

IL RICONOSCIMENTO COME SCOPERTA DEL MONDO INTERNO DEL PAZIENTE E COME INTERAZIONE TRA I MONDI PRIVATI DEL PAZIENTE E DELL'ANALISTA¹

Claudio Miglioli² e Raffaella Roseghini³

Le persone rivendicano qualsiasi cosa invece di esserci, come il sole o un albero in fiore, come un paesaggio che lascia le persone diventare grandi senza chiedere loro: "Cosa mi date in cambio?". Forse non ha mai incontrato nessuno che abbia saputo scorgere la ricchezza solo nella beatitudine di esserci, trovando ciò che manca alla pienezza, perché è egli stesso la promessa e la pienezza della propria esistenza.

Da "Lettere a Magda" di R.M. Rilke

Introduzione del lavoro

In questo lavoro cercheremo di mettere a fuoco gli aspetti fondanti della relazione terapeutica, di capire che cosa avviene nel processo analitico, che cosa lo favorisce e che cosa lo ostacola.

Il filo conduttore che abbiamo trovato è l'esigenza e la ricerca di un riconoscimento reciproco tra paziente ed analista.

Inizieremo il nostro intervento definendo il riconoscimento come un'esperienza soggettiva in cui si oscilla tra affermazione di sé e riconoscimento dell'altro. È un'esperienza che implica una profonda condivisione emotiva ma anche la necessità di riconoscere l'altro come separato affinché la relazione sia sentita come reciproca e reale.

Approfondiremo questi temi in particolare in riferimento alla relazione terapeutica, intesa come una situazione in cui i partner cercano un incontro in cui entrambi siano in gioco per un arricchimento del loro spazio psicologico, all'interno di un setting che, definendo i confini, permetta un reciproco riconoscimento mantenendo la loro realtà di persone separate.

Insisteremo sull'importanza di vivere, riconoscere ed elaborare le emozioni che si manifestano nella relazione terapeutica. Ci soffermeremo sulla centralità del corpo nel dialogo analitico e sulla necessità di collegare le manifestazioni e le sensazioni corporee alle emozioni.

Rifletteremo infine sul fenomeno della idealizzazione come ostacolo al riconoscimento di sé e dell'altro nella relazione analitica.

Quando parliamo della ricerca di riconoscimento intendiamo la speranza di trovare una persona che accetti l'altro nella sua complessità ed ambiguità. Ognuno dei due partner vuole affermare se stesso ed essere riconosciuto: si viene a creare perciò una tensione tra affermazione di sé e riconoscimento dell'altro. Questa tensione è fisiologica se dà luogo a un processo continuo di sintonizzazione e perdita di contatto, rottura e riparazione. La relazione diventa patologica quando uno dei due partner induce l'altro a riconoscerlo in modo acquiescente e passivo, senza che ci possa essere quella reciprocità resa possibile dal gioco mobile fra i due poli.

Perché ci sia riconoscimento ci deve essere il vissuto di essere simili e diversi, di trovare il sé nell'altro, un altro capace di condividere analoghe esperienze mentali. Questa lettura intersoggettiva della relazione trasforma la concezione del mondo psichico da relazione di un soggetto con il suo oggetto in incontro tra un soggetto e un altro soggetto.

Questo punto di vista porta a considerare la formazione del sé, a partire dalle prime interazioni con il caregiver, non come l'interiorizzazione passiva delle caratteristiche dell'oggetto e delle modalità di relazione con lui, ma come il risultato di capacità innate che la risposta e il riconoscimento dell'altro contribuiscono ad attivare, a sviluppare o viceversa a mortificare e a irrigidire.

Il contributo dell'altro è tanto più significativo per il bambino in quanto egli si trova in una condizione di immaturità e di dipendenza per la propria vita. Se non c'è il bambino senza la madre (Winnicott), il bambino ha bisogno della mente dell'altro per conoscere e coltivare la propria mente, ha bisogno di trovare un'immagine di sé nella mente dell'altro come essere pensante e senziente (Fonagy).

L'identificazione con l'altro avviene attraverso l'esperienza in comune di stati emotivi simili, il che è alla base della capacità di empatia e di compassione.

L'esperienza diventa significativa non solamente perché madre e bambino la vivono contemporaneamente, ma quando sentono che l'altro è vivo nel vivere l'esperienza.

Per Benjamin il mutuo riconoscimento consiste nel condividere i sentimenti senza né aspettarsi né dover temere che essi coincidano con i sentimenti dell'altro, come a dire: "tu sai cosa sento, anche se voglio o sento l'opposto di ciò che tu vuoi o senti".

Perché ci sia riconoscimento vero è perciò necessario che sia stato stabilito un rapporto con un oggetto esterno al sé del bambino, con un oggetto che esiste autonomamente nella realtà ed è riconosciuto come tale.

Questo ci porta al concetto di uso dell'oggetto di Winnicott, che può avvenire solo se l'oggetto sopravvive alla

¹ Seminario tenuto presso l'Istituto PsiBA il 7 aprile 2017. Il lavoro è stato completato con contributi clinici delle dott.sse Noemi Bonardi e Melania Lancini.

