varchi

tracce per la psicoanalisi

terapeuti in *form*-azione

il valore del dubbio e della curiosità

varchi10.indd 1 24-03-2014 23:48:40

INDICE

4 **Editoriale**
di Paolo Chiappero e Rita Sciorato

9 **Un punto di vista sulla formazione dello psicoterapeuta**
di Fabrizio Rizzi

22 **La parola agli allievi**
di Rita Sciorato

25 **Perdite e significati nel processo analitico**
di Silvia Mottura

43 **I ricordi di Luisa**
di Laura Casati

51 **Daniele, il reo confesso**
di Matteo Castello

59 **La scatola di un bambino**
di Francesca Ciccia

66 **La fine di un amore**
di Katiuscia Del Dottore

72 **L'uccellino di erre**
di Elena Bellia

81 **USCITA D'EMERGENZA**
di Margherita Dolcino

varchi10.indd 2 24-03-2014 23:48:40

varchi10.indd 3 24-03-2014 23:48:41

EDITORIALE

di Paolo Chiappero e Rita Sciorato

Ho sempre preferito considerare la psicoanalisi
alla luce della vita nel suo complesso, piuttosto che
guardare la vita dal divano dello psicoanalista
(S. H. Foulkes, 1975)

Sono trascorsi cinque anni dal primo numero di questa Rivista. E ne sono passati dieci dalla nascita della nostra Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica *Il Ruolo Terapeutico di Genova*.

Nel nostro primo editoriale scrivevamo: "Vogliamo provare ad esserci, ad esserci meglio e di più in questo tempo presente non facile nel Paese come nelle stanze dei terapeuti".

Scrivere del nostro lavoro e dell'ambiente sociale e culturale in cui esso si esprime è stato un obiettivo che da subito ci è parso bello e necessario.

Bello come può esserlo un mestiere intriso di emozioni e sentimenti oltre che della passione di prendersi cura delle persone che soffrono.

Necessario non per presunzione ma piuttosto perché la dovuta umiltà che accompagna i terapeuti necessita di luoghi di scambio, di confronto, di riflessione, onde evitare il rischio di una malsana solitudine e di un inadeguato isolamento.

È a partire da queste considerazioni che formiamo nella Scuola del *Ruolo Terapeutico di Genova* nuovi psicoterapeuti.

L'aspetto umano ed etico del nostro lavoro è per noi sempre in primo piano.

Riteniamo infatti che prendersi cura dell'altro sia praticabile solo attraverso il prendersi cura di sé. E la "presa in carico" di se stessi non può prescindere dalla relazione interpersonale con l'altro.

È forse banale ricordare che la psicoterapia riguarda due persone che si parlano in una "stanza" dando luogo anche a una dimensione relazionale che non è avulsa dal contesto sociale che la contiene.

È una stanza in cui accadono molti fenomeni; in cui si parla, si pensa, ci si emoziona, ci si avvicina e ci si allontana l'uno con l'altro in un continuo movimento oscillatorio. Così come oscillano i pensieri e le parole che ci si scambiano. Ma in questa stessa stanza si odono gli echi della vita che è fuori, e questo "fuori" entra nella stanza d'analisi anche attraverso i fatti, gli avvenimenti, i cambiamenti sociali e culturali.

varchi10.indd 4 24-03-2014 23:48:41

Ha quindi senso che la nostra Scuola proponga anche iniziative culturali che non si limitino a contenuti teorici e clinici psicoanalitici, ma gettino uno sguardo al di là delle "segrete stanze".

Nella nostra Scuola proponiamo una concezione ed un metodo psicoanalitici che tengano conto di come si sono evoluti i concetti, i modelli teorici, le "tecniche" che fondano la nostra pratica professionale di aiuto all'altro.

Così come abbiamo detto del terapeuta e del paziente, anche la teoria e la pratica psicoanalitiche non costituiscono un sistema chiuso, ma una parte del nostro mondo e delle nostre vite, se pur specifica e particolare.

Ci guida il concetto di fondo che la Psicoanalisi è ancora oggi l'unica relazione umana che procura la possibilità di comprendere e gestire sentimenti ed emozioni, con una valenza di aiuto terapeutico. Possiamo proprio affermare che la psicoanalisi è ancora oggi tanto attuale.

L'intreccio costante tra teoria e prassi è un esercizio continuo e non facile per chi è all'inizio del lavoro e della formazione.

Durante la nostra esperienza di formazione nella Scuola ci siamo accorti di come gli usi e i costumi della nostra epoca influenzino le aspettative degli allievi, i quali infatti inizialmente sperano di trovare risposte preconfezionate e, solo dopo aver di fatto provato il metodo della Scuola, si appassionano nel capire quanto è più soddisfacente cercare in prima persona i collegamenti tra l'esperienza e la teoria sotto la guida dei docenti.

A tal proposito potremmo usare le parole di Plutarco che sosteneva: *"La mente non ha bisogno, come un vaso, di essere riempita, ma piuttosto, come legna, di una scintilla che la accenda e vi infonda l'impulso della ricerca e un amore ardente per la verità".*

Questo chiediamo ai nostri allievi: stay hungry, stay foolish (*sii inesorabile, sii 'follÈ*).

È anche divertente cercare, attraverso i vari modelli e teorie esistenti, di creare collegamenti, contestualizzazioni, punti di accordo e di disaccordo fondati sulla diretta conoscenza e libertà e responsabilità di scelta. Rifiutare quegli assunti dogmatici, divisioni spesso anacronistiche tra Scuole di pensiero e "appartenenze" a categorie (freudiani, kleiniani, ecc…) che inquinano lo scambio di idee ed esperienze, garantisce contro il rischio del pensiero unico.

Siamo convinti che idee ed esperienze siano l'unico bene che, se condiviso, aumenta anzichè diminuire; in questo sta la forza e la prolificità dello scambio e dell'apprendimento critici.

La storia della psicoanalisi è molto ricca non solo per i suoi contenuti teorici ma anche per i personaggi che li hanno prodotti. Per questo stimoliamo i nostri allievi ad interessarsi anche degli aspetti biografici dei grandi "maestri". La loro vita, il tempo in cui hanno vissuto, la personalità, le aspirazioni e relazioni affettive sono incarnate nelle loro concettualizzazioni.

varchi10.indd 5 24-03-2014 23:48:41

E non potrebbe essere altrimenti, infatti la loro vita ha prodotto le loro teorie e queste ultime hanno indirizzato, a loro volta, le loro vite.

Terapeuta e paziente, teorie psicoanalitiche e società, tutto s'inscrive all'interno di una relazione reciproca e circolare che forma, senza soluzione di continuità, infinite possibilità di reciproco influenzamento.

È questa complessità che cerchiamo di trasmettere ai nostri allievi. E soprattutto abbiamo l'ambizione di aiutarli a capire come stare all'interno di essa.

Sostare in questa incertezza (la *"capacità negativa"* di cui scriveva il poeta inglese J. Keats) è tutt'altro che agevole. Riuscire a sostarvi è però l'unico sistema per non aderire a facili e false soluzioni, a rassicuranti e semplicistiche risposte, a univoche e dogmatiche forme di pensiero.

Quando insegniamo ai futuri terapeuti cerchiamo di creare le condizioni perché si crei un "laboratorio di idee", il più possibile liberato da modelli standardizzati del nostro lavoro, da commerciali manualizzazioni (oggi così di moda!) e dalla ricerca di verità inconfutabili sull'Altro. E nello stesso tempo questo Altro va rispettato, compreso, aiutato senza confondersi in esso e all'interno di un rapporto asimmetrico, quale deve essere la relazione terapeuta-paziente, che permetta tutto quanto appena detto attraverso la presenza di ruoli stabili e mutuamente riconosciuti.

Da non dimenticare che tra i nostri obiettivi c'è anche quello di formare gli allievi a un assetto mentale psicoanalitico che permetta loro di accrescere le proprie competenze cliniche anche al di fuori della stanza d'analisi. Comunità per minori e per pazienti psichiatrici, Centri per giovani e affidamenti educativi sono solo alcune delle realtà occupazionali in cui i nostri studenti lavorano, e non sempre con la qualifica di psicologi.

Nel tirocinio, gli allievi vengono a contatto quotidianamente con differenti tipologie di sofferenza psichica e difficoltà sociali. È un'esposizione al dolore e alla malattia che ha bisogno di altrettanta formazione quanto ne necessita il ruolo dello psicoterapeuta in senso stretto.

In questa dialettica tra aspetti strutturali e processuali s'inserisce la dimensione etica, che vale anche nel rapporto tra docenti e allievi.

È un compito delicato quello della formazione, e non sempre nella storia delle nostre comunità scientifiche le cose sono andate bene.

Quante confusioni di ruoli! Quante confusioni di lingue nella storia della Psicoanalisi! Quanti "cattivi maestri" allo stesso tempo docenti, supervisori e analisti (didatti e non) di allievi costretti, in parte per status in parte per compiacenza, a ricoprire a loro volta ruoli complementari diversi con la stessa persona e il suo potere. L'inesistenza di un limite, che circoscrive e tutela il ruolo, diventa la perversione del "tutto è possibile". Si passa, purtroppo, da una Psicoanalisi della libertà a una Psicoanalisi del "liberi tutti".

Non sempre il rigore e il buon senso vengono rispettati tanto che, anche

varchi10.indd 6 24-03-2014 23:48:41

nell'indiscutibile utilità di un percorso analitico personale del futuro terapeuta, si annidano spesso sottili insidie e impliciti pericoli.

Pur ricordando con decisione agli allievi psicoterapeuti la centralità di un'analisi personale, per accrescere quella competenza di sé irrinunciabile per la professione che essi hanno scelto, riteniamo che l'allievo debba essere libero di fare l'analisi con chi vuole e quando ne sente la necessità.

Pensiamo che ricordare, stimolare, incoraggiare questo, sia diverso da prescriverne un'obbligatorietà, fatta di tempi stabiliti dalla Scuola e, come accade spesso, da indicazioni vincolanti persino sul nome dello psicoterapeuta e a volte anche sul numero di ore.

Con il pericolo che, se quest'ultimo è anche docente e supervisore dell'allievo nella Scuola di Specializzazione, si creino quelle confusioni di Ruolo che assomigliano tanto alla *"confusione delle lingue"* di cui ci ha parlato S. Ferenczi.

Potere, autoreferenzialità, proselitismo sono aspetti che dobbiamo osservare e studiare anche come cittadini-terapeuti. Perché l'universo psicoanalitico non può essere un mondo parallelo scisso da quello in cui siamo immersi quotidianamente.

Di qui la necessità di formare anche attraverso una cultura non chiusa in confini specialistici.

Per lo stesso motivo in una sera di ormai circa cinque anni fa ci siamo trovati a pensare a dei varchi, non solo a quelli con l'iniziale maiuscola che danno il nome alla nostra Rivista, ma anche a quelli che permettono passaggi, punti di contatto, differenti vertici di osservazione e nuovi scenari.

Fa parte del nostro mestiere varcare delle soglie, ricordavamo nel primo numero di questa Rivista. Fa parte del nostro mestiere essere anche testimoni sociali del mondo in cui viviamo.

varchi10.indd 7 24-03-2014 23:48:41

varchi10.indd 8 24-03-2014 23:48:41

UN PUNTO DI VISTA SULLA FORMAZIONE DELLO PSICOTERAPEUTA

di Fabrizio Rizzi*

Mi è stato chiesto di scrivere un articolo a proposito di quest'argomento e, senza pensarci molto, ho detto subito di sì. Questa stessa proposta l'avrei invece rifiutata se mi fosse arrivata in passato. Solo ora infatti mi sento pronto a dire qualcosa di sufficientemente sensato in merito. Sarà perché è da poco che sono docente in una scuola di specializzazione. Ma forse soprattutto perché ho una figlia di ormai ventisei anni. Chi legge, immagino, si starà chiedendo il senso di questa *self disclosure*. Il fatto è che per me parlare di formazione significa parlare della relazione tra un allievo ed un docente - formatore e dunque del rapporto tra un giovane ed un adulto. Riflettere, in ultima analisi, sul come si possa trasmettere non solo e non tanto un set di nozioni, quanto piuttosto una esperienza, direi anzi quella *testimonianza cognitivo-affettiva* che il formatore dovrebbe cercare di consegnare ai suoi allievi. Non è un caso che la radice etimologica della parola "allievo" nasca dal latino *"allevare"*. Il tema della formazione attiene dunque alla dimensione del prendersi cura, alla figura del méntore ed alla genitorialità in senso lato, che si declina in forme molto diverse: dall'accudimento tenero ed affettivamente contenitivo alla capacità di essere fermi ed alle volte persino duri nel ribadire limiti e regole fondamentali. È peraltro ovvio che per fare il docente -formatore non è necessario esser genitore: sarebbe una sciocchezza affermare tale tesi. Intendo semplicemente dire che la capacità relazionale di noi adulti verso chi non solo è più giovane ed inesperto, ma soprattutto verso chi di noi si fida ed a noi si affida, è senza dubbio aiutata da alcune esperienze. La genitorialità è una di queste, ma non è certo l'unica.

Anche l'essere psicoterapeuti, soprattutto di certi pazienti od in certe fasi di alcune terapie, rappresenta un'esperienza para-genitoriale. Il ruolo terapeutico, il ruolo genitoriale ed il ruolo formativo sono di fatto condizioni in qualche modo analoghe, caratterizzate da una dinamica relazionale ad alta intensità affettiva. Sono ruoli che comportano un alto grado di potere ed esigono quindi un altrettanto elevato grado di responsabilità. Tutti e tre, poco o tanto, ci spingono a metterci nei panni del nostro interlocutore, che da noi si aspetta di imparare e ricevere qualcosa. Tuttavia, nello stesso tempo questo movimento di identificazione si deve necessariamente fermare ai confini del nostro ruolo e dei suoi specifici compiti. Il *limen* è fondamentale, perché differenzia e struttura. Ciò non toglie che la ricchezza dell'esperienza si possa travasare da questi diversi ruoli, arricchendoci. Come genitore, ad esempio, ho imparato molto dall'adolescenza di mia figlia: la fase tra i suoi 16 e 18 anni è stata una vera traversata del deserto,

varchi10.indd 9 24-03-2014 23:48:41

dove il mio principale traguardo fu accettare che non riuscivo più a capirla, a comunicare con lei come quando era bambina e quindi fare il lutto definitivo per quell'epoca passata. Il mio *insight* di padre mi aiutò, come psicoterapeuta, a pormi in modo più adeguato con certi pazienti (gli adolescenti, ma non solo) e, in una sorta di apprendimento a cascata, a migliorarmi anche come tutor. I tre ruoli (genitoriale – terapeutico – formativo) hanno similitudini e punti di contatto, ma ovviamente non vanno confusi. In questo senso, ho sempre cercato di non trattare le mie giovani allieve e tirocinanti come figlie, e men che meno come pazienti. Ma anche qui, mentre scrivo questo articolo, cerco di non dimenticare che la mia età, la mia biografia professionale ed il ruolo che ricopro mi porteranno naturalmente ad identificarmi più con il punto di vista del docente -formatore. Non ho alcuna velleità di fare il gioco mistificante di camuffarmi da allievo e magari parlare con tono demagogico in sua rappresentanza od in sua difesa (ammesso poi che gli allievi abbiano bisogno di una difesa). Questo però non m'impedisce di sentire il bisogno di capire il punto di vista dei giovani colleghi che incontro, a scuola come docente e sul lavoro come tutor. Specifico questo come premessa, spero chiarificatrice, a ciò che dirò sulle condizioni attuali in cui mi sembra si trovino gli allievi che si formano alla psicoterapia nell' odierno panorama italiano.

Voglio infine precisare che affronto l'argomento da un'angolatura che volutamente è in prevalenza relazionale, evitando un discorso specifico su come debba essere la struttura dei contenuti da trasferire agli allievi perché si possa parlare di una formazione quanti - e qualitativamente adeguata: per farlo dovrei avere il doppio dello spazio a disposizione, cosa che non posso né voglio pretendere. Ma anche perché (non so se a torto od a ragione: capisco che questa mia posizione sia molto discutibile) ora come ora io ritengo che anche il contenuto didattico ottimale (meglio organizzato, scientificamente completo, ben argomentato, concettualmente chiaro, e via dicendo) che un docente o formatore può trasmettere agli allievi diventa davvero *fecondo* - e quindi produce in loro reale, stabile ed effettiva conoscenza - nella misura in cui abita in una relazione/comunicazione adeguata. Ovviamente cosa significhi in pratica l'aggettivo *"adeguata"* è questione complessa a cui qui io sono riuscito a fare solo dei brevi accenni.

I contesti e le persone, le domande e le risposte nella formazione in psicoterapia

Riflettere sulla formazione in psicoterapia significa innanzitutto prendere in esame un *contesto* dove si incontrano da una parte una *domanda* di formazione e dall'altra una *risposta* a tale domanda ma dove soprattutto si relazionano e comunicano tra loro delle *persone* reali (gli allievi ed i docenti). Cercherò di analizzare questi quattro aspetti senza suddividerli troppo schematicamente, anzi

varchi10.indd 10 24-03-2014 23:48:41

spesso andando e ritornando da uno all'altro, poiché sono strettamente connessi tra loro.

Partendo dal contesto, o meglio dal *macro-contesto*, mi viene da dire che noi docenti dovremmo prima di tutto riflettere su cosa significa oggi formarsi per diventare psicoterapeuti. In quale scenario si muove ora un giovane psicoterapeuta italiano in formazione? È evidente che il contesto storico-socio-professionale attuale è del tutto diverso da quello dei primi anni '80, quando io e molti altri docenti della mia generazione cominciammo a lavorare. All'epoca tutti noi ci formavano ed apprendevamo necessariamente sul (e dal) campo. Molti iniziarono a lavorare nei servizi pubblici trovandosi spesso in situazioni da "prima linea clinica", nei neonati servizi di psichiatria territoriali avviati dopo la chiusura dei manicomi o nelle scuole appena aperte agli iniziali inserimenti dell'handicap dopo la soppressione delle ultime classi speciali.

A quel tempo avevamo pochissimi genitori professionali ad allevarci. Eravamo quasi figli di noi stessi e quindi giorno dopo giorno imparavamo soprattutto dall'esperienza, per prove ed errori. Ci iscrivevamo ai primi e rari corsi di formazione in psicoterapia, anche se non era ancora obbligatorio perché la legge di Ordinamento sarebbe arrivata solo a fine di quel decennio, nel 1989. Avevamo una fame quasi spasmodica di formazione perché dovevamo combattere tutti i giorni con domande ed aspettative di utenti/pazienti che non coincidevano quasi per nulla con le cose teoriche lette nei libri di studio universitario. Eravamo sì dei pulcini che dovevano arrangiarsi e crescere in fretta, ma eravamo anche liberi, più liberi dei pulcini di oggi che hanno molte più chiocce ad aiutarli ma in uno spazio di pollaio che si fa sempre più stretto ed affollato. Eravamo un po' smarriti ma trovavamo lavoro subito o quasi, non come succede ai giovani di oggi. Oggi, dove l'età degli apprendimenti si dilata sempre di più e la vita sembra un tirocinio infinito che sposta ogni giorno un po' più lontano la cerimonia che dovrebbe iniziare all'ingresso nella vita adulta a pieno titolo. Ecco: questa differenza non la dobbiamo proprio dimenticare. Nelle università, ma anche negli altri luoghi di formazione si parla molto poco di aspetti storici e di questa evoluzione, non solo nei suoi aspetti qualitativi ma anche nelle sue dimensioni quantitative.

Nel 1975, dai 2 unici corsi di laurea quadriennali di Padova e Roma, uscirono i primi laureati in psicologia italiani. Oggi risultano attivi 40 corsi di laurea di primo livello e 60 di secondo. Nel 1989, appena costituitosi, l'Ordine degli Psicologi contava poche migliaia di professionisti; nel 1998 aveva circa 27.000 iscritti; nel 2007 erano diventati 55.000 e solo due anni dopo già 70.000. Attualmente (2013) siamo a quota 85.000 ed è probabile che entro la fine del 2015 si superino i 100.000 (in Europa gli psicologi sono circa 210.000). Le scuole di psicoterapia private riconosciute in Italia sono più di 300 e circa la metà dei neolaureati si orienta verso la psicoterapia. E qui, a costo di far irritare qualche collega dando l'impressione (e non è questa la mia intenzione) di sparare a zero

varchi10.indd 11 24-03-2014 23:48:41

sulla categoria dei docenti universitari, io mi sento di dire – anzi di ripetere perché l'ho già scritto altrove **(1)** – che alcuni colleghi accademici hanno la responsabilità d'aver contribuito a creare il panorama che adesso è davanti agli occhi di tutti. Più che la mia opinione, sono i numeri a dirci che troppo spesso i corsi di laurea sono stati moltiplicati in modo insensato per avere un po' di cattedre universitarie in più. E dobbiamo anche ammettere che alcune scuole di specializzazione private (alcune delle quali, non a caso, molto permissive nelle regole e generose nel dare l'idoneità finale alla qualifica di psicoterapeuta) hanno trovato nella formazione dei giovani colleghi un buon *business*, soprattutto nel ventennio 1990 – 2010. È vero che la psicologia e la psicoterapia sono diventate di moda per il loro fascino intrinseco ed avrebbero comunque avuto un *boom*: ma questa dissennata moltiplicazione dei pani e dei pesci noi avremmo dovuto evitarla e chi ha rivestito i posti di maggiore responsabilità (nelle università, negli ordini, nelle associazioni scientifiche) avrebbe dovuto pensare in via prioritaria al futuro dei propri figli professionali e non al proprio interesse immediato. So bene anche che questa è una condizione generale dell'Italia, e che riguarda anche altre categorie di professionisti; tuttavia mi aspettavo che la nostra categoria fosse meno endogamica e cannibalica.

Le cose ormai stanno così, e noi docenti dobbiamo avere l'onestà di confermare ai nostri allievi quello che già sanno: che, anche se si sono ben impegnati nel percorso quadriennale di specializzazione, per loro non sarà automatico poter lavorare effettivamente come psicoterapeuti, ancora più difficile farlo subito ed a tempo pieno. Come cercherò di dire alla fine di questo scritto, la difficoltà del panorama professionale italiano non rende comunque inutile il conseguimento della specializzazione e, soprattutto per una scuola di orientamento psicoanalitico con attenzione al versante relazionale–interpersonale come quella del RT, la specializzazione può fornire degli strumenti utilizzabili anche in diversi contesti di lavoro e non solo nel setting "puro" della seduta di psicoterapia. Noi docenti dobbiamo tenere presente questo macrocontesto se vogliamo raggiungere gli allievi non solo nella loro mente ma anche nelle loro emozionalità, quella che fa da collante al pensiero ed all'apprendimento. Non si tratta di essere compassionevoli ed indulgenti con i discenti per smacchiarci il senso di colpa, magari colludendo con la tentazione di qualche allievo di non faticare troppo. Forse non tutti, ma la gran parte degli allievi a me pare che non ci chieda di essere buonisti (inteso come poco severi) ma semmai d'esser entusiasti e contagiosi, nel senso di contagiarli con la passione per il nostro lavoro e di trasmettere/testimoniare loro questo *pathos*.

Venendo ora ai *contesti specifici della formazione* in psicologia clinica e psicoterapia, sappiamo che sono sostanzialmente tre: le università, i tirocini e le scuole di specializzazione. Tralascio il primo perché ho esperienza solo degli altri due, che peraltro non sono uguali e sovrapponibili. Quello di una scuola

varchi10.indd 12 24-03-2014 23:48:41

di specializzazione è ovviamente un ambiente complesso, che mi fa pensare più ad una famiglia allargata dove le due distinte categorie di adulti esperti/giovani apprendisti sono chiaramente definite anche dalla stessa organizzazione strutturale e dalle sue procedure (lezioni, seminari, tesine annuali, colloqui di verifica, esame finale, etc.). Quella tra tutor e tirocinante è invece una relazione duale, solitamente più stretta e personalizzata, caratterizzata da una potenziale intimità, con le diverse coloriture – sia positive che negative – che tale termine può avere. E che, soprattutto, avviene in un campo lavorativo-professionale reale. Avendo cronologicamente più esperienza come tutor che non come docente, ho avuto modo di riflettere maggiormente sul tirocinio producendo alcuni articoli assieme alle mie tirocinanti dell'epoca **(2) (3)** o facendo scrivere ad altri colleghi sul tema **(4).** Che tipo di relazione può esserci tra queste due persone, il tutor e l'allievo psicologo tirocinante? Riporto qualcosa di quanto la tirocinante Serena Viola ed io scrivevamo nel 2004:

«Il tutor opera in un campo concreto, con soggetti/utenti/interlocutori reali ed al suo allievo fa sperimentare le cose direttamente, nel "vivo". Proprio per questo, quindi, il tutor è un "esempio vivente", un "testimone reale". Egli, più che "spiegare" la psicologia, mostra il suo personale modo di fare psicologia clinica e psicoterapia, il rapporto dialettico tra la sua formazione teorica di riferimento e la sua concreta pratica lavorativa quotidiana, nonché - nel contesto allargato - il suo modo di interagire con i colleghi e con gli altri operatori dei servizi. Un buon tutor dovrebbe cercare di tenere presente questa sua specificità ed esplicitare al tirocinante non solo la sua formazione teorico-metodologica e non solo le tappe fondanti della sua biografia professionale, ma anche storicizzare e relativizzare i propri modelli operativi (è ben diverso dire o far intendere qualcosa come "la psicoterapia breve psicoanalitica si fa così" piuttosto che "questo è il mio modo di fare la psicoterapia breve, in base al modello proposto da Davanloo, ma in base anche alla mia esperienza coi pazienti ed alle mie capacità personali che ho compreso nel corso del tempo").

