

AREE TRANSIZIONALI DELLA MENTE

Presentando questo trentacinquesimo quaderno abbiamo cercato un filo conduttore o un tema comune nei lavori presentati.

La maggior parte dei contributi è relativa al trattamento dell'adolescente o ad interventi con genitori: questi scritti sembrano generalmente non solo tenere conto di una concezione della psicoterapia diversa da quella classica (paziente terapeuta all'interno dello studio entrambi dominati dall'interpretazione di transfert), seguendo una convinzione terapeutica ormai assodata e validata, ma anche fare riferimento ad un concetto, chiaramente di origine winnicottiana, di spazio-tempo transizionale.

Talvolta si parla di luoghi deputati all'attesa -istituzioni, comunità-setting stesso elastico, talvolta dell'approccio stesso della mente del terapeuta che rimane in sospensione anche nella definizione del livello della patologia e degli esiti della cura del suo paziente, tollerando indefinitezza ed aspettando che si crei una mente del paziente in grado di arrivare alla soggettivizzazione.

I lavori di Salvador, di Fumagalli, di Foresti possono così essere letti rintracciando un filo comune, anzi, individuando uno spazio comune, concettuale prima di tutto, ma anche spazio temporale; nel caso di Foresti si giunge ad innalzare lo sguardo quando l'autore riflette sulla storia del cattolicesimo messa in parallelo con la storia della psichiatria e questo spazio-tempo è quello "par excellence" del purgatorio cattolico posto tra bene e male, tra salvezza e dannazione.

Infatti, l'interessante lavoro di Foresti storicizza la concezione del purgatorio cristiano dalle prime riflessioni di Sant'Agostino fino alla definitiva sistematizzazione dottrinale del XVI secolo (Concilio di Trento), accogliendo gli studi dei medievalisti, primo fra tutti Le Goff, e pone in parallelo la storia della psichiatria, individuando in un evento sociale la determinazione ed insieme la rappresentazione di un processo di cambiamento: in questo caso la lenta e graduale formazione del concetto di purgatorio nella dottrina del cattolicesimo e la veloce e subitanea nascita della comunità terapeutica a seguito dei tentativi di cura dei reduci della seconda guerra mondiale.

Nel caso dell'immaginario religioso il processo di "*spazializzazione del pensiero*" che mise capo alla nascita del purgatorio, trovò il suo acme in una congiuntura storica "*in cui la chiesa si riapriva ad alcune tradizioni che nella prima parte del medio evo aveva cancellato o ignorato...*"

"Guidati dall'analogia con il purgatorio, abbiamo allora provato a chiederci: quali erano, nel caso della comunità terapeutica, le spinte che premevano sulla cultura dotta? E qual era la chiesa (o le chiese: al plurale) che in questo caso finivano per aprirsi a tradizioni in precedenza distrutte, cancellate e/o ignorate?"

L'autore sostiene che la vicenda nel quadro della quale è nata la comunità terapeutica rifletta problemi clinici ed istituzionali che rimandano al Locus Purgatorius.

Rimandando al lettore se le analogie siano o meno convincenti tra comunità terapeutica e purgatorio, mi sembra di indubbio interesse l'analogia del concetto di responsabilità del paziente che adotta punti di vista e condotte più evolute nella comunità terapeutica e quella del fedele nella comunità religiosa che si prospetta un luogo dell'al di là, ove si possa influenzare il definitivo destino dell'anima. Entrambi reagiscono con condotte diverse (più mature o più virtuose) nella stimolazione maturativa indotta dai processi di responsabilizzazione.

A parte ciò mi sembra evidente come purgatorio e comunità terapeutica siano luoghi intermedi di passaggio, di transizione ove si possa transitare nel percorso malattia- guarigione come in quello di punizione-redenzione.

Se mi si consente una battuta maligna possiamo dire che la creazione del purgatorio portò alla

perversione della vendita delle indulgenze, ma anche che la diffusione delle comunità per le varie patologie psichiatriche e sociali può portare ad una commercializzazione da tenere sotto controllo (si vedano le comunità per i tossicomani).

Da un altro punto di vista anche l'interessante articolo di Aparo e Pozzetti, che descrive il lavoro con i detenuti all'interno del carcere, attira la nostra attenzione su persone (esito a chiamarli pazienti) che non incontriamo nella nostra pratica terapeutica.