² Psicologo Psicoterapeuta, Socio e Docente PsiBA.

³ Psicologa Psicoterapeuta, Socio e Docente PsiBA.

distruzione.

Come si arriva a usare l'oggetto? Facciamo un esempio banale che fa parte dell'esperienza di qualsiasi genitore. Il bambino piange con una rabbia furibonda. In quel momento esiste solo lui e la sua fantasia inconscia di un oggetto soggettivo, di un oggetto cioè che deve rispondere subito e completamente al suo bisogno, che non ha vita, esigenze ed emozioni proprie. La sua rabbia uccide il genitore (il bambino non è ancora in grado di distinguere fantasia e realtà). Dall'altra parte il genitore si sente sfinito, dominato, in balia del bambino, mortalmente arrabbiato, con la fantasia di far cessare in qualunque modo il pianto del bambino. Anche se il genitore ha già operato una differenziazione tra fantasia e realtà, in quel momento la distinzione fra lui e il bambino collassa. In quel momento non c'è nessun riconoscimento dell'altro.

E' necessario che il genitore elabori la sua fantasia, la riconosca come tale e riconosca il bambino non come un mostro alieno, ma come una persona viva che svilupperà le sue potenzialità nel corso della sua crescita. E' necessario che veda in questo pianto rabbioso e convulso del figlio non solo l'attacco devastante, ma una richiesta di riconoscimento impropria ma vitale, l'espressione di un'energia che lo spingerà avanti.

Il bambino apre gli occhi. Il genitore è lì, non è distrutto, non ha fatto ritorsioni. Il bambino può iniziare ad odiare l'oggetto in fantasia e può progressivamente legare odio e amore. L'ambivalenza può allora instaurarsi diventando il motore della sintonizzazione, permettendo di oscillare tra i due poli e di tollerare la distanza e la perdita di contatto.

Vogliamo sottolineare come centrale il fatto che l'oggetto non è solo il prodotto delle proiezioni del soggetto, ma che esiste nella realtà, è agente e riconosciuto come tale.

Questo punto sarà fondamentale quando considereremo il ruolo dell'analista come persona reale e vedremo in che senso.

In un'esperienza di similarità e condivisione emotiva ci deve quindi essere una differenza sufficiente a creare la sensazione di una realtà esterna al sé. E' necessario un certo grado di imperfezione, uno scarto nella relazione perché il bambino individui il caregiver come altro da sé.

Perché questa situazione si realizzi deve verificarsi un lungo processo che veda all'opera madre e bambino. Si tratta di un processo paradossale: il bambino a lungo deve trattare l'altro come un oggetto soggettivo per poterlo individuare come soggetto separato.

Pensiamo al riconoscimento non come ad un momento circoscritto dell'interazione intersoggettiva, ma come ad una modalità che costantemente impronta la relazione.

Vogliamo ora considerare brevemente il rispecchiamento, che non è solo la modalità delle prime protoconversazioni fra madre e bambino ma anche il substrato corporeo, il flusso sensoriale che sta alla base del riconoscimento.

Tutto il corpo partecipa alla comunicazione, la madre risponde alla voce, all'espressione mimica, al gesto del bambino non imitandoli ma esprimendo in altro modo che prova una sensazione altrettanto intensa. Tanto più la madre risuona ai sentimenti del bambino, è viva, esprime emozioni forti e proprie, tanto più il bambino non ha paura di perderla, può riconoscerla come altro.

L'aspetto paradossale del riconoscimento consiste nel fatto che nel momento stesso in cui affermiamo la nostra indipendenza dipendiamo da un altro che la riconosca.

Riportiamo il brano di un romanzo di Siri Hustvedt (Il mondo sfolgorante) che ben rappresenta sia il bisogno di riconoscimento che il bisogno di riparazione di una rottura e di una ferita antica, di cui non si può fare il lutto se non c'è l'altro che la sani e la sciolga in un'esperienza di comunione in cui si può dire che il corpo viene abitato dalle emozioni e si ritrova vivo e integrato.

Una donna ormai adulta, Maisie, rinfaccia con amarezza e con violenza alla madre l'attenzione privilegiata che la madre aveva sempre prodigato al fratello minore, che era sempre stato un po' strano e problematico. La madre ripeteva sempre a lei bambina di chiudere un occhio di fronte alle "peculiarità" del fratello.

"Anch'io avrei voluto delle particolarità. Avrei voluto che mi riservasse il trattamento speciale del piccolo genio, invece ero la solita brava Maisie. La mia tirata raggiunse il culmine con una storia che mi faceva ancora male ogni volta che la ricordavo.

Ethan era ammalato. Aveva sempre mal d'orecchie, uno dopo l'altro, e la mamma gli aveva preparato il letto sul divano in soggiorno. Rimase con lui tutta la notte. Io non riuscivo a dormire ed ero andata da lei. Ricordo di aver guardato Ethan e le sue stupide orecchie e, invece di bisbigliare, avevo parlato ad alta voce, forse avevo persino gridato, e lui aveva aperto gli occhi.