Il tutor stesso dovrebbe aver chiari – ed in parte illustrarli al suo allievo – gli assiomi su cui basa la sua filosofia professionale, il suo modus operandi. […] Per il tirocinante l'esperienza clinica diretta è un momento non solo di grande importanza didattica, ma anche un luogo (mentale, più che fisico) in cui le sue fantasie ed il suo modo di vivere il colloquio possono assumere una valenza significativa sul piano personale. […] Si scopre infatti come la realtà sia spesso ben più complessa della teoria, e che non esistono pazienti o situazioni standard a cui applicare uno stesso metodo di lavoro, quello studiato a lungo sui libri. […] Allo psicologo reale - persona con cui c'è un rapporto diretto a due, a cui si è (e ci si sente) più affidati - il tirocinante farà riferimento in un modo emotivamente e cognitivamente molto significativo. Uno psicologo tutor sul suo allievo tendenzialmente avrà più ascendente di qualsiasi docente dell'Università,

varchi10.indd 13 24-03-2014 23:48:41

soprattutto avrà una influenza sul piano delle identificazioni, che giocheranno un ruolo non marginale nella costruzione del suo futuro Sé professionale. E si tratta di una grande responsabilità, di cui non sempre i tutor si rendono del tutto conto. […] Un allievo è sempre, poco o tanto, una potenziale occasione per attivare aspetti creativi, sublimativi e generativi; ma è anche una possibile occasione per nutrire il proprio narcisismo, o verificare il proprio potere o (peggio ancora) far esperimenti di seduzione. Per il tutor, il tirocinante può essere una possibilità che ha differenti facce: l'allevamento di un allievo-clone che magari gli rinforzi una autostima professionale un po' traballante; oppure l'allenamento di un allievo-portaborse obbediente che gli appaghi un desiderio di potere non abbastanza sazio; ma anche il confronto con qualcuno a cui dare, ma da cui anche pensare di poter ricevere qualcosa. Nello stesso tempo esiste anche il rischio che sia lo stesso tirocinante ad interiorizzare (al punto tale da farlo diventare suo) il modo d'essere del suo maestro, limitando così lo sviluppo delle sue capacità, della sua creatività e del suo personale modo di "essere psicologo". È importante quindi che egli possa confrontarsi con altri tirocinanti che hanno vissuto, o stanno vivendo, la stessa esperienza e anche che possa osservare come lavorano psicologi diversi. […] Tale confronto permette spesso al tirocinante di ampliare i suoi orizzonti.»

Ho accennato prima alla particolare intensità della relazione tutor/tirocinante, che tende ad essere altamente personalizzata e, per certi aspetti, anche potenzialmente intima. Nel capitolo dal significativo titolo *Fantasmi formativi sulla scena della psicoterapia* contenuto nel già citato testo *Inter nos* (**4**) Dino Angelini e Deliana Bertani così scrivono:

«Come nella bottega artigiana, fra tutor e tirocinante non vi è *lectio* che tenga: tutto passa dal tutor al tirocinante e viceversa, in una atmosfera in cui, più che parlare, si fa. Tutto si definisce non di fronte ad una classe, ma in un luogo intimo in cui, uno di fronte all'altro, l'allievo ed il maestro sono in un rapporto diretto e non mediato da alcun rituale pedagogico e perciò molto più costretti all'interno di rapporti stringenti e centrati su di una reciprocità asimmetrica e coinvolgente. Cosicché, mentre il fare formativo centrato sulla lezione dà origine, nel migliore dei casi, a nozze anemofile in cui diventa difficile capire "dopo" da dove deriva una certa idea, una certa influenza ed una certa pratica, nei luoghi in cui la formazione si struttura intorno all'esempio ed al precettorato non è affatto così. Qui tutto è centrato sulla dipendenza di *quell'*allievo da *quel* maestro, di *quello* psicologo tirocinante dal tutor che è stato a lui assegnato: maestro e tutor che lo riempiono (o non lo riempiono, che è lo stesso!) col proprio desiderio formativo. Il che per l'allievo significa che il "dopo" avviene in base ad un'opera di emancipazione dall'influenza del vecchio maestro molto più chiara, ma spesso molto più

varchi10.indd 14 24-03-2014 23:48:41

dolorosa di quanto avvenga solitamente nella classe. Lo stesso dicasi nel caso del maestro e del tutor che devono accettare questa emancipazione e che soprattutto alla fine devono farsi una ragione del fatto che l'allievo, lungi dal con-formarsi al loro desiderio formativo, se ne vada per la propria strada».

I due colleghi, citando Renè Kaes, descrivono i tre tipi di fantasmi formativi che possono abitare dentro un docente/formatore (il fantasma narcisista, quello materno e quello del controllo) a cui ne aggiungono un quarto, il fantasma paterno. Si esprimono poi così a proposito della scarsa attenzione data alla selezione dei tutor ed al rischio che, in questo ruolo così delicato, si possano mescolare contemporaneamente scarsa preparazione ed alto potere:

«[…] l'area della formazione, come abbiamo visto, è in generale un luogo in cui l'asimmetria di saperi e di poteri fra docente e discente spinge agli abusi ed alle distorsioni più varie. Ciò vale ancora di più nell'ambito della psicologia clinica poiché l'assenza di statuti sufficientemente condivisi sul piano teoretico e l'apprendimento in luoghi "intimi" quali il tirocinio spingono da una parte i docenti ad accentuare l'asimmetria abusando del loro sapere e del loro potere (vedi i tutor che spingono i loro tirocinanti a fare da segretari o da sguatteri), dall'altra i discenti a conformarsi, a confluire in percorsi spesso inautentici, oppure a definire autarchicamente una specie di *pass* in base alla quale, a un certo punto, stanchi di angherie e di spese ma impreparati e arruffoni, decidono che il loro processo formativo è terminato e, magari, passano dalla discenza alla docenza (vedi la facilità con cui gli ordini regionali tendono ad abbassare gli anni in base ai quali si può diventare tutor!). […] Il fatto che praticamente tutti, dopo appena uno o due anni di iscrizione all'albo degli psicologi, possano fare i tutor e che non ci si prenda cura di formare attentamente queste figure importantissime sul piano della trasmissione del sapere pratico, destinate sulla carta a perpetuare questo sapere attraverso l'esempio ed il precettorato, dimostra forse in maniera esemplarmente negativa la presenza di istanze di tipo de\formativo e distruttivo sia nell'accademia che nell'Ordine».

Sono certamente parole dure, soprattutto quelle finali. Ma mi sono sentito di condividerne perlomeno lo spirito quando, per tutelare alcuni miei ex tirocinanti di laurea intenzionati ad iscriversi ad una scuola di specializzazione in psicoterapia, li ho caldamente consigliati di tenersi alla larga da scuole dove la maggior parte dei docenti sono troppo giovani ed economicamente vivono prevalentemente di formazione, avendo visto e vedendo di fatto ben pochi pazienti.

Parlo di "tutelare" gli allievi anche perché, secondo me, noi formatori dobbiamo considerare gli allievi come persone specifiche e, direi, *speciali.* Come ho

varchi10.indd 15 24-03-2014 23:48:41

detto, non confondo gli allievi con i pazienti. Tuttavia, dobbiamo riconoscere che molto spesso dietro il desiderio di diventare psicologo, e ancor più psicoterapeuta, c'è un desiderio di curare anche delle proprie e personali ferite emotive. Questo desiderio è quindi il benvenuto, ma si tratta di depurarlo, riconoscendo e distinguendo le difficoltà nostre da quelle del paziente ed occuparci di noi per poterlo poi fare davvero con chi a noi si affida.

Mi sono spesso chiesto se dentro una domanda di formazione in psicoterapia sia contenuta sempre, anche inconsciamente, una domanda di aiuto terapeutico personale. Credo di no, non in modo automatico perlomeno. Se però c'è (e spesso c'è) si tratta di farla venire alla luce, capendo come farlo. E qui si colloca una questione centrale della formazione all'interno di una scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica: l'obbligatorietà o meno della terapia personale.

Nel 2009 ho accettato volentieri la proposta di insegnare alla scuola del RT di Genova perché ha due requisiti per me fondamentali: il primo è che incentiva, promuove ed incoraggia la terapia personale, ma non la rende istituzionalmente obbligatoria. Il secondo è che fa divieto ai docenti d'esser contemporaneamente anche terapeuti degli allievi. Che entrambi questi punti siano fondamentali l'ho capito solo negli ultimi anni grazie ad una specifica esperienza professionale. Dal 2003, infatti, ho cominciato ad essere anche terapeuta di giovani colleghi che frequentano una scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica e che devono obbligatoriamente fare un percorso psicoterapeutico. È una delle tre scuole che esistono nella piccola regione del Nord italiano dove io vivo e lavoro, ed è l'unica psicoanalitica essendo le altre ad indirizzo cognitivo-comportamentale. Conosco bene questa scuola ed i suoi docenti, perché molti anni fa collaboravo con loro nel centro clinico annesso. Per questo sono "accreditato", ma non faccio parte in alcun modo dello staff docente. Si tratta di una scuola molto seria, per certi aspetti anche rigida: da qualche anno il training terapeutico personale, oltre che essere obbligatorio, deve esser avviato al massimo entro l'inizio del terzo anno didattico e deve durare almeno 150 ore, dato che va certificato dal terapeuta. Della dozzina circa di allievi che finora ho avuto in terapia, quasi tutti hanno scelto me anche sulla base del fatto che mi avrebbero incontrato solo nel setting della seduta terapeutica, e non anche a scuola come docente. Molti di loro, nel corso della terapia, mi hanno parlato di come altri loro amici allievi - in terapia con docenti della scuola - sembravano invischiati col proprio terapeuta in un transfert reso ancora più intenso dal fatto che lo incontravano a lezione o nella supervisione di casi di gruppo. Questa fusione e con/fusione tra setting formativi e terapeutici – che è presente in molte scuole di specializzazione, in alcune in modo così stretto da rendere l'ambiente molto vicino a quello di un convento di clausura o di una setta – è dannosa e pericolosa. Così scrivevo nel testo già prima citato (**1**):

varchi10.indd 16 24-03-2014 23:48:41

«[…] bisogna poi aggiungere che nelle scuole si verificano delle situazioni che chiamerei "circuiti stretti" (una sorta di "claustrum", parafrasando Donald Meltzer) in cui non si tratta solo del fatto che giovani colleghi specializzati da pochi anni, per il solo essere entrati nella "congregazione", sono comunque già messi ad insegnare qualcosa agli ancor più giovani allievi. Succede in più questo: che in molte scuole gli allievi si debbano interfacciare con docenti che però sono anche supervisori e poi anche terapeuti (nelle scuole che prevedono anche un training psicoterapeutico personale). In pratica, a volte i giovani allievi psicoterapeuti debbono confrontarsi con qualcuno che interpreta più ruoli contemporaneamente: ti insegno la teoria (docente); poi ti controllo nella pratica (supervisore); ti curo le tue nevosi (terapeuta). Ecco: a me pare che questa sovrapposizione di ruoli sia poco sana, perché - assieme al "claustrum" dell'appartenenza al gruppo teorico visto quasi come setta - determina uno scenario tendenzialmente perverso e confusivo. Soprattutto foriero di complicati transfert collaterali multipli. Spesso infatti i docenti più giovani sono stati pazienti dei docenti più anziani, fondatori delle scuole (i nonni, in pratica). I giovani allievi-pulcini, a loro volta, divengono pazienti della generazione di mezzo (i genitori). Non di rado poi alcuni allievi, sebbene ormai specializzati, continuano una frequentazione permanente della scuola, quindi sia dei genitori che dei nonni. Restano nell'orbita per seguire corsi specifici, seminari, supervisioni individuali, od anche per iniziare a collaborare negli studi privati associati spesso collegati con le stesse scuole. In sostanza, non si verifica una reale emancipazione affettiva ed intellettuale».

Ma tornando alla questione della terapia obbligatoria, devo dire che è stata proprio l'esperienza come terapeuta di allievi a modificare la mia opinione, che fino a qualche anno era per l'obbligatorietà della terapia. Uno dei casi più eclatanti che me lo ha fatto capire è stato quello della paziente – collega di cui scrissi nel quinto capitolo (intitolato *"Ingannevole è il cuore (del terapeuta"*) – del testo "*Dottore in carne ed ossa"* (**5**). Margherita (nome di fantasia) finì la terapia nel 2008, ad un paio d'anni dall'uscita del libro e dopo qualche seduta in più oltre le canoniche 150 ore. Io però sentivo che qualcosa del nostro lavoro non era stato completato anche se la collega aveva fatto grandi progressi, in particolare riuscendo ad andare a vivere da sola e svincolandosi da una relazione molto invischiante con la sua famiglia. Me la vidi ricomparire due anni dopo, spinta da un sintomo fobico insorto dopo un forte spavento (aveva visto quasi morire soffocato da un boccone di cibo il bambino handicappato che seguiva a scuola), ma questa fobia dopo poche sedute perse importanza lasciando il posto a questa sua dichiarazione: *"Voglio riprendere la terapia, perché adesso sento che questa è la MIA terapia, la faccio per me e non per la scuola… è quella che VOGLIO fare e non che DEVO fare"*. Di fatto riprendemmo e stavolta Margherita si aprì davvero al

varchi10.indd 17 24-03-2014 23:48:41

transfert e cominciò a verbalizzare tutta una serie di vissuti tenuti nascosti, fantasie che prima erano indicibili ed anche sogni (nei tre anni precedenti della fase "obbligata", mi aveva portato un solo sogno che mi era sembrato molto costruito a tavolino, anche qui come una sorta di "obolo obbligatorio" all'interno di una analisi).

Non possiamo poi negare che anche il dato economico ha un peso drammatico: pagarsi contemporaneamente la retta di una scuola e l'analisi personale è un costo semplicemente proibitivo, che nel 90% dei casi non può che essere a carico dei genitori dell'allievo, se possono permetterselo. Come agenzia di formazione penso che una scuola debba incentivare ed incoraggiare un percorso terapeutico personale, utilizzando il più possibile le supervisioni di gruppo ed individuali per far sentire all'allievo la fondamentale importanza di conoscere se stesso per differenziare i problemi propri da quelli dei pazienti; ma non rendere obbligatoria "ex lege" questa esperienza così necessaria quanto delicata, anche per non inquinare il transfert con quegli elementi che Bion chiamava "β" (beta).

In finale, accenno solo al fatto che se le nostre risposte di docenti formatori possono non essere ottimali, a volte non lo sono anche le domande degli allievi. E non mi riferisco a qualche scansafatiche che – magari con la giustificazione che paga molto – si aspetta o perfino pretende un trattamento di favore (vale a dire che venga chiuso un occhio sulle firme di presenza, sulla qualità delle tesine e via dicendo). Mi riferisco alla richiesta di avere dai docenti delle "tecniche" viste come quel mitico "strumento concreto" che ti fa diventare uno psicoterapeuta efficace. È una richiesta capibile, dati i tempi attuali di enorme concorrenza e quindi necessità di fornire un qualche "prodotto" appetibile (o presunto tale) per il "mercato". Ma capibile non significa automaticamente accettabile. Penso che un formatore in psicoterapia dovrebbe trasmettere al suo allievo il concetto che la tecnica, per quanto importante, è un elemento che il paziente comunque interpreta all'interno della relazione che ha con il suo terapeuta. Non è solo la mia opinione, ma un dato messo in evidenza dalla maggioranza delle recenti ricerche sui fattori di efficacia delle psicoterapie. Una delle più complete è quella effettuata dall'americano John Norcross, che ha preso in considerazione 3000 studi tutti pubblicati e 350 meta-analisi. Cito solo due brevi passi della sua relazione (**6**):

«Le conclusioni della nostra ricerca mostrano che la relazione terapeutica determina in modo consistente e sostanziale il risultato terapeutico indipendentemente dal tipo di trattamento utilizzato. Alcuni colleghi con orientamento cognitivo-comportamentale di solito protestano quando presento queste conclusioni, ma i dati della ricerca mostrano che nella terapia cognitivo-comportamentale la relazione terapeutica è importante quanto in altri tipi di trattamento, ed anche leggermente di più. […] Riassumendo alcune raccomandazioni pratiche per il terapeuta, suggerisco che il fine primario di ogni trattamento sia di creare e colti-

varchi10.indd 18 24-03-2014 23:48:41

vare una buona relazione terapeutica adattandola alle specifiche caratteristiche e bisogni del paziente. È molto importante monitorare continuamente le risposte del paziente ai nostri interventi e sebbene ogni terapeuta ritenga di operare in tal modo, la ricerca mostra che solo il 10% dei terapeuti effettivamente presta attenzione a questo monitoraggio costante. Dato che, correlato al successo della terapia non è il nostro giudizio su ciò che crediamo di aver fatto ma il vissuto del nostro paziente rispetto a ciò che è accaduto, noi dobbiamo continuamente cercare di comprendere come egli sta sperimentando ciò che succede in terapia».

La formazione data da una scuola di psicoterapia psicoanalitica attenta alla dimensione relazionale è, a mio parere, utilizzabile anche in quei contesti complessi che trovo estremamente interessanti ed una utile sfida anche alle capacità di noi docenti. Mi riferisco a quei luoghi dove spesso lavorano i nostri giovani allievi: comunità terapeutiche, gruppi appartamento, servizi del privato sociale ma anche scuole di varie ordine e grado. Lì, conoscere bene una tecnica terapeutica serve ancor meno che in uno studio di psicoterapia; ciò che serve è soprattutto saper vedere, leggere e capire la relazione con il nostro interlocutore e la parte che noi stessi mettiamo in questo rapporto in cui siamo coinvolti anche emotivamente. Penso che la psicoterapia sia una forma di "alto artigianato scientifico" e, quindi, il suo insegnamento passa attraverso un rapporto tra allievo e formatore che è fortemente significativo dal punto di vita umano, come ho cercato di spiegare in questo scritto. Che ora concludo, confermando il parere di un collega docente di cui ho grande stima ed a cui ho fatto leggere questo testo, che lui ha trovato autoreferenziale. Spero non in senso negativo, espressione cioè di chi riferisce solo il proprio pensiero affermando che rappresenta l'assoluta verità. Quanto ho scritto è autoreferenziale (ho citato infatti quasi esclusivamente miei scritti) semplicemente perché ho descritto ciò che io ho capito sulla base della mia esperienza concreta. Non è una panoramica delle teorie sulla formazione in psicoterapia, men che meno un compendio sull'argomento. Non sono in grado di citare bene il pensiero di altri autori perché ho letto troppa poca bibliografia su questo tema. Questo è semplicemente il mio punto di vista: che non solo è discutibile ma che spero sia anche discusso con i colleghi docenti e soprattutto con gli allievi e tirocinanti che ho già conosciuto o che incontrerò sulla mia strada.

varchi10.indd 19 24-03-2014 23:48:41

Riferimenti bibliografici

1. Fabrizio Rizzi (a cura di), *Inter nos. Sul come si trattano gli psicologi,* ed. Clinamen, Firenze, 2010.
2. Fabrizio Rizzi, Valentina Stenico, *Il tirocinante psicologo : involontario stimolo, inconsapevole supervisore,* in: AA.VV. "Tirocinanti e tutor" Quaderni del Gancio Originale, ed. Coop, Reggio Emilia, 2002.
3. Fabrizio Rizzi, Serena Viola, *Tutor e tirocinante: relazione significativa, relazione significante* in Fabio Vanni (a cura di), "Fare e pensare nelle relazioni: il tirocinio in psicologia", ed. Monte Università, Parma, 2004.
4. Leonardo Angelini, Deliana Bertani, *Fantasmi formativi sulla scena della psicoterapia,* in Fabrizio Rizzi (a cura di), "Inter nos. Sul come si trattano gli psicologi", ed. Clinamen, Firenze, 2010.
5. Fabrizio Rizzi, *Dottore in carne ed ossa. Libretto di istruzioni emotive per aspiranti psicoterapeuti,* ed. Clinamen, Firenze, 2006.
6. John C. Norcross, *Relazioni psicoterapeutiche che funzionano. Convergenza di integrazione ed evidenze,* in AA.VV. "Che cosa unisce gli psicoterapeuti (e che cosa li separa)", Vertici ed., Firenze, 2007.

***Fabrizio Rizzi** lavora dal 1979 come psicologo del servizio sanitario pubblico a Trento, attualmente nell'ambulatorio di psicologia clinica e psicoterapia adulti e nell'area dei disturbi alimentari effettuando interventi sia individuali che famigliari. Dal 2009 è docente di formazione specifica alla scuola di specializzazione in psicoterapia del RT di Genova. È direttore della collana di psicologia «Interna/mente» presso la casa editrice Clinamen di Firenze per la quale, da solo o con altri autori, ha scritto sette libri sia di saggistica che di narrativa.

varchi10.indd 20 24-03-2014 23:48:42

varchi10.indd 21 24-03-2014 23:48:42

LA PAROLA AGLI ALLIEVI

di Rita Sciorato

È abbastanza frequente trovare libri o articoli che trattano il tema della formazione degli psicoterapeuti. Ancora di più sono, in campo psicoanalitico, gli interventi scritti o espressi in convegni e sono anche molte le voci autorevoli al riguardo.

Sembra invece più raro che i maestri lascino la parola agli allievi.

Noi lo facciamo in questo numero di *Varchi,* anche nella speranza di ricevere domande, commenti, critiche, apprezzamenti e stimoli.

Ma non solo.

Ci fa piacere lasciare il passo proprio agli allievi de *Il Ruolo Terapeutico di Genova* affinché possano far conoscere le loro soddisfazioni, i loro dubbi, la loro appassionata compartecipazione nel processo formativo.

Penso che questa iniziativa possa anche costituire una viva testimonianza di come la formazione psicoanalitica possa tener conto dei diversi contesti e dei diversi setting in cui gli allievi della scuola, nei loro tirocini obbligatori e gratuiti, iniziano a misurarsi con il ruolo di terapeuti.

Credo mostrino con semplicità e onestà come la loro funzione di ascolto e accompagnamento di pazienti sofferenti non si sia mai sottratta dal fare i conti con sentimenti ed emozioni propri e del proprio paziente.

La capacità di stare con la sofferenza nel principio di speranza e nel rigore del rispetto del principio di realtà senza false certezze rende merito a loro e ai loro generosi ed appassionati docenti.

Gli autori degli articoli che pubblichiamo di seguito sono tutti allievi specializzati in psicoterapia psicoanalitica nella scuola de *Il Ruolo Terapeutico di Genova*.

Tanti altri lavori, altrettanto meritevoli, avrebbero potuto godere di una esposizione in questo numero; l'obbligo di scelta, per ragioni di spazio, è stato affidato a criteri atti a far conoscere al lettore come la formazione accompagni la prassi del tirocinio dei quattro anni di corso.

Negli articoli si fa spesso riferimento a quei momenti di supervisione del caso clinico che hanno aiutato gli allievi a comprendere aspetti psichici complicati del paziente e di se stessi nel procedere della relazione, grazie anche al sostegno delle conoscenze teoriche, che peraltro spesso risaltano proprio nella loro funzione di aiutare il terapeuta nel suo umano disagio di fronte alla sofferenza.

Ricordo che in *Anatomia della psicoterapia* L. Friedman dedica proprio a questo aspetto una profonda attenzione umana e professionale.

Gli articoli mettono altresì in luce la soggettività degli autori, terapeuti in

varchi10.indd 22 24-03-2014 23:48:42

formazione, la loro umanità, il loro buon senso, la loro passione e il rispetto delle differenze personali, che come scuola e come docenti riteniamo essere valori aggiunti.

Ognuno a modo proprio si è misurato nella relazione terapeutica descritta in queste pagine con gli aspetti teorici e tecnici del metodo psicoanalitico.

Ed ognuno è rimasto se stesso.

Non si evinceranno aspetti di indottrinamento, ma un serio impegno nell'uso appropriato dei concetti psicoanalitici appresi e nei riferimenti bibliografici che è stato possibile mantenere. Si tratta, infatti, di casi clinici contenuti in lavori più ampi, le loro tesi alla fine del percorso formativo obbligatorio per essere iscritti all'albo degli psicoterapeuti. Un punto di arrivo per il lavoro, ma la formazione continua.

varchi10.indd 23 24-03-2014 23:48:42

varchi10.indd 24 24-03-2014 23:48:43

PERDITE E SIGNIFICATI NEL PROCESSO ANALITICO

di Silvia Mottura

"Tra me e il mondo c'è una sorta di coltre invisibile. Fatico a capire il senso di quello che mi dicono gli altri. O forse, fatico a trovare la voglia di capire. È così poco interessante. Però voglio avere gente intorno. Ho il terrore dei momento in cui la casa è vuota. Ma vorrei che parlassero fra loro e non a me."
(C.S. Lewis)

Ampliando la visione psicoanalitica tradizionale, Francesco Corrao (1986) propone di considerare che il lutto abbia due facce: "lutto psichico" e "lutto sociale".

Il "lutto psichico" non si sviluppa nel vuoto. L'individuo non inventa ex novo le forme e il linguaggio del proprio lutto ma si basa su modelli di riferimento interni, come la presenza di una base sicura, frutto di una relazione con una "madre sufficientemente buona", come direbbe Winnicott, che crea la premessa per una consapevolezza profonda e duratura dei propri stati interiori. Non tutti infatti, per dirlo in parole povere, viviamo i lutti negli stessi modi. E sembra paradossale ma a pensarci bene solo chi ha sviluppato una relazione d'oggetto buona sarà in grado in età adulta di stare bene da solo, soprattutto se sappiamo di essere pensati da qualcun altro.

Il "lutto sociale" è poi pura forma, se non è abitato dal dolore delle persone che hanno subito una perdita, e cercano attraverso il lutto una via per tornare alla pienezza della vita, pur nelle nuove condizioni determinate dalla perdita.

"Lutto psichico" e "lutto sociale" sono strettamente collegati dal momento che la perdita implica funzioni svolte dall'individuo e dal gruppo in interazione tra loro.

