CORPI BORDERLINE.

LA TERAPIA BASATA SULLA REGOLAZIONE AFFETTIVA PER I DISTURBI DI PERSONALITA’.

Alla memoria di mio padre,

Alessandro Mucci,

del mio amico Alberto Curotto, e del mio piccolo compagno e “testimone” per 11 anni, Sweetie

PREFAZIONE

DI ALLAN N. SCHORE

Negli ultimi due decenni gli importanti passi avanti compiuti nell’ambito della teoria dello sviluppo, dei processi affettivi nella psicoterapia, della neurobiologia interpersonale del trauma relazionale e della ricerca in psicoterapia hanno generato modelli più efficaci per il trattamento dei disturbi di personalità, precedentemente visti come “refrattari” alle cure. Anche in questo caso, la maggior parte delle teorie sulla azione terapeutica con questi pazienti si focalizza sulle alterazioni della cognizione conscia e del comportamento dei borderline, ponendo poca attenzione alla psicopatologia della loro mente inconscia, o alla psicofisiologia dello stress del corpo borderline. E’ in questi due ambiti poco considerati che questo notevole libro getta luce.

Nelle pagine seguenti Clara Mucci, studiosa interdisciplinare e clinica di prim’ordine, integra creativamente studi psicoanalitici classici e moderni coniugandoli con le recenti neuroscienze allo scopo di presentare un complesso modello teorico e clinico per lavorare con questi pazienti difficili. Per quanto offra una notevole varietà di fonti cliniche, il suo fondamento teorico si basa su quattro clinici psicodinamici: gli studi clinici seminali di Sandor Ferenczi ~~s~~u pazienti con una storia di trauma e dissociazione, il lavoro di Otto Kernberg sulla “diffusione di identità” borderline, il lavoro di Peter Fonagy sulla mentalizzazione e i pazienti borderline, e il mio lavoro neuropsicoanalitico sul trauma relazionale infantile, la dissociazione e una formulazione interpersonale neurobiologica dello sviluppo umano precoce, centrato sulle funzioni uniche dell’emisfero destro, il substrato biologico dell’inconscio umano. Davvero Mucci è unica nell’aver studiato direttamente con questi eminenti clinici, o di essere stata allieva di Kernberg, di Fonagy e del sottoscritto.

Riguardo al mio lavoro, venticinque anni fa in *La regolazione affettiva e l’origine del Sé* ho utilizzato una prospettiva interdisciplinare che integrava studi clinici sui disturbi di personalità, la ricerca psicobiologica e le neuroscienze contemporanee, allo scopo di offrire una formulazione neurobiologica interpersonale del ruolo del corpo (e del sistema nervoso autonomo) nella psicopatogenesi borderline, ancorata nella disregolazione dei meccanismi di attaccamento dell’emisfero destro. Negli ultimi capitoli, “La psicopatologia dello sviluppo dei disturbi di personalità”, “Vulnerabilità alla malattia psicosomatica” e “Psicoterapia dei disturbi dello sviluppo”, ho applicato la teoria della regolazione affettiva alla eziologia, alla psicopatogenesi e al trattamento di ciò che Mucci chiama “corpi borderline”. Ognuno di questi capitoli enfatizzava come il corpo/ /mente/ cervello fosse il ricettacolo di vari stressor relazionali affettivi, così come la fonte di intensi affetti disregolati che giacciono al cuore sia dei disturbi di personalità che di quelli psicosomatici.

Nei miei due volumi del 2003 espandevo questi modelli nel creare il costrutto del trauma relazionale, unendo le difficoltà dell’attaccamento insicuro, soprattutto l’attaccamento disorganizzato/disorientato e il disturbo di personalità, offrendo una concezione neurobiologica della difesa traumatica della dissociazione, e descrivendo i deficit impliciti fondamentali nei circuiti limbici autonomici dell’emisfero destro. In ognuno dei mei libri precedenti, suggerivo direzioni future della teoria della regolazione affettiva per la teoria clinica e il trattamento dei deficit corpo-mente sia dei disturbi borderline che dei disturbi narcisistici di personalità (Schore, 1994, 2003a, 2003b). Così all’inizio del secolo attuale ho suggerito che una più profonda comprensione dei corpi borderline fosse una delle prossime frontiere della neurobiologia interpersonale, della psicoterapia e della psichiatria.