"Eri così arrabbiata, dissi, che mi hai detto di crescere e smetterla con le stronzate". Ripetei quelle parole quasi urlando. La vecchia emozione era riemmersa in me, come se avessi di nuovo sette anni e fossi furibonda e triste per un profondo senso di ingiustizia. "Mi hai mandato via!, gridai. Mi hai mandato via!".

La mamma mi fissò con aria triste. Il viso le si era accartocciato in quella smorfia di compassionevole sofferenza che conoscevo bene, ma c'era anche l'ombra di un sorriso, e aprì le braccia dicendo: "Vieni qui, Maisie". Io feci il giro del tavolo e mia madre mi tirò a sé e mi strinse forte, avvolgendomi con le sue lunghe braccia. Chiusi gli occhi e mi lasciai andare, affondando il viso nel suo collo. Era un abbraccio sicuro, la sua presa era salda, e mi cullò avanti e indietro, a lungo, per parecchi minuti, carezzandomi i capelli. Poi mi bisbigliò: "Dio, quanto ti voglio bene".

Il grumo duro, opprimente che avevo tra le costole si sciolse del tutto e, per il breve istante in cui rimasi seduta in grembo a mia madre, dimenticai di essere cresciuta, dimenticai di avere una figlia e di certo dimenticai di avere un fratello.

Era capace anche di questo mia madre, quando meno te lo aspettavi faceva una magia. E' una magia banale, certo, ma molte persone non sanno usarla" (pp. 203-204).

Questa "magia banale" è possibile solo se ha alle spalle una lunga storia di regolazione della relazione, che avviene in

gran parte attraverso modalità non verbali implicite, che sono rapide, fini e co-costruite, in genere inconsapevoli; esse influiscono profondamente sulla comunicazione e sul clima affettivo istante per istante, organizzando i nostri modi di relazionarci, di “essere con”.

E' questo lento lavoro che dà luogo a un momento magico, come quello descritto nel romanzo, che sembra annullare i confini sé-altro e collocarsi al di fuori del tempo.

Il “momento di incontro” si verifica quando ciascun partner della coppia apporta un contributo unico e autentico di sé stesso come persona, al di là dei rispettivi, ordinari ruoli (nel romanzo quelli di madre e figlia, altrove quelli di terapeuta e paziente).

Nel momento di incontro si instaura uno spazio aperto (Stern) nel quale il bambino, solo alla presenza di qualcuno, condivide con l'altro una nuova esperienza che permette l'esplorazione creativa.

Siamo nell'area dell'esperienza transizionale, in cui il bambino/paziente può oscillare fra me e non me, fra oggetto soggettivo e oggetto percepito al di fuori del controllo onnipotente. Ciò gli consente di stabilire un senso di sé vissuto come reale e di muoversi fra una realtà oggettiva che non lo mortifichi e un mondo soggettivo che non lo faccia perdere nell'illusione onnipotente.

La relazione terapeutica come luogo del riconoscimento reciproco

La relazione terapeutica non è certo una misteriosa pratica esoterica, ma rientra a tutti gli effetti nel novero delle relazioni umane volte a un riconoscimento reciproco. Se parliamo di relazione parliamo di due persone che cercano un incontro in cui entrambi siano in gioco e mirino a un reciproco arricchimento del proprio spazio psicologico e a una maggiore conoscenza e padronanza di sé. Qualsiasi relazione autentica non può prescindere dal contesto in cui si sviluppa, dai ruoli, dagli obblighi, dagli obiettivi che si propone, in altri termini è sempre definita da regole che, lungi dal mortificarla, la rendono viva e feconda. Con questo intendiamo il setting, di cui il terapeuta si fa garante come contenitore della loro relazione.

Winnicott propone la relazione analista-paziente sul modello della relazione madre-bambino.

Quel che ci interessa commentare è che entrambe queste relazioni sono asimmetriche. Asimmetria non significa una relazione di potere ma implica qui un'assunzione di responsabilità, la consapevolezza di competenze e funzioni specifiche. Il terapeuta è lì per fornire continuità ed appoggio al paziente, per offrire sé stesso all'uso evolutivo del paziente. La disponibilità affidabile, la risonanza sintonica, l'empatia che il terapeuta è disposto a mettere in gioco sono quegli elementi della regolazione interattiva degli affetti che i pazienti non hanno trovato nelle figure originarie di attaccamento.

Il terapeuta si impegna a farsi carico di un processo di cui non prefigura l'esito, che deve vivere nel suo farsi, accettando di tollerare a volte la paura, la non comprensione, la sensazione di non procedere, la mortificazione di sé. Per far fronte a ciò deve fare i conti con la realtà della sua persona, con la sua solidità e con le sue debolezze. Non può affidarsi a rigidi schemi teorici di riferimento o a modalità tecniche di intervento. Il punto di repère è lui stesso, con la sua esperienza e spessore umani, con la sua competenza clinica e teorica flessibilmente usata per orientarsi nella relazione.

Il terapeuta può svolgere funzioni strutturanti che sono mancate al paziente, può aiutarlo a rimettere in moto un processo bloccato permettendogli di fare una nuova esperienza di sé e della relazione.