La tradizione culturale e religiosa fornisce comunque riti e prescrizioni su cui l'individuo può provare a modellare e cadenzare i tempi e le vicissitudini del proprio "lutto psichico". È però la presenza di un gruppo interessato e coinvolto che rende i riti ed i gesti del "lutto sociale" affettivamente rilevanti ed efficaci per il "lutto psichico".

Non per tutte le perdite tuttavia la nostra tradizione prevede forme di riti e "lutti sociali". Pensiamo ad esempio alle interruzioni di gravidanza, alla malattia grave di un figlio con la conseguente perdita di un'immagine di bambino sano, ad un intervento chirurgico con perdita del rapporto di fiducia col proprio corpo e della fantasia di invulnerabilità. In tali situazioni non c'è una forma socialmente riconosciuta per affrontare il lutto, e rischia a volte di insinuarsi una condizione di "lutto strisciante". I processi del lutto, infatti, possono non essere conclusi, ma

varchi10.indd 25 24-03-2014 23:48:43

sospesi, lasciando nella persona un'impossibilità a partecipare pienamente alla vita.

Alcune persone non hanno cognizione del dolore, possono però registrarlo. Il dolore registrato, come il trauma, provoca una torsione nello sviluppo della persona.

La persona si sviluppa ma è costretta a curvarsi e piegarsi per evitare le "zone demarcate" dal trauma. Il trauma - afferma S. Ferenczi - è un *"grande dolore"*, *"un dolore senza un contenuto di rappresentazione e pertanto inaccessibile alla coscienza"*. La persona ricorda il "fatto" (spesso come stereotipo), ma questo rimane senza collegamenti vitali con il resto della sua esistenza. In un tempo successivo, se si presenteranno le condizioni opportune, il dolore - come il trauma - potrà venire condiviso, sofferto, elaborato.

Un'altra via seguita da chi non sa come "soffrire" il dolore è quella di essere costantemente angosciati. Quando una persona impara a distinguere il dolore dall'angoscia compie un passo estremamente significativo, perché presto si rende conto che il dolore è parte della vita, mentre l'angoscia è soprattutto manifestazione di conflitto e nevrosi.

Per potere "soffrire" il dolore è necessario, prima di tutto, riconoscerlo ed esprimerlo. Non tutti, però, ne sono capaci.

Kohut (1971) afferma che: *"un contributo specifico della psicoanalisi è l'aver trasformato l'empatia intuitiva degli artisti e dei poeti nello strumento d'osservazione di un ricercatore scientifico addestrato"*.

L'uso professionale dell'empatia implica contenere il dolore in una parte della mente che è stata istruita (e che è divenuta quindi affidabile e sicura) e poi mandare un'eco di come é stato sperimentato il dolore alla persona con la quale si è in rapporto. Quest'eco può prendere forma in parole, ma anche semplicemente in una qualità della presenza o in una particolare postura del corpo.

Freud ancora mette in relazione malinconia, dolore e inibizione dell'attività psichica. Malinconia e dolore si alimentano reciprocamente. La loro azione congiunta provoca una sorta di emorragia interna, con una caduta della spinta alla valorizzazione della vita ed un rallentamento dell'attività affettiva ed intellettiva. Freud considerando il lutto un processo normale scriveva: *"il soggetto in lutto è realmente un infermo, ma il suo stato mentale ci appare comune e naturale e non lo chiamiamo malattia"* (Freud 1915). In un lavoro successivo (1927) scrive: *"Dall'analisi di due giovani uomini ho appreso che ognuno di loro, uno a due anni e l'altro a dieci, si è rifiutato di accettare la morte del padre e però nessuno dei due ha sviluppato una psicosi. Una parte molto importante della realtà è stata negata dall'Io, ma solo una corrente dei loro processi mentali non si era resa conto della morte del padre; un'altra era pienamente consapevole della cosa; quella che era in accordo con la realtà (e cioè l'effettiva morte del padre) conviveva con quella che rappresentava un desiderio (che il padre fosse ancora in vita)*." Da un punto di vista psicoanalitico la perdita

varchi10.indd 26 24-03-2014 23:48:43

di una persona amata comporta la necessità di svincolare l'investimento affettivo dal defunto e spostarlo su un oggetto sostitutivo.

Ciò che va perduto quindi non è solo l'altro, l'oggetto, ma il nostro investimento su di esso: è una perdita che avviene a livello dell'Io. Si perde qualcosa che si è avuto, e si resta vivi ma "mutilati", un po' più fragili, ciechi e indolenziti.

Tutto questo è tale in quanto si riceve una ferita, viene sottratto l'oggetto dell'investimento.

L'analista, disponendosi a partecipare del dolore del paziente, corre il rischio di prenderne a prestito anche la più generale attitudine verso il ritiro e la depressione e quindi verso una ridotta attività mentale.

Personalmente ho l'impressione che il dolore si accompagni al sentimento di solitudine e che la persona che si trova con me nella stanza attenda di sentire la mia voce ed abbia bisogno di ricevere qualche segno di interessamento. Il rischio di tacere a lungo all'inizio di una seduta con un paziente molto sofferente può gradualmente portare ad una sorta di "intorpidimento" generalizzato, scoraggiamento e senso di incapacità di capire. Credo sia necessario allora condividere questo stato di pesante immobilità, in modo che il contatto emotivo instauratosi possa consentire più facilmente di rianimare i sentimenti, il dolore o la disperazione prima percepiti come soffocati.

Ricordo una seduta con Lucia, la madre di Andrea, in cui la sofferenza, dettata dal senso di impotenza verso la malattia del marito e la gestione emotiva di tutta la situazione familiare, aveva portato la donna ad un pianto singhiozzante. In tale situazione i suoi occhi chiedevano ansiosamente ai miei un contenimento. Il senso di impotenza tuttavia mi passava attraverso con il connotato di una paralisi del mio intervento nei suoi confronti.

Il silenzio in questo caso lo sentivo "violento" e insopportabile. Ho allungato la mano e preso la sua sulla scrivania.

Questo semplice gesto venuto spontaneo quasi per placare fisicamente la sofferenza è stata una condivisione talmente profonda e vicina che ci ha concesso di tranquillizzarci, avvicinarci nel silenzio e creare un clima terapeutico.

Un singolo gesto di vicinanza affettiva può essere percepito come dotato di una grande autenticità e il paziente può trovare una corrispondenza in una persona che le diviene molto cara.

È lo stesso stato d'animo che ritrovo anche io, terapeuta, nei confronti di questi pazienti sofferenti, con i quali mi sembra di avere un investimento affettivo convergente.

Anche nella relazione fra due persone che condividono un dolore il raggiungere un significato altro porta all'elaborazione della perdita. Per esempio, lo stesso Jung nella sua autobiografia, *Sogni-Ricordi-Riflessioni,* racconta che dopo la morte della moglie ha sentito l'esigenza di portare a termine alcuni lavori iniziati dalla stessa (gli studi sul Graal), per riuscire a portare a termine il lutto

varchi10.indd 27 24-03-2014 23:48:43

e vivere in maniera diversa la relazione psichica con la propria compagna di una vita.

Carla, la signora che sto attualmente seguendo, tiene da un anno in cucina, appeso alla poltrona, il sacchetto con ferri e gomitolo: l'inizio della sciarpa che Ambra (la figlia) aveva appena cominciato per regalare alla nipote e che non è riuscita a terminare. Quella sciarpa è sempre lì, non è mai stata spostata. Un giorno, durante un nostro colloquio Carla mi ha di nuovo parlato di quel lavoro inconcluso. *"È ancora lì, prima o poi chissà se riuscirò a finirla. Ho provato un giorno a fare due giri ma faccio così fatica. E poi sa, mi fanno tanto male le mani".* Le ho rimandato il fatto che forse non era ancora pronta per concludere il lavoro di Ambra e che il portare avanti quella sciarpa sarebbe stato accettare finalmente che Ambra non ci fosse più, accettare il proprio dolore, lasciare andare, cosa ancora troppo dolorosa persino da pensare. Vedo proprio ancora la difficoltà nel portare a termine il processo del lutto e quindi, letteralmente, *"le mani fanno troppo male"* per concludere davvero il lavoro di Ambra. Carla ha continuato a piangere e per un po' siamo rimaste in silenzio, finché non mi ha detto: "*Non so se la finirò mai".*

Mi sono ricordata allora di una frase di Rossana Rossanda che afferma: *"La morte è proprio lo zero, il prima è scomparso, il dopo non c'è. Si può imparare a vivere senza l'altro, ma non è vero che si elabori, nel senso che si superi, la perdita, il lutto... più vado avanti meno so elaborarla".*

Le parole per dirlo: i bambini di fronte alla morte

La sofferenza, la fatica, la morte, come la gioia, il riposo, l'amore fanno parte della vita umana. Non è certo una novità. Gli antichi hanno costruito su questi temi opere d'arte sublimi come le poesie d'amore degli Egizi o l'Iliade e l'Odissea per i Greci. La morte, in particolare, è sempre stata il mistero di fondo che ha accompagnato tutte le culture, in ogni tempo, innestando nella coscienza umana la dimensione religiosa. Le forme primitive di religiosità di cui abbiamo le prove sono tutte riconducibili al culto dei morti.

Ma oggi, stranamente, la morte è considerata un tabù e la malattia e la vecchiaia come qualcosa di cui vergognarsi. Siamo bombardati di messaggi che esaltano la giovinezza, la bellezza, la salute, la ricchezza e che contribuiscono a costruire una dimensione di "esistenza inesistente".

I più esposti a questo bombardamento sono i bambini e i ragazzi cresciuti davanti a TV, computer e videogiochi, a tal punto assuefatti dalla pubblicità e catturati da mondi virtuali da ritenere che la morte sia solo un evento violento e spettacolare, non l'esito normale di una vita normale. Molti giovani considerano la morte come un "grande mostro" da temere, di fronte al quale sono del tutto impreparati. E quando vi si imbattono rischiano di riportare ferite indelebili.

varchi10.indd 28 24-03-2014 23:48:43

Il contesto che dovrebbe proteggere, infatti, dalla famiglia alla scuola, dalla comunità alla parrocchia, non è più in grado di dare un sostegno adeguato, perché segnato anch'esso da una cultura per la quale la morte è un'esperienza estranea.

Ci sono storie tristi che testimoniano l'incapacità del genitore nel parlare di situazioni di malattia o nel dare un significato a determinate situazioni incorse. Sono rimasta colpita leggendo la storia di un ragazzo che da bambino aveva aspettato a lungo la madre partita per un viaggio (questa era la spiegazione che il padre aveva dato all'improvvisa scomparsa della compagna). Un giorno, anni dopo, l'uomo aveva annunciato al figlio che a casa lo aspettava una bellissima sorpresa. Il bambino aveva subito immaginato il ritorno a casa della mamma e si era precipitato pieno di aspettativa, per scoprire che ad attenderlo c'era una bicicletta rossa fiammante (possiamo facilmente immaginare quanto grande e dolorosa sia stata la sua delusione!).

Ho seguito Andrea per un anno e mezzo circa, seppur a frequenza di un incontro al mese, talvolta anche meno sovente, a seconda delle possibilità della famiglia. Andrea ha oggi 9 anni, è un bambino biondo e sorridente, gioca a basket, è bravo a scuola e ha una fidanzatina di cui va fiero.

Prima di conoscerlo seguivo la madre, Lucia, in un percorso psicoterapeutico richiestomi tre anni fa in sostegno alla prognosi infausta conseguente ad un cancro con metastasi che vedeva protagonista il marito Stefano.

Lucia è sempre stata fortemente preoccupata per il figlio minore, Andrea appunto, e mi ha chiesto insistentemente di vederlo.

Andrea aveva assistito al malore improvviso del padre e da allora giocava continuamente all'ambulanza, si fingeva medico per salvare i malati, coinvolgeva gli amici nei suoi giochi "riparatori" e nel racconto sulla vicenda drammatica del papà, insisteva nel voler guardare i telefilm a sfondo medico ripetendo continuamente: *"Io non ho paura di vedere queste cose!"*.

Per un bambino, come dice la psicoterapeuta Maria Luisa Algini in *Il viaggio con i bambini nella psicoterapia*, "fare finta" significa anche avere il controllo su come va a finire, ma anche cominciare a provare quello che poi si potrebbe realizzare. E mai niente di più vero nella situazione vissuta da Andrea, che nella realtà era totalmente incontrollabile.

All'inizio sono stata molto in dubbio sulla possibilità di incontrare Andrea, consapevole del fatto che potesse essere più opportuno affidarlo ad una collega, per svolgere un lavoro in parallelo a quello mio con la madre, come succede ogni volta che c'è la necessità di un percorso per due persone della stessa famiglia. Una supervisione mi ha aiutato ad accettare il fatto di poter accogliere la richiesta di Lucia, che non era tanto quella di un percorso strutturato, ma solo un grido di aiuto e di condivisione della responsabilità in una situazione di incertezza e paure.

varchi10.indd 29 24-03-2014 23:48:43

Avevo deciso quindi di vedere Andrea con l'obiettivo primario di osservare e valutare il suo reale bisogno di sostegno, tenendo conto del rischio eventuale di "patologizzare" reazioni naturali ad una situazione, per dato di realtà, molto drammatica, e con il dubbio di poterlo stabilire, dal momento che Andrea rappresentava anche il mio primo "piccolo" paziente.

Mi sono posta molte domande.

Ho optato con lui per una consultazione partecipata, che prevede alcuni incontri di osservazione-valutazione alla presenza sia del bambino che della madre, perché credevo fosse importante sondare la presenza, ed eventualmente rinsaldarla, di una comunicazione autentica e di fiducia fra i due, in modo che Andrea si sentisse libero di chiedere alla mamma tutto ciò che voleva sulla situazione del papà.

Ricordo il primo incontro: Andrea e la mamma sono entrati in stanza insieme e siamo rimasti insieme per tutta l'ora. Abbiamo parlato di cosa gli piace, della scuola, del basket, dei compagni. Abbiamo parlato di *chi sono io*, e del perché lui è qui. Parliamo poi di quello che ha visto: il papà cadere per terra e *"sembrare quasi morto!"*. La mamma rimaneva perlopiù in silenzio, ogni tanto interveniva con poche parole, quando trovava il bambino in difficoltà.

"Che paura devi aver provato vedendo il papà così!... E se dovessi disegnare questa paura come potresti fare? Hai voglia di provare?" Andrea dice di non essere capace; come dev'essere difficile rappresentare la propria paura su un foglio bianco! Accetta però di disegnare qualcosa da portare a papà in ospedale e si impegna a colorare tre stemmi del Milan, così come piacciono a papà.

Mi ha parlato della paura che suo padre non potesse più muovere la mano perché così avrebbe dovuto aiutarlo a mangiare i gelati: *"...anche la notte quando lui si sveglia e mangia e io invece dormo"! "Per fortuna a Milano sono riusciti ad aiutarlo e la sua mano funziona di nuovo un po'"*.

Nel disegno della sua famiglia compaiono Andrea, mamma, Filippo (il fratello di 22 anni), Celeste (la fidanzata del fratello). Il papà viene aggiunto solo in un secondo momento sotto suggerimento della mamma, stupita nel vedere la sua assenza: *"E il papà non ce lo mettiamo?"*.

Ecco il pericolo, il rischio di pensare al papà come già assente, già morto.

Ecco inoltre lo svantaggio dell'avere al proprio fianco il familiare che partecipa attivamente alla seduta e al gioco del bambino: senza l'intervento della madre il papà probabilmente non sarebbe comparso nel disegno e questo sarebbe stato un elemento prezioso, indicativo, su cui poter lavorare.

Ho pensato così che da quel momento in avanti avrei dedicato un quarto d'ora per incontrarci tutti e tre insieme e i restanti tre quarti d'ora sarei rimasta con Andrea in modo che il bambino potesse trovare uno spazio tutto per sé dove muoversi in completa libertà, senza i condizionamenti della madre e con le attenzioni dedicate solo a lui.

varchi10.indd 30 24-03-2014 23:48:43

Immaginavo infatti quanto potesse essere difficile pensarsi ai margini delle cure di sua madre verso il papà, situazione che sapevo tuttavia essere ben bilanciata da una Lucia in questo molto attenta.

Ho detto ad Andrea che era arrivato il momento di salutarci. Mi ha risposto che ora dovevo parlare con la mamma e le dovevo fare tutte le domande che avevo fatto a lui. *"E cosa devo chiedere alla mamma?"* , *"Di cosa ha paura"* ha suggerito, *"Perché non glielo chiedi tu stesso di cosa ha paura?"*. C'è stato un momento, per me straordinario, in cui si è girato verso la mamma e guardandosi negli occhi si sono scambiati le loro paure più profonde. Lui ha domandato e la mamma ha risposto che la sua paura più grande era che il papà non tornasse più a casa. Dopo un attimo di silenzio molto intenso faccio notare ad Andrea che la mamma ha detto una cosa molto importante, gli chiedo che cosa ne pensa e se anche lui ha questa paura. Mi risponde di sì, sottovoce. Il cercare di creare una comunicazione il più possibile autentica e di fiducia mi ha spinto a parlare apertamente del fatto che alla mamma lui potesse fare tutte le domande che aveva in mente, perché lei gli avrebbe detto la verità sulla condizione del papà.

Lucia ha continuato più volte ad esprimere la preoccupazione per il fatto che Andrea non fosse preparato all'eventuale perdita del papà, e più volte mi ha chiesto di "prepararlo", appunto.

Ho spiegato alla mamma che Andrea non poteva avere i nostri mezzi per capire (e poi... noi fino a che punto ce li abbiamo?) e per rimanere in un futuro così incerto e drammatico.

Mi sentivo io stessa combattuta. Riporto una frase di Concita De Gregorio che dice: *"L'assenza di un argomento dalla conversazione è una presenza molto forte"*. Ecco lo spaventoso "non detto".

Un tempo la morte era considerata una componente naturale della vita. I bambini nascevano in casa e crescevano in campagna, dove vedevano nascere e morire gli animali, dove erano vicini alla nonna e le tenevano la mano mentre chiudeva gli occhi per sempre come se stesse per addormentarsi. Tutti sapevano e avevano coscienza che tutto sulla Terra è destinato a finire, i bambini vedevano il corpo dei defunti, li accompagnavano insieme ai grandi al cimitero e andavano a portare i fiori i giorni seguenti.

Oggi questa consapevolezza è scomparsa, la tecnologia e la medicina hanno fatto passi da gigante e l'uomo è riuscito a prolungare la durata dell'esistenza umana, fino quasi ad illudersi di una vita eterna o almeno di avere il potere di posticipare il momento tanto temuto.

E così è diventata estremamente frequente nelle famiglie la difficoltà di trovare le parole alla fine della vita, per dirsi addio, per affrontare la solitudine del dolore e della malattia: troppo spesso non si parla di ciò che si vede.

Eppure i bambini lo sanno, sanno che per non avere più paura bisogna fare amicizia con la paura. Ripetere tante e tante volte la fiaba spaventosa fino a che

varchi10.indd 31 24-03-2014 23:48:43

lo spavento non diventa "domestico", lo puoi nominare e scherzarci persino.

In tenera età non si comprende l'idea della morte: semplicemente non ci si spiega il perché mamma o papà non ritornino. Nell'esperienza di questi piccoli la mamma esce, torna, va via e torna di nuovo. Ecco perché si gioca a nascondino, per esempio. Molti di questi giochi hanno qualcosa in comune con la morte. A 3-4 anni il bambino in genere aspetta sempre un suo ritorno, non riesce a immaginare che qualcosa non possa più ritornare. In seguito, verso i 7 anni i bambini iniziano a vedere la morte come un fatto reale e permanente, anche se da attribuire agli altri e non a se stessi. E solo dagli 11-15 anni, con l'adolescenza, i ragazzi cominciano ad interessarsi alla malattia e iniziano ad avere consapevolezza degli aspetti esistenziali legati al binomio vita/morte.

Negli incontri con Lucia abbiamo lavorato molto, soprattutto inizialmente, sulla sua capacità di essere madre "in grado di pensare". Inizialmente infatti sembrava paralizzata dalla paura e dalla situazione e non più in grado di pensare a quello che fosse sufficientemente buono per suo figlio, con la tendenza a voler delegare a me le decisioni e le responsabilità, motivo per cui ci siamo più volte soffermate sulla necessità di ritrovare la fiducia in se stessa e le parole ed i significati che sentiva di poter rimandare ad Andrea.

Avevamo stabilito, secondo le possibilità di Lucia, incontri a cadenza mensile per garantire una continuità di pensiero del nostro spazio ad Andrea, e anche a me, confusa nel dover, ogni volta che la seduta saltava per un improvviso malore o ricovero del papà, rimettere insieme i pezzi della nostra "coppia" e del nostro lavoro a distanze così incerte!

Di fatto le contingenze della realtà hanno diradato comunque le visite.

Abbiamo portato avanti per molto tempo lo stesso gioco: costruire con i miei Lego una torre centrale (dapprima "la propria casa", successivamente diventerà una "prigione per i cattivi") ed intorno ben due mura di cinta a protezione della torre. Ecco come, attraverso il gioco, Andrea costruiva e dava forma al suo strumento per proteggere la famiglia e se stesso dalla malattia, dalle paure, dalle incertezze.

Il lavoro cominciava con i miei Lego, nonostante lui avesse da subito portato anche i suoi pezzi. Si pone però un quesito di grande importanza quando Andrea chiede: *"come fare a non confondere i miei pezzi con i tuoi?"* e *"dove custodire poi il nostro lavoro?"*.

Quanto mi può permettere di entrare nella sua vita e quanto può darmi fiducia di aiutarlo?

Decide a tutti i costi di lasciarmi nello studio la sua scatola con i Lego e poi anche la nostra costruzione, come se dovesse rimanere nella mia mente e non potesse permettere un'altra assenza, c'è già quella del papà.

Il lavoro di costruzione e muratura, nel senso letterale e figurato dei termini, è continuato per diverso tempo con Andrea.

varchi10.indd 32 24-03-2014 23:48:43

Mentre Lucia si faceva spesso portavoce delle gioie o dei malesseri del figlio, preoccupata, ogni volta che il marito rientrava in casa dopo un ricovero, di vederlo più nervoso, irritabile, distanziante.

Stefano non ha voluto il sostegno psicologico più volte consigliatogli dai medici: *"basta camici e dottori! Voglio stare in pace!"* urlava a Lucia. L'ho incontrato poche volte durante questi due anni, ma ho sempre visto in lui una rabbia che stentava a scemare per lasciare il posto ad una consapevolezza diversa. Si ostinava spesso a sgridare Andrea perché non passava abbastanza tempo con lui, perché scansava il piatto ogni volta che durante i pasti c'erano episodi di tosse o peggio vomito. Non accettava che suo figlio potesse "rifiutare" un papà così diverso da quello sempre avuto. Mi sembrava di vedere in Stefano un egoismo dettato dalla malattia ed un ripiegamento narcisistico su di sé.

Non riuscivo ad immaginare come un bambino potesse affrontare una simile situazione, se non, appunto, *"cercando di costruire un muro di protezione"*.

Un giorno Andrea sfogandosi mi ha detto chiaramente che gli dava fastidio vedere il papà tossire di continuo e non essere in forma: gli altri suoi amici erano sempre in compagnia dei genitori che stavano bene e lui era triste, non voleva portare suo papà con loro perché si vergognava un po'. Sembrava più nervoso del solito, tanto che non aveva voglia di continuare la costruzione delle mura con i Lego.

Verso il termine del colloquio ha piegato un foglio in quattro parti, lo ha ritagliato ai lati e in centro in modo che aprendolo rimanesse una sagoma bucata. *"Sembra una maschera"*, se la mette sul viso, *"No, sembra proprio un alieno"!* Lo incolla su un altro foglio, lo colora e sopra in stampatello scrive: *"L'ALIENO ARRABBIATO!!"* con tanto di punti esclamativi. Ha voluto portarlo con sé per farlo vedere a tutti.

Pochi incontri dopo, in concomitanza con l'aggravarsi delle condizioni di Stefano, mi ha detto che aveva molta paura della morte e che ci pensava spesso. Gli ho chiesto cosa si immaginava a proposito della morte e lui mi ha detto che a catechismo dicevano che alla morte ci si tramuta in angeli e l'anima continua a vivere in un altro mondo. Mi guardava ansioso, aspettava, come per cercare conferma. Io gli ho detto che mi sembrava bello pensare che ci saremmo ritrovati tutti anche dopo la morte. Andrea ha sorriso, come se finalmente fosse stato legittimato a credere in ciò che voleva o non poteva non credere altrimenti.

Era forse l'unico modo possibile e sostenibile di affrontare l'imminente perdita del papà.

Stefano è mancato la settimana scorsa. Non ho più visto né Andrea né sua madre dal Natale passato, a causa delle complicazioni derivate dalla gestione dell'uomo e dall'aggravamento delle condizioni negli ultimi mesi.

Mi ha chiamato Lucia per darmi la triste notizia e ha aggiunto che mi avrebbe ricontattato appena possibile per Andrea. Ho pensato che il bambino

varchi10.indd 33 24-03-2014 23:48:43

doveva avermi lasciato una testimonianza di sé, e del lavoro svolto con il pensiero del padre, attraverso quella scatola di Lego che ho davanti ogni volta che entro in studio.

Ora forse avrebbe avuto bisogno di ritrovare il suo spazio e rimettere insieme letteralmente i "pezzi", come per i Lego, delle sue emozioni, della famiglia, del passato e del futuro. Ho fantasticato sul fatto che Andrea volesse vedermi e magari riprendere in mano proprio quei Lego.

Non so di fatto come lo ritroverò, come faremo a parlare insieme di quello che è successo e del suo dolore, ma come sempre cerco di non condizionarmi in anticipo con aspettative o frasi "preconfezionate" e preparate per placare l'ansia: preferisco pensare di lasciarmi trasportare dalle emozioni del momento e da quello che succederà in seduta.

Tuttavia ho anche il timore che la telefonata di Lucia possa invece essere stata un commiato, un dare termine alla sua vicenda e al contempo alla nostra relazione, oltre che a quella mia e di Andrea.

