenza o l'intervento chirurgico), segue il ricovero presso il reparto di Neuropsichiatria infantile. Tra le varie soluzioni terapeutiche viene avviato anche un trattamento psicoterapico a frequenza bisettimanale, ma la rappresentazione concreta, cioè la messa in scena del suo dramma interiore, prevale sempre sulla possibilità d'una rappresentazione mentale.

All'età di diciotto anni inizia la presa in cura presso i servizi psichiatrici, con visite ambulatoriali e ricoveri presso il reparto di psichiatria, progressivamente sempre più frequenti ed estesi temporalmente tanto da venire a costituire un regime esistenziale stabile, in cui le soluzioni alternative rappresenteranno poi, durante l'età adulta, brevi fallimentari parentesi.

Si accentua nel tempo anche una qualità dissonante del clima familiare. Il fratello minore sviluppa una "inibizione emotivo-affettiva" con anomalie comportamentali, che esita poi in una grave patologia psichiatrica nello spettro d'un ripiegamento psicotico con completo disinvestimento oggettuale e relazionale. La madre si irrigidisce su un comportamento in cui il dolore spesso appare vissuto con affettato distacco; i più recenti ricoveri di Renata in chirurgia addominale hanno suscitato nella figura materna reazioni complesse, molto coartate, che tradiscono un aspetto relazionale di tipo sado-masochistico in cui vi è una circolazione perversa di richieste da parte della paziente, risposte di collusione dei genitori rispetto alle sue pulsioni autodistruttive, meccanismi riparativi e di ricompensa che tendono a mantenere una omeostasi patologica. Alla luce di tutto questo, quando Renata ha circa ventiquattro anni, viene elaborato un programma terapeutico-riabilitativo che agevoli un distacco dal nucleo familiare. La paziente rimane in comunità due anni, ma non riesce a modificare un consolidato stile relazionale caratterizzato da un' avida richiesta affettiva, irrealistica e non soddisfabile. Nel contatto con i medici i contenuti dichiarativi sono del tutto secondari rispetto a quanto continuamente messo in atto, con la doppia finalità di esprimere un disagio non altrimenti descrivibile e di esercitare un tirannico ricatto finalistico. Tra le condotte più estreme figurano l'inserimento di oggetti acuminati nella profondità dell'addome o del collo. I ricoveri divengono sempre più frequenti: due volte, a distanza di poco tempo, Renata viene operata in urgenza per perforazione intestinale e peritonite. Nei momenti in cui è cupa o ha "brutti pensieri" l'unico modo per tutelarla dalla propria impulsività è la contenzione al letto, protratta a volte per settimane, mesi, con brevissime pause in cui viene controllata a vista da un operatore. Ogni fase di un nuovo progetto è, per diverse ragioni pretestuose, delicatissima e rappresenta immancabilmente lo spunto per una rivendicazione. Renata vanifica molti programmi terapeutico-riabilitativi in strutture ad alta protezione prima ancora di concedersi la possibilità d'un tentativo conoscitivo, rivelando una distruttività che si attua a prescindere da ogni esame di realtà. Ingerisce posate, un pettine, monete, pile, tappi, graffette provocandosi frequenti occlusioni intestinali. Vengono tentate tutte le associazioni ed i dosaggi possibili di farmaci con esiti di efficacia sostanzialmente so-

vrapponibili ed insoddisfacenti. A livello procedurale, l'ingestione diviene un atto stereotipato, che ha sempre il medesimo significato. La paziente, in assenza di disturbi della sfera cognitiva, formula poche frasi ripetitive che precludono qualsiasi autentica tematizzazione dei gesti compiuti ed il rimando ad orizzonti di senso indagabili insieme a lei. La motivazione è sempre introdotta da "non volevo che", suggerendo il fatto che non vuole cosa alcuna. Per questa ragione anche il rientro al domicilio, insieme ai familiari, preteso dalla paziente stessa, involve nell'arco di pochissimi giorni, compromesso dalla ancestrale gelosia verso il fratello, cui sono concesse la vicinanza e le quotidiane premure dei genitori.