Riprendendo queste prime esplorazioni, Clara Mucci inizia questo libro con la mia affermazione che “l’intersoggettività è così più di un incontro o di una comunicazione di cognizioni esplicite. Il campo intersoggettivo co-costruito dai due individui include non solo due menti ma due corpi” (Schore, 2012, p. 40). Subito dopo, nelle prime pagine del volume l’autrice afferma la sua tesi centrale, cioè che il corpo sia il tramite essenziale nella relazione tra sé e altro, e che una fondamentale espressione clinica dei disturbi di personalità risiede nelle difficoltà relazionali ma anche nelle disregolazioni dello stress nel corpo. In realtà per Mucci il corpo è il depositario delle trasmissioni intergenerazionali che sono responsabili di una specie di innesto traumatico derivato dal trauma relazionale infantile e della conseguente disregolazione affettiva. A mio parere questo libro sui *Corpi Borderline* rappresenta un passaggio di testimone, ma più che un’espansione o elaborazione dei miei modelli teorici, l’autrice riesce a creare una nuova visione clinica articolata in modo complesso e raffinato per lavorare in modo efficace con questi pazienti difficili.  
 Come mostreranno le pagine che seguono, Mucci offre una sintetica descrizione sui deficit regolatori, relazionali e soggettivi che sono associati ai disturbi gravi di personalità: impulsività e instabilità degli affetti in se stessi e nelle relazioni, un senso di vuoto interno e solitudine, di disperazione e un’ incapacità di consolarsi, con relazioni problematiche con l’altro, incluse relazioni sessuali e intimità. L’autrice afferma: “Il mio modello clinico è in accordo con il modello di sviluppo psicopatologico di Allan Schore, in cui a esperienze traumatiche più precoci o più intense corrispondono le più gravi traumatizzazioni, in un continuum che va dalle personalità antisociali (le più precoci e più intense traumatizzazioni) al disturbo borderline e narcisistico, che si sviluppano da deficit e traumi interpersonali che hanno avuto luogo in un periodo successivo”.

Si noti qui che entrambi condividiamo il principio ontogenetico della psiconeuropatogenesi, per cui il trauma relazionale infantile influenza direttamente e disregola i sistemi corticali-subcorticali lateralizzati a destra in via di sviluppo. Agendo in periodi critici primordiali di sviluppo socio- emotivo e di maturazione del cervello, diverse forme di trauma relazionale lasciano tracce durature sulla struttura psichica in evoluzione. Più precoce è il trauma relazionale, più grave sono gli effetti a lungo termine sull’organizzazione della personalità. Per Mucci, come per me, questi deficit persistenti dei disturbi borderline che si formano precocemente sono espressi strutturalmente attraverso l’alterazione di circuiti limbico-autonomici dell’emisfero destro, con scarsa connettività tra corteccia orbitofrontale e amigdala e una sussistente prevalenza, sotto stress, di reazioni difensive dissociative, tutte manifestazioni di deficit funzionali dello sviluppo precoce dell’emisfero destro insieme alla mente e al corpo.

In effetti, la maturazione dipendente dall’ambiente dell’emisfero destro con mente e cervello comincia prima dell’infanzia, negli scambi di cortisolo tra la placenta materna e il feto in utero, quando l’asse ipotalamico pituitario (HPA) comincia la sua maturazione funzionale (Schore, 2017). Lo stress emotivo materno nel periodo prenatale rilascia elevati livelli di corticosteroidi nel sangue materno e sostanziali proporzioni di ormone dello stress attraversano la placenta, causando stress allostatico sul cervello in via di sviluppo, specialmente nella amigdala centrale che si sviluppa prima e nelle sue connessioni nel sistema HPA e nei sistemi degli organi viscerali. Traendo le sue indicazioni da ricerche recenti, Mucci afferma che se la crescita del corpo fetale può beneficiare di eccellenti cure materne, può anche essere il ricettacolo di abuso e rifiuto da parte delle proiezioni dei futuri genitori sul bambino che deve nascere. Detto ciò, le aree superiori corticali del cervello nei periodi perinatali e post natali cominciano a collegarsi con gli assi HPA e simpatomedullari, e queste connessioni anatomiche sono anche vulnerabili ai fattori stressanti della relazione psicobiologica tra madre e bambino.

Si noti che il “corpo” prenatale e postnatale si riferisce principalmente al corpo viscerale interno, ai sistemi dei muscoli lisci che sono innervati dai circuiti HPA lateralizzati a destra che regolano l’arousal autonomico. In queste transazioni di attaccamento la madre regola, o, nel caso di eziologie borderline, disregola l’arousal autonomico del bambino, con scarsa riparazione interattiva. Più tardi durante il primo anno il sistema muscolo striato del bambino matura, con il cominciare ad afferrare gli oggetti, a gattonare e soprattutto a camminare, e nel periodo successivo il “corpo” del bambino (nei primi due anni di vita) ora prevede l’azione di gruppi di muscoli lisci e dei comportamenti deambulatori controllati dall’emisfero sinistro. Livelli disregolati di ipo e iper arousal possono alterare la struttura e le funzioni sia del corpo “viscerale” che dipende dal controllo involontario che del corpo muscolare “striato” dipendente dal controllo volontario. In questo modo, le speculazioni di Mucci sulla eziologia dei deficit funzionali dei corpi borderline si fondano sulla maturazione neurobiologica evolutiva dei due sistemi corporei in formazione, da un corpo passivo a un corpo attivo. Questa progressione è direttamente correlata alla nota sequenza evolutiva cerebrale che va dalle aree corticali sensoriali posteriori che maturano prima alle aree motorie anteriori che si sviluppano successivamente. Nei primi due anni di vita il trauma relazionale come abuso e trascuratezza influenza direttamente i comportamenti legati all’attaccamento così come l’innervazione dei sistemi regolatori dello stress in via di sviluppo basati sul corpo.