Se possiamo considerare il carcere un purgatorio terreno, trovo un collegamento con quanto detto sopra quando gli autori sottolineano nel processo maturativo del detenuto l'inizio dell'assunzione di responsabilità. Un'esperienza emotiva che può avviare ad una ristrutturazione della personalità conseguita attraverso la parola, quindi in senso lato psicoterapeutica.

"Alla base dell'intervento sta la convinzione che un cambiamento reale e duraturo sia possibile solo se il detenuto si riappropria della responsabilità delle proprie azioni".

E più oltre: *"il gruppo della trasgressione agisce come un contenitore nel quale risorse e fantasie abbandonate recuperano spazi e volontà di esprimersi.....una camera di gestazionenella quale il detenuto riprende un percorso interrotto ."*

Anche l'articolo di Salvador che racconta dell'esperienza di Sosta in corso, individua un luogo di passaggio transitorio per adolescenti in crisi che si giovano di questo spazio che tollera le loro disarmonie e facilita la loro responsabilizzazione verso una vita adulta.

Salvador analizza in modo corretto e pertinente la situazione clinica degli adolescenti oggetto del suo intervento, indicando i processi identificativi e controtransferali del terapeuta. *"L'adulto che si pone accanto all'adolescente dovrebbe tuttavia proporsi con curiosa ignoranza, una condizione che potremmo definire assolutamente insatura e che permette di aprirsi alla disponibilità di comprendere il significato dei...cangianti comportamenti adolescenziali...."*

La scelta del nome "Sosta in corso" sembra quindi consapevolmente eloquente ad evocare un luogo di ristoro, di rifornimento, uno spazio di verifica delle proprie risorse *"da soli, ma in presenza di qualcuno"*.

Ricordiamo come altri progetti con le medesime finalità ed utenze si siano chiamate L'Aliante, Rifornimento in volo, La sosta....

Salvador descrive in modo convincente le premesse e i modelli di riferimento (Winnicott, Senise, Cahn, Gaddini), per altro ormai adottati da coloro che lavorano con gli adolescenti, e il ruolo del terapeuta che sottolinea deve essere traduttore, appoggio, pensatore inizialmente *"al posto"* del paziente.

La scelta metodologica di due momenti di intervento -accoglienza e consultazione- sembra la più consona ed efficace e riflette ben elaborate le indicazioni terapeutiche ormai validate.

Anche il lavoro di Fumagalli ci parla dello spazio terapeutico costituito da una comunità educativa. L'esempio portato dall'autrice è quello di un adolescente borderline trattato in collaborazione con il Servizio Sociale per la Tutela dei Minori.

L'allontanamento del paziente dalla famiglia, chiaramente individuato come necessario, viene condotto tollerando i tempi emotivi necessari al fine di non bruciare l'occasione terapeutica con un'imposizione autoritaria per lui inaccettabile.

Il lavoro descrive la vigile consapevolezza per guadagnarsi la fiducia del paziente, arrivando ad un'efficace alleanza con lui e con i genitori.

Lo spazio relazionale di attesa prima e lo spazio abitativo della comunità successivamente, si realizzano attraverso *"l'azione parlante"* concetto che ricorda *"l'interpretazione agita"*: *"il senso dell'azione parlante risiede invece proprio nel rendere quell'azione un'iniezione personalizzata che rende l'intervento non impersonale, ma esecuzione di un pensiero pensato insieme, rispetto ai bisogni propri di quel ragazzo"*.

Ancora: *"E' stata proprio nell'area transizionale della cura, in quanto appartenente al ragazzo e agli operatori che l'intervento sembra avergli restituito una fiducia nel funzionamento del suo Io"*.

In quest'area transizionale gli operatori che accompagnano il paziente nel distacco dal padre, nell'inserimento in comunità, nelle dimissioni si sono costituiti come una nuova coppia genitoriale differenziata: *"ciò ha permesso l'incontro con un "maschile" rappresentato dalle regole ...assistente sociale, giudice... e con un "femminile" rappresentato dalla parte più accogliente ed empatica....."*.