Di secondaria importanza, ma comunque molto pervasivi, sono poi alcuni aspetti antisociali e sottilmente intimidatori. La paziente, acuta ed attenta osservatrice, è consapevole di una situazione controversa e rischiosa anche dal punto di vista medico-legale e nel tempo ha colto la possibilità di muoversi, sempre in una dialettica sado-masochistica, anche su questo terreno. Recentemente ha spesso utilizzato false confessioni di ingestione per esasperare un perverso *aut aut* in cui figurano esami diagnostici invasivi oppure il rischio di imperizia e negligenza.

Renata è ricoverata in reparto di psichiatria ormai quasi ininterrottamente da quattro anni, presenta l'addome a graticola citato nei manuali specialistici, ha una grave sindrome aderenziale addominale post-operatoria e post-infettiva; è stata sottoposta a dosi estreme di radiazioni per cui i radiologi si pongono il problema dell'eticità di ulteriori esami diagnostici. Dal punto di vista psichiatrico ha un'antica diagnosi di Disturbo *borderline* di Personalità su cui nessuno interviene, per l'assenza di diagnosi categoriali o dimensionali adatte e forse anche per la percezione che chiarire l'orientamento diagnostico non favorirebbe comunque un più costruttivo orientamento terapeutico. Renata identifica il Policlinico come la sua casa e sembra felice solo nei momenti in cui, accompagnata dallo psichiatra di turno per vari reparti dell'ospedale, viene salutata da tutto il personale medico-infermieristico, che la riconosce e le è ormai un po' affezionato.

II. ALCUNE CONSIDERAZIONI

Leggendo senza troppa curiosità i primi paragrafi di *Tropico del cancro* di Miller mi arresto su: «I nostri eroi si sono uccisi, o s'uccidono. Protagonista dunque non è il Tempo ma l'Atemporalità». Una frase inaspettata e casuale restituisce forma ad una sensazione che mi accompagna da mesi, come una lieve nausea *sine materia*, poco passibile di ela-

borazione. La forma è quella della descrizione in negativo, della litote, dell'esclusione come unico processo immaginativo possibile nell'ambito di questo caso. Renata non si colloca più nella dimensione condivisa del tempo, nel triplice presente di Sant'Agostino o di un tempo, per dirlo con Bergson, che sia "massa fluida", divenire. Per questo "atemporalità" risuona perfettamente. La dimensione prospettica da cui trae respiro il senso dell'esperienza e dell'identità è completamente appiattita, implorsa, rendendo ormai un'illusione quasi ridicola il nostro tentativo di pensare con lei o per lei scenari possibili, di accettabile compromesso o funesti che siano. Ogni volta che con questa paziente tento una rustica versione del processo di mentalizzazione, ogni volta che mi arrampico nel descrivere – rendendola partecipe – l'ambivalenza che tutto vanifica (ma ambivalenza distruttiva sembra un eufemismo fiabesco), sento allargarsi il vuoto di significazione, la piccolezza della comunicazione verbale ma soprattutto l'inspiegabile totale impossibilità di una comunicazione preverbale, non dichiarativa. Quest'ultima forse proprio perché il tono, il timbro della voce, la mimica facciale di Renata sono ormai una maschera raggelante, un'irrapresentabile espressione di manierismo che non concede nemmeno il sollievo di poterlo contestualizzare in modi manierati psicotici, nella sostituzione difensiva di una forma là dove è entrato in crisi il senso. Ricordo in proposito la domanda devastante che pose un giorno al termine di un ridondante colloquio: «Dottoressa, quando l'uccellino in gabbia potrà tornare a volare?». I continui rimandi di Renata ad un universo infantile, fatto di immagini delicate, stridono in modo intollerabile con la sua ferma, lucida determinazione all'annichilimento, agita nella doppia dimensione dell'aggressione somatica spietata e della negazione del tempo evolutivo. In questo senso credo che raramente la contingenza o il ragionamento consentano all'essere umano di creare un'atemporalità mentre ancora in vita.