Il terapeuta può sognare per e con il paziente, mettersi in sintonia con le sue risorse intravedendone le potenzialità, sostenerne le capacità emergenti di sentire, riflettere, prendere iniziative, in modo che acquisisca un po' per volta un senso di fiducia e di padronanza. Per fare ciò il terapeuta deve modulare il proprio intervento, a volte dando nome e voce a sensazioni, emozioni e sentimenti prima non riconosciuti, a volte rispettando il silenzio, lasciando il tempo al campo a maggese perché ridiventi fertile, a volte sentendo e immaginando al posto del paziente, a volte, infine, andando in avanscoperta esprimendo sentimenti personali.

La curiosità del terapeuta verso le nuove potenzialità ed esperienze del paziente è la stessa che rivolge verso sé stesso, la molla che lo sostiene per scoprire attraverso la relazione, attraverso l'analisi del suo controtransfert o dei suoi stessi agiti, qualcosa di sé che ancora non conosceva.

Ogni relazione terapeutica ha la sua cifra, in ognuna di esse il terapeuta si scopre diverso perché ogni paziente attiva in lui aree diverse della sua personalità, apprende ogni volta qualcosa di nuovo di sé dal e con il paziente.

Vogliamo ora illustrare alcuni aspetti di un caso clinico per fare qualche osservazione sulla tendenza di alcuni pazienti a utilizzare il terapeuta esclusivamente in funzione del loro bisogno di affermare perentoriamente la loro presenza, negando la realtà separata del terapeuta e sospendendo il tempo in un eterno presente.

Filippo è un giovane uomo che svolge un'attività di pubbliche relazioni nel mercato dell'arte. Dopo aver interrotto la terapia a causa di un dissesto economico, si rifà vivo dopo due anni. Durante il periodo di sospensione si tiene in contatto mediante s.m.s. Un punto centrale della sua storia è che fu praticamente allevato dalla nonna, che lo vedeva come la luce dei suoi occhi e con cui si era stabilito un rapporto esclusivo e un po' morboso, mentre gli altri fratelli continuavano a vivere con i genitori. Quando la nonna morì ritornò in famiglia e dopo qualche tempo i genitori si separarono, dando luogo a una diaspora familiare e a vari cambiamenti di abitazione del paziente. Racconta che si trovò a vivere con dei genitori che gli pareva di non conoscere e a cui si adattò attraverso un atteggiamento di compiacenza, gratificandoli con i suoi successi scolastici.

Molta parte della sua attività è rivolta ad eventi cui partecipa, con una sorta di coazione, senza che ne abbia un ritorno economico. L'importante è essere visto. E' sempre molto disponibile a prestarsi per gli altri, spesso senza ricevere alcun segno di stima e di riconoscimento. Con faccia tosta straordinaria riesce a intrufolarsi in ambienti esclusivi senza invito.

Sembra avere un bisogno incoercibile di stare sotto i riflettori; se il riscontro non c'è o viene cacciato via, si spegne, la sua autostima crolla. Oscilla tra il sentirsi un dio e il sentirsi una totale nullità.

Quando torna in terapia chiede con insistenza che le sedute siano fissate lo stesso giorno e la stessa ora di prima, cosa che non è possibile fare. In terapia è portato a dilagare, come se lo spazio fosse suo: carica il cellulare, si rinfresca in bagno, è difficile congedarlo alla fine delle sedute. Con una certa frequenza chiede degli spostamenti di orario. Una volta accade che il terapeuta, che non aveva trascritto in agenda il nuovo appuntamento, con sorpresa se lo trovi davanti alla porta, pensando che il paziente sia in anticipo di un'ora. Ad un certo punto della seduta il terapeuta parla di questo; il paziente assicura che ha rispettato l'orario e, a dimostrazione, fa vedere il cellulare. Chiede più volte con ansia se il terapeuta abbia pensato che volesse fare il furbo sapendo di essere in anticipo. Il terapeuta, dopo avere riconosciuto il suo errore, osserva che forse anche con lui ha paura di fare l'infiltrato, che la sua tendenza a richiedere orari diversi è forse un modo per assicurarsi che può rivendicare un posto per lui, un posto concreto perché forse dubita che ci sia un posto nella mente del terapeuta. Il paziente risponde che per lui è difficile preservare questo spazio che è come sacro, un punto di riferimento fondamentale nel casino della sua vita. Ricorda quel che gli disse una volta il terapeuta: che lui vive spesso in funzione degli altri, al loro servizio, e come gli sia difficile farsi titolare della propria vita. Alla fine dice che pensa di dare più spazio al suo lavoro, di investire di più su attività remunerative e meno su quelle di vetrina. Il paziente, che vive di immagine, sembra affacciarsi qui alla possibilità di esserci di più come persona.

L'agito del terapeuta sembra aver sbloccato una situazione in cui entrambi erano intrappolati.