Anche il lavoro di Vitalini ci sembra molto interessante alla luce di quanto abbiamo osservato; nel seminario tenuto in Istituto l'autrice si occupa di terapie di coppia organizzando in un discorso teorico la sua esperienza clinica di collaborazione con le istituzioni.

Tenendo conto di concetti e tecniche che integrano la teoria e la clinica psicoanalitica individuale con la terapia di gruppo (concetti ideati da Dicks quali *"incastro tra due mondi interni, collusione, seduta congiunta"*), Vitalini sviluppa un modello che rielabora il pensiero di Bion e i contributi soprattutto di Ferro. Scrive l'autrice: *"diventa così più importante il processo di costruzione, piuttosto che la ricostruzione sulla base della storia passata o meglio ancora un processo di co-costruzione e di co-regolazioneviene così considerata buona la relazione che gode di coempatia, cioè sintonizzazione emotiva reciproca"*. In ciò il terapeuta si deve porre non solo come contenimento e traduzione di emozioni dei due pazienti, ma anche, più difficile, di ascolto delle risposte e di co-regolatore riuscendo a trasmettere ai pazienti il metodo per fare del funzionamento dell'analista un'introspezione di strumenti.

Il contributo di Bründl *"Trauma, trasformazione adolescenziale e genitorialità"* permette di estendere i concetti di individuazione adolescenziale alla fase dell'inizio della genitorialità nella quale i genitori si sono trovati a ricreare e a ripetere (l'autore usa il concetto di coazione alla ripetizione transgenerazionale), nel processo di separazione-individuazione dei loro figli diversi vissuti traumatici -esemplificati dai casi clinici di un adulto ed un bambino- legati al loro secondo percorso di individuazione adolescenziale.

L'autore, nel lavoro terapeutico con coppie di pazienti, siano loro stessi l'oggetto della terapia, siano invece presenti nella terapia del paziente bambino, sottolinea la necessità di tenere conto di quanto nella vita psichica e somatica del paziente si intreccino le tematiche della vita di antenati e figli, o nel caso di bambini, dei genitori.

I punti evidenziati sono:

- la trasformazione del corpo in adolescenza da non generativo in generativo, che causa non solo la capacità di concepire, ma anche quella di uccidere;
- la consapevolezza raggiunta in adolescenza delle proprie personali limitazioni integrata con l'esigenza di trascendere da sé stessi con la procreazione e la conoscenza di un corpo genitale è responsabile della "uccisione" della psiche-corpo pregenitale, con la sua bisessualità ed onnipotenza;
- il superamento della fase infantile e l'assunzione delle qualità adulte da un lato porta ad *"un'usurpazione parenticida"*, dall'altro alla riattivazione di paure arcaiche di ritorsione e castrazione;
- le coppie esprimono le loro difficoltà e la loro incapacità ad elaborare il trauma antico.

L'incapacità dei genitori, e dei nonni, a capire e a contenere le difficoltà dei partner fa *"scivolare la distruttività paterna e materna dentro alla relazione genitore bambino"*, con il conseguente sviluppo di un *"Sé fragile dei figli, un'insufficiente separazione-individuazione e un disturbo nelle funzioni integrative e trasformative dell'identità in adolescenza"*.

Nella scelta "nevrotica?" del partner effettuata dai genitori si colgono i bisogni di somiglianza che obbedivano ad un bisogno di somiglianza tale da impedire, al momento del confronto con i figli, l'accettazione e la valorizzazione delle differenze: il passato traumatico dei genitori, esaltato dalla somiglianza tra loro, è stato riattualizzato con i figli in modo devastante.

Nell'articolo di Cahn "*Soggettualità e soggettivazione*" l'autore passa velocemente a puntualizzare come la dinamica principale in corso durante la cura dell'adolescente fluttui tra narcisismo e relazione oggettuale; egli osserva come in essa il terapeuta si ponga come intermediario, attraverso il transfert, per favorire lo sviluppo del Sé e la relazione oggettuale.

Ma se questo vale per situazioni nevrotiche, la situazione cambia quando vacilla il limite Sé-Altro ed compare l'uso di difese arcaiche.