Renata oggi, all'età di 33 anni, è un'effigie per molti aspetti sovrapponibile, cristallizzata su quella di Renata bambina. A volte, ai colloqui, sembra quasi di percepire quella bambina, non tanto per spiccate capacità evocative della paziente quanto perché qualcosa si è fermato lì e, come un trauma, si ripresentifica di continuo. Inutile cercare modi obliqui per dirlo: Renata è e verosimilmente è stata brutta, in un senso che prescinde dall'estetica. Di una bruttezza infelice, animata di disagio, di un pallore da convalescente, esasperata da un'espressività inautentica che tradisce inequivocabilmente la rottura con tutto quanto vi è di circostante. Una bruttezza nutrita di paradossi. Renata spesso urta in modo particolare alcuni versanti della sensibilità femminile. Credo, pur non essendone certa, che questo accada per la sua ostinazione nel de-

formare le proprie fattezze di donna, stratificando tessuti adiposo e cicatriziale. Di qui l'evocazione di fantasmi mostruosi di decadenza corporea attraverso la progressiva sostituzione di parti vitali e feconde con materia inerte, che innesca i prevedibili energici movimenti controtransferali e difensivi. Ma in questo ferale disfacimento, con altrettanta determinazione, Renata decide di salvare alcuni isolati dettagli, quali frequenti cambi del taglio di capelli o le unghie di mani e piedi laccate di rosso da una sorridente estetista "a domicilio" (dove per domicilio si intende il reparto). Proprio questi contrasti ossimorici lasciano intravedere il dominio di una perversa lucidità. La volizione include – nello stesso momento e con il medesimo investimento energetico – velleità estetiche ed il tendere ad uno stato di malattia perenne e sfigurante. Il corpo della paziente diviene un teatro assurdo di lutto per le funzioni fisiologiche progressivamente più compromesse e di macabro compiacimento, che arriva a volte a picchi di disarmante autoironia.

A volte abbiamo ipotizzato, tra le insondabili concatenazioni eziopatogenetiche (in cui ha di certo rilievo la considerazione di Eugenio Gaddini sul funzionamento mentale come apprendimento, imitazione di processi corporei), il ruolo di una maligna competitività. Per tornare all'infanzia, mai veramente superata e perdonata, Renata si delinea come una bambina non integrata e non in grado di smuovere risorse interne di alcun genere per integrarsi o inserirsi in scambi che comportino una gratificazione o un divertimento. Racconta di aver pagato un compagno di classe alle scuole medie per ottenerne attenzioni, ricevendo tuttavia solo pubblico scherno ed umiliazione. Apre così lo scenario di crudeli rifiuti da parte di un mondo circostante mai empatico, che diviene qualcosa di inaccessibile, una dimensione di giochi, contatti, eccitamenti da cui Renata è progressivamente più distante. Deve esserci stato un momento, o una lunga fase, contraddistinto da un senso di inferiorità e di impotenza così incoercibile da aver scatenato poi per riscatto l'onnipotenza inanimata descritta da Racamier negli schizofrenici. Quando sorride trionfante e mi osserva dopo la decima endoscopia che l'ho accompagnata a subire, vedo una grossa bambina vendicativa che gusta un frammento di infinita soddisfazione, immersa nella sua identità più definita, quella della paziente più grave di tutte, finalmente unica allo sguardo altrui. Sarebbe più lineare se esistesse una scissione, una parziale identificazione con la vittima contrapposta ad una altrettanto parziale identificazione con il carnefice. Così non avviene, non si avverte conflitto, almeno non più.

Quest'ultima considerazione ha una sua storia precisa e, al contrario di tutto il resto, rintracciabile. Nel corso degli anni la scienza medica ha dato il suo contraddittorio contributo terapeutico, sostituendosi imper-