Spesso i pazienti si comportano in modi che sollecitano una conferma delle loro particolari interpretazioni della realtà. In questo caso il comportamento del paziente era volto a ripresentificare un oggetto idealizzato sempre disponibile che gli rimandasse un'immagine altrettanto idealizzata. Ogni scarto da questo copione avrebbe significato confrontarsi con sentimenti di inesistenza e di disvalore (la caduta dell'angelo). L'agito controtransferale del terapeuta, segnalando un rifiuto di questo "abuso" di sé, rimette in movimento una comunicazione affettiva.

Se inquadrriamo l'interazione paziente-analista nel contesto dell'intersoggettività, dobbiamo considerare il transfert e il controtransfert come dialetticamente legati. Le esperienze soggettive durante le sedute nascono dall'inconscio rimescolamento psichico di entrambi i partner: possono perciò riflettere sia aspetti dell'uno che dell'altro.

J. Sandler parla di una "responsività di ruolo legata al controtransfert", intendendo con ciò l'attitudine del paziente ad attivare aspetti del carattere, risposte emotive e comportamenti del terapeuta che si sintonizzano con il suo transfert, ponendo anche a lungo il terapeuta in una relazione di ruolo specifica. Il transfert del paziente non è mai dunque slegato dalla reale partecipazione del terapeuta.

Rimanere invischiati in questa situazione per poi darsene una spiegazione, elaborare le emozioni sottese e restituirle al paziente può essere un modo per rendere più autentica la relazione.

Il terapeuta tollera il dubbio, l'incertezza e la sospensione di un significato coerente e un po' per volta può sentire e far sentire gli aspetti contraddittori che si manifestano nella relazione come parti di una personalità complessa che può oscillare fra varie posizioni del Sé.

Quel che conta è riconoscere e rispecchiare le emozioni che circolano nella seduta, vivere le emozioni, non semplicemente raccontarle o parlarne, altrimenti non si modificano e non evolvono.

Il riconoscimento delle emozioni

Consideriamo ora che cosa comporta emotivamente la comparsa dell'altro nello spazio intersoggettivo della terapia. L'"alterità dell'altro" pone il problema della tolleranza o intolleranza della sua diversità: l'altro può apparire lo straniero o l'estraneo, può incuriosirci oppure mettere in crisi le nostre certezze identitarie e farci sentire a nostra volta estranei a noi stessi.

Dal punto di vista del terapeuta questo è tanto più vero quando ha a che fare con pazienti traumatizzati o deprivati che hanno internalizzato l'immagine di un altro maltrattante o assente. L'offerta di una relazione diversa da quella sperimentata in passato, per quanto confusamente desiderata, può essere vissuta dal paziente come seduttiva e illusoria. Egli sente minacciata la sua identità che, sia pur frammentata e scarsamente differenziata, lo protegge da un insostenibile senso di isolamento e di vuoto. Teme di perdere l'oggetto interno che, per quanto maltrattante, gli assicura un senso precario di sicurezza e di continuità.

La promessa di intimità dell'altro determina la paura di essere nuovamente ferito, tradito e abbandonato. Il paziente può pensare che, se il terapeuta si avvicinerà troppo, si accorgerà di quanto egli sia cattivo, povero e disprezzabile e la reazione del paziente può essere allora quella di allontanare il terapeuta con rabbia o svalutazione.

E' difficile per il terapeuta fare i conti con tali reazioni emotive che lo mettono a dura prova perché comportano un suo misconoscimento, lo fanno sentire l'oggetto persecutorio e possono suscitare in lui sentimenti di impotenza e di rabbia. Se i suoi sentimenti negativi non vengono da lui riconosciuti, elaborati e anche accettati come egosintonici, il pericolo è che egli metta in atto un atteggiamento falsamente oblativo, contribuendo così a creare una relazione sadomasochista in cui il paziente può alzare sempre più la posta in gioco. Un altro atteggiamento che il terapeuta può assumere è quello rassicurante e consolatorio, quando ad esempio sposta l'attenzione sugli aspetti positivi e competenti del paziente o insiste sui miglioramenti che ha ottenuto.

La capacità di consolarsi non viene generata da rassicurazioni esterne, ma è una capacità che il riconoscimento delle vere emozioni da parte dell'altro contribuisce ad attivare.

Una costante attitudine all'empatia, che fa sentire il terapeuta buono e accudente, può combaciare fin troppo bene con il bisogno del paziente di ignorare la sua angoscia e la sua rabbia.

Deve essere riconosciuto e non edulcorato ciò che il paziente sente cattivo, spregevole, angosciante e pericoloso in sé e di sé, altrimenti questi aspetti non potranno mai essere integrati e rimarranno sempre alieni.