In sintesi quando ci sono i sintomi per una caduta nella psicosi è opportuno che il terapeuta abbia la capacità di non patologizzare troppo gli aspetti narcisistici anche se si presentano come drammaticamente distruttivi, ed insieme di mettere in discussione il proprio apparato concettuale che utilizza, soprattutto il lavoro di transfert quale unico strumento per permettere all'adolescente il cambiamento evolutivo.

Cahn chiarisce: "*di fronte all'indeterminatezza sul piano sincronico (strutturale) dei riferimenti psicopatologici e, sul piano diacronico (evolutivo), della loro predittività avevo proposto un'altra prospettiva, emersa dall'approccio istituzionale di adolescenti che presentavano.....una problematica psicotica*".

Quando l'organizzazione edipica è stata impedita da perturbazioni legate ad eventi o modalità di relazione che hanno ostacolato il processo di soggettivazione, non è la relazione con l'oggetto ad essere in discussione, ma il funzionamento del soggetto nei suoi stessi fondamenti. "*Il compito analitico consisterà nell'utilizzaregli elementi conflittuali suscettibili di essere trattati, ma forse ancor di più nel favorirne l'emergere o nel ridurre gli ostacoli che vi si oppongono*".

Cahn raccomanda l'uso nel setting degli strumenti della continuità, affidabilità, contenimento, holding con i quali si può ricostruire una nuova situazione relazionale differente dalla primaria.

Il lavoro dell'analista si deve basare allora maggiormente sul controtransfert che sull'interpretazione di transfert prematura quando non iatrogena.

Il lavoro di Loewald "*Il tramonto del complesso di Edipo*" viene proposto in una sintesi seguita da un commento ad opera di Mancuso .

La trasformazione del Complesso di Edipo, (Loewald parla di tramonto), si rifà ad una concezione più vasta e meno schematica delle vicende psichiche dopo le formulazioni freudiane e kleiniane

Commenta Mancuso: "*merito di Loewald è quello di avere spostato il focus dalla realtà esterna a quella interna cioè dalla favola alle trasformazioni del mondo interno*" .

In quest'ottica la dimensione edipica non è tanto legata a fasi evolutive come nella visione classica, ma al superamento della fase fusione con l'oggetto alla ricerca dell'oggetto-Altro .

Loewald, infatti, supera la concezione del parricidio e dell'incesto edipico ponendo l'accento sulla propulsione vitale che permette all'individuo di trasformare il padre esterno in funzione interna. Dal principio del piacere al principio di realtà, dove realtà è anche il crearsi di un Super-Io che vieta l'incesto, proteggendo il nascente narcisismo del bambino dall'idea di un'inadeguatezza all'accoppiamento con la madre.

Mancuso, partendo dal commento al testo di Loewald, estende le considerazioni sul parricidio nell'Edipo introducendo il concetto di figlicidio, concetto che descriverebbe un momento importante nella crescita del bambino parallela al distacco del genitore.

Abbracciando in pieno il pensiero di Loewald precisa: "*Parricidio e Figlicidio ...assumono una direzione paradossale .Il parricidio protegge dall'attrazione dell'incesto e il figlicidio, recidendo i legami potenzialmente incestuosi, consente al bambino di operare il parricidio. I genitori facilitano il lavoro psichico dei figli se si predispongono al figlicidio, demolendo i legami incestuosi e favorendo le propulsioni "maschili e femminili". "*

In fine Mancuso sottolinea come si sia assistito, nella storia del lavoro clinico influenzato dalla teoria, allo sviluppo di una minore attenzione alla nevrosi ed all'Edipo rispetto agli aspetti fusionali, giungendo ad ignorarne l'importanza. La nevrosi è stata occultata da questa focalizzazione sulle

problematiche simbiotiche, sulla separazione, individuazione, angoscia di separazione.

Ma questi bambini maggiormente impegnati a separarsi da un genitore simbiotizzante che da un genitore edipico (e nevrotizzante!), visti più nella loro dimensione "psicotica" che nevrotica, non saranno proprio quelli che, presentati ad esempio nei lavori di Fumagalli e di Vitalini, richiedono ai terapeuti di incontrare i loro nevrotizzanti genitori?

E questi genitori non provocheranno controtransferalmente nel terapeuta dubbi sul proprio Edipo, tramontato o splendente?

Possiamo così forse chiudere il cerchio dei contributi presentati.....

Riccardo Quarti