In quanto segue, Mucci documenta il fatto che nel corso dell’ ontogenesi le iscrizioni personali e storiche tra la genetica e l’epigenetica formano tracce neuronali dense e durature che impattano sulla personalità in via di formazione. La relazione di attaccamento che is ta costituendo, il primo veicolo di questa intricata rete di scambi e iscrizioni, agisce come veicolo interpersonale e intergenerazionale, che influenza direttamente le connessioni strutturali e le capacità funzionali emergenti. Citando il mio lavoro sull’epigenetica, Mucci afferma che, nelle interazioni tra caregiver e bambino, esperienze di sintonizzazione e mancata sintonizzazione danno forma al potenziale genetico del bambino, e quindi agiscono come regolatore o disregolatore di sistemi biologici e psicobiologici. In questo modo, i processi psiconeuroendocrini dell’ attaccamento imprimono un effetto permanente a livello genomico, e di conseguenza sui circuiti in via di sviluppo del cervello e del corpo. Aggiungerei che i cambiamenti postnatali nella programmazione epigenetica del corpo/mente/emisfero destro del bambino sono specificatamente legati al comportamento materno, e che lo stress dell’ambiente sociale del bambino attorno alla relazione tra i due attiva modificazioni epigenetiche. In questo modo, la madre forma la struttura psichica della personalità precoce in evoluzione, così come della mente e del corpo, nel bene e nel male. Va notato che la trasmissione intergenerazionale del trauma è inscritta nel corpo traumatizzato del bambino, così come nella sua mente.

Come il lettore apprenderà presto, un tema centrale dei capitoli che seguono elabora in dettaglio come nelle storie precoci di disturbi di personalità il corpo diventi un luogo critico in cui le esperienze intersoggettive del trauma relazionale, con successive introiezioni e proiezioni, sono dolorosamente inscritte. Nei casi di disregolazione affettiva senza riparazione, entro il secondo anno di vita il corpo può diventare il bersaglio di introietti negativi parentali verbali e non verbali, il ricettacolo di parti persecutorie e sentimenti proiettati sul corpo come altro disgustoso e odiato, causa di sensazioni corporee maladattive e perfino il bersaglio di attacchi autodistruttivi sul corpo sentito come stato non-me. L’autrice dimostra come nei disturbi di personalità il corpo diventi il luogo, quasi distaccato da “me”, in cui affetti non riconosciuti e alienati vengono evacuati, risultanti in forme di autopersecuzione e autoabuso, che sono modi di esternalizzare gli affetti negativi proiettati sul corpo. L’iscrizione precoce di un “sé alieno” diventa il prototipo di successivi attacchi al sé borderline contro il corpo, un meccanismo di autoregolazione dell’affetto negativo, dell’impulsività, e dell’aggressività, ma al prezzo di una incessante lotta tormentata o perfino di un esilio dal corpo.  
Questo modello di patogenesi corpo/mente/emisfero destro viene elaborato attraverso i capitoli e le sue applicazioni psicoterapeutiche sono ampiamente discusse in vignette cliniche e casi clinici di lavoro sul corpo non solo in un continuum di disturbi borderline e narcisistici, ma anche in disturbi di conversione e psicosomatici.

I modelli neurobiologici interpersonali di cambiamento psicoterapeutico a livello di corpo e cervello sono basati sui modelli eziologici in uno spettro di disturbi evolutivi precoci. Nel suo nucleo essenziale, il modello di trattamento prevede che la sintomatologia del sé somatico nei disturbi gravi di personalità venga letta come un filo con cui ricostruire le relazioni precoci traumatiche inscritte su e nel corpo così come nelle strutture di regolazione del cervello. Questi circuiti impliciti del sé in evoluzione devono essere ripetute e riparate nel trattamento.

In questo modo, per Mucci, la ricostruzione dell’origine relazionale della disregolazione dei borderline, il comportamento distruttivo, e le rappresentazioni negative sé-altro sono il punto di partenza del trattamento, con lo scopo di ricostruire una mappa delle relazioni di attaccamento, inclusi i traumi relazionali infantili, la deprivazione, la perdita e il maltrattamento. La fase iniziale del lavoro si basa sullo stabilire un sistema di comunicazione e regolazione degli affetti all’interno dell’alleanza terapeutica. Questo a sua volta permette un rispecchiamento affettivo degli stati dolorosi non riconosciuti disorganizzati che sono dissociati o repressi e spostati nelle profondità del corpo, ma alla fine devono essere regolati e arrivare in superficie nella piena consapevolezza del paziente. A questo scopo, il terapeuta deve essere uno specchio non nel replicare le emozioni e le espressioni del paziente ma nel fornire la raffinata sintonizzazione e l’appropriata risposta emotiva che il paziente ha cancellato difensivamente, permettendogli di entrare in contatto con le parti interne più profonde, a cui è impossibilitata ad accedere da sola. Questa riconnessione emotiva a stati interni più profondi è possibile solo attraverso una relazione con un “altro” testimone benevolo e impegnato, un terapeuta che si impegni con tutto il proprio essere nel comune viaggio terapeutico.