Federico, un adolescente con problemi scolastici e oggetto di mobbing, viene in terapia con un angosciante senso di solitudine, di disvalore e di estraneità nei confronti dei coetanei. Nel corso della terapia riesce gradualmente a sbloccarsi; non si sente più l'oggetto da schernire perché diventa sempre più in grado di esprimersi con maggior assertività, i risultati scolastici sono buoni, le sue competenze e capacità vengono riconosciute, è contento della relazione che ha iniziato con una compagna. Tutto sembra andare per il meglio, tuttavia qualcosa continua a tormentarlo: talvolta ancora, quando qualche atteggiamento distratto degli amici gli fa temere un loro rifiuto, gli sembra di perdere le sue sicurezze e di sprofondare in uno stato d'animo buio e depressivo in cui si sente un paria. Il terapeuta si rende conto che le sue rassicurazioni sui suoi progressi e sul modo nuovo in cui è capace di percepire sé stesso e il suo ambiente servono a poco. Quel che faticosamente emerge è la convinzione di Federico che il mobbing di cui è stato vittima abbia avuto a che fare con la sua cattiveria e che quindi sia stato in qualche modo giustificato. Un po' per volta riesce a parlare della rabbia e dell'invidia che provava per i coetanei, sentimenti che sono sempre stati messi a tacere per lasciare il posto a un atteggiamento di acquiescenza o a comportamenti da spaccone volti a farsi accettare dai compagni. Riuscire a fare i conti con la sua sensazione di malvagità in una situazione di sicurezza e di accoglienza non giudicante è stata per lui la vera rassicurazione.

Quando vengono rispecchiate delle emozioni che il paziente percepisce come presenti e reali senza che siano etichettate come buone o cattive, ma come espressione di una soggettività complessa, egli sente che si dà loro diritto di esistenza ed egli stesso fa l'esperienza di esserci e di essere attivo. E' un'esperienza che tende a generare un senso di continuità personale e di integrazione e un senso di sé affidabile. Ciò significa potersi vivere un po' per volta come soggetti autonomi.

Viceversa, se non si viene riconosciuti come portatori di un proprio progetto personale, non si è disponibili a prendere in considerazione i sentimenti e gli apporti costruttivi che provengono dagli altri. Si viene così a interrompere lo sviluppo della capacità di mentalizzare, che è uno degli obiettivi della psicoterapia, la capacità cioè di riconoscere punti di vista diversi dal proprio, condizione questa indispensabile per negoziare la relazione.

E' questa l'impasse in cui si viene a trovare Federico verso la fine della sua terapia. Un giorno il terapeuta riceve una telefonata allarmata della madre del ragazzo che si lamenta per il comportamento incomprensibile e molto reattivo del figlio, che attacca tutti in casa, non ascolta il parere di nessuno, litiga con la sua ragazza su cui tenta continuamente di imporsi. In seduta Federico racconta che il suo umore è cambiato dopo una discussione a cena con i suoi. Racconta di aver fatto un commento su una giovane donna che, nonostante la giovane età e la probabile inesperienza, aveva trovato un posto di lavoro prestigioso, commentando che qualcosa doveva aver dato in cambio. I genitori lo zittirono irritati dicendo che una persona, se capace e tenace, può ottenere quel che vuole. Federico sentì questo come un attacco a lui, come se i genitori non avessero mai sciolto le riserve su di lui, non ne riconoscessero i progressi e lo considerassero sempre un incapace da proteggere e sorvegliare a vista. Ma lui, dice, non ha più bisogno di stampelle, come può farglielo capire?.

In virtù della sicurezza basata sulla regolazione degli affetti, la relazione terapeutica può mettere a disposizione del paziente un contesto atto, più che a svelare contenuti specifici, a schiudere una nuova esperienza di sé che si apra alla ricchezza delle emozioni, alla fantasia e al gioco.

Come abbiamo già detto, gli elementi fondamentali per la trasformazione della relazione e per l'instaurarsi di un sentimento di fiducia si verificano in brevi sequenze costruite reciprocamente in un lungo periodo di tempo. Ciò porta al riconoscimento di sé e all'esperienza di essere vivi nella relazione e dà spazio e significato al gesto spontaneo, che è un gesto di rottura che confronta con la verità di due persone separate.

Giovanni è un professore universitario di mezza età, mite, affidabile e disponibile con tutti. All'inizio di una seduta appare molto agitato, dice che deve raccontare un episodio molto forte di cui si vergogna molto. Ieri ha fatto a botte con un tizio che lo tallonava con la macchina continuando a suonare per chiedere il passo. Mentre lo superava, costui gli ha fatto un gesto molto volgare. Al semaforo rosso il paziente gli ha toccato la macchina con la sua ed è sceso; anche l'altro è sceso e gli ha dato un pugno. Il paziente, a sua volta, gli ha dato un pugno e dei calci; sono meglio i calci, dice, perché tengono la distanza (dall'altro, dalla sua rabbia?). Parla in modo molto emotivo, come se stesse vivendo l'episodio in diretta. Quando è sceso dalla macchina non aveva parole, aveva solo una furia cieca di colpire. C'è questo grumo di rabbia che lo preoccupa, perché non è riuscito a controllarsi, ha perso la testa. Il terapeuta osserva che quando si è attaccati e non si è in grado di articolare una strategia di risposta o si attacca o ci si congela, come gli successe da adolescente, quando il padre lo prese a pugni per una marachella, senza che le donne di casa intervenissero per calmare l'energumeno. Il paziente parla della sua sensazione di una colpa antica, ha un ricordo o fantasia di aver fatto del male a un bambino. Il terapeuta commenta che quando si è in uno stato di terrore la mente è sopraffatta, la paura e la rabbia fanno cortocircuito e non è più chiaro chi ha picchiato chi, quale sia la realtà e quale la fantasia. Alla fine della seduta il paziente si avvicina al terapeuta, lo abbraccia mettendogli la testa sulla spalla e sussurra: non sono cattivo, non sono cattivo.