Pochi giorni dopo la telefonata ho sognato di andare a casa di Lucia e di raccogliere i giochi miei e di Andrea "in fretta e furia", i pastelli, i colori, perché lei non voleva lo vedessi più.

Oggi invece ricevo un messaggio di Lucia che mi preannuncia nuovamente una telefonata per prendere un appuntamento per Andrea, riassumendomi circa la morte del marito e il suo trasferimento in una città vicina; *"mi era impossibile rimanere in quella casa"* mi scrive.

Nella confusione del suo dolore non si era ricordata di esserci già sentite a voce. Mi ha fatto tenerezza pensare a quanto carico affettivo deve esserci in questo momento per lei.

E chissà se il pensare al sogno che ho fatto trova corrispondenza nel vedere avvalorata una distanza fra me e loro dettata da una reale lontananza fisica: il trasferimento in un'altra città.

Per concludere rispetto al tema della difficoltà a trovare le "parole per dirlo", sono convinta che, pur non essendoci parole o frasi appropriate e per tutte le uguali, sia illusorio escludere i bambini dalla partecipazione alla malattia e alla morte del proprio caro!

I bambini hanno spesso risorse indicibili, anche maggiori degli adulti, ma siamo noi adulti, professionisti o genitori, che dobbiamo aiutarli a tirarle fuori. Hanno il diritto di essere considerati e coinvolti, tenendo sempre conto del fatto che la modalità con cui incontriamo con loro la malattia cambierà la qualità del loro vissuto e della relazione con il genitore malato. Non possiamo impedire loro di vedere, ma possiamo delimitare l'esperienza traumatica che, se non arginata, può portare ad un lutto patologico e cronico.

Per questo diventa fondamentale parlare di ciò che si vede! Non esistono

varchi10.indd 34 24-03-2014 23:48:43

pertanto parole giuste per dirlo, le stesse le può trovare ognuno di noi, con i propri vissuti, i propri significati, le metafore che più ci coinvolgono.

Riccardo e Tecia: la nostra storia

Riccardo è stato il primo paziente avuto su incarico della Lega Tumori, incontrato attraverso visite domiciliari. Ricordo ancora nei minimi dettagli il nostro primo incontro.

Un omino di 65 anni, piccino, magrissimo, rannicchiato in un piccolo divano sotto una coperta più spessa di lui e dentro ad una tuta che avrei detto di qualche taglia più grande. Guardava la tv e sonnecchiava.

L'impatto è stato forte. Il setting domiciliare è molto diverso, come ci si può immaginare, da quello consistente in un luogo asettico come uno studio medico piuttosto che dal proprio studio, dove l'ambiente familiare al terapeuta e la sicurezza dettata dalla sovrastruttura di cui fa parte contribuiscono ad un differente coinvolgimento emotivo.

La casa del paziente è un luogo intimo, suo, dove tutto parla della persona: dagli odori, alle luci, ai mobili, ai vestiti, ai rumori. In pratica la visita domiciliare può diventare una chiave di accesso ed un canale di comunicazione per andare a leggere qualcosa che le parole non riescono ad esprimere compiutamente. Nel mio caso, tutto intorno a me sapeva di malattia: le medicine sul tavolo, i fazzoletti, il calore della stanza che sembrava arrivare persino dalle coperte, l'abbigliamento comodo di Riccardo e i suoi capelli un po' sporchi, la tv accesa come sottofondo e compagnia.

Mi hanno accolto Tecia, la compagna, e il figlio di lei, Claudio, che viveva con la coppia, e che mi aspettava ansioso sulla strada.

Riccardo si è subito messo a sedere e mi ha accolto con un ampio sorriso. Per alcuni minuti Tecia è rimasta con noi, parlava molto, cercava di mettermi a mio, e suo agio, e mi faceva domande sulle medicine che il compagno stava prendendo e su come poter fare se si fossero presentati nuovamente dolori forti, come la notte precedente.

Cercava ansiosamente un riscontro ed un aiuto pratico alla gestione di Riccardo. Ho visto subito anche molta complicità fra loro, un atteggiamento quasi materno di lei.

Nonostante l'impatto forte con la situazione a me molto nuova, hanno cercato di farmi sentire a casa in ogni modo possibile, con garbo e gentilezza, anche al mio andarmene, quando Tecia mi ha accompagnato lungo tutto il vialetto di casa ringraziandomi con calore.

Dopo avere cortesemente rifiutato il caffè che ogni volta mi avrebbero offerto, siamo rimasti soli, io e Riccardo. Lui si è alzato faticosamente dal divano e si è seduto al tavolo vicino a dove mi ero accomodata. Ricordo il gesto di pas-

varchi10.indd 35 24-03-2014 23:48:43

sarsi la mano sui pochi capelli rimasti e dietro sul collo, il suo sguardo presente e attento.

Riccardo inizia a raccontarmi degli innumerevoli impieghi svolti nella sua vita e durante la giovane età, fino agli anni in cui ha girato il mondo lavorando nelle cave di marmo. Fiero e orgoglioso delle sue esperienze, si sofferma nei luoghi ricordati più affascinanti e dove gli incontri con persone di diverse culture hanno arricchito profondamente la sua vita. Mi parla quindi della Russia, dell'Australia, dell'America del Nord. Cita nomi, luoghi, fatiche, emozioni.

Non accenna minimamente alla sua malattia, un cancro allo stomaco irradiato ai polmoni e all'esofago, per tutta l'ora in cui sono rimasta con lui. Mi mostra diverse foto da giovane, fiero anche del suo bell'aspetto e dell'attrazione che suscitava nelle donne.

Quando sono andata via ero demoralizzata, sensazione che ammettere adesso mi fa quasi sorridere: non capivo perché un uomo che avesse richiesto un'assistenza psicologica data la malattia terminale non ne aveva fatto benché minima menzione, non aveva mostrato un'emozione né una paura; credevo fermamente che questo dipendesse da me, dal fatto che fossi così giovane, come tutti i pazienti mi fanno sempre notare, e potessi non ispirare fiducia, e quindi mi sentivo inutile, inadeguata, fuori luogo e addirittura presuntuosa nel pensare di voler aiutare persone in situazioni così più grandi di me. Solo adesso capisco quanta fretta avevo, e soprattutto quanto Riccardo volesse darmi una panoramica di se stesso e della propria vita che fosse ben diversa dalla sola malattia che traspariva in quel momento dal suo corpo. Sembrava volesse rivendicare la propria identità, dirmi *"io non sono questo, io sono molto altro"* oppure *"non sono così debole e piccolo come si direbbe ma sono molto forte e sono stato anche io un grande uomo"*.

Nell'incontro successivo mi parla della sua famiglia, dei figli avuti dalla prima moglie, del dolore derivato dal loro distacco provocato da fraintendimenti di anni; i due figli non volevano più sentirlo, non c'era occasione di vederli fortuitamente dal momento che vivono distanti e a stento si fanno gli auguri a Natale ogni anno. In quel mentre mi dice che non sanno neanche della sua malattia, non vuole preoccuparli, e poi *"ne ho passate tante, vedremo ora se riuscirò a passare anche questa"*.

Inizia così a raccontarmi del suo percorso di malattia, i dettagli inerenti il momento in cui si è sentito male, mentre era a pescare in cima al molo, il luogo dove si ritira e ama stare in pace assoluta! Mi dice *"Spesso non pesco nulla sai? Ma a me piace così..."* In quel momento mi confessa di aver intuito che il male dovesse essere qualcosa di grave, era diverso dagli altri malesseri, e mi dice che con tutte quelle sigarette se lo aspettava da tempo! Mi racconta così il calvario di un anno, le chemioterapie, le continue visite, i dolori intollerabili che ultimamente lo affliggono.

Tecia stessa mi accoglie quel pomeriggio preoccupata inondandomi delle

varchi10.indd 36 24-03-2014 23:48:44

sue parole: *"Oggi non ci siamo, Riccardo ha tanto dolore, ha riposato poco, gli ho già dato una pastiglia ma non trovo il medico, tu cosa dici, guarda un po' il dosaggio"* eccetera.

Riccardo mi parla di Tecia a lungo con occhi pieni di amore: *"Vedi lei si preoccupa così tanto per me, e io non vorrei farla soffrire; è la donna più splendida che avessi mai potuto incontrare e infatti ho stentato tutta la vita a trovarla, ci siamo incontrati solo 15 anni fa*!" e ancora *"non mi ha mai fatto mancare niente e la amo moltissimo"*.

Tecia mi accompagna sul vialetto di casa e mi dice che Riccardo i giorni passati non aveva visto l'ora di vedermi e parlarmi ancora. Ho l'impressione che abbia una volontà incredibile di raccontarsi, di ripercorrere la sua vita, di riassumere i momenti che lo hanno fatto "vivere" davvero, nel bene e nel male, come se il lasciarli andare potesse farlo accomiatare dalla sua vita.

Pochi giorni dopo Tecia mi chiama, mi dice che Riccardo è molto stanco, se posso venire a stare un po' con lui. In quell'incontro ci saranno poche parole, molto silenzio fra di noi. Credo che davvero il silenzio sia più di tante parole, e mandi significati che non si potrebbero esprimere. C'era qualcosa di "non detto" fra noi, come l'accenno alla malattia o alla morte. All'epoca ero fermamente convinta che un paziente a tale stadio, con l'occasione di una figura professionale vicino a sé, avrebbe dovuto parlare delle sue paure,"tirare fuori", sfogarsi, arrabbiarsi! Non comprendevo che i modi di affrontare una condizione tale potessero essere altri.

Ho rispettato questo silenzio, nella misura in cui mi rendevo conto di non avere alcun diritto né di essere invadente né di scalfire quelle che potevano essere le sue difese.

D'altronde la malattia lo invalidava già da tempo, e dentro di me credevo che le fasi di elaborazione successive alla diagnosi dovessero avere già fatto il loro percorso.

La psichiatra che ha dedicato tutta la vita al lavoro sulle cure palliative ai malati terminali, Elisabeth Kubler-Ross, ci ha lasciato memorie sulle modalità che ciascuno può avere nell'affrontare la propria malattia e ha contribuito a sistematizzare tali reazioni emotive a diagnosi gravi. Sappiamo molto bene quanto i modelli teorici ci aiutino proponendosi come cornici di riferimento soprattutto nelle situazioni di incertezza e confusione, ma sappiamo altrettanto bene che è necessario riferirci ad essi con la massima flessibilità, senza cioè volere imporre sul nostro paziente un apprendimento precostituito.

Non sono in grado di stabilire quanto Riccardo avesse raggiunto una qualche accettazione della propria condizione; all'apparenza era così, ma al tempo stesso non comprendevo quanto il silenzio fosse un eventuale modo per difendersi negando la propria morte.

La psicoanalisi freudiana ci ha da subito insegnato che le difese sono mo-

varchi10.indd 37 24-03-2014 23:48:44

dalità per proteggere il proprio Io da sentimenti che risulterebbero troppo preponderanti e ingestibili, e che condurrebbero ad un eccesso di emozioni in grado di mettere in pericolo il proprio mondo psichico.

E Riccardo, in effetti, sembrava oscillare fra momenti di consapevolezza e accettazione e a momenti di negazione della malattia e della prognosi, situazione poi a lungo discussa anche con Tecia, che chiedeva spesso un riscontro su come comportarsi e cosa dirgli.

Il giorno dopo l'ultima visita, Tecia mi ha telefonato dicendomi che Riccardo era stato portato nella notte in ospedale perché i dolori erano insostenibili.

Raggiungo quindi Riccardo in ospedale, è felice di vedermi e non smette di ringraziarmi per essere andata a trovarlo. Gli dico che mi fa molto piacere e gli spiego poi che lavoro lì, in un altro reparto, e che passerò a trovarlo ogni qualvolta riuscirò.

Noto che si rivolge a me in modo molto paterno, atteggiamento emerso anche durante gli altri incontri. In particolare l'ultima volta che lo vedo in ospedale, facendo due passi lenti nel corridoio della corsia mi dice che sono giovane, bella, che devo cercare di fare della mia vita *"il dipinto a colori che ho sempre immaginato"*, di vivere appieno. Spiega ancora che la vita non ha tempo per non essere vissuta, e che lui è contento di ciò che ha fatto perché ha cercato di farlo con il cuore e l'anima, anche se non sempre è riuscito a trasmetterlo. Mi dice ancora che devo fare ciò che sento sia giusto per me, e che gli altri, anche se non capiscono, se mi vogliono bene ci saranno e mi appoggeranno.

Credo che i meccanismi di transfert e controtransfert siano presenti all'interno della relazione terapeutica fin dal primo istante di incontro, sebbene risulti più difficile una loro subitanea e quindi adeguata interpretazione. Tuttavia durante quell'ultimo incontro con Riccardo ho davvero avuto l'impressione di suscitargli l'amore verso un figlio.

Sappiamo che per transfert si intende il meccanismo psichico per il quale l'individuo tende a spostare, trasferire appunto, schemi di sentimenti e pensieri da una relazione significante passata sulla figura terapeuta.

Il processo è largamente inconscio, il soggetto non comprende completamente da dove si originino tali emozioni, sentimenti e pensieri, ma noi sappiamo che tale meccanismo è fortemente connesso alle relazioni oggettuali della nostra infanzia e le ricalca.

Gli rimando proprio questo *"ho l'impressione che si stia rivolgendo a me come farebbe con i suoi figli se fossero qua con lei"*. Vedo che mi guarda e poi distoglie gli occhi, che diventano lucidi. In quell'istante mi confida di averli chiamati la mattina dicendogli che era in ospedale, che si sarebbe rimesso. Sembra improvvisamente triste.

Ho l'impressione che Riccardo abbia fatto un bilancio della propria vita, e

varchi10.indd 38 24-03-2014 23:48:44

che sappia che la fatica maggiore sarebbe stata propria quella di lasciare andare le persone che ha amato di più, prima su tutte Tecia.

Riccardo non mi ha mai parlato delle paure rispetto alla sua condizione, ma credo che in quell'incontro ci sia stato un po' il suo accomiatarsi da me e dalla vita, mostrandomi quello che lui aveva cercato di fare o quello che lui aveva capito bisognasse fare, rincorrere i propri sogni finché ce n'era la possibilità. Mi sento grata al pensiero che abbia donato a me quelle parole, quei pensieri e quei sorrisi come se fossi stata una figlia, come se non avendo potuto donarle a coloro che davvero sarebbero dovuti essere lì con lui abbia potuto ricoprire un'ultima volta il ruolo di padre.

Vedo ancora una volta Riccardo, ma lui non sembra più vedere me. Ha gli occhi persi nel vuoto, si tiene alle traverse del letto, sembra spaventato, ha dei tremori. Lo accarezzo ma non mi guarda, sembra non sentirmi. La dottoressa mi dice che lo stanno sedando per i dolori e che probabilmente sta entrando in uno stato di semi-incoscienza.

Chi può dire quanto si rendesse conto della situazione, quanto avesse capito, cosa potesse provare?

Tecia è sempre stata lì vicino a lui, giorno e notte per quegli ultimi giorni. Gli tiene la mano, fa la maglia, non dorme, aspetta ansiosa di vedermi per sfogarsi.

Sono arrivata infine appena lui è spirato, Tecia mi ha abbracciato a lungo e ha pianto a lungo.

Ho aspettato un bel po' di tempo per chiamare Tecia e capire come stava, le avevo già dato la mia disponibilità e non volevo essere invadente. Dalla mia telefonata sono passate altre due settimane quando un giorno mi chiama piangendo e dicendo che aveva piacere di vedermi, stava troppo male e non poteva parlarne con nessuno.

Ho cominciato così i colloqui domiciliari con lei, che rifiutava in alcun modo di uscire di casa.

Ho capito presto che, al di là della fragilità dovuta al lutto e alla necessità di un supporto, Tecia mi vedeva come un legame fra il passato e il presente, fra Riccardo e lei, fra la presenza e l'assenza. Mi sentivo la testimonianza di quel doloroso passaggio.

Emergeva nelle parole di Tecia la perdita di un senso più globale, come se fosse avvenuta una sorta di frammentazione degli elementi sopra citati. Non comprendeva non solo il senso degli eventi accaduti (come è ovvio pensare quando ci si chiede "perché deve capitare proprio a me?!"), ma non accettava le sue reazioni, il suo dolore, e soprattutto non era in grado di relazionarlo ai vissuti nei confronti di altri momenti della propria vita nonché delle persone della propria vita.

La mia sensazione era che il lutto per Riccardo si fosse trasformato davvero

varchi10.indd 39 24-03-2014 23:48:44

in un senso più ampio di perdita, quindi non solo dell'oggetto, quanto una perdita di significato e della rappresentazione di sé e della propria vita.

Ho visto Tecia cercando di avere una frequenza settimanale per cinque mesi e poi diradando gli incontri, fino a vederci una volta al mese per quasi un anno.

Ogni volta non accettava di non poter "ripagare" la mia presenza; mi faceva riflettere questo dato, significativo della necessità di non potersi sentire né in colpa né in debito verso di me, che sapeva essere una volontaria. Ripensavo anche al significato del lato economico della mia professione, talvolta scomodo nella misura in cui crea contrasto o incomprensione durante il contratto terapeutico, ma così determinante per garantire la libertà di comportamento e di sentire interiore per il paziente nella relazione con il terapeuta.

Già quando andavo a casa per far visita a Riccardo era abitudine l'offerta di un caffè o di un tè, che io ho sempre cercato garbatamente di rifiutare. Il setting domiciliare, come accennato prima, si espone a situazioni difficilmente contemplabili all'interno di un contesto strutturato come uno studio privato: il fatto ad esempio di poter offrire una tazza di tè diventa un gesto di ospitalità, dai connotati socio-culturali principalmente, nei confronti di coloro che accedono all'abitazione, che sia per un incontro amicale oppure per un lavoro terapeutico. Il mio declinare è sempre stato un modo per cercare di mantenere intatto il mio ruolo, legittimarmi in quel contesto come una professionista e non come un'ospite, creare insomma quel setting che facevo fatica a ritrovare. Durante quel primo incontro con Tecia invece, la stessa ha insistito, mentre mi accingevo ad andarmene, per regalarmi quattro uova della gallina di Riccardo, la stessa gallina a cui lui teneva così tanto e di cui mi aveva parlato. E come non accettare un dono così prezioso? Carico di significato e testimonianza? Leggevo il ringraziamento della mia presenza per entrambi e di nuovo il poter tenere con me un pezzo di lui.

Il regalo di un paziente al suo terapeuta racchiude sempre un messaggio, una comunicazione, ed in quanto tale necessita di essere accolto come un oggetto condiviso che appartiene al lavoro terapeutico in atto e su cui poter lavorare insieme.

E molte volte abbiamo parlato delle galline di Riccardo! Difficile è stato per Tecia lasciare andare anche loro, come aveva fatto con lui.

Con Tecia abbiamo poi affrontato la collera e la depressione, le fasi del lutto che in lei erano maggiormente presenti.

Poco a poco è riuscita così a raccontarsi.

Il lutto di Tecia per Riccardo era diventato il lutto per tutto ciò che aveva perduto, per tutto ciò che aveva sopportato e che si era portata dentro faticosamente. L'incontro con Riccardo era stata l'unica luce, ed ora, non c'era più neanche lui. Mi sentivo impotente quando lei, piangendo e con rabbia, mi diceva *"Cosa ho fatto di male perché la vita si accanisca sempre contro di me? Mi ha già tolto*

varchi10.indd 40 24-03-2014 23:48:44

tutto! Cosa può succedere ancora?" e aggiungeva *"Perché tanto Tecia è quella forte, che sopporta, ma io non ce la faccio più, io questa volta la faccio finita!"*. Si sfogava, non credo avesse mai preso sul serio il suo proposito, ma capivo la rabbia, le motivazioni, la disperazione reale che aveva dentro.

L'identificazione proiettiva, quel meccanismo che permette al paziente di difendersi dai propri stati d'animo inducendoli nel terapeuta, mi faceva sentire esattamente gli stessi sentimenti di Tecia e mi disarmava. L'utilizzo nella nostra relazione di tale modalità è riuscito a mettere Tecia in contatto con se stessa, con i propri vissuti, dargli un nome senza averne paura e affrontarli.

Mi guardava diritto negli occhi mentre mi riversava addosso tutto il suo dolore e dentro di me cresceva il vuoto di non sapere quali risposte trovare. Il concetto di controtrasfert rimanda proprio al vissuto che il terapeuta sente interiormente in reazione a contenuti verbali e non portati dal paziente. Il mio vissuto personale riaffiorava allora nel rapporto con Tecia e non mi aiutava a mantenere distanza da quel coinvolgimento e quel dolore così familiare.

Col tempo abbiamo capito insieme il suo bisogno di essere legittimata di tutto il vissuto, di poter finalmente essere libera di urlare la propria rabbia e la sofferenza che aveva tenuto per tutta la vita come in una bolla di sapone. Ha iniziato a riformulare un senso agli accaduti, dai rapporti con la madre a quello con i figli, a capire le dinamiche delle sue relazioni e delle emozioni.

Abbiamo affrontato il gravoso senso di colpa dell'eredità che pensava di lasciare ai suoi figli, il dolore di vederli soffrire, ognuno a suo modo, come se lei generandoli avesse dato loro tale fardello. *"Avrei voluto un futuro diverso per loro"* confessava. "*E ora che non riesco più a essere la donna forte di prima, e senza Riccardo, se mi capitasse qualcosa, chi penserà a Davide? i suoi fratelli avranno anche questo fardello!"*. Era sempre stato tutto sulle sue spalle, tutto una sua responsabilità, ed ora non si sentiva più in grado di sopportare i dolori di tutti.

Era e si sentiva sola, nelle sue decisioni, nei suoi dolori, nel futuro così incerto e disperato in cui sarebbe dovuta invecchiare.

Credo tuttavia che sia arrivata alla famosa "fase di accettazione" che non tutti raggiungono, e abbia ritrovato un proprio equilibrio. L'ultima volta che ci siamo viste, dopo una separazione di alcuni mesi, siamo andate a prenderci un caffè, come vecchie compagne di viaggio che si sono ritrovate dopo la tempesta. Si è raccontata con nuovi modi e nuovi significati, certo, pur nel continuo di situazioni sofferenti e di molte difficoltà; con lei c'era un sorriso diverso, stanco ma al tempo stesso più combattivo. Le ho portato il mio cane, come mi aveva chiesto. Forse voleva finalmente conoscere anche lei una parte di me e penso avesse capito che, in quel momento, avremmo potuto farlo.

Non è stato un percorso semplice, tutt'altro. Ma Tecia ha davvero una grande energia che è nuovamente diventata la risorsa in grado di risollevare la fiducia per se stessa e la propria vita. E io sono felice ora di essere stata al suo fianco e

varchi10.indd 41 24-03-2014 23:48:44

averla conosciuta. Mi ha insegnato molto, non solo come terapeuta ma soprattutto come persona.

Mi capita di pensare a lei e a quell'omino piccino che ho conosciuto.

Bibliografia

Algini M.L. (2003). *Il viaggio con i bambini nella psicoterapia.* Borla, Roma.
Bion W.R. *Attenzione e interpretazione*, citato secondo Corrao, F. (1986). "Il concetto di campo come modello teorico", in Orme (II°). Cortina, Milano, 1998.
Cerini G. (2001). *Che spettacolo la sofferenza.* II Sole 24 Ore. 41, 38.
Corrao F. (1986). *Il concetto di campo come modello teorico*, in Orme (II°). Cortina, Milano, 1998.
De Gregorio C. (2011). *Così è la vita. Imparare a dirsi addio*, Einaudi, Torino.
Ferenczi S. "Diario clinico", citato secondo Martín-Cabré, L.J. (1998). *Si prega di chiudere gli occhi*. "Il ruolo del diniego nella teoria del trauma". Letto al Centro Psicoanalitico di Roma.
Fraire M., Rossanda R. (2008). *La perdita.* Bollati Boringhieri Editore, Torino.
Freud S. (1895). Minuta G. Malinconia, citato secondo Corrao, F. (1986).
Freud S. (1915). *Lutto e Melanconia,* in "Opere" vol. 9, Newton Compton, Roma.
Kohut H. (1971). *Narcisismo e analisi del sé*, Boringhieri, Torino, 1976.
Kubler-Ross E. (1995). *Impara a vivere, impara a morire*, Ed. Armenia, Torino.
La Forgia M. (2001). *Empatie radicali e distali.* Dattiloscritto inedito.
Lewis C.S. (1990). *Diario di un dolore,* Adelphi, Milano.

varchi10.indd 42 24-03-2014 23:48:44

I RICORDI DI LUISA
di Laura Casati

Luisa viene inviata dalle dietiste dell'ospedale, un invio "privato", quasi un favore personale che mi viene chiesto, anche un po' frettolosamente al telefono, quasi all'altro capo del filo ci fosse qualcuno desideroso di sbarazzasi di lei e che non cerca neppure troppo di nascondere questo movimento espulsivo.

Di Luisa so che è ossessionata dal cibo, dall'idea di ingrassare e che sembra trovarsi in questa situazione da diversi anni; avverto nelle parole della collega dietista che me ne parla come Luisa sia un peso, infatti mi viene descritta come molto *richiestiva*, il suo diario alimentare, mi viene detto, è compilato *in modo ossessivo* (mentre la dietista parla mi trovo a pensare quale ragazza con la paura di ingrassare non lo compili in modo ossessivo). L'insofferenza che sento da parte delle dietiste nei confronti della paziente sembra essere acuita dalla presenza ingombrante della madre, una donna depressa, *pesante*, che per di più è una collega che lavora nella stessa struttura rendendo tutto più complicato.

Luisa e la madre hanno un cattivo rapporto: Luisa si reca dalle dietiste e si recherà anche da me in un'atmosfera di segretezza senza raccontarle nulla, supportata in questa scelta dalla collega dietista che mi informa subito su come Luisa venga "*senza averlo detto alla madre che io conosco bene e che è la causa di tutti i suoi problem*i".