In questo processo neurobiologico interpersonale in evoluzione Mucci conclude che “la terapia dovrà lavorare in modo sia implicito che esplicito, dall’ emisfero destro al sinistro di ogni partner nella relazione terapeutica, allo scopo di aiutare i sistemi regolatori a collegare il sistema limbico alle aree orbitofrontali, come indicato da Schore nella sua teoria della regolazione affettiva”. Nel tempo, come risultato del lavoro effettuato dalla diade terapeutica ai “confini regolatori” della “finestra di tolleranza degli affetti”, nuove connessioni tra il sistema delle emozioni limbico- amigdaliche del paziente e le aree orbitofrontali permettono l’integrazione delle funzioni implicite delle strutture dell’emisfero destro così come connessioni in altre aree implicate nelle funzioni oggettive esplicite. In questo modo, via via che il trattamento procede, la crescita del paziente nella mente e nel corpo si sposta da memorie inconsce incarnate e implicite verso la verbalizzazione, dall’emisfero destro all’emisfero sinistro, fino a una ottimale integrazione di entrambe.

In aggiunta, Mucci è molto attenta al giusto timing e al contenuto delle interpretazioni nel lavoro con storie di trauma relazionale. Rifacendosi alla neurobiologia, ammonisce che le interpretazioni premature possono rafforzare le difese ed afferma che solo quando l’amigdala subcorticale è regolata e integrata con i circuiti corticolimbici si può offrire una interpretazione che può penetrare a livelli inconsci più profondi. All’interno della prospettiva neurobiologica interpersonale della teoria della regolazione affettiva, le interpretazioni agiscono non come ricostruzioni genetiche (della storia del paziente) ma come ristrutturazioni del significato attraverso nuove esperienze relazionali apprese. Questo può accadere solo attraverso l’iscrizione implicita di un’ esperienza regolatoria appresa che ha luogo ai confini dell’arousal affettivo o attraverso le finestre della disregolazione riparata.

Come già accennato, il modello clinico dell’autrice è profondamente influenzato da Otto Kernberg, i cui notevoli studi sui disturbi di personalità hanno dimostrato l’importanza nella clinica di rappresentazioni internalizzate del sé che si collegano affettivamente agli oggetti nell’ambiente sociale come meccanismo di varie condizioni psicopatologiche che hanno origine nell’ambiente primario del bambino. La ripetizione delle dinamiche della relazione d’oggetto patologiche o disfunzionali e le conseguenti rappresentazioni distruttive o negative del sé e dell’altro diventano così il focus essenziale dei modelli psicoterapeutici psicoanalitici dell’autrice per lavorare nello spettro dei disturbi di personalità. Nel mio lavoro neuropsicoanalitico ho descritto una relazione oggettuale patologica, una rappresentazione interna di un sé disregolato affettivamente che interagisce con un oggetto dissintonico, relazione oggettuale che viene riattivata in un reciproco enactment.

Un aspetto centrale del lavoro di Mucci con i corpi borderline è quindi dato dall’esplorare contemporaneamente l’interrelazione tra le emozioni interne inconsce in relazione alle immagini delle relazioni oggettuali del sé e dell’altro all’interno della relazione terapeutica. Nei vari casi presentati l’autrice dimostra come un certo grado di ripetizione delle difficoltà emotive effettivamente esperite dal soggetto deve aver luogo/essere riattivato nelle sedute che di conseguenza può allora essere riparato in modo interattivo grazie a una esperienza emotiva riparatrice. In altri termini, alcuni livelli di re-enactment del trauma relazionale sono essenziali per una esperienza relazionale correttiva. Questo modello clinico rispecchia il mio lavoro della teoria della regolazione in cui affermo che un enactment spontaneo può o ripetere ciecamente una relazione oggettuale patologica attraverso lo spostamento degli stati negativi proiettati sul terapeuta e l’intensificazione della disregoalzione interattiva e delle difese, o fornire creativamente una nuova esperienza relazionale attraverso l’autoregolazione fornita dal terapeuta rispetto agli stati negativi proiettati e la co-partecipazione dei due nella riparazione interattiva (Schore 2012). Effettivamente, le discussioni cliniche di Mucci sono del tutto consonanti con le mie discussioni teoriche dei meccanismi di cambiamento negli enactment clinici.