La seduta successiva il paziente esordisce facendo l'elenco degli studenti che sono andati da lui per chiedere la tesi: gli sembravano tutti abominevoli, chi ciccione, chi del tutto scemo, una vera corte dei miracoli. Abominevole, dice, non deriva da homo ma da omen, presagio, malaugurio ma anche augurio. Il terapeuta osserva che ci sono parole che hanno un senso doppio, negativo e positivo, connotando qualcosa che rompe la continuità della quotidianità e dell'ovvio, qualcosa che genera una frattura in cui si può affondare ma che può aprire delle possibilità inaspettate. Abominevole da

una parte fu l'attacco furioso del padre, abominevole dall'altra il suo abbraccio al terapeuta. Il paziente risponde che era entrato in seduta molto contrariato e che ne è uscito completamente sollevato. E' come se avesse abbracciato suo padre, cosa che non ha mai fatto in vita sua. Ha sentito l'odore del terapeuta, è come se fosse tornato a casa. Ricorda che il padre lo aveva sempre sminuito e ridicolizzato riguardo alle sue attività sportive, nelle quali peraltro eccelleva. Ricorda anche un altro episodio: da piccolo, durante un gioco movimentato, aveva dato un pizzicotto ad un'amichetta, o che si era messa a piangere. La madre del paziente lo aveva rimproverato con un atteggiamento freddo e respingente; ricorda che lo aveva guardato come se fosse un estraneo. La sua esuberanza vitale era stata mortificata e lui si era sentito raggelato, cattivo e colpevole.

La violenza che gli fa paura, come se ci fosse dentro di lui qualcosa di mostruoso che può slatentizzarsi da un momento all'altro, fa pensare, più che ad un'identificazione con l'aggressore, a quella che Amati Sas chiama "un'imposizione" dell'altro, una sorta di invasione che fa sentire come se si albergasse un alieno.

Il corpo ha bisogno di apprendere che il pericolo è passato e di vivere nella realtà presente.

Il corpo nella relazione terapeutica

L'integrazione psiche-soma di cui parla Winnicott è una tappa fondamentale della soggettivazione, che ci permette da una parte di entrare in contatto con la fantasia, intesa come modalità di creare esperienza psichica, e dall'altra di sperimentare relazioni basate sul riconoscimento reciproco. C'è un legame tra la nostra capacità di stare nel corpo e l'essere presenti a sé e all'altro. Ci viene in mente la testimonianza di Masud Khan a proposito del corpo di Winnicott: "Ciò che resta più vivido è la sua presenza fisica rilassata e una sottile concentrazione della persona. Winnicott ascoltava con tutto il corpo ed aveva occhi acuti, che guardavano con un misto di incredulità e completa accettazione. Eppure poteva rimanere così immobile, così perfettamente controllato ed immobile. Non ho incontrato nessun altro analista che fosse più inevitabilmente se stesso. Era questa qualità di inviolabile individualità che gli permetteva di essere tante persone diverse con gente tanto diversa".

Quando noi siamo dentro al nostro corpo e ci stiamo a nostro agio, possiamo con maggior facilità essere di aiuto. D.J. Wallin osserva che i pazienti non hanno bisogno di leggere le nostre menti, perché possono leggere i nostri corpi; sapendo in tal modo che siamo lì presenti, possono dedicarsi alla loro esperienza, senza doversi troppo preoccupare della nostra.

Ci sono dei pazienti che, o perché traumatizzati o perché non hanno vissuto esperienze adeguate di rispecchiamento con il caregiver, non riescono a tradurre in parole e simboli i loro stati somatici e le loro angosce e vivono le emozioni come se fossero semplicemente dei problemi fisici. Analogamente tendono a sostituire il linguaggio dell'azione e dell'eccitazione a quello della mentalizzazione. Il corpo sembra aver sequestrato la mente e la parola. Acquista perciò molta importanza l'osservazione del corpo del paziente in psicoterapia. Lo sforzo è quello di fargli riconoscere, tollerare e definire gli stati somatici in modo che le sensazioni corporee possano essere collegate con le emozioni e le emozioni con i contesti in cui sono state vissute.

A volte il corpo si esprime con un linguaggio così oscuro e non rappresentabile che solo l'attenzione rivolta al corpo può sbloccare la comunicazione e renderla più ricca.

Irene è una giovane donna che chiese aiuto a causa di crisi di panico, angosce ipocondriache e per la sensazione di non avere presa sulla vita, su sé stessa e sugli altri. Le sembrava di sentirsi vivere solo quando era iperattiva e quando rispondeva alle richieste altrui. E' fidanzata, ma il suo rapporto è burrascoso e sempre a rischio di rottura; il suo compagno l'accusa di essere troppo passiva, di darsi sì molto da fare per lui ma di non capire le sue vere esigenze, come se giocasse sempre di rimessa senza esserci mai veramente.