È in questo clima di pesantezza che mi accingo ad accogliere Luisa al primo colloquio.

La mattina del colloquio con Luisa, mi accorgo del primo intoppo che questa segretezza comporta; per praticità al primo appuntamento ai pazienti ambulatoriali viene detto di aspettare di fronte al reparto di psichiatria l'arrivo dello psicologo con il quale, successivamente, saliranno negli ambulatori posti ad un piano ammezzato della struttura.

Ho riflettuto molte volte sulle fantasie che questo può scatenare nei pazienti, specie se giovani come Luisa, ma oggi devo occuparmi delle mie: *"e se sua madre fosse nei paraggi? Come vorrebbe comportarsi Luisa? Lo capirei da uno sguardo?"*

Questa oculatezza sembra in qualche modo bloccare la mia capacità di *reverie* sulla paziente, mi accorgo di non essere - come invece sempre mi succede ad un primo colloquio - mossa da un sentimento di interesse e di curiosità per l'incontro con la persona.

Il clima di clandestinità nel quale mi sento imbrigliata e nel quale mi sembra di dover stare contro la mia volontà pesa parecchio ma non sono ancora riuscita ad interrogarmi pienamente sul suo significato.

varchi10.indd 43 24-03-2014 23:48:44

Forse per sciogliere le briglie di questo ingombro che sembra bloccarmi mi concentro, maggiormente del solito, nello sfruttare un aspetto che ritengo positivo di questa modalità di incontro, cioè il fatto di avere una frazione di tempo prima che avvengano le presentazioni per guardare la persona che ho davanti.

C'è una sola persona seduta di fronte alle porte rigorosamente chiuse del reparto ed è una giovane donna che ascolta tranquillamente la musica nelle cuffie, non si guarda attorno alla ricerca di qualcuno, cosa che di solito ti fa individuare il paziente in attesa in mezzo ad altre persone, sembra al contrario non prestare la minima attenzione a ciò che la circonda, gli occhi fissi sulle proprie ginocchia, ma quando mi avvicino alza la testa e con un grande sorriso sul viso mi allunga la mano presentandosi.

L. dimostra meno dei suoi 22 anni, non sembra anoressica, non è neppure sottopeso, è "*normotipo*" e non è infagottata in maglioni pesanti e informi, indossa invece un paio di jeans a vita bassa, un maglioncino aderente e colorato e un'allegra collana di perline, è una ragazza come molte altre.

Saliamo così negli ambulatori.

Nella stanza del colloquio Luisa appare più timida e più ansiosa di quanto mi era sembrata in precedenza, mi guarda mentre ci accomodiamo ed esordisce dicendo un *"allora…"* che lascia poi immediatamente cadere nel vuoto. Sento un forte disagio che tollero a fatica ed agisco prendendo io la parola e dicendo a Luisa che le dietiste mi hanno accennato qualcosa, ma che avrei piacere di sapere da lei in prima persona perché si trova qui.

Mi aspettavo un colloquio totalmente focalizzato sul problema alimentare ma non fu così; da quel primo colloquio emerse invece subito e per prima cosa il rapporto conflittuale di L. con la madre.

Dalla prima adolescenza, da quando il padre se ne andò di casa, L. vive da sola con la madre ed è lei che cucina e che si occupa della casa, è lei che contatta una signora che le aiuta nei lavori domestici, è lei che gestisce il suo conto in banca "*di figlia di separati*" e decide "*cosa deve essere pagato da papà e cosa da mamma*".

L. mi dice di essere stanca di tutto ciò, di sentirsi più grande dei grandi, in un'inversione di ruoli che la fa molto arrabbiare.

Chiedo a L. di parlarmi di lei, della sua storia.

I genitori di L. si sono separati quando L. aveva 15 anni anche se *il calvario* - come lo definisce lei - era già cominciato 3 anni prima quando il fratello appena diciottenne sposandosi se ne era andato di casa , "*lasciandomi sola a sopportare le liti dei miei*".

"*Non è esattamente che litigassero, faceva tutto mamma da sola, del resto litigare con mio padre è impossibile, lui non parla mai, quasi non risponde. Lui e S. (il fratello) sono molto simili, due orsi, infatti si sono trasferiti tutti e due in un paesino alpino.*"

Tutta la seduta fu un tentativo da parte della paziente di mostrarmi l'inca-

varchi10.indd 44 24-03-2014 23:48:44

pacità della madre di prendersi cura di lei e gli episodi riferiti erano così forti che fu per me faticoso non rimandare a L. un giudizio su quanto narrato.

L. sembrava proiettare su di me tutta l'angoscia esperita negli anni nella relazione con una madre che, gravemente depressa, non era stata in grado di essere quella madre sufficientemente buona che con la sua presenza attiva dota di significato e integra le esperienze emotive del figlio. L. portava in seduta l'angoscia per una madre vissuta al contrario come disgregante perché era, come riusciva a verbalizzare restando su di un piano di assoluta concretezza di pensiero, *"una madre assolutamente non dotata di buon senso"*.

Riflettendo ora sulle parole della paziente mi soffermo su questo suo modo di dire che più volte ritornerà in seduta, una madre non dotata di buon senso, non dotata di senso, una madre quindi che non offre alla propria figlia l'esperienza rassicurante di co-costruzione della realtà e di conseguenza dell'esperienza relazionale.

In particolare in quel primo incontro mi colpì la narrazione di L. di un suo incidente in motorino di qualche anno prima, a seguito del quale aveva chiesto ai soccorritori dell'ambulanza di essere portata nell'ospedale in cui lavorava la madre e mi colpì il sentimento di rabbia e vergogna provato da L. per il fatto che la madre, allora seriamente depressa, non si fosse recata al pronto soccorso ma fosse rimasta a casa.

"Sentivo su di me gli occhi dei colleghi di mia madre al pronto soccorso, mi dicevano che non mi ero fatta niente, che la mamma potevamo non disturbarla. Ma io lo sapevo quello che pensavano, cioè me lo dicevano come per non farmi pesare il fatto che non ci fosse ma io mi vergognavo da morire, del tipo 'questa poveretta'…"

Solo dopo la seduta riesco a recuperare la capacità di riflettere sul colloquio e su L. e solo allora mi rendo conto che del problema alimentare non si era parlato e che nel contempo avevo provato una sensazione di fastidio per il suo continuo lamentarsi.

Dopo la seduta avverto che nella condivisione dello stato emotivo della paziente avevo provato il suo stesso bisogno di lamentarmi e che questo mio accogliere tali sentimenti sgradevoli su di me aveva permesso a L., fungendo io da contenitore delle sue proiezioni, di esperire come fosse possibile l'esistenza di un pensiero sui propri vissuti angoscianti. Il fastidio e il disagio da me provati erano serviti ad evitare che, empatizzando con la parte più superficiale di quanto L. portava in seduta, io commettessi l'errore di rassicurarla allontanando così con un agito a mia volta l'angoscia non pensata.

La storia di Luisa

Luisa è una giovane donna di circa 22 anni che, all'epoca del nostro primo incontro, è in procinto di laurearsi. Figlia di genitori separati, un fratello, S., più

varchi10.indd 45 24-03-2014 23:48:44

grande, che da tempo vive fuori casa, L. da parecchi anni convive con la madre, una convivenza piuttosto burrascosa segnata non tanto da litigi, ma da continue incomprensioni tra le due donne al punto che L. è andata via via escludendo sempre più la madre dalla propria vita.

L. non ha ricordi precisi della propria infanzia, solo dei *flash momentanei*, come li chiama lei, nei quali più che episodi in sé ricorda sensazioni, stati d'animo e nei quali su tutti prevale il rancore che oggi domina le sue relazioni con i famigliari.

Ricorda i fine settimana in montagna a sciare, tutti i week end da novembre a marzo, nei quali i genitori, sciatori provetti, portavano lei e il fratello sulle piste: "*Io ricordo il freddo e la stanchezza quando la domenica sera partivamo dalla montagna alle 9 di sera, arrivavamo in città a mezzanotte ed io ancora addormentata dovevo scendere dalla macchina e salire in casa… l'ho fatto fino a che non ho avuto l'età per ribellarmi, poi non ci sono più andata a sciare*".

Fatichiamo molto in seduta a ricostruire altri ricordi legati alla sua vita famigliare. Il racconto di L. è caratterizzato da frasi del tipo "*credo facessimo così… non me lo ricordo*"; questo oblio perdura fino al momento della separazione dei suoi genitori avvenuto quando la paziente era adolescente.

L. non ricorda la casa in cui ha vissuto per i primi 8 anni della sua vita, non ha ricordi legati al primo giorno di scuola né alla sua quotidianità vissuta da bambina: "*non mi ricordo se facessimo colazione prima o dopo esserci preparati per andare a scuola…*"; non si ricorda chi si occupava di lei quando era malata né con chi facesse i compiti.

Ricorda però nitidamente le mattine nella casa al mare dove lei e il fratello, ancora piccoli, trascorrevano le estati *sorvegliati a distanza* dalle zie che abitavano al piano di sopra mentre i genitori facevano la spola tra mare e città partendo la mattina presto e tornando la sera tardi.

La separazione dei genitori è entrata nella vita della paziente non come un fulmine a ciel sereno, ma neppure come evento del quale si fosse parlato in famiglia; nessuno si era preso per così dire il compito di spiegare a Luisa, allora quattordicenne, cosa stesse succedendo e nessuno aveva chiesto a Luisa come stesse vivendo l'allontanamento del padre dal nucleo familiare.

La madre era infatti già allora gravemente depressa e il padre appariva già lontano, descritto da L. come "*un orso che bofonchia le risposte a monosillabi…*"; neppure il fratello maggiore si era in alcun modo preso cura di lei uscendo anzi di casa contemporaneamente al padre.

Di questo periodo di vita L. conserva invece ricordi vivissimi: il fatto di aver gestito in autonomia tutto quanto riguardasse la scuola, la casa (di cui si occupa lei), le prime relazioni sentimentali fino alla scelta dell'università e dell'attuale compagno.

varchi10.indd 46 24-03-2014 23:48:44

Pensieri e pensatori

Stare con L. in seduta è stato per me molto difficile, gli incontri erano infatti un susseguirsi di lamentele sui comportamenti della madre che a tratti appariva troppo assente, a tratti infastidiva L. con la sua presenza ingombrante e con i suoi commenti fuori luogo. L. si dimostrava sempre più insofferente nei confronti di questa donna che sembrava costantemente essere inopportuna anche nei gesti più semplici. Anch'io, durante le sedute, oscillavo tra la paura di essere ingombrante come la madre e di conseguenza l'essere assente, spettatrice passiva della rabbia e dell'angoscia vissuta da L.

In questi incontri vivevo con impotenza il continuo raccontare senza mai un attimo di pausa della paziente e sentivo la frustrazione di non riuscire quasi ad intervenire alimentando sempre più la sua convinzione di potersi e doversi lamentare.

L'impotenza e la rabbia che sperimentavo di fronte alle lamentele continue e al vittimismo di Luisa mi sembravano essere le medesime provate da L. adolescente nella relazione con una madre gravemente depressa pronta a sua volta ad incolpare chiunque delle proprie sofferenze.

Un altro aspetto su cui era difficile soffermarsi era la domanda iniziale con la quale si era presentata Luisa, o meglio con la quale mi era stata presentata da altri la paziente, il sintomo anoressico che in seduta continuava a mancare. Luisa infatti riportava sì la sua costante preoccupazione per la pianificazione dei pasti, ma era per me impossibile soffermarmi con lei sul significato di ciò; ogni mio tentativo di approfondire questi aspetti la riportavano a una serie ininterrotta di lamentele sulla madre.

In molte pazienti con disturbi alimentari anche quando il sintomo non mostra l'intera patologia anoressica, tuttavia si evidenzia un'organizzazione del carattere in cui sono presenti aspetti tipici dell'organizzazione anoressica.

L. è una ragazza iperattiva, una studentessa modello, una personalità fortemente caratterizzata da un senso del dovere che non le permette di sottrarsi ai numerosi impegni e compiti che lei stessa si impone.

Questi comportamenti, a tratti a carattere ossessivo, sembrano toccare e includere molteplici aspetti della vita della paziente e spaziano dall'attività fisica allo studio, via via sino alla gestione della casa, andando ad inficiare i rapporti interpersonali di Luisa e in particolare la serenità della sua relazione con M., il fidanzato.

Il mio ruolo fu a lungo principalmente quello di ascoltare la narrazione di episodi concreti, cercando di non diventare per la paziente un contenitore vuoto e depresso, quindi senza cedere alla tentazione di dare interpretazioni inefficaci proprio perché imposte dall'esterno.

Luisa è un vulcano di sentimenti e rivendicazioni rabbiose, a volte contrad-

varchi10.indd 47 24-03-2014 23:48:44

dittorie e spesso inespresse, che ruotano attorno al fulcro del suo rapporto con la madre.

Spesso lo scontro mi appare giocato sul versante dell'alimentazione ma Luisa vi fa solo brevi accenni, non accetta di soffermarvisi e cambia subito argomento.

Ritorna in qualche modo quell'idea di segretezza che mi aveva accompagnato nelle fasi iniziali del mio lavoro con la paziente; si ripropone in seduta, tra noi, la tematica del nascondimento.

Con Luisa quindi il comportamento alimentare patologico per molto tempo rimase a lato dei contenuti portati in terapia.

Tutto quanto Luisa ha narrato è riferito a fatti ed episodi concreti; oltre la rabbia raramente sono emersi altri sentimenti, come se la paziente facesse fatica a pensare e a pensarsi.

Spesso anch'io mi sono sentita bloccata nella mia capacità di *reverie* e ho seguito Luisa nella concretezza dei suoi ragionamenti, attuando con lei un vero e proprio braccio di ferro per chi dovesse gestire l'andamento delle sedute. Come Luisa oscillavo tra momenti in cui pensavo che avrei forse dovuto parlare di ciò che la paziente continuava a tener segreto, come se quello fosse il compito prefissato, e momenti nei quali percepivo come ciò che era veramente importante fosse la possibilità per Luisa di pensare in seduta, una possibilità che a sua volta era occultata ed ostruita.

Riflessioni conclusive su una terapia in divenire

Luisa è stata una delle prime pazienti che ho seguito in psicoterapia durante il mio tirocinio, sulla quale ho più volte fatto convergere una pluralità di sentimenti: l'incertezza e la paura di non essere all'altezza di assumere la funzione di curante, la gratitudine per aver avuto l'occasione con lei di crescere professionalmente riconoscendo l'importanza e toccando con mano la potenza di uno spazio mentale condiviso che aiuti a pensare e quindi a stare meglio e il senso di auto legittimazione ad una posizione asimmetrica (terapeuta/paziente).

Probabilmente Luisa diventerà nella mia mente "la prima paziente", quella con la quale a distanza di tempo si riconosce di aver sbagliato molto, di *averci visto poco* ma con la quale, forse perché mossi dalla voglia di *conoscere*, tutto sommato quasi senza saperne il perché si è riusciti a giungere ad un percorso di cura che, specialmente in quanto primo, riguarda tanto il paziente quanto il terapeuta.

Luisa non ha mai saltato un appuntamento, troppo prezioso per lei, per noi, quello spazio dove a fatica siamo riuscite a pensare e a pensarci e devo riconoscere come lei, prima di me, sia riuscita ad intuirne tutta l'importanza e a riporvi fiducia. Uno spazio, quello del setting terapeutico, con una forte dimensione temporale, un setting quindi mentale, interno, del quale entrambe ogni volta ci

varchi10.indd 48 24-03-2014 23:48:44

siamo portate un pezzo fuori dalla stanza; un *tempo* che ha avuto la funzione di far sperimentare alla paziente una relazione riparativa, un *tempo* utile al terapeuta per legittimarsi ad essere tale.

Scorrendo mentalmente i tre anni di terapia con Luisa posso individuare due grandi momenti di svolta nel nostro percorso.

Il primo, quello narrato in questo mio lavoro di tesi, che ha permesso la nascita psichica di una coppia al lavoro; il secondo, che sta prendendo forma e vita in questi ultimi mesi che per me coincidono con la fine del percorso formativo e con la fine del mio tirocinio, in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, durato ben cinque anni.

Un momento quindi che mi coglie, come terapeuta, nell'atto di fare un bilancio di quattro anni importanti a livello personale e professionale.

All'inizio del nostro percorso avevo detto a Luisa che presso quell'ambulatorio avrei svolto un tirocinio che sarebbe durato ancora tre anni, ma era stato difficile per entrambe pensare da subito ad un *poi,* per una serie di motivi che mi è facile a posteriori individuare (la mia inesperienza iniziale e l'idea che difficilmente la terapia sarebbe durata così a lungo).

In realtà nell'ultimo anno più volte abbiamo cercato di definire cosa sarebbe successo *poi*, al punto che questo avverbio temporale è diventato una specie di nostro privatissimo *lessico famigliare* che ha alimentato la tematica del detto/non detto, il filo conduttore di gran parte del nostro percorso.

Anche qui fu Luisa ad avere chiaro che il setting mentale faticosamente costruito avrebbe preservato l'integrità del setting esterno e avrebbe permesso il passaggio in studio privato senza grandi sconvolgimenti, mentre io ero alle prese con le fantasie che sempre credo si attivino nei passaggi ritenuti fondamentali della propria storia: la fine del percorso formativo, l'uscita da un gruppo di supervisione nel quale era stato difficile per me inizialmente trovare una giusta collocazione, ma che adesso vivo come il mio "spazio per pensare"; tutto ciò mi aveva portato a credere che anche il cambiamento con Luisa non sarebbe stato facile.

Questa convinzione mi ha fatto rileggere alcune sedute come finali di un percorso ormai avviato alla conclusione.

Fortunatamente per Luisa non era così.

Qualche mese fa Luisa si è presentata in stanza con una planimetria, quella dell'appartamento nel quale ha vissuto con la madre per tutti questi anni. Ora la madre si è trasferita dal compagno e Luisa progetta con il fidanzato di ristrutturare l'appartamento per iniziare una convivenza di coppia.

Mentre mi dice ciò srotola sulla scrivania la piantina e comincia a descrivermi le modifiche che vuole apportare alle stanze. Mi dice ridendo che nel fare tutti i cambiamenti che ha in mente deve fare attenzione ai muri portanti perchè *"forse non è il caso di far crollare la casa!"*

Le faccio notare come anche noi due da diverse sedute stiamo ragionando

varchi10.indd 49 24-03-2014 23:48:44

sul cambiare stanza e come forse la sua preoccupazione sia diretta anche ai muri portanti della nostra relazione.

Si sta aprendo una nuova fase anche per noi, nella quale si può pensare ad iniziare a costruire qualcosa dopo aver forse smantellato ciò che non andava e dopo aver consolidato i muri portanti della nostra stanza.

Riferimenti bibliografici

Bion W. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma.
Bion W. (1967), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico,* Armando Editore, Roma.
Bruch H. (1977), *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano.
Freud S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Trad. it. in "Opere", Boringhieri, Torino.
Freud S. (1937), *Anali terminabile e interminabile*. Bollati Boringhieri, Torino.
Freud S. (1912), *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, Trad. it. in "Tecnica della Psicoanalisi", Boringhieri, Torino.
Gabbard G. O. (1992), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
Heimann P. (1949), *Il controtransfert* in "Il controtransfert. Saggi psicoanalitici", Liguori Editore, Napoli.
Klein M. (1952), *Le origini della traslazione,* in "Scritti 1921 – 1958", Bollati Boringhieri, Torino.
Lo Russo A., Petrilli M. (1998), *Lavorando con Meltzer. Adolescenti in terapia. Anoressia, violenza, tossicodipendenza*, Armando Editore, Roma.
Racalbuto A. (1997), *Pensare. L'originario della sensorialità e dell'affetto nella costruzione del pensiero,* in "Le fonti dello psichico. A partire dal pensiero di Agostino Racalbuto", Borla Editore, Roma, 2010.
Recalcati M. (1997), *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, Bruno Mondadori, Milano.
Cosenza D., Recalcati M., Villa A. a cura di (2006), *Civiltà e disagio. Forme contemporanee della psicopatologia,* Bruno Mondadori, Milano.
Rizzi F., *Il viaggio come metafora della psicoterapia*, in Ruolo Terapeutico (il) anno pubblicazione 2001, fascicolo 87.
Winnicott D. (1949), *L'odio nel controtransfert* in "Dalla pediatria alla psicoanalisi", Feltrinelli, Firenze, 1975.
Winnicott. D. (1963), *Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

varchi10.indd 50 24-03-2014 23:48:44

DANIELE, IL REO CONFESSO
di Matteo Castello

Daniele è un paziente "storico" della Salute Mentale. È stato preso in carico dal Servizio una quindicina di anni fa, a seguito del suo primo ricovero in psichiatria, avvenuto nel 1998. In questa circostanza è stato dimesso con una diagnosi di Disturbo Schizoide della Personalità e affidato alle cure del Centro di Salute Mentale. Nel corso di questo lungo lasso di tempo, sono stati predisposti differenti interventi terapeutico-riabilitativi, che hanno spaziato da un gruppo di psicoterapia alla partecipazione ad attività veliche. Nel 2004 è andato incontro ad un secondo ricovero. Sono state portate avanti le pratiche per ottenere l'invalidità e da alcuni anni ha ottenuto una borsa lavoro, grazie alla quale lavora come custode in un museo cittadino.

Circa due anni fa mi è stato chiesto di iniziare con lui un percorso psicoterapeutico; da allora ho visto Daniele con una cadenza settimanale.

Attualmente sono impegnati in questo caso clinico anche un medico psichiatra ed un'infermiera.

Al tempo dell'inizio della terapia Daniele viveva in casa con la madre settantacinquenne, a cui era stato diagnosticato un tumore all'intestino alcuni anni prima; comunque le sue condizioni pur critiche, erano rimaste piuttosto stabili fino a quel momento. La madre rappresentava una presenza forte e talvolta ingombrante nella vita del paziente; preoccupata per la salute di Daniele, si è sempre presa cura di lui in molti aspetti della vita quotidiana, facendosi carico della totalità delle mansioni domestiche. La sorella, di quattro anni più grande di Daniele, vive con il marito, dal quale ha avuto un bambino cinque anni fa. Il padre è morto sei anni fa a seguito di una malattia renale, che lo aveva costretto a sottoporsi a dialisi per un lungo periodo.

Nonostante anagraficamente lo si possa collocare a pieno titolo nell'età adulta, Daniele mi ha rimandato fin da subito l'immagine di un ragazzo. È alto di statura e di corporatura robusta, un po' sovrappeso, forse anche per via dei farmaci. I lineamenti morbidi e la rotondità del viso gli conferiscono un'aria bonaria. Non è molto curato nell'abbigliamento, così come nell'aspetto fisico: a volte si presenta con la capigliatura scomposta e la barba incolta; tuttavia la scarsa attenzione che presta alla cura personale non sconfina mai in una trascuratezza evidente.

Al primo colloquio si è presentato puntuale, ma fin dalle prime battute mi è parsa evidente l'agitazione con cui si accostava a quel primo incontro. In quell'occasione mi ha esplicitato il suo timore di non riuscire a farsi capire bene da me e la necessità di espormi il "quadro generale" nel modo più chiaro possibile. Per

varchi10.indd 51 24-03-2014 23:48:44

questo motivo ha occupato larga parte della seduta a presentarmi "il punto della situazione". A fine seduta ha espresso poi la sua preoccupazione di aver parlato troppo e di avermi fatto venire il mal di testa. Da parte mia ho sentito, quasi immediato, il bisogno di rassicurarlo, cercando di alleviare lo stato di tensione in cui si trovava e mi è sembrato al tempo stesso di cogliere una buona disponibilità all'incontro. La prima impressione che ho avuto di lui è stata di una persona lievemente impacciata e un po' stravagante. Il suo eloquio, ricco di metafore e di modi di dire, era punteggiato qua e là da parole forbite, utilizzate però in un modo non sempre appropriato rispetto al contesto. Mi ha molto colpito anche il modo in cui Daniele spesso parla di sé utilizzando la prima persona plurale. I contenuti che mi ha portato ruotavano attorno ad alcuni temi che rimarranno centrali nel tempo a seguire.

Uno degli aspetti più problematici, e che ha rappresentato fin dall'inizio uno dei motivi fondanti della sua richiesta di aiuto, riguardava la dipendenza dal gioco d'azzardo. Con un po' di vergogna mi ha confessato di dilapidare gran parte del suo stipendio in "gratta e vinci", con una modalità automatica e quasi compulsiva. Questo tipo di comportamento rappresentava anche il fulcro principale delle discussioni con la madre, alla quale arrivava a chiedere con insistenza, o addirittura a prendere di nascosto, dei soldi.

Per quanto riguarda le relazioni familiari, mi è parso che facesse fatica a problematizzarle e a parlarmene in modo critico e integrato, preferendo invece cristallizzare le figure della sfera familiare all'interno di giudizi rigidi e perentori. Rispetto al padre, la cui morte l'avrebbe portato, a suo dire, a vivere un faticoso e tormentato lutto, si è espresso così: *"Mio padre è stato un marito così e così e un padre tutto sommato buono… questo è il mio giudizio conclusivo su di lui".* Nei confronti della madre invece traspariva un vissuto carico di senso di colpa. Nelle sue descrizioni, lei assumeva le sembianze di angelo custode sempre pronto a prendersi cura di lui; donna sofferente, il cui prodigarsi non era adeguatamente contraccambiato da Daniele, per via della condotta sregolata ed inadeguata di quest'ultimo. Ad accentuare i sensi di colpa c'era per di più la condizione di salute della madre, gravata dal peso di una diagnosi infausta. La sorella rappresentava per il paziente colei che ce l'aveva fatta: diversamente da lui era stata capace di costruirsi una famiglia e di garantirsi un'autonomia, economica ed affettiva, dalla famiglia d'origine.