Ma un’altra influenza fondamentale sul lavoro clinico degli scritti di Mucci sul trauma, la dissociazione e i disturbi di personalità è quella esercitata da Sandor Ferenczi, Nel suo pioneristico lavoro agli inizi del Novecento, questo autore ha con grande intuizione descritto lo spostamento del terapeuta dall’emisfero sinistro all'emisfero destro che può sostenere la ricezione delle comunicazioni del paziente degli stati traumatici legati all’emisfero destro, nascosti al di sotto delle difese dissociative:

Pare che i pazienti non possano credere, o almeno non completamente, alla realtà di un avvenimento se l’analista, *unico testimone* del fatto, mantiene un atteggiamento freddo, anaffettivo, e, come i pazienti lo definiscono, puramente intellettuale, mentre gli avvenimenti sono di natura tale da suscitare in qualsiasi spettatore sentimenti e reazioni di rivolta, di angoscia, di terrore, di vendetta, di lutto, e propositi di un aiuto sollecito onde rimuovere o distruggere la causa o il responsabile… Si può dunque decidere di prendere veramente sul serio il ruolo di *osservatore benevolo e soccorrevole,* *vale a dire di lasciarsi effettivamente trasportare con il paziente in quel dato momento del suo passato* (pratica che Freud mi ha rimproverato come proibita), con il risultato che entrambi, noi e il paziente, crediamo in questa realtà, cioè in una realtà presente e non, per ora, collegata nel passato. (*Diario Clinico*, 1988, pp. 75-76).

Si noti l’importanza di una regressione sincronizzata simultanea in questi “momenti affettivi esaltati” (si veda Schore, *Psicoterapia con l’emisfero destro*, 2019), momenti in cui entrambi i membri della diade terapeutica discendono in quello che Mucci chiama “l’abisso della ripetizione”. In questi reciproci re-enactments, osserva l’autrice, più grave è la storia traumatica, più intensi saranno gli affetti dell’amigdala destra proiettati sul terapeuta nella parziale sicurezza della terapia, più il clinico dovrà essere in grado di tollerare le tempeste affettive. Inoltre sottolinea il punto centrale di Ferenczi che più che un “oggetto cattivo”, il terapeuta deve essere esperito come un “oggetto nuovo”: “La cosa più importante di tutto ciò è il fatto che l’abreazione di quantità traumatiche non basta: la situazione deve diventare differente da ciò che è propriamente traumatico per rendere una diversa soluzione favorevole”. (Ferenczi, 1988, p. 182).

Nell’integrare Kernberg, Ferenczi e il mio lavoro, Mucci porta un contributo estremamente importante al trattamento dei disturbi di personalità con la creazione di un costrutto relazionale di una relazione oggettuale interna, una diade vittima-persecutore, in cui il paziente oscilla attraverso queste due posizioni relazionali. In special modo, durante gli enactment traumatici, queste alternanze di due stati opposti del sé vengono espressi in comunicazioni diverse transferali e controtransferali. Nella descrizione di Mucci: “Questi enactments avvengono in una sequenza continuativa che alterna affetti che sono legati alla posizione della vittima che è stata internalizzata (tristezza, vuoto, depressione, disgusto di sé e bassa autostima) ad affetti legati alla posizione del persecutore che pure è stata internalizzata (aggressività, odio, violenza, invidia, rabbia), con affetti della posizione del persecutore esternalizzati sull’altro o sul proprio corpo per ragioni regolatorie”. Questo meccanismo sottolinea forme diverse di comportamento autodistruttivo, e aggiungerei che l’attacco al corpo nelle transazione del paziente nello stato di vittima viene mediato in parte dalla disregolazione degli stati dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene sotto forma di stati attacco-fuga.

Inoltre, Mucci sottolinea le osservazioni fatte da Ferenczi di come il bambino traumatizzato precocemente internalizzi l’aggressività così come il senso di colpa (o la vergogna) del persecutore dissociati (o repressi). Queste rappresentazioni sé-altro sono fondamentalmente implicate nella patologia futura, in quanto inscrivono l’interazione vittima-persecutore al livello del ricordo inconscio, diventando così un modo di essere che opera senza la consapevolezza conscia del paziente. Infatti, usando una grande quantità di materiale clinico, l’autrice dimostra come la personalità traumatizzata precocemente risperimenti in modo ripetitivo e ripeta in modo continuo inconsciamente sia nella vita reale che nella terapia la diade vittima-persecutore inscritta nella memoria implicita procedurale (vale a dire, all’interno di modelli operativi internalizzati di attaccamento insicuro che recano inscritti strategie di regolazione affettiva). In tal modo, come risultato della introiezione traumatica dell’aggressore, quest’ultimo scompare come realtà esterna e diventa intrapsichico invece di extrapsichico. Tuttavia, questa struttura interiorizzata è più che intrapsichica e intracerebrale, piuttosto è intracorporea e viscerale.