cettibilmente ma in gran parte al ruolo di carnefice, quasi come trasformando una istanza interna di conflitto in un elemento materiale esterno. In anni lontani Renata metteva in atto, apparentemente realizzando inconsce fantasie distruttive della madre, agiti terrificanti, di inaudita violenza, che richiedono come presupposto obbligato una temporanea scissione. Nel tempo ha appreso (una domanda importante sarebbe: «Da chi?») sottili strategie autolesive diverse, più perverse ancora sul versante relazionale, incentrate in vario modo sull'agire, in modo che siano poi i medici a mettere in atto interventi invasivi e dolorosi sul suo corpo. Dai prelievi ematici, disturbanti per la difficoltà a reperire le vene; alle cateterizzazioni vescicali; esofagogastroduodenoscopia diagnostiche quando non volte alla rimozione di corpi estranei taglienti che risalendo lacerano l'esofago; sovrapposte innumerevoli laparotomie; ferite chirurgiche; briglie aderenziali post-operatorie; malattie da radiazioni; cefalee subentranti, dolori articolari e decubiti per le contenzioni al letto di settimane e settimane... Sovviene come una bergmaniana partita a scacchi, in cui ogni nostra mossa è perdente mentre la strategia dell'altro è ineccepibile; esita sempre nella mossa dell'avversario che lei voleva, concedendole nel masochismo quell'eccecitamento negato in infanzia e adolescenza.

Questa strategia rimanda alla sopracitata intuizione di Miller su eroi che si sono uccisi o si uccidono. L'etica, ma anche la necessaria illusione di utilità della scienza medica, spingono tutti i dottori che sono entrati in contatto con Renata verso l'idea di salvarla, sottrarla ad una morte auto inferta, fermare il suo tempo fatale o spingerla in una dimensione temporale reale, viva, fatta anche di minimi progressi. Questa idea tuttavia si scontra violentemente con la più radicale impossibilità. Il vuoto di soluzioni plausibili, di aree di pensiero non funestate dalla più buia frustrazione, di azioni prive di un risvolto sadico può essere definito, senza peccare di disfattismo, totale.

Vi è presumibilmente un unico spazio in cui non per forza ci si trovi allineati a quel passo serrato mortifero. Rifugio ultimo del nostro pensiero, vi è l'area della fantasia e dell'immaginazione, intermedia tra il sogno e la realtà, da cui sempre discende qualcosa nella sfera interrelazionale. In una mattina qualsiasi un medico, parlando con la paziente, ha evocato la fantasia di un leoncino, sempre legato. Dove vedevo sempre la stessa immagine si è delineato un *quid novi*, un elemento di levità, come di un animale che si fa sempre male perché goffo. Nella fantasia di un piccolo animale, immaturo ed istintivo, ho visto riabilitati e rappresentati alcuni aspetti di Renata quale uno stato dell'io-coscienza peculiare, che per vie oscure rende possibile quanto descritto. Qualcosa forse, in modo intermittente ed incoercibile, si altera nella

dimensione della Vitalità dell'Io, definita da Scharfetter *coscienza di essere vitali e corporalmente presenti*. Per concepire l'efferatezza degli agiti autolesivi si ricorre all'ipotesi che siano preceduti da un inderivabile senso del "non essere più", che non lascia margini di replica o rassicurazione. Un dolore lancinante assume pertanto i molteplici significati di unica prova del contrario, appiglio alla vita, contrappasso per analogia, oltre ovviamente ad altri diversi risvolti più elaborati quali la sfida, ed il suggello di un primato imbattibile. Nella cronicizzazione della paziente e, insieme a lei, dell'istituzione, tende a prevalere poi la percezione del versante antisociale, ricattatorio, malevolo, insaziabilmente esigente e richiestivo che satura ogni altra possibilità d'indagine psicopatologica.

Come ha sintetizzato Carlo Emilio Gadda con geniale lucidità: «Ogni oltraggio è morte», e non si può ormai più negare che la pratica medica rispetto a Renata sia su questa specifica strada, da un numero indefinito di anni.