Daniele ha dimostrato una certa consapevolezza delle sue difficoltà relazionali, rese evidenti soprattutto dall'assenza di relazioni amicali significative. Dal punto di vista sentimentale ha fatto risalire la sua ultima relazione con una donna a quattro anni prima.

Dai primi scambi è emerso come tema centrale quello della salute. Daniele si è mostrato preoccupato per la sua integrità fisica ancor prima che psicologica. L'asma, l'affanno, la regolarità intestinale, il ritmo sonno-veglia mi sono stati da

varchi10.indd 52 24-03-2014 23:48:44

lui riportati come segnali di allarme di un qualche cosa che non andava, riflesso di abitudini comportamentali sbagliate che si prometteva di correggere.

La terapia farmacologica era da lui vissuta come un aspetto inevitabile della sua condizione. Veniva associata all'ineluttabilità delle cure a cui doveva prestarsi per evitare pericolose ricadute ed ulteriori ricoveri. Emergeva una vaga insofferenza, per lo più agita, che prendeva la forma di ritardi nell'assunzione o tentativi di modificarne il dosaggio prescritto sulla base di una valutazione personale delle proprie sensazioni e reazioni corporee, oltre che mentali.

È difficile riassumere in poco spazio due anni di terapia; il tentativo che posso fare, al di là dei contenuti emersi nelle singole sedute, è quello di provare a delinearne l'andamento.

La fase iniziale è stata caratterizzata da un lento e graduale processo di familiarizzazione del paziente nei confronti della mia persona e dello spazio terapeutico. La presenza alle sedute è stata tuttavia incostante, così come è stato in grado di evidenziare lui stesso, ammettendo la problematicità del suo essere "volatile e discontinuo" anche in altri ambiti. A volte si presentava con discreto anticipo, altre in notevole ritardo. È capitato in diverse circostanze che non reggesse alla durata dell'intera seduta e chiedesse di "essere congedato" in anticipo.

Con il passare del tempo la sua presenza si è fatta più costante e l'impressione che stesse lentamente interiorizzando la periodicità e la cadenza dei nostri incontri è stata implementata dal fatto che riuscisse ad avvisarmi con un certo margine di anticipo delle sue assenze.

Le preoccupazioni del paziente legate all'impressione che mi ero potuto fare di lui sono andate via via scemando, i movimenti e la postura si sono fatti più sciolti e il fatto di togliersi la giacca ad inizio seduta mi è parso un segno del suo essere meno "abbottonato" nella relazione.

I contenuti trattati rimanevano all'incirca gli stessi: il gioco d'azzardo, la relazione con la madre, il lavoro, la salute e anche la modalità con la quale venivano portati era quasi sempre identica: ad inizio seduta iniziava a fare il punto della situazione, circoscrivendo (a volte anche con l'ausilio dei gesti) gli argomenti di cui trattare. In una sorta di bilancio settimanale evidenziava le aree in cui era stato virtuoso e quelle in cui aveva dato luogo a comportamenti spiacevoli e, a suo avviso, condannabili. Non di rado terminava col promettersi di non incorrerci più, riponendo nella terapia l'aspettativa, più magica che reale, di una possibilità di successo.

Dopo alcuni mesi le condizioni di salute della madre sono peggiorate drasticamente. Daniele ha così dovuto iniziare a fare i conti con la dura realtà della malattia, nei confronti della quale aveva fino a quel momento mantenuto un atteggiamento scisso: a momenti in cui riusciva ad essere più in contatto con l'angoscia che la prefigurazione della perdita della madre gli portava se ne alternavano altri in cui esprimeva illusorie speranze di guarigione. Parallelamente il

varchi10.indd 53 24-03-2014 23:48:44

vissuto degli operatori del Servizio si caratterizzava per una crescente apprensione, legata alle possibili reazioni di Daniele a quella perdita che si prospettava sempre più imminente. Anch'io ho condiviso queste preoccupazioni; tuttavia nutrivo anche una recondita speranza che tale evento potesse rappresentare per il paziente una tappa sì dolorosa, ma potenzialmente evolutiva.

In questo periodo ho sentito Daniele affettivamente più vicino. L'interazione in seduta si è fatta emotivamente più intensa. La maggiore vicinanza generava in lui sentimenti contrastanti: al sollievo di poter condividere e comunicare i suoi stati d'animo faceva seguito il timore di avermi invaso. Ricordo vivamente una seduta in cui mi sono sentito in contatto col suo dolore che emergeva nel descrivermi la madre, ormai in fase terminale, soffrire nel letto dell'ospedale. In quel frangente è rimasto molto colpito dalla mia reazione. Non solo aveva espresso la sua gratitudine, ma mi aveva addirittura detto che era fiero di me, e aveva aggiunto: *"la sua commozione mi fa commuovere"*.

La settimana successiva era come se prevalesse in lui il timore di avermi atterrito, sentendo come il bisogno di chiedermi scusa: *"la scorsa volta mi sono aperto molto e l'ho fatta commuovere"*, sono state le sue parole. Nonostante il mio tentativo di valorizzare l'importanza degli scambi avvenuti, ha ribadito la sua convinzione di esserci "buttati giù" per via dei suoi discorsi poco lineari, quasi a sottolinearne l'aspetto inopportuno e minaccioso. L'intensità del nostro incontro e dei sentimenti circolati è stata evidente: il paziente ha espresso il desiderio, agito, di terminare la seduta con una decina di minuti di anticipo.

La settimana seguente la madre è mancata. Il periodo che ne è seguito è stato certamente difficile per Daniele, che è comunque riuscito a mantenere uno stato di compenso. Nelle sedute emergeva il bisogno del paziente di superare il lutto, mantenendo una distanza di sicurezza dai contenuti emotivi. Utilizzando un'immagine ha espresso il desiderio di mettere il ricordo della madre morente, così come i suoi errori, in una scatola da gettar via. Parallelamente era certo che il riuscire a non pensare, in quel momento, gli garantisse una maggiore probabilità di riprendersi. Le aspettative di Daniele vertevano su una prospettiva di superamento del lutto immediata. Si auspicava, piuttosto che una ripresa graduale, "un colpo di reni" che gli permettesse di superare indenne questo momento. Non a caso è iniziata ad emergere la riluttanza del paziente a venire in terapia; questa difficoltà, verbalizzata, rifletteva a mio avviso il timore di rimanere sopraffatto dal dolore e dall'angoscia che ricordi e pensieri portavano con sé. Riproponendo le parole che la madre aveva rivolto a lui, Daniele è riuscito ad esprimere questa sua paura: *"uno come me"*, mi ha detto, *"potrebbe anche morire per un dispiacere"*.

Nel periodo successivo alla morte della madre è stato predisposto, da parte dello psichiatra, l'intervento di un amministratore di sostegno che garantisse a Daniele un'oculata gestione delle sue finanze.

Daniele si è trovato a vivere da solo e a doversi occupare delle faccende

varchi10.indd 54 24-03-2014 23:48:44

domestiche. La gestione della casa è stata monitorata dall'infermiera del Servizio, attraverso visite domiciliari, l'esito delle quali è risultato essere più che soddisfacente.

Sul lavoro Daniele è riuscito a mantenere un buon rendimento e questo ha rappresentato per lui un aspetto di cui andare orgoglioso. Le problematiche legate alla dipendenza dal gioco sono tuttavia rimaste.

In terapia si sono alternati momenti in cui mi appariva più in contatto con la sfera emotiva, ed in particolar modo con i profondi vissuti di solitudine, ad altri in cui si adoperava per rimanerne distante. Il mio sforzo è stato teso soprattutto ad individuare una possibilità di poter cogliere e vivere i vissuti profondi, senza per questo rimanerne travolti o sopraffatti.

A distanza di tempo ha avuto luogo in seduta un momento importante tra noi. Daniele ha esordito ricordando come fosse trascorso un anno esatto dalla morte della madre. Il clima della comunicazione era permeato dal senso di colpa: il paziente si diceva dispiaciuto che quella "povera donna" non avesse ricevuto in vita il giusto affetto, ricordando le mancanze del padre (definito uno "scavezzacollo") e i problemi che lui stesso le aveva sempre dato. In una sorta di gioco di spostamento di colpe aveva anche potuto riconoscere che la fonte di alcuni suoi problemi potesse anche risiedere nel clima conflittuale che aveva sempre respirato in casa. Ha riportato, come rivivendoli, i litigi tra i suoi genitori, in genere scaturiti dalla patologica gelosia del padre. Nelle parole di Daniele non ho potuto fare a meno di notare come egli si riconoscesse nel padre e si ritenesse colpevole della malattia della madre. Ad un certo punto il discorso del paziente si è interrotto per lasciare spazio ad un pianto fragoroso. Singhiozzando, mi ha detto: *"Non sono mai andato a trovarla al cimitero in tutto questo tempo"*. Io mi sono sentito molto partecipe e, benché in silenzio, vicino. Daniele si è alzato per aprire leggermente la finestra e, con mio stupore, si è scusato. Come già successo in altri frangenti, ho percepito la necessità del paziente di ricompattarsi e, in un certo senso, di "rimettersi insieme" dopo aver vissuto un momento così intenso con me. Pur manifestandogli verbalmente la mia vicinanza e sottolineando l'importanza di riuscire ad esprimere ciò che teneva dentro, ho fatto fatica a riuscire a parlare con lui di quanto accaduto e ad interrogare il bisogno da lui sperimentato di chiedermi scusa. La seduta seguente non si è presentato: diversamente dal solito quell'assenza aveva generato in me una certa apprensione. Dovendogli comunicare un cambiamento di orario per la volta successiva l'ho contattato telefonicamente. Daniele ha colto l'occasione per riversarmi addosso l'ansia che un litigio con la sorella gli aveva generato. Ripreso l'argomento in seduta, ho sentito Daniele muoversi nella relazione con me in modo più libero. In quell'occasione mi ha detto di aver realizzato che io ero, da quando la mamma era mancata, l'unica persona di riferimento con cui poter parlare. Ho sentito dentro di me tutto il peso di quella sua comunicazione, avvertendo anche l'importanza e la

varchi10.indd 55 24-03-2014 23:48:44

possibilità di addentrarmi insieme con lui in un terreno impervio, ma sicuramente più vivo.

A distanza di due anni dall'inizio del nostro lavoro mi sento di dire che tra di noi si è creato un legame forte. È stato un processo lento e graduale, caratterizzato da movimenti di avvicinamento e successive prese di distanza. Il desiderio di vicinanza è stato espresso anche sotto forma di richieste del paziente di uscire al di fuori del setting terapeutico. Già nei primi colloqui aveva manifestato la speranza che i nostri incontri potessero diventare col tempo "più colloquiali", intendendo con questo più leggeri. Nel corso della terapia mi ha esplicitato il desiderio di andare a bere una birra con me, una volta terminato il nostro percorso. Altre volte mi ha domandato se potesse offrirmi un caffè a fine seduta. Pur tentando di interrogare il significato di questi inviti e di dargli un senso, nel rifiutare ho provato il timore che si sentisse respinto.

Si aprono adesso nuovi interrogativi, al momento irrisolti, legati al termine della mia esperienza di tirocinio ed ad un'eventuale prosecuzione in un contesto privato. La mia speranza è che si possa trovare il modo di mantenere viva questa relazione, specialmente ora in cui stanno emergendo nuovi elementi, che, nella loro complessità, ci potrebbero permettere di intravedere un po' meglio e accostarci un po' di più a quelli che sono i vissuti e le angosce profonde di Daniele.

In conclusione vorrei soffermarmi su alcune dinamiche che hanno avuto luogo e si sono ripetute nella dinamica transferale-controtransferale.

Una modalità rituale che Daniele ha di porsi in seduta è quella di rivestire il ruolo di reo confesso: anche la postura del corpo, curva, col capo chino, è in sintonia con il contenuto e la tonalità affettiva dei suoi discorsi, carichi di senso di colpa. In questi casi è come se mi sentissi scalzato dal ruolo di terapeuta per rivestire le vesti di un "padre confessore". Capita che mi riferisca comportamenti a suo avviso non consoni (come per esempio l'andare con *"donne di facili costumi"*) portandomi la forte convinzione di essere giudicato da me negativamente. I miei sforzi tesi a comprendere, più che a giudicare, è come se fossero lasciati cadere nel vuoto. Quello che provo è una sensazione di impotenza, che ha molto a che fare con la netta impressione che lui sia impenetrabile. Non a caso, in diverse circostanze, sento la difficoltà di ritagliare degli spazi per i miei interventi. Ho come l'impressione che abbia paura delle parole da me proferite, tanto che, non di rado, vengono da lui ignorate se non addirittura non percepite.

Un contatto più autentico con me e con le sue parti interne è desiderato e al tempo stesso temuto. Ogni qualvolta in cui questo avviene ricorre in lui la sensazione di avermi invaso con i suoi contenuti mentali. Mi ha espresso così, di volta in volta, la convinzione di avermi intristito, investito, o addirittura provocato il mal di testa.

Searles, in *Il controtranfert*, ha messo bene in evidenza come il paziente, attraverso le sue distorsioni transferali, possa avere una percezione della posizio-

varchi10.indd 56 24-03-2014 23:48:45

ne e della funzione dell'analista completamente diversa da quella che l'analista stesso crede di avere. In questo senso è possibile che i momenti di maggiori intimità vengano vissuti e percepiti da Daniele, con una certa sorpresa da parte mia, come una potenziale minaccia all'integrità del sé; oppure, riprendendo le parole di Searles, *"può accadere che la posizione di osservatore dell'analista venga percepita come la proiezione del proprio Super-io che controlla in modo onnipotente e condanna duramente il paziente stesso"*.

Daniele è un paziente che vedo volentieri e sento di nutrire nei suoi confronti un profondo affetto.

Compassione e tenerezza sono i sentimenti che provo maggiormente quando mi sento più in contatto con le parti vulnerabili del paziente. Questo avviene in special modo quando emerge, in tutta la sua pesantezza, il senso di solitudine che abita dentro di lui.

Non manca tuttavia la fatica. Ci sono momenti in cui devo sforzarmi di tenere viva la speranza, soprattutto quando mi sembra di non ravvisare alcun cambiamento significativo nella sua vita. Mi sento attraversato da domande cruciali, che chiamano in causa le aspettative, di Daniele ma soprattutto mie, che vengono riposte sulla terapia.

Diventa pertanto fondamentale riconoscere ed entrare in contatto con l'angoscia profonda che, in persone gravemente malate, il cambiamento richiama con sé. Essere consapevoli di questo permette di liberarsi un poco dell'urgenza di "curare", e diventare, al tempo stesso, meno pressanti nei loro confronti. Perché, come sottolinea Searles, *"probabilmente nulla ostacola di più la psicoterapia di tali pazienti del bisogno ansioso del terapeuta di curarli"*.

varchi10.indd 57 24-03-2014 23:48:45

Bibliografia

Bion W. (1967), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando Editore, Roma, 2009.

Correale A. (2001), *Tecnica e controtransfert nel disturbo borderline*, in "Borderline. Lo sfondo psichico naturale" di A. Correale, A.M. Alonzi, N. Giacchetti, Borla, Roma, 2001.

Eagle M. (2000), *A critical evaluation of current concepts of transference and countertransference,* Psychoanalytic Psychology, 2000, 17, Trad. it.di Fabiano Bassi *Una valutazione critica delle attuali concettualizzazioni su transfert e controtransfert*, in Psicoterapia e Scienze Umane, 2000, XXXIV.

Freud S. (1913), *Lettera a L. Binswanger del 20 Febbraio 1913.*

Gabbard G.O. (1996), *Il contributo dell'analista al transfert erotico,* in "Amore e odio nel setting analitico", Astrolabio Ubaldini, Roma, 2003.

Haimann P. (1950), *Sul controtransfert*, in "Il controtransfert. Saggi psicoanalitici", a cura di C. Albarella e M. Donadio, Liguori, Napoli, 1986.

Little M. (1986), *Verso l'unità fondamentale*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1994.

Modell (1991), *The therapeutic relationship as a paradoxical experience*, Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives, 1991, Vol.1.

Pick I.B. (1985), *Il processo di 'working through' nel controtransfert*, in "Melanie Klein", a cura di Elizabeth Bott Spillius, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1995.

Racker H. (1953), *Il significato e l'impiego del controtransfert*. In "Studi sulla tecnica psicoanalitica" (1968), Armando, Roma, 1970.

Searles H. (1965), *Scritti sulla schizofrenia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.

Searles H. (1979), *L'osservazione partecipe dell'analista condizionata dal transfert del paziente*, in "Il controtransfert", Bollati Boringhieri, Torino, 1994.

Strachey J. (1934), *The nature of the therapeutic action of psychoanalysis*, International Journal of Psychoanalysis, 15.

Winnicott D. (1947), *L'odio nel controtransfert,* in "Dalla pediatria alla psicoanalisi", Londra 1958, ed.it. G.Martinelli, Firenze,1975.

varchi10.indd 58 24-03-2014 23:48:45

LA SCATOLA DI UN BAMBINO

di Francesca Ciccia

M. arriva in Consultorio a 8 anni, in terza elementare, ma l'anno precedente era già stato con la famiglia in un Centro di Consulenza Familiare. Qui vengono rilevati conflitti latenti tra i genitori, separati da quando M. aveva 18 mesi ed entrambi conviventi con i nuovi rispettivi compagni. La psicologa del C.C.F. suggerisce un percorso diagnostico in N.P.I, dove a M. viene diagnosticato un Disturbo Depressivo. Nel frattempo M. si trova ad affrontare un lutto: muore infatti, vittima di un incidente stradale, la nonna paterna. La donna aveva accompagnato M. a scuola e stava rientrando a casa. Questo episodio sconvolge il bambino, che perde la figura di riferimento "preferita". Al termine del primo quadrimestre di terza elementare quindi, a fronte di un peggioramento comportamentale e di una richiesta di sostegno scolastico (legge 104) inoltrata dalla madre su suggerimento delle insegnanti, M. arriva in Consultorio inviato dalla N.P.I per ulteriori approfondimenti diagnostici. Nella relazione delle maestre si legge una preoccupazione legata sia all'apprendimento (difficoltoso se non in un rapporto 1:1) sia al comportamento di M. definito dalle stesse inadeguato e bizzarro. Nel corso del mio trattamento con M., nascerà anche un fratellino frutto della relazione della madre con il nuovo compagno.

La prima seduta

M. arriva alla prima seduta ben informato rispetto alle preoccupazioni delle insegnanti e dei genitori e a ciò che si sarebbe fatto insieme. Entra in stanza da solo e dimostra una certa facilità alla relazione; tuttavia appare evidente fin da subito una velata diffidenza e confusione tra ciò che è reale e ciò che è immaginario. Il suo eloquio diventa dopo poco confabulatorio, privo di nessi logici e rende poco comprensibili i suoi tentativi di comunicazione e di narrazione. L'esplorazione dettagliata dell'ambiente e del contenuto dei mobili viene accompagnata da pensieri paranoidi rispetto alla possibilità che qualcuno dall'esterno ci potesse ascoltare o vedere. Le idee di matrice paranoide si sono poi concretizzate nella richiesta di vedere il contenuto anche degli armadi chiusi a chiave: io non mi sono sentita di limitarlo; volevo osservarlo e sapevo che nessun mobile conteneva dati sensibili. Giunta l'ora concordata per la "cerimonia" del ritiro dei giochi, preparatoria al saluto, M. si rifiuta di collaborare e in un alternarsi di tentativi di gioco (prima di allora non aveva utilizzato i giochi in modo ludico, ma si era limitato ad ordinarli sulla scrivania a mo' di esposizione) e capricci vari, tenta di forzare questo limite e di non attuare una separazione. Il ricordo del racconto della madre, che lo aveva allattato al seno fino a 2 anni per una propria

varchi10.indd 59 24-03-2014 23:48:45

incapacità di separarsi, ha amplificato il mio senso di soffocamento e ho sentito l'urgenza di farlo uscire dalla stanza il prima possibile per essere contenitiva. Mi è venuta l'idea di un patto da "stringere" che in qualche modo potesse funzionare da legame provvisorio con la seduta successiva. Un patto-promessa che andava a riprendere le regole del setting condivise a inizio seduta e che adesso acquistavano forse una valenza differente. Porgendogli la mano in segno di impegno reciproco ho detto: *"Tu ora vai via ma noi ci vedremo ogni lunedì, stessa ora e stesso posto, per qualche mese"*. Lui mi ha dato solo un mignolo da stringere ed io: *"Hai ragione, non mi conosci ancora e non sai se ti puoi fidare"* e lui annuendo: *"Magari poi sarà così (aggiungendo l'anulare) e così (…medio,…indice…) poi magari alla fine sarà così (tutta la mano)"* ed ha accettato di essere accompagnato fuori dove erano ad attenderlo mamma e papà. Una volta congedata da loro e rientrata in stanza mi sono resa conto che erano "sparite" le chiavi dell'armadio e subito ho pensato le avesse prese lui, come oggetto transizionale, forse a garanzia del ritorno della settimana successiva. Così, agendo d'impulso sono uscita dalla stanza per chiedergli di rientrare per aiutarmi a cercare le chiavi che avevamo usato insieme. Un po' stupito ha accettato di rientrare, ma appena varcata la soglia, ho visto le chiavi spuntare da sotto un foglio, sull'armadio stesso.

Angoscia, confusione, colpa, queste sono state le emozioni che mi "frullavano" in testa dopo il primo "impatto" con M.: tutto quello che ho visto e sentito[1] è stato rapido, immediato e non mediato e talmente intenso da frammentare anche la mia capacità di pensare.

Il contatto difficile

Le prime sedute sono state tra loro molto simili. M. entrava in stanza con entusiasmo, mi diceva che gli ero mancata, a volte accennava anche ad abbracciarmi, ma si fermava quasi spaventato. Spesso riproponeva piccoli deliri paranoidi: temeva che qualcuno, in particolare il padre, potesse spiarci o vederci, sentire i nostri discorsi e punirlo. Per gran parte della seduta esistevo solo come "qualcosa" di intrusivo che, chiedendo chiarimenti o tentando delicatamente di inserirsi nelle sue attività, faceva scatenare la sua rabbia. Le sue attività erano spesso sconnesse e soprattutto non prevedevano in nessun modo un mio coinvolgimento. Giocava con i Lego e cambiava spesso "gioco nel gioco" tenendomi a distanza in ogni modo. Agiti aggressivi (urla, minacce, lancio di giochi, ecc.) segnavano spesso la reazione a miei interventi. Piuttosto improvvisamente, la narrazione di ciò che stava facendo, o di ciò che gli era successo a scuola o a casa, diveniva via via meno comprensibile e sempre più confabulatoria.

All'inizio della quarta seduta, dopo avergli comunicato che la settimana successiva avremmo dovuto saltare l'incontro per impegni presi dal Servizio, la sua reazione è stata molto particolare. Il dispiacere e la delusione erano tangibili

1 Nel duplice senso di udire e provare/sentire (to listen e to feel).

varchi10.indd 60 24-03-2014 23:48:45

ma senza trovare inizialmente espressione a livello verbale. Le uniche cose che riusciva a chiedermi erano indirizzate al cercare di comprendere quanto fosse vero che erano impegni che *dovevo* (e non volevo!) mantenere. Voleva capire se gli dicevo la verità, ma anche se la mia assenza fosse legata ad una mia difficoltà, per altro reale in quella fase della relazione, a restare in stanza con lui, a sopportare l'incertezza di una relazione quasi assente, con un bambino inquietante ed imprevedibile e a tratti spaventoso. Poi, dopo alcuni miei tentativi di trasformare in parole quanto stesse accadendo, ha iniziato a contorcersi, accusando forti dolori alla pancia. Doveva andare in bagno, urgentemente! Dal canto mio, non solo non avevo le chiavi del bagno (essendo il consultorio di fatto già chiuso a quell'ora) ma ritenevo opportuno riuscire a fornirgli un contenimento che gli potesse permettere di tollerare gradualmente l'angoscia legata alla separazione. Sapevo che per lui ogni "fine seduta", quindi ogni separazione, era un momento molto delicato. Sapevo anche che il patto stretto nella prima seduta non aveva lasciato spazio ad eventuali mie assenze e tutto ciò andava in qualche modo chiarito, elaborato o quanto meno contenuto. Così non ho acconsentito a farlo uscire dalla stanza fin tanto non avesse risistemato i giochi. Capricci, minacce, suppliche, intervallate da una ripresa vigorosa del gioco in solitario hanno caratterizzato questa seduta, nel corso della quale M., alla fine, ha retto mezz'ora di "dolore di pancia" mentre io tentavo, verbalizzando in forma più o meno metaforica di rendergli fruibile quanto stesse accadendo da un lato a lui, ma dall'altro a noi, lì in quella stanza.

A questa seduta ne sono seguite altre, nel corso delle quali M. ha alternato affetto, rabbia, confusione, timore di divorarmi unitamente all'angoscia di essere "penetrato" e divorato da me. Questi sono stati, circa, i primi due mesi di terapia.