Riguardo all’esplorazione psicoterapeutica di questa relazione oggettuale interna di un altro aggressivo intrusivo e un sé basato sul corpo vittimizzato l’autrice conclude:

“I sopravvissuti all’abuso diventano gli aggressori del proprio corpo poiché in quel corpo c’è anche una identificazione con la figura abusante, e il corpo gioca il ruolo della vittima in quella identificazione, una sorta di altro. Questo spiega perché, nella terapia, è necessario dis-identificare il paziente prima di tutto dal corpo vittimizzato e, in secondo luogo, dall’aggressore, nella speranza di lasciar andare le identificazioni con le persecuzioni del corpo (le emozioni collegate a queste posizioni di vittima e persecutore insieme: sentimenti di depressione, inferiorità, vergogna, disperazione e disgusto di sé collegate alla parte vittima, e rabbia vendetta odio e furore collegate alla parte persecutore)”.

In altri termini, durante le comunicazioni emotive tra emisfero destro del paziente ed emisfero destro del terapeuta, comunicazioni amplificate vengono attivate entro le proiezioni e introiezioni della relazione oggettuale del terapeuta e del paziente. In questo contesto di regressioni reciproche regolate interattivamente dell’emisfero destro, con attenzione aperta e consapevolezza espansa, il paziente può momentaneamente diventare consapevole delle parti “nascoste” di se stesso che sono identificate con l’aggressore contro di sé e delle parti che sono, in altri momenti, identificate come vittima. Dal momento che lo state del sé vittima e lo stato del sé persecutore sono entrambe comunicate in transazioni emotive di transferent e controtransferent, sia gli affetti depressivi disregolati dello stato di sé vittima che gli affetti disregolati degli stati del sé persecutore possono essere regolati interattivamente nel contesto più sicuro e resiliente della terapia.

In un transitorio “momento affettivo enfatizzato”, questo stato intrapsichico regolatorio implicito cambia da una rigidità difensiva a una flessibilità aperta che permette all’ aggressività di diminuire, così come rende possibile un’integrazione di ciò che erano parti divise (dissociate) del sé soggettivo. Poiché questo meccanismo neurobiologico interpersonale dell’azione terapeutica implica un’integrazione dei due opposti stati mente/corpo di iperarousal e ipoarousal, sollecita una più ottimistica omeostasi ed un equilibrio autonomico dei sistemi simpatici e parasimpatici basati sul corpo così come meccanismi più efficienti di integrazione del Sistema nervoso autonomo (SNA) e del Sistema nervoso cemtrale (SNC). Nel tempo, questa alterazione del modello operativo insicuro indotto dal trauma che inconsciamente racchiude strategie di regolazione affettiva (incluse la dissociazione SNC-SNA) riflette un cambiamento nelle connessioni strutturali tra sistema limbico corticale e circuiti autonomi implicati in funzioni corporee di risposta allo stress basate sull’asse ipotalamo-ipofisi-surrene e affettive. Viene spesso sottovalutato come i sistemi autonomi nervosi dei due individui communichino e si sintonizzino reciprocamente (si veda Schore, 1994, 2003a, 2003b). Come ho affermato in passato, “il campo intersoggettivo co-costruito dai due individui include non solo due menti ma due corpi”. Si noti come le origini relazionali dei disturbi di mente/corpo/cervello richiedano un trattamento relazionale.

Questi brevi accenni sui capitoli che seguono si basano sui modelli etiologici, diagnostici e psicoterapeutici che giacciono al cuore del lavoro clinico di Mucci. Tuttavia, il lettore apprenderà presto che rappresentano un modello neurobiologico complesso di sviluppo di altri problemi fondamentali terapeutici come ad esempio la relazione tra complex PTSD e trauma relazionale, le difese di dissociazione e repressione, somiglianze e differenze tra psicopatologie narcisistiche “a pelle spessa” e “a pelle sottile”, differenziazioni tra i disturbi di personalità narcisistici e borderline, il suicidio nei disturbi gravi di personalità, le differenze cliniche ed eziologiche tra sintomatologia di conversione e disturbi psicosomatici, e discussioni neurobiologicamente informate su ipocondria, tratti antisociali, e perversione sessuale. Questi problemi clinici sono tutti discussi sulla base della teoria della regolazione affettiva, ed esplorati in casi clinici riccamente dettagliati e avvincenti che rendono vivide le interazioni intensamente emotive delle soggettività di Mucci e dei suoi pazienti. E’ anche inclusa una originale nosologia diagnostica per ognuno di questi disturbi di corpo e mente. A tal fine l’autrice fornisce una griglia diagnostica per ciascun disturbo, composta di un asse verticale basato su attaccamento, regolazione affettiva, traumatizzazione, trasmissione intergenerazionale, un secondo asse sul disturbo di personalità, un terzo asse su disturbi corporei, patologie somatiche e attacchi al corpo, insieme a due assi orizzontali intersecantesi, con capacità oniruca e sessualità o diffusione di identità sessuale.