Sul tema della morte, che infiltra questa storia fin dal suo principio, farei alcune considerazioni conclusive. Affrontando altre aree della psicopatologia, Minkowski, rifacendosi a Gebattel, distingue una morte immanente, intimamente legata alla vita, che aumenta via via fino a porre fine alla vita in modo naturale da una morte transitiva, ostile ed estranea, «che non è più legata all'espansione della vita, ne è invece la negazione e ispira terrore». Continua: «Quando il flusso della vita è sbarrato anche la morte immanente si trova bloccata; in tal caso è la morte transitiva a imporsi con prepotenza nella mente». Parallelamente, investigando in ambito fenomenologico l'aspetto di seduttività della morte, Lorenzo Calvi sottolinea un'altra dialettica, operante «là dove la morte riesce a rovesciare il suo statuto ontologico da biologico ad esistenziale, negandosi come annullamento di ogni valore ed affermandosi come asseveratrice del valore supremo del nulla» (p. 161). Nell'esistenza di questa paziente queste declinazioni della morte, che per ovvie ragioni necessitano di essere concepite ed esperite dall'uomo come distinte, si amalgamano. L'aspetto di integrazione alla vita della morte immanente si intreccia con la brutalità e il distacco dal fondo naturale della morte transitiva. Questa particolare deformazione non si oggettiva nella forma di tentativo di suicidio, evento puntuale nella dimensione tempo, ma come tensione costante verso la morte che viene tuttavia diluita nel tempo, dosata in incalcolabili opere autodistruttive che raggiungono il loro apogeo e declinano. È possibile in ultima analisi che sia questo confondimento ad essere più perturbante per chi vi assiste, spingendo a più riprese verso l'accezione di suicidio come liberazione

da una morte che programmaticamente deve avvenire nell'intera ampiezza della vita.

III. QUALE SUPERAMENTO?

Da quanto detto non potrebbe conseguire che l'impossibilità dell'azione stessa, anche in senso concettuale. Infatti, in questa ormai lunghissima osservazione longitudinale, spicca lo scarto del tutto singolare tra l'immobilità del caso (in aspetti terapeutici, gestionali, relazionali, istituzionali...) e la pressione all'azione di quanti del caso si occupano. Renata, circondata da questi fantasmi dell'inanimato e del decadente, evoca nei terapeuti reazioni eterogenee ma caratterizzate dal comune denominatore del dover fare, attivare un'iniziativa di significato opposto rispetto ad un senso di staticità molto difficile da tollerare su un piano controtransferale. Anche questo scritto ne è paradigmatico. È verosimile che in numerose situazioni pregresse sia stata questa pulsione all'agire (e quindi anche all'agito) l'elemento che ha saturato lo spazio del pensare, creando un'incontrollata assonanza con l'universo psichico della paziente e quindi il presupposto per un processo di collusione. Il margine non ancora investigato è rappresentato forse da una riflessione aperta sull'atemporalità: l'eterno ritorno della medesima dinamica e l'accettazione di qualcosa che sia tetragono rispetto all'intenzionalità. Credo sia necessario per i suoi terapeuti rimanere in intimo contatto con questa esistenza attraverso l'intuizione che si tratta di un intrigo che per il momento non si compie, non dà luogo a nulla di intellegibile. Mancando in qualche modo il substrato di una coerenza interna, il rapporto intersoggettivo con questa paziente richiede che anche l'altro arretri rispetto alla propria indefettibile esigenza di una coerenza interna, prestandosi alle dinamiche dell'identificazione proiettiva.

BIBLIOGRAFIA

- Bergson H.: *Saggio sui dati immediati della coscienza*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2002
- Calvi L.: *Il consumo del corpo*. Mimesis Edizioni, Milano, 2007
- Gadda C.E.: *La cognizione del dolore*. Garzanti, Milano, 2008
- Gaddini E.: *Scritti. 1953-1985*. Raffaello Cortina, Milano, 2002
- Miller H.: *Tropico del Cancro*, trad. it. Feltrinelli, Milano, 2005
- Minkowski E.: *Le temp vécu* (1933). Trad. it.: *Il tempo vissuto*, Intr. di F. Leoni, Pref. di E. Paci, trad. di G. Terzian. Biblioteca Einaudi, Torino, 2004

G.Z. De Vidovich

Racamier P.C.: *Gli schizofrenici*. Raffaello Cortina, Milano, 1983

Scharfetter C.: *Psicopatologia Generale*, trad. it. Giovanni Fioriti Editore, Roma,
2005

Giulia Zeldà De Vidovich

Via Solari, 34

I-20144 Milano