La chiave di volta

Nel corso di una seduta M. inizia un discorso frammentato e poco comprensibile sul film "Titanic". Intuisco però che deve averlo visto qualche giorno prima con la mamma e Ugo, il cane della nonna. Per la prima volta accenna al rapporto intenso che avevano, ma l'emozione è troppa e la voce gli si spezza in gola: *"ero molto affff… … a lei!"*. Subito dopo inizia a cantare "My heart will go on", colonna sonora del film. Noto subito che canta benissimo: è intonato, tiene il tempo, ma soprattutto canta in "inglese" in un modo così espressivo che mi fa davvero emozionare. Ci mette impegno e passione. È buffo nel suo inglese inventato; mi ricorda me, quando da piccola iniziai a coltivare la passione per il canto improvvisandomi interprete di canzoni straniere, con un linguaggio del tutto inventato. Per la prima volta non sento quell'angosciante confusione che aveva caratterizzato le precedenti sedute. M. questa volta mi fa tenerezza. Lo vedo finalmente come un bambino in tutta la sua spontaneità e fragilità. Un po'

varchi10.indd 61 24-03-2014 23:48:45

emozionata ed intenerita, forse anche rilassata, mi propongo come *base musicale*[2]. Lui accetta. È la prima volta che riusciamo a fare qualcosa insieme. In questa seduta, però, dimentico di sfilarmi l'orologio dal polso ed appoggiarlo sulla scrivania, come ho sempre fatto, in modo che il passare del tempo e l'ora risultino visibili ad entrambi, perché per lui è stato (soprattutto nelle prime sedute) molto importante poter verificare o meglio controllare di persona lo scorrere ed il giungere a termine del tempo a nostra disposizione. Quasi al termine della seduta M. mi fa notare questa mancanza e prontamente rimedio sfilandomi l'orologio. La seduta successiva dimentico di nuovo di mettere l'orologio sulla scrivania. Appena entrato, M. si dichiara arrabbiato con me: *"Io ti riconosco sempre, anche fuori da qui, mentre tu non mi riconosci mai … da una volta all'altra non mi riconosci, fuori di qui non mi riconosci…"*. Prosegue: *"…me ne accorgo perché non metti mai l'orologio sulla scrivania"*. Aveva bisogno di sentire e di sapere che lo tenevo e lo contenevo in testa e che tra una seduta e l'altra potesse esserci continuità. In effetti, per difendermi dall'angoscia controtransferale, avevo cercato di non pensare più a lui tra una seduta e l'altra. Non mi era mai venuto in mente di poter collegare in qualche modo le varie sedute, cosa che abitualmente faccio. Per me, infatti, nulla era collegato. Diciamo che unione, collegamento, integrazione non erano parole che ben si addicevano a M. e alla relazione terapeutica tra me e lui fino a quel momento. Anche il mio pensiero risultava sconnesso non solo nel senso di slegato ma anche nel senso di dissestato, come un sentiero impervio, troppo faticoso e spaventoso da percorrere. Avendomi fatto notare questa mancanza, mi è venuto subito in mente l'episodio del canto, così gli dico: *"Forse vuoi dire che ti sembra di non essere nella mia testa e che non mi ricordi di te da una volta all'altra perché le ultime volte ho dimenticato di mettere l'orologio sulla scrivania e questo ti fa arrabbiare perché tu invece ti ricordi di me. Però mi ricordo quello che succede qui in questa stanza e ricordo per esempio che la scorsa settimana hai e poi abbiamo cantato … e che tu sei un ottimo cantante!"* Questa frase deve averlo tranquillizzato e tutta quella seduta *abbiamo fatto* musica insieme: lui parole ed io base.

Questi sono stati i primi momenti di incontro autentico tra me e M.. Nelle sedute successive, se l'angoscia ha trovato un minimo di struttura e di contenimento, la difficoltà è stata rispetto alla possibilità di tenere insieme in un'immagine unitaria un M. con comportamenti psicotici, aggressivo ed isolato e un M. geniale, che riesce a sintonizzarsi sull'altro, e che in certi casi fa anche tenerezza.

Qualche seduta dopo, M. propone il primo tentativo di gioco condiviso: lui maestro ed io alunna. M. interpreta un maestro severo e cattivo, direi sadico, e

2 Solo retrospettivamente mi rendo conto del significato simbolico di questo intervento. La base è un supporto e come ci suggerisce Winnicott (1965, 1978) può essere anche qualcosa su cui costruire se è sufficientemente stabile. Ma nello specifico della musica, la base è quella che lega ed integra le strofe che altrimenti sarebbero lontane e discontinue, frammentate.

varchi10.indd 62 24-03-2014 23:48:45

dice di essere diventato così perché a sua volta vittima di adulti severi e cattivi. Durante questo gioco riesco con fatica a contenerlo e distanziarlo, M. nota il mio stupore per le sue modalità, mi sento una terapeuta "morta" che non riesce ad entrare nel gioco, proprio quando è lui a richiederlo. Allora, inizia a fare un'azione che mi stupisce e tranquillizza: mi fa l'occhiolino ogni volta che usa parole e gesti aggressivi, per farmi capire che sta facendo finta e che quei gesti sono inscritti in una cornice ludica. Questo mi permette di iniziare a muovermi ed accettare il ruolo assegnato senza dimenticare però il mio ruolo di terapeuta, con diversi tentativi di rêverie. Il "maestro" verso la fine della seduta valorizza la sua "alunna" che, sebbene con goffaggine, per la prima volta sta provando ad avventurarsi nel suo mondo interno frammentato, confuso, rabbioso e angosciante. Se la morsa disorganizzatrice del controtransfert si stava lentamente allentando riuscendo a far nascere una relazione tra me e M., l'introduzione di un oggetto tran**si**zionale in stanza è stato fondamentale per l'evoluzione della relazione terapeutica e la nascita di uno spazio di lavoro per operare sui processi di separazione-individuazione, integrazione, pensabilità e simbolizzazione. L'idea di introdurre un oggetto in stanza che potesse dare continuità concreta a tutti questi frammenti così diversi che M. portava di volta in volta, è nata durante una supervisione proprio in seguito al significato che l'orologio aveva assunto per il bambino. La scelta della scatola invece è stata condivisa con M. e suggerita da me, credo per un mio bisogno di contenere alcuni pezzi che sentivo di perdere o di non poter integrare. La presenza della scatola in stanza ha subito stimolato M. che, nelle

figura 1

varchi10.indd 63 24-03-2014 23:48:45

sedute successive, ha disegnato e poi organizzato un gioco accompagnato da una narrazione strutturata, iniziando lentamente ad esprimersi con modalità comunicative più integrate anche sul piano linguistico.

M. ha rappresentato dapprima un asteroide che avrebbe dovuto impattare contro la terra (fig. 1) e, seppur minato dagli astronauti, rischiava comunque di colpirla e danneggiarla con i suoi *pezzi*. Proprio come l'asteroide con la terra, M. inizialmente aveva rischiato di mandarmi in frantumi tempestandomi di proiezioni di parti di sé. La comprensione di tutti questi movimenti controtransferali ha costituito un importante strumento di tutela: M. ha capito che non rischiavo più di rompermi come prima. Infatti alla domanda *"Secondo te la terra può riuscire a difendersi, a non essere danneggiata?"* ha risposto: *"Certo, ha l'atmosfera!"*

M. ha poi proposto di disegnare entrambi 4 navi. Le sue navi (fig. 2) sono tutte affondate a seguito di un incidente, nessun superstite. Avevo colto, dal racconto di M., l'angoscia di morte o forse di frammentazione che si celava in esso e tutto questo gli andava restiuito in forma meno angosciante e più fruibile. Le mie navi (fig.3) si prestavano bene ad interagire con le sue al momento dell'inci-

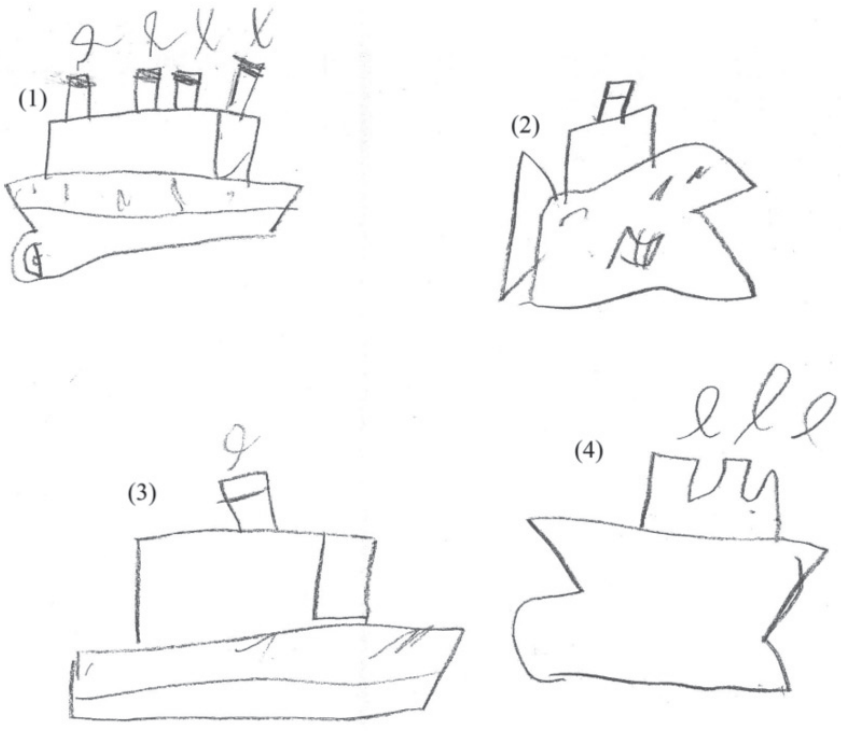

figura 2

varchi10.indd 64 24-03-2014 23:48:45

dente per aiutare i passeggeri (nave *a* vicino a nave 1 e così via) M. inizialmente si è opposto con rabbia: anche sulle mie navi avrebbe dovuto finire tutto in frantumi, ma poi ha ascoltato. Ho aggiunto che dentro l'ultima nave c'era anche un tecnico che *"sa aggiustare le navi"*. La sua espressione è mutata improvvisamente ed ha aggiunto *"Aggiustiamole allora!"*.

Infine M. è ruscito anche a giocare *costruendo* qualcosa con i Lego, narrando una storia che desse un senso alle costruzioni, dove tutto era *legato:* una storia attraverso la quale parlare di sé e dei nostri tentativi di integrazione, il tutto affrontato a livello simbolico attraverso l'uso di metafore. Sembrava che la sue azioni, a livello simbolico rappesentassero l'introiezione di ciò che stava passando attraverso la nostra relazione: la possibilità di unire, ricostruire, dar senso e riparare.

Bibliografia

Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.
Winnicott D.W. (1971), *Gioco e realtà,* Roma, Armando, 2006.

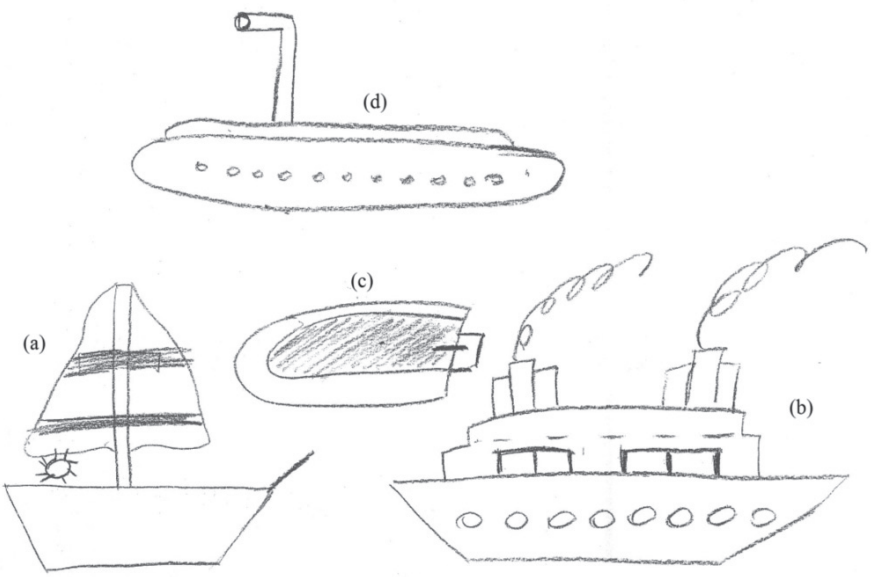

figura 3

varchi10.indd 65 24-03-2014 23:48:45

LA FINE DI UN AMORE
di Katiuscia Del Dottore

S. arriva in terapia due anni dopo la traumatica conclusione di una storia sentimentale con un uomo più giovane di lei di venti anni. La donna, da poco compiuti 60 anni, esprime una profonda ambivalenza verso qualsiasi cambiamento che vada a modificare un assetto psicofisiologico non più percepito come ego sintonico e che, negli ultimi anni, l'ha portata a sperimentare una profonda depressione con ideazioni suicidarie e con intensi attacchi di panico.

S. lamenta di non riuscire a dimenticare questa persona, il cui ossessivo pensiero le "ingombrerebbe" la mente. Nonostante le modalità dell'abbandono del giovane amante depongano verso una scarsa considerazione dell'unicità del loro rapporto amoroso, la signora continua a fantasticare sulla relazione, mantenendone vivi nel piano fantasmatico gli aspetti ideali di unicità, intensità ed eccezionalità e vive nella illusoria aspettativa che l'uomo torni da lei, dichiarandole l'amore speciale ed unico a cui avrebbe provato a rinunciare per tutela di entrambi. La prima richiesta della signora è di riuscire a togliersi il pensiero ossessivo di quest'uomo e recuperare un sufficiente equilibrio. Collega a questa richiesta i disturbanti attacchi di panico a cui è soggetta. Ulteriore preoccupazione è quella per l'uso autogestito di farmaci e alcol.

S. accetta di affrontare la tematica farmaci-alcool con un Medico Psichiatra del Servizio Pubblico; l'esito della consultazione è positivo e nei mesi successivi spontaneamente interromperà il consumo di super alcolici e stabilizzerà l'uso dei farmaci.

Fin dall'inizio della terapia, la relazione tra me e S. è intensa. Il clima delle sedute è intimo e permette un buono scambio emotivo, ma alcuni movimenti della paziente indicano una certa quota di conflittualità nell'accettazione degli aspetti formali della relazione terapeutica.

Inizialmente S. porterà in seduta un forte desiderio di venire guarita magicamente.

Mi trovo subito alle prese con la dimensione dell'onnipotenza-impotenza della paziente e dalla modalità di narrazione emergono massicci meccanismi di negazione, spostamento e idealizzazione con la funzione di mantenimento di illusorie fantasie di onnipotenza. La sofferta e fragile costruzione della paziente, mi porta a considerare ogni operazione di confrontazione degli aspetti illusori sul piano di realtà come una manovra complessa e delicata. Lascio il tempo e lo spazio a S. che, in modo discontinuo, si avvicinerà e allontanerà dalla presa di coscienza della distanza tra piano fantasmatico-ideale e piano di realtà della propria esperienza di vita.

varchi10.indd 66 24-03-2014 23:48:45

Il rigore nel mio mantenimento del setting, con i classici elementi di riconoscibilità e prevedibilità, permette a S. di elaborare i "limiti taumaturgici" del terapeuta e di esprimerne in terapia la conseguente frustrazione attraverso una serie di "movimenti" aggressivi. La paziente resta a lungo in bilico tra la esplicita richiesta di essere curata da un agente esterno e una faticosa presa in carico del suo stato psicofisico. La forte ambivalenza di S. verso ogni cambiamento la porta a continui tentativi di manipolazione del setting. I movimenti falliti di attacco degli aspetti formali del setting hanno consentito a S. di scegliere di potersi affidare, mettendo in luce la presenza di un'energia capace di accedere alla funzione riparatrice, testimoniando la presenza di risorse mature ed evolute.

Il dilemma centrale di S. è la profonda frustrazione per la sua incapacità a trovare l'amore di un uomo che si prenda cura di lei. L'idea che le altre donne, mostrando la loro fragilità e la loro disponibilità a essere dipendenti, ottenessero ciò che a lei sembrava negato esacerbava ulteriormente il conflitto.

S. mostra, a livello cosciente, di saper distinguere tra fantasia e realtà. Nel materiale che porta in seduta esprime una grande ricchezza di contenuti e di significati simbolici, ma dimostra una scarsa capacità di utilizzare questa ricchezza nel piano di vita reale.

Emerge come schema dominante di funzionamento un sistema basato sul modello "premio/punizione".

Gli altri, a parte alcune figure a lei molto vicine tra cui la figlia, un suo dipendente e un socio, sono descritti in modo indifferenziato. Lentamente, nelle sedute emergono i modelli operativi interni di S; la strategia che andiamo disegnando la vede organizzare il proprio comportamento in base a ciò che crede siano le attese degli altri nei suoi confronti: S. modella il suo comportamento secondo ciò che pensa possa piacere agli altri e in questi "passaggi di proiezioni" sembra perdere la possibilità di sperimentare e costruire un senso di identità autentico e stabile.

Nel primo trimestre di terapia restiamo ancorate al dolore aperto dalla frattura amorosa, attraverso la quale troveremo un varco per entrare nel vivo della dialettica tra posizione ideale e dimensione reale e nella discontinuità del passaggio tra l'uno e l'altro registro di significato. Ciò conduce la paziente alla ricostruzione della storia famigliare. La madre viene descritta come una donna dal carattere forte e dominante, poco affettuosa e molto severa. Le sorelle, maggiori una di quattro e l'altra di otto anni, sembrano restare sullo sfondo e le relazioni tra di loro intrise di forte conflittualità e competitività. La descrizione della madre mette in luce la predominanza dell'utilizzo di meccanismi scissi nelle identificazioni primarie[3]. Da una parte tratteggia una donna forte, intransigente e dominatrice, dall'altra una donna fragile che usa modalità passivo aggressive in senso manipolatorio.

3 Fonagy P. & Target M., *Attaccamento e funzione riflessiva*.

varchi10.indd 67 24-03-2014 23:48:45

Dalla rievocazione delle atmosfere passate cominciamo a gettare dei ponti di significato con le dinamiche attuali della paziente; viene così a galla il terrore che la congela ogni qual volta debba affrontare situazioni di conflitto nel proprio contesto di vita. Ci troviamo a fare i conti con la potente e inconscia associazione di S.: *esprimere la propria rabbia significa essere abbandonati a se stessi, entrare in conflitto equivale a esporsi al pericolo della perdita di senso e alla disintegrazione del sé*. S. si scopre capace di dare un significato alle molteplici contraddizioni tra ciò che pensa e ciò che agisce. Dopo avere portato in seduta gli aspetti di rabbia e sofferenza legati alla figura materna, S. comincia a portare i "pezzi" di una mamma buona, racconta di una donna anziana e malata che si lascia curare e accudire dalla figlia, rivisitando e pacificando con lei alcuni eventi traumatici del passato.

Il papà, che sul piano reale emerge come figura marginale (navigando era infatti lontano da casa per lunghi periodi), viene descritto con grande passione. S. ricorda che suo padre aveva una debole per lei e collega a questo l'ostracismo che le altre figure femminili della famiglia sembrano operare nei suoi confronti. Dopo il pensionamento il papà rientra a casa e la situazione diviene invivibile. La madre fagocita l'uomo che lentamente lascia spegnere la propria vitalità.

S., appena compiuti i diciotto anni, con la scusa di avere trovato un lavoro, si trasferisce in un'altra città. In concomitanza alla sua fuoriuscita dalla casa di famiglia, il papà si ammala di tumore ed S. sarà l'unica delle sorelle ad occuparsi, insieme alla madre, del triste calvario medico che il padre dovrà affrontare.

Addentrandoci negli scenari delle dinamiche del gruppo famigliare, mettiamo in luce la presenza di una forte competizione delle donne della famiglia nel contendersi l'attenzione e l'affetto del papà. Il clima sembra essere permeato da aggressività, gelosia ed esclusività/esclusione e segnato dal fallimento della dimensione di solidarietà. La capacità di identificazione empatica sembra essere clandestina in tutti i membri del sistema, ed S., in terapia, comincia a capire di avere difficile accesso alla complessa funzione "metacognitiva"[4]. Alla morte del padre, S. riprende la sua vita e torna nella città natale; a questo punto sembra che la famiglia si sgretoli.

Alla morte della madre sarà presente solo S.

Dopo tale evento, le sorelle s'incontreranno una sola volta per sbrigare le faccende ereditarie e non si vedranno mai più.

Rispetto alla descrizione della sua famiglia, la paziente passa da sentimenti di rabbia e dolore a sentimenti di amore e perdono nei confronti dei genitori.

I condizionamenti culturali che S. ha sempre combattuto sembrano invece essere stati interiorizzati in "nuclei" isolati tra loro e collegati a pezzi idealizzati della figura materna, con esito problematico sul versante della solidità dell'Io e della autostima. Pesanti eredità morali sembrano minare la possibilità di S. di considerarsi degna di fiducia e di stima, spingendola alla continua oscillazione

4 Fonagy, P., *Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità.*

varchi10.indd 68 24-03-2014 23:48:45

tra l'idealizzazione difensiva di essere superiore e di potersi permettere di sfidare le regole e i limiti delle convenzioni e il senso pervasivo di inferiorità che la colpisce per aver solo osato pensare di sfidare tali "convenzioni".

Nella terapia si delineano due S.: una piccola e sofferente con meccanismi di funzionamento arcaici e disadattivi sul piano sociale, ma percepiti come vitali, capaci di farla sentire viva; l'altra più adulta, che desidererebbe essere normale e imparare a vivere nella dimensione del suo quotidiano.

Durante il processo di analisi dei contenuti e dei significati dei modelli operativi interni e il lavoro di destrutturazione degli stessi per verificare quali spazi di sperimentazione al cambiamento potevano essere praticabili per S., ogni suo tentativo di stare nella dimensione del quotidiano la porterà a sperimentare una pervasiva perdita di vitalità così invalidante da riportarla a fantasie suicidarie con conseguente acerbarsi delle crisi di panico diurne ed episodi di apnea notturna.

Devo dire che la tematica dei rapporti con il femminile in S. è complessa e si sviluppa in modo trasversale lungo tutte le sedute. S. ripercorre con me la profonda ambivalenza che prova nei confronti dell'identità di genere e degli aspetti femminili ad essa collegati, mostra una certa predilezione degli aspetti maschili che fa propri e resta desolata e annichilita di fronte alle dimensioni più squisitamente femminili a cui desidererebbe inconsciamente accedere, ma che rifiuta sul piano di realtà in un conflitto attivo ed energeticamente depauperizzante. Ma in seguito, anche attraverso il rapporto con la figlia, riesce a recuperare come positive alcune dimensioni tipicamente femminili.

S. prosegue la sua vita nella città natale, fa un corso da infermiera e trova lavoro in ospedale. Ha varie storie sentimentali tra cui emerge la relazione con un prete. Questa storia la gratifica molto, sentendosi idealizzata dall'uomo, ma sarà una storia che non si può vivere alla luce del sole e sarà usata dalla paziente a riprova dell'impossibilità di un amore ideale, tangibile e illusorio al medesimo tempo.

La storia con l'uomo che prenderà per marito è descritta in termini più realistici: la relazione non sembra intensa, lei si racconta innamorata e non ricambiata. Il marito avrà nei suoi confronti un atteggiamento ambivalente e utilitaristico; da una parte non mancherà mai di magnificare le capacità pratiche e le qualità imprenditoriali della moglie, dall'altra non si risparmierà nel biasimare e castrare i bisogni di intimità di S. L'uomo, vedovo, ha già un figlio dalla prima moglie e accetta di sposare S. in seconde nozze. È un uomo facoltoso e molto noto in città. Il matrimonio sarà organizzato velocemente, non andranno neanche in viaggio di nozze. Quando S. resta incinta, l'uomo sarà in parte oppositivo, ma S. porterà a termine la gravidanza dalla quale nascerà una bambina che lentamente conquisterà l'affetto del padre.

Il ménage familiare è poco gratificante: S. fa la mamma e con l'aiuto del

varchi10.indd 69 24-03-2014 23:48:45

marito mette in piedi una attività artistica con un buon successo sia in termini di affermazione personale che di ritorno economico. Per sua volontà S. si separa dal marito, non divorzieranno mai e resteranno, di fatto, sempre in buoni rapporti sia per la figlia che per un reciproco sostegno. Così sarà fino alla morte dello stesso, avvenuta lo scorso inverno.

Dopo la separazione S. assume un atteggiamento sessuale attivo, quasi predatorio. Il suo fascino e la sua spregiudicatezza la rendono disinvolta e volitiva, si lascia avvicinare da uomini più giovani che soddisfano i suoi appetiti e che la fanno sentire bella, desiderata e potente.

Gradualmente, con l'avanzare dell'età, comincia a percepire il vuoto del suo stile di vita e sente di non essere capace a entrare in relazione con gli altri se non facendo la "prima donna". Abusa con l'alcol e si espone a comportamenti di dipendenza che comincia a percepire in senso ego distonico. Un'amicizia importante con un uomo più giovane di lei di venti anni si trasforma lentamente in qualche cosa di più.

La relazione durerà sette anni, è segreta ma soddisfacente. S. per la prima volta si trova a pensare di aver trovato l'uomo giusto per lei e si lascia andare. Durante questa relazione S., carica di energie, progetterà un'altra impresa che metterà in piedi e farà decollare. I due amanti s'inerpicano in uno spazio d'idealità piuttosto pericoloso, colludono nel ritenere la vita normale e quotidiana una cosa ridicola e mediocre, si profondono tutto il loro amore e il loro sentirsi unici e speciali, al di sopra dei comuni mortali.

Improvvisamente A. incontra una sua coetanea e senza dare nessuna spiegazione abbandona S. La prostrazione è profonda, attacchi di panico, ideazione suicidaria, sintomi fisici di varia natura si uniscono alla ferita narcisistica provocata dall'abbandono dell'uomo.

Dopo quasi un anno dalla sua eclissi e a circa sei mesi dall'inizio della terapia, A. riappare cercandola; per la donna sembra un tripudio, la prova che lui ha capito ed è tornato da lei. Invece per S. comincerà un periodo faticoso di illusione e disillusione, rabbia verso se stessa e odio verso le donne che la porterà ai limiti della follia: A. si farà vedere una volta al mese e non lascerà mai la sua fidanzata con la quale anzi andrà a convivere.

Gli incontri con A. sono descritti come perfetti, ideali ed eterei. Il tempo sembra sospendere il suo corso e dare spazio all'incontro degli amanti; lei si sente una regina, poi, non appena A. va via e resta da sola, si sente solo un involucro vuoto.