I seguenti capitoli rappresentano un lavoro notevole di ricerca interdisciplinare da parte di una autrice le cui conoscenze spaziano dalle discipline umanistiche e dalla Letteratura inglese alle neuroscienze, alla psichiatria, alla neurofisiologia, alla medicina psicosomatica, alla psicoanalisi. Le sue acute osservazioni delle attività “nascoste” del sistema inconscio dell’emisfero destro portano a una comprensione più chiara degli essenziali meccanismi relazionali che sono alla base di processi di cambiamento psicoterapeutico e dello sviluppo, specialmente quelli della mente inconscia e del corpo involontario. In una significativa espansione della teoria della regolazione affettiva, questa eminente psicoterapeuta offre numerose applicazioni cliniche di neurobiologia interpersonale e neuropsicoanalisi a una massa di materiale clinico e teoretico integrato, operazionalizzando numerose implicazioni diagnostiche e di trattamento di un modello complesso di sviluppo psicopatologico.

Utilizzando una psicologia bipersonale Mucci offre profondi insights sul modo in cui il clinico usa il proprio sé soggettivo nel trattamento dei deficit del corpo/mente/cervello del sé soggettivo del paziente. In una serie di vignette evocative ed emotivamente molto forti osserviamo il coraggio dei suoi pazienti e dell’autrice impegnati intensamente in momenti di profondo contatto della mente e del corpo con i residui del trauma relazionale infantile. Questi capitoli funzionano anche come manuale clinico su come lavorare con il meccanismo di cambiamento neuroplastico dell’emisfero destro all’interno dell’alleanza terapeutica. Per me, come corpo-mente-cervello, questa ricca integrazione di psicologia e biologia è un lavoro pioneristico e totalmente di avanguardia. Con questa breve anteprima di tutto quello che segue, ho il piacere di invitare il lettore ad entrare nella mente creativa di Clara Mucci.

RINGRAZIAMENTI

Questo libro non esisterebbe se non fosse per due “giganti” sulle cui spalle sento di poggiare, come si dice in inglese: Otto Kernberg e Allan Schore.

Senza il lavoro di Kernberg sui pazienti borderline all’Istituto per i Disturbi di Personalità di White Plains e New York (dove sono stata Fellow per sei mesi nel 2005-2006 e a cui sono tornata regolarmente per anni) non avrei mai compreso né sentito così da vicino la particolare fascinazione e la sfida che i pazienti borderline presentano: la sua energia, la sua profonda esperienza professionale, la sua generosità, la sua etica, il suo intuito clinico e la straordinaria conoscenza psicoanalitica hanno informato il mio lavoro clinico profondamente. Non ci sono parole sufficienti per esprimere la mia profonda gratitudine a lui e al suo gruppo, spero solo che il mio lavoro con questi soggetti affascinanti e fragili sia un modo per restituire l’enorme debito che ho nei suoi confronti. Grazie infinite, Dr Kernberg.

Il pionieristico lavoro interdisciplinare di Allan Schore, che connette attaccamento, studi sul trauma, neuroscienze, neurobiologia interpersonale e la terapia basata sulla regolazione affettiva mi ha permesso di vedere i collegamenti principali tra questi campi che avevo intuito ma non avrei potuto organizzare in modo così ricco e profondamente suggestivo; a lui e al suo lavoro scientifico così potentemente impegnato sono profondamente indebitata. Tra le altre cose, Schore è stato per me il primo che ha restituito alla madre (o alla funzione dell’emisfero destro così determinante tra caregiver e bambino, e tra paziente e terapeuta) il posto necessario che mancava nella psicoanalisi e soprattutto in Freud.

Devo riconoscere la mia gratitudine a un altro grande teorico e clinico il cui lavoro mi ha ispirato profondamente e che non ha ricevuto il dovuto riconoscimento nel campo della psicoanalisi: Sandor Ferenczi. Il concetto fondamentale per la mia visione dei disturbi di personalità di identificazione con l’aggressore è qualcosa che devo a Ferenczi. Per quanto non completamente teorizzato da lui soltanto, sono pervenuta a una consapevolezza della diade vittima-persecutore che vedo come dominante nei disturbi di personalità grazie ai suoi scritti. Ferenczi è stato il pioniere di una nuova modalità relazionale e “femminile” di lavoro con questi pazienti gravi, in contrasto con la “mascolinità” o il distacco emotivo della teoria e della pratica clinica di Freud.

Sono giunta ai miei studi sui disturbi di personalità dopo decenni di ricerca e scritti sulla letteratura inglese soprattutto su Shakespeare e la teoria psicoanalitica. Questo campo, per quanto possa sembrare paradossale, ha fornito il mio primo intimo contatto con la particolare sofferenza e lo speciale status liminale di personaggi al limite o marginali, radicati in un corpo sovversivo e in posizioni sociali trasgressive, sia in senso simbolico che socialmente: donne e personaggi sovversivi, *in-between* (come Cordelia e il Fool in *King Lear*, le Streghe in *Macbeth*, o Caliban e Ariel in *La Tempesta*, tutti personaggi a cui ho dedicato dei libri (Mucci, 1995; 1998; 2001). In questo campo, ho un debito di riconoscenza soprattutto verso due persone, il mio advisor del Dottorato presso la Emory University, Boby Paul, Candler Professor di Antropologia per l’Istituto di Studi Liberali, poi Rettore del College e ora Direttore dell’Istituto Psicoanalitico della Emory Unviersity ad Atlanta, per il suo costante sostegno e la sua profonda fiducia in me e per la grande integrità che porta in ogni sua attività, e a Shoshana Felman, Thomas Donnelly Professor di Letteratura Francese e Comparata presso la Yale University, ora Woodruff Professor a Emory, che ha ispirato i miei scritti di letteratura e psicoanalisi in molti modi e che ho avuto la fortuna di incontrare pesonalmente anni dopo la fine dei miei study ad Emory.