La tematica della relazione di S. con A. ci apre la via a due riflessioni molto importanti che aiuteranno S. a compiere delle prime e basilari distinzioni e differenziazioni e a prendere contatto con alcuni suoi modi di funzionare. Una ci permetterà di entrare a lavorare direttamente nella dimensione dell'onnipotenza-impotenza della paziente, l'altra ci aiuterà a concentrare il nostro lavoro

varchi10.indd 70 24-03-2014 23:48:45

terapeutico sulle carenze della base identitaria dell'Io della paziente e sulla conseguente scarsa autonomia nella regolazione degli stati emotivi.

In seduta si apre un periodo di conflittualità che vede S. alle prese con un doloroso processo di "mentalizzazione" delle proprie emozioni, un tempo letteralmente evacuate sul piano degli agiti comportamentali e ora faticosamente tenute e stemperate nei pensieri e momenti di recrudescenza del vecchio modo di funzionare della paziente, in cui predominano rabbia e frustrazione per il mancato raggiungimento delle mete desiderate. In una seduta significativa S. esprime la sua rabbia perché almeno prima era innamorata di A. e invece adesso non prova interesse per nessuno, non si sente desiderata da nessuno, le sembra di essere già morta.

Ogni volta che la paziente mette in discussione l'utilità della terapia, io le rimando come fedele testimone il "valore" del lavoro fatto in termini di consapevolezza della propria dimensione psicologica. Affinché S. possa cominciare a godere della funzione del pensiero, sarà necessario un lungo periodo, non solo di apprendistato, ma di scoperta e maneggiamento dei vantaggi di tale funzione.

Scoprirsi capaci di reggere la frustrazione, di non porre come unico elemento organizzatore della funzione riflessiva del sé il dover raggiungere un obiettivo sul piano reale e di poter ridefinire il rapporto con la dimensione temporale della propria esistenza è di fatto doloroso, ma ora S. appare estremamente motivata, vuole imparare a stare meglio, è disposta a mettere in discussione modi di pensare e di agire che l'hanno sostenuta lungo tutta la sua vita, ma che ora non le servono più, insomma, vuole darsi ancora una possibilità. La chiave centrale che ha permesso alla paziente di restare in terapia, è stata, credo, la mia paziente ridefinizione dei limiti e allo stesso tempo la sua scoperta e riapertura delle possibilità. Quando, ad esempio, S. si lamentava di non sapere bene dove la stessero portando i cambiamenti che avvenivano in terapia era bastato ricordarle che il principale attore di questo percorso era lei: lavorando sul proprio reale potere decisionale, S. ha potuto tollerare l'idea di provare a prendersi cura di se stessa in modo diverso dal passato.

E ce l'ha fatta !

Bibliografia essenziale

Bateman A., Fonagy P. (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Psicoterapia con il paziente borderline, Milano, Raffaello Cortina, 2006.

Kernberg O., 1978, *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Torino, Boringhieri.

Kohut H., 2003, *Introspezione ed empatia*, Torino, Boringhieri.

Fonagy P., *Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità*. Modelli e Ricerca in Psichiatria. Area Problemi di Psicoterapia (a cura di Paolo Migone) www.psychomedia.it.

varchi10.indd 71 24-03-2014 23:48:45

L'UCCELLINO DI ERRE

di Elena Bellia

Nel 2010, dopo aver preso in cura R. raccontavo così *"... mi apparve immediatamente somigliante alla mamma, sorridente, pulito e pettinato […] Scoprii fin da subito della sua passione per i vecchi film di cui mi parlava spessissimo, e del suo essere portiere in un squadretta di calcio. Ne era molto fiero. Notai di R. però, già dal nostro primo incontro, una serie di stereotipie comportamentali abbastanza invasive. Tanto invasive da sembrare davvero stereotipie più che semplici tic nervosi. Giocherellava con le mani, faticava a stare fermo sulla sedia e muoveva in continuazione braccia e gambe. Anche il suo eloquio mostrava una forma che definirei ansiosa, con parole brevi, spesso poco chiare, una voce frequentemente rotta, come se gli mancasse il fiato e una serie di frasi confuse e confusive circa i contenuti delle sue comunicazioni".*

Ricordo di aver pensato più volte alla sua «disattenzione scolastica» ed alle sue motricità «scoordinate e sgraziate» domandandomi come potesse riuscire ad avere successo, sportivamente, nella sua squadra, o così alti voti a scuola; ma ancor più importante, ricordo di aver pensato più e più volte, durante tutto il nostro primo anno insieme, come fosse possibile non descrivere questo bambino connotandolo anzitutto per questo campionario di strani movimenti e comportamenti di cui madre (e padre) non mi avevano mai fatto cenno, nemmeno una volta, durante tutta la raccolta dell'anamnesi [quasi «vedessero» - o volessero vedere - il loro bambino «idealmente» armonico come ogni genitore immagina il proprio].

Con la mamma il colloquio di restituzione iniziò in tensione, con un visibile stato di angoscia. Stava seduta senza quasi appoggiarsi alla sedia e scelsi di iniziare parlandole subito del suo «imbarazzo" (o forse disagio) per cui stava "seduta in modo chiuso" di fronte a me, preoccupata solo di dovermi chiedere se R. non avesse dei "grossi" problemi. La tranquillizzai dicendole che non c'erano grossi problemi e mi disse allora *"va bene, possiamo parlare di R. adesso*".

Questa frase mi è rimasta impressa**.** L'espressione solitamente sorridente e la faccia rilassata della signora in quell'occasione si trasformarono radicalmente; la faccia seria, la fronte corrucciata, gli occhi stretti, mi guardava come stessi per spiegarle un'equazione di terzo grado e lei dovesse prendere appunti mnemonicamente sapendo già di non capire nulla. Pensai in quel momento che l'ovvietà di «essere lì per parlare di R.» non era un pensiero così scontato e banale, nella testa di questa madre.

Forse il lutto non ancora risolto (la signora aveva abortito 3 anni prima) e i sentimenti fantasmatici di quell'ansia primigenia di aver generato un figlio «non perfetto», continuavano a farla sentire come se il soggetto di cui dovessimo

varchi10.indd 72 24-03-2014 23:48:45

parlare in quella sede, restituendole dei dati statistici sulle prestazioni dell'apprendimento di R., fosse in realtà lei.

In quell'affermazione spontanea A. mi aprì in realtà un mondo su di sé e sul suo modo di percepire R., in qualche modo ancora come parte di sé.

Ma contrariamente a quanto immaginavo allora, la sua ansia e la sua preoccupazione di madre di un figlio con «qualcosa che non va», o a cui debba continuamente «succedere qualcosa», non hanno mai, in questi anni, intralciato il nostro lavoro di terapia (mio e di R.). Ancora oggi A. è estremamente adeguata ed attenta, anzi, a non "disturbarmi" telefonandomi, se non è strettamente necessario, e tenta di invadere sempre meno lo spazio del setting rispetto ad un tempo; soprattutto da quando abbiamo scelto insieme (su sua richiesta) di modificare la cadenza degli appuntamenti fra me e il figlio.

Inizialmente infatti il contratto terapeutico prevedeva che io vedessi R. una volta la settimana, e così è stato per tutto il primo anno. Dopo poco più di un anno, alle soglie dell'ingresso alla scuola Secondaria di Primo grado, la mamma mi chiese, in vista del passaggio scolastico di R. e del moltiplicarsi dei suoi impegni futuri [ritorna sempre la costante del mettere di fronte a tutto «gli impegni» del bambino come se la terapia non lo fosse ma contemporaneamente lo fosse anche] di fissare le sedute ogni 15 giorni.

In quel periodo R. era particolarmente ossessivo, ripetitivo, e per me le sedute con lui erano diventate molto pesanti. Istintivamente sentii quasi un sollievo alla proposta della mamma, ma non volevo accettare subito, credendo sinceramente che fosse il caso rifletterci e discuterne comunque prima con lui.

Andammo avanti con il nostro percorso ancora nel mese di luglio; ad agosto ci fu la pausa estiva e loro ritornarono in studio da me a metà settembre. Dopo un paio di settimane, ne parlai effettivamente con R. che mi disse di essere d'accordo, argomentando con una serie di contenuti un po' ossessivi sullo scansionarsi del tempo e sulla sua organizzazione di impegni futuri.

Presi allora, ai primi di ottobre, un altro appuntamento con A. e le spiegai che avrei fatto questo cambiamento in funzione di una sorta di «patto» di alleanza con lei.

Il modificarsi della cadenza delle sedute doveva servire ad alleggerire R. e me, come impegno tempistico e cognitivo [oltre che emotivo probabilmente, ma in quella sede alla madre non lo dissi], ma contemporaneamente doveva anche essere visto in funzione di una crescita fisica e di una maturazione emotiva del figlio, scandita anche dal necessario cambiamento di una serie di comportamenti «da mamma chioccia» della madre; a cominciare dall'entrare in seduta ogni volta, e poi alla fine di ogni seduta rientrare in stanza per salutarmi. Esplicitai così alla mamma che il cambiamento di atteggiamenti che «non apparivano» allora più funzionali alla vita del bambino, doveva avvenire nella stanza terapeutica così come nelle abitudini di vita quotidiane, visto che il passaggio scolastico sanciva

varchi10.indd 73 24-03-2014 23:48:46

una crescita che in quel momento prendevamo in considerazione come effettivamente condivisa da entrambe.

Il carico emotivo, di cui sentivo piene le nostre sedute, era probabilmente una proiezione delle ansie. Forse anche per questa ragione, la decisione di un cambiamento di cadenza ha portato un innegabile beneficio alla terapia, sia per quel che riguarda la nostra relazione., poiché R. è apparso da subito più felice e sollevato di venire in seduta e si è staccato e autonomizzato dalla mamma, sia perché la sento come situazione positiva da parte della soddisfazione materna di un suo bisogno.

L'inizio del lavoro di terapia con R. era stato faticoso, per me, fin da subito. E avevo fatto innumerevoli razionalizzazioni su quei sentimenti di pesantezza e affaticamento che io provavo durante le sedute dei primi mesi con lui.

Nelle prime settimane, forse anche per un mio scarso desiderio di lavorare il lunedì, non sentivo mai quella spinta a rimanere veramente "in relazione con lui".Come avessi bisogno di estraniarmi, di andare anche io, spesso, altrove con la mente.

Vivendo nel controtransfert con R., esattamente una ri-edizione di quel «sintomo» osservato dalle insegnanti e segnalato alla madre, per cui era arrivato da me.

Ma io, pur percependo questo, non riuscii per molti mesi a vederlo.

Ancora non avevo capito nulla del vissuto emotivo di R. Inesperta e inconsapevole scrivevo, so che potrebbe apparire poco ortodosso come metodo di lavoro, con una tematica ansiosa forte, il fatto di "riempire i momenti vuoti". Ma chiunque passi tempo a contatto con i bambini, nel nostro lavoro, sa come sia importante mantenere la loro attenzione sul tempo insieme, e come non si possa pensare di lavorare sui momenti di vuoto e di silenzio, come magari si potrebbe fare con una persona adulta. Se i bimbi si annoiano li "perdi" immediatamente, ed essendo R. un bimbo molto adultizzato, il mio desiderio di agganciarlo sul piano del gioco, per poi portarlo a contenuti altri, mi era apparso fin da subito un tentativo inutile, per quanto avessi capito anche di aver sbagliato nel pensare possibile un approccio troppo più serio [seduti vìs a vìs sulle poltrone dei grandi].

Mi rendo conto ora che scrivevo tutto questo perché in realtà nei primi mesi mi ero sentita «messa a perdere», oltre che annoiata e scoraggiata perché non mi sentivo in sintonia con lui, e avevo realmente la sensazione di «non esserci».

Non ho mai voluto però cedere alla tentazione di fare interventi psico-educativi o psico-pedagogici; ma sentivo estremamente la fatica di trovarmi di fronte un bambino che percepivo volesse venire da me, ma che non dimostrava alcun tipo di vissuto emotivo di nessun genere [ritorna qui il concetto di «assenze» riportato dalle insegnanti, e non evidenziato e notato dai genitori] e contemporaneamente sembrava «non sapesse fare il bambino», non sapendo giocare,

varchi10.indd 74 24-03-2014 23:48:46

disegnare, né tantomeno relazionarsi con me come un bambino o approcciarsi con il mondo della fantasia tipicamente infantile.

Inizialmente tentai di lavorare con R. sulle poltrone dei grandi, proprio perché mi pareva a disagio nella stanza dei bambini, in cui si sentiva fuori luogo. Ma mi parve subito una dimensione che viveva come troppo impegnativa; contemporaneamente, nella stanza dei bimbi, in cui avevamo svolto gli incontri durante la valutazione psicodiagnostica, dimostrò di non trovarsi bene, come non volesse scendere di livello [R. aveva usato una volta il termine "scendere" riferito alla poltrone stesse]. Allora dalla terza seduta trovai il compromesso di farlo sedere con me alla "scrivania dei grandi", nella stanza con le poltrone, ma di fronte a me con il tavolo di cristallo a dividerci.

Accettò immediatamente con entusiasmo, per "non dover scendere" ma potersi permettere di fare domande da cucciolo «ancora un po"» [ed era stato uno di quei momenti in cui mi aveva «promosso buona terapeuta» perché ero «riuscita ad indovinare» una modalità adatta alle sue esigenze]. Durante la nostra restituzione, in cui gli spiegai i termini del nostro contratto terapeutico, lui chiese di utilizzare quella stessa posizione, ma a parti invertite, sedendosi sulla mia poltrona aldilà della scrivania e lasciando me e sua madre sulle sedie delle persone che abitualmente ricevo. E io lo lasciai fare.

Per lungo tempo provai a lavorare con lui utilizzando il test "Le favole della Düss", dopo aver fallito ogni tentativo da parte mia di farlo disegnare qualsiasi tipo di soggetto.

In realtà il suo «non giocare» con me, e il suo «non disegnare» erano comunque una fortissima comunicazione del suo vissuto emotivo, ma io, forse presa dal mio desiderio di essere «una brava terapeuta», spesso non lo vedevo. E mi affannavo a cercare a tutti i costi «una strada» per giocare con lui.

Con le "Le favole della Düss" cercai di aprire una finestra sul suo mondo emotivo, ma nulla, o meglio, a me pareva sempre che ogni tentativo rimandasse ad un nulla che mi faceva sentire di non riuscire a fare niente davvero "insieme" a lui e per lui, di "terapeutico".

R. era un bambino talmente coartato, talmente difeso e chiuso e poco "vitale" da far risuonare sempre una emotività spenta e ripetitiva, tutelata forse in lui dal quel suo meccanismo di condotte ossessive e ripetizioni continue, di gesti consolatori e rassicuratori.

Le nostre sedute, per quasi tutto il primo anno, erano state costantemente imperniate sul tema della morte, paradossalmente il tema centrale della vita di R. Ripensando però al concetto di morte come condizione psichica di maggior vicinanza alla non esistenza in cui il bambino si trova prima della nascita, (Ferenczi, 2002), non è tanto paradossale che R., essendo in qualche modo un «sopravvissuto» ad un aborto mancato, e un figlio unico «fratello maggiore» di un secondo figlio abortito «veramente» dopo alcune settimane di gravidanza (e

varchi10.indd 75 24-03-2014 23:48:46

forse nemmeno nato nella mente materna), percepisca il suo mondo emotivo come un'esistenza impregnata di «non vita», cioè morte.

Le sue uniche fantasie [e tutte le sue risposte alle "Favole della Düss"] si incentravano costantemente sulla "gente che moriva".

Nella prima favola l'uccellino sembrava avere un 'unica possibilità di movimento volontario, che era quello di morire; quando io chiedevo «*che cosa fa?*». «*Muore!*». «*Ma se la mamma per esempio lo chiamasse?*». «*E no, lui muore*».

Inizialmente pensai che lo stretto rapporto coi nonni, i vecchi film western in cui la gente "si sparava" di continuo e moriva, avessero una risonanza in lui. Ma non mi pareva una spiegazione adeguata ad un vissuto di morte tanto pervasivo.

Sandor Ferenczi (2002) parla del senso di morte che permea la vita dei bambini appena nati. Per il bambino stesso è un trauma uscire dalla pancia, e «serve subito un contenitore sostitutivo» fatto di braccia, sguardi, affetti [preferibilmente della mamma]. Due giorni di separazione alla nascita ed il fatto che lui non fosse stato visto dalla mamma immediatamente dopo il parto, ma solamente dal papà [con cui però questa mamma non sembra aver un vissuto di legame emotivo così forte], lo avevano reso un estraneo alla mamma, e per il bambino era stato sicuramente un fortissimo trauma. Il bambino si sarebbe potuto sentire allora così più vicino alla non esistenza che all'esistenza, da avere il desiderio di lasciarsi scivolare di nuovo indietro verso la non esistenza [nel mondo].

Ma fu il giorno in cui mi venne fatto notare, durante una supervisione di gruppo da parte del Dottor Cofano, docente della Scuola, che il senso di pesantezza e noia non era dato dalla mia inesperienza come terapeuta, ma da un vissuto controtransferale di noia che provava il paziente, che mi venne un'associazione immediata a R. e all'articolo di Ferenczi a cui facevo riferimento.

R. era un bambino che aveva bisogno di essere legittimato alla vita, all'esistenza, e quello era il significato della nostra terapia.

Sembra quasi che, a partire dai primordi della vicenda originaria di R., ci siano stati una serie di «affidi» di questo bambino, senza mai però una vera responsabilizzazione della madre o una vera legittimazione a R. ad una vita da individuo separato e non simbiotico, altro da sé, rispetto alla vicenda di vita dei genitori, ed in particolare del suo papà.

Nel desiderio di procreazione di R., sembra esserci un progetto del padre, di cui la madre si fa carico suo malgrado, visto lo scadere dell'età auto prefissata, i trent'anni, per fare un figlio. Questo impegno procreativo, preso in una scadenza precisa, sfugge però alla scadenza prefissata nella sua conclusione, e la mamma non può tenerlo nella pancia oltre i sette mesi. La mamma attraversa una vicenda in cui diventa, da contenitore/contenuto di un ospedale e poi di un altro sempre più grande, mentalmente in-sieme e fisicamente in-separazione dal suo bambino, che a sua volta diventa, al momento del parto, contenuto di una pancia

varchi10.indd 76 24-03-2014 23:48:46

sostitutiva, l'incubatrice, in cui però, ancora una volta la vicenda di affido viene passata dalla mamma alle mani del papà, che si assicura di toccarlo in quei due giorni in cui la mamma non può alzarsi dal letto e vederlo. Quando A. rivede il bimbo dopo due giorni, da sola e fuori dall'ospedale [che a quel punto non deve più contenerla ma la espelle, tenendo nella sua «pancia» la pancia sostitutiva di lei che ora «culla il suo bambino» (l'incubatrice)] si vede costretta a riconoscerlo e a ri-abituarsi a lui, senza più nessuno a contenerla.

La marsupioterapia che la mamma fa sembra per lei quasi più una ri-edizione di quel dolore originario di non aver visto il suo bambino per due giorni, dopo averlo avuto per sette mesi nella pancia, che una autentica esperienza di ri-avvicinamento della mamma ad una similarità con i momenti in cui era ancora nel pancione con lei.

E qui anche se A. continua ad affermare di *"essere stata sempre una persona estremamente ansiosa"* a livello caratteriale, questa razionalizzazione mi risuona fortemente più come una giustificazione "messa su" per rendere consapevole e pensabile uno stato di cose che vanno aldilà di quello che le parole sembrano dire. Come un abito che si è cucita addosso (e che forse un ambiente famigliare intorno a lei le ha in parte cucito addosso) che sembra voler dire tutto senza spiegare nulla di lei, in realtà.

Fortemente significativa la scissione, presente in questa famiglia, fra madre e padre e la divisione di ruoli che i due genitori si sono «distribuiti» appare evidente fin dalle loro prime mosse con me.

Il padre sparisce completamente dalla scena, troncando i contatti con me a partire dall'incontro di restituzione anamnestica, che ha segnato idealmente l'inizio della terapia. Possiamo dire quasi che il padre si sia «chiamato fuori» dalla relazione terapeutica fra me e R., delegando esclusivamente alla madre decisioni e rapporti riguardanti questa scelta.

La madre invece «rimane», mantenendo oltre ai rapporti, anche una cadenza abbastanza regolare di appuntamenti presi con me ogni due/tre mesi a proposito di «come sta andando».

A. parla di R. come di un prolungamento di sé, di cui lei si occupa in «tutto e per tutto» perché il marito le delega ogni aspetto significativo della vita del figlio, a partire dalla scelta di mandarlo in terapia.

L. dal canto suo sembra aver scelto solamente di occuparsi di ciò che riguarda aspetti identificati dalla loro famiglia come fortemente «maschili» - porta R. a pescare, a giocare a calcio e a vedere allo stadio le partite di serie A -.

Però, al tempo stesso, la scissione dei ruoli genitoriali e delle funzioni di accudimento appaiono comunque sbilanciati in questa coppia, dal momento che R. identifica la mamma come quella che gli dà le regole e i divieti, ma anche che decide per lui in tutto e per tutto, mentre il papà che lo intrattiene nel gioco e nello svago, è quello che dorme con il figlio nel lettone, relegando la mamma a

varchi10.indd 77 24-03-2014 23:48:46

dormire da sola nel lettino del figlio. Se da una parte, la madre mette in atto una simbiosi in terapia, da cui il padre è escluso, ed in cui il terzo divento io e non il marito, nella vita familiare la madre viene a sua volta esclusa dalla diade padre-bambino, nel delicatissimo momento di messa a letto del figlio e nella scelta di «posizionarsi» per dormire.

La terapia mi sembra quasi una ri-edizione del concetto di «affido» fatto alla madre all'epoca della marsupioterapia dell'Ospedale Infantile Gaslini di Genova. Durante la vita di R. la madre è completamente investita dal padre sulle decisioni riguardanti il bambino e la madre che mi ha investito come oggetto significativo, a sua volta, investe la nostra terapia con dei significati positivi, in cui ancora una volta come alla nascita «affida la vita del suo bambino e sua» a qualcosa di buono per salvarli rispetto a ciò che lei sente come un pericolo per loro, il malessere di cui lei sembra essere conscia per R. ma di cui non vuole mai apertamente parlare, che verrà fuori nei vari sintomi di R.

Romana Negri (2012) afferma infatti che «risulta prognosticamente molto favorevole [...] il sentimento di fiducia che i genitori dimostrano nei riguardi del terapeuta»; soprattutto sottolineando la connotazione ansiosa che permea tutta la situazione patologica dell'investimento affettivo/libidico della madre che inevitabilmente ha trasferito sopra il figlio.

E questo investimento appare ancora una volta una ri-edizione di qualcosa di originario, nella vicenda di vita di R.

In questo momento la terapia si muove ancora su queste premesse e su queste intuizioni rispetto alla vicenda originaria ed a quella del costrutto di vita concreta di R. oggi, nell'ambito familiare.

varchi10.indd 78 24-03-2014 23:48:46

Bibliografia

Ammaniti M. (a cura di) (2001), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Raffaello Cortina, Milano.
Bion W.R. (Bion F. a cura di) (2005), *Seminari Tavistock*, tr. it. ed. Borla, Roma, 2007.
Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, tr. it. Armando, Roma, 2009.
Bion W.R. (1970), *Attenzione e interpretazione*, tr. it. Armando, Roma, 2010.
Bonaminio M., Giannakoulas A. (a cura di) (1977), *Il pensiero di Donald W. Winnicott*, tr. it. Armando, Roma, 1982.
Boston Change Process Study Group (2012), *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano.
Celli D. (2008), *Il sentire dei bambini*, ed. tecniche nuove, Milano.
De Saint-Exupery A. (1943), *Il piccolo principe*, tr. it. Fabbri Editori, Milano, 2007.
Duss L. (1957), *Il metodo delle favole di Louisa Düss*, Giunti O.S., Firenze, 2010.
Erikson E. (1963), *Childhood and Society*, W.W. Northon & Co. Inc., New York (trad. it: Infanzia e Società, Armando, Roma, 2008).
Ferenczi S. (1927), *The adaptation of the family to the child*, in "Final Contributions to the problems and method of Psycho-Analysis", Karnac Books, London, 1994 (tr. it: L'adattamento della famiglia al bambino, in : Opere, vol. IV, Cortina, Milano, 2002).
Ferenczi S. (1929), *The unwelcome child in his death istinct*, in "Final Contributions to the problems and method of Psycho-Analysis", Karnac Books, London, 1994 (tr. it. Il bambino male accolto e la sua pulsione di morte, in "Opere" vol. IV, Cortina, Milano, 2002).
Finicelli C., Piccoli G., Varrani E. (a cura di) (1998), *La nascita patologica*, Unicopli ed., Cesena.
Freud A. (1965), *Normalità e patologia del bambino*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1969.
Maheler M.S., Pine F., Bergman A. (1975), *La nascita psicologica del bambino*, tr. it. Boringhieri, Torino, 1978.
Marcoli A. (2011), *Il bambino nascosto*, Mondadori, Milano.
Negri R. (1994), *Il neonato in terapia intensiva*, Raffaello Cortina, Milano.
Negri R. (2007), *Andare osservando un bambino. La lezione di Martha Harris*, tr. it. Borla, Roma, 2008.
Rizzi F. (2006), *Dottore in carne e ossa*, Clinamen, Firenze.
Scabini E., Iafrate R. (2003), *Psicologia dei legami fami*liari, Il Mulino, Bologna.
Vallino D., Macciò M. (2004), *Essere neonati. Questioni psicanalitiche*, ed. Borla, Roma.
Vegetti Finzi S. (1990), *Il bambino della notte*, Mondadori, Milano.
Winnicott D. W. (1958), *Dalla pediatria alla psicanalisi*, tr. it. Psycho-Martinelli, Firenze, 1991.
Winnicott D. W. (1971), *Gioco e realtà*, tr. it. Armando, Roma, 2006.

varchi10.indd 79 24-03-2014 23:48:46

varchi10.indd 80 24-03-2014 23:48:46