Vorrei ringraziare infinitamente il Dr James A. McCoy, per aver condiviso con me in molto anni di lavoro i suoi strardinanari insight spirituali, la sua profonda empatia e la sua grande saggezza.

Devo ringraziare il Dr. Andrea Scalabrini e la Dott.ssa Ludovica Della Penna dell’Università di Chieti per il loro validissimo sostegno e aiuto con le immagini del libro e di parti della bibliografia. Al Dr Gioele Cima un sentito grazie per la traduzione del capitolo 7 e per una accurata e intelligente revisione del testo italiano, e alla Dott.ssa Rosy Esposito per il costante, attento e sollecito aiuto per la correzione del lavoro in molte fasi della stesura italiana, nonchà della bibliografia finale.

La mia amica Dott.ssa Mary Patricia Kane ha affettuosamente e pazientemente rivisto la prima stesura in inglese, quindi a lei devo molto: per molti mesi, nessuno tranne lei ha letto quello che stavo facendo con grande fatica e quindi la ringrazio oltretutto per la sua speciale posizione di essere stata la mia prima lettrice in questa lunga e solitaria impresa.

Alla Dott.ssa Deborah Malmud, Vice Presidente della WW.Norton & Company, con ammirazione per il suo lavoro e la sua persona, devo molta gratitudine per essersi mostrata sempre entusiasta e costruttiva riguarda al progetto sia dai suoi primi momenti che anche per la grande stima che ho sentito da parte sua. Il suo sincero interesse e la sua curiosità anche riguardo al mio background letterario insieme al suo sostegno pratico verso la realizzazione di questo progetto hanno costituito per me una grande forza.

A tutto il team della Norton, giovane, professionale, affascinante, gentile e generoso devo molti ringraziamenti sentiti per il loro aiuto e il costante sostegno, oltre che per la splendida atmosfera che hanno creato per me nei loro uffici della Quinta Strada di fronte alla Public Library. Sono grata soprattutto a Mariah Eppes, a Kate Prince, a Nicholas Fuenzalida e al copyeditor Christopher Curioli, per il loro lavoro eccellente e a quest’ultimo in particolare per aver avuto il coraggio di tagliare molte pagine, una operazione necessaria ma difficile che non avevo il coraggio di fare.

Ovviamente, è verso i miei pazienti che ho il debito maggiore. Mi hanno permesso di arrivare fin dove sono arrivata nella comprensione della mente umana e del suo sviluppo, di poter reggere il lavoro quando era duro e pesante e mi hanno dato il coraggio di continuare a farlo, continuando ad alimentare la fiammella della speranza alla fine del tunnel.

Questa luce (e l’amore che ci ha sostenuto) appartiene a loro, tanto quanto a me, e la voglio condividere con loro, in profonda gratitudine.

Mentre rivedevo le bozze del libro per la pubblicazione in America, Giovanni Liotti è morto a Roma, il 9 aprile 2018. Il suo lavoro sull’attaccamento disorganizzato mi ha influenzato in modi fondamentali e il suo lavoro, insieme a quello di Allan Schore, è diventato un caposaldo nella mia spiegazione della eziopatogenesi dei disturbi di personalità. Giovanni (o Gianni) era malato, ma ci eravamo scambiati mail (e poesie), fino a un mese prima della sua morte. Per quanto scrivere fosse difficile per lui e la sua vista fosse parziale, era molto ottimista ed entusiasta riguardo alla possibilità di recuperare una discreta qualità di vita e di riprendere il suo lavoro. Pertanto avevo l’illusione che avrebbe riguadagnato le sue forze e sarebbe andato avanti nella sua splendida attività di ricerca, e che avrebbe perfino potuto leggere, a un certo punto, questo libro. Avevo un così grande desiderio che mi desse la sua opinione sul lavoro che da sola avevo portato avanti; ma questo, come altri desideri, immagino, deve rimanere insoluto, o, come dice Joel Fineman riguardo alla *Tempesta* di Shakespeare, dovrà lasciare il senso di un “infinished business”, di una faccenda in qualche modo sospesa, non conclusa, non risolvibile.

Con tutte le mie limitazioni, spero tuttavia che questo libro sia in qualche piccola parte un tributo alla sua mente brillante e sensibile e una espressione della mia gratitudine a lui, come agli altri “giganti” che ho avuto la fortuna di incontrare nel mio cammino, come un fiume va al mare…