La terapia era iniziata con lei sul lettino, ma questa posizione, che la obbligava all'immobilità e le impediva di vedere/controllare il terapeuta, le causava sentimenti di angoscia e smarrimento. Ad esempio la percezione delle braccia pesanti le faceva temere un infarto, a volte aveva la sensazione di sprofondare e di perdere il contatto con sé stessa e con la realtà. Il terapeuta si rese conto che la paziente non poteva reggere questa angoscia e le propose di continuare vis a vis. Dopo alcune sedute in cui la paziente si tormentava per non essere stata all'altezza della situazione, le cose andarono meglio, sia all'interno che all'esterno della stanza di analisi. Non ne faremo la storia perché vogliamo concentrarci su un momento cruciale in cui la paziente cominciò a fare diversamente i conti con il suo corpo.

Un giorno chiede di sdraiarsi dicendo di sentirsi molto stanca. Sull'autobus, mentre si recava alla seduta, sentiva un peso allo stomaco, voleva quasi tornarsene a casa. Durante il weekend aveva litigato con il fidanzato, poi si erano cercati reciprocamente e riconciliati: lui si era reso conto che lei sta facendo del suo meglio e lei aveva cercato di superare la sensazione di essere respinta. Sull'autobus avrebbe voluto dormire, ma anche piangere, voleva che qualcosa fluisse fuori di lei, non opporre resistenza. Però non è facile. Piange in modo calmo. Dice che ora si sta creando un blocco, sta emergendo una specie di tappo nel petto che la comprime. Passa da sensazioni di abbandono a sensazioni di rigidità. Il terapeuta le chiede come si senta appoggiata. Sente più appoggiata la parte inferiore del corpo, più rigida quella superiore. Il terapeuta commenta che vede il suo petto alzarsi e abbassarsi con regolarità. Lei risponde che sente il ritmo del respiro infrangersi contro la linea che separa il sopra dal sotto, come se le due parti non formassero un tutt'uno. E' angosciata perché da una parte vorrebbe lasciarsi andare e dall'altra abbandonarsi è come andare incontro alla morte. Se non si controlla potrebbe dire cose insensate su cui non ha riflettuto. Se si lascia andare, la linea si attenua, quando parla si ricrea. Adesso le ritorna il nodo. Tutto questo è nato, dice, da una sua esigenza di lasciarsi andare.

La volta successiva parla della seduta precedente dicendo che è stata del tutto inusuale: non doveva far nulla, c'erano solo sensazioni che permeavano corpo e mente. Non sentiva di avere strumenti adeguati per affrontarla. Percepiva il terapeuta

come una voce che le faceva tenere il filo, per nulla invasivo. Anche oggi vorrebbe provarci ma ha paura di uscirne svarionata come la volta scorsa.

Poi si sdraia, tiene gli occhi chiusi. Quando pensa al terapeuta è come se dovesse dire o fare qualcosa. Però tutto sommato non le spiace parlare; le piacerebbe essere libera di non rendere conto. Si sente uniformemente appoggiata, meno appoggiate le braccia, come se fossero un po' esterne, così anche le mani. Non sa se sia giusto o no dare voce ai pensieri quando si manifestano. Manifestarli però è una cosa positiva perché permette di farli emergere e di parlarne. E se le venisse in mente una parolaccia? Bisogna selezionare le cose. Forse qui può esercitarsi, le è consentito capire che cosa va bene esprimere e cosa tenersi dentro. Come una palestra. Qui può dire cose che non dice in situazioni normali, attivare connessioni che non si attivano altrove. Ora le viene in mente il racconto di Pirandello "La carriola", e il bizzarro comportamento del protagonista, uno stimato avvocato e professore universitario. Costui, tornando a casa una sera, improvvisamente si sente completamente estraneo ai suoi figli, a sua moglie, al suo lavoro e soprattutto a se stesso. Non riconosce e non si riconosce. Sente però che non può evadere da una vita che non ha più senso per lui, non può che continuare a viverla falsamente. Trova un folle escamotage per non sentirsi del tutto alienato nella routine. Ogni giorno si chiude nel suo studio, prende per le zampe posteriori la sua povera vecchia cagnetta e le fa fare la carriola. La paziente evoca qui il perturbante, una situazione duplice che può avere esiti diversi. La situazione perturbante è risolta dal personaggio di Pirandello chiudendosi nella solitudine di un "vizio assurdo", ma può aprirsi su scenari nuovi. Al terapeuta viene in mente un adolescente da lui seguito che, giocando con il gatto con vero divertimento, a volte lo trascina per le zampe, oppure pensa ai bambini che giocano alla carriola.

Dopo questa seduta la paziente continua la terapia sul lettino, alterna la parola con silenzi durante i quali dice di sentirsi rilassata, fa attenzione al corpo, gioca con la sensazione del peso al petto, che avverte di tanto in tanto in modo sempre diverso. Le sensazioni che prima erano misteriosamente e pericolosamente inquietanti ora diventano volano di immagini, si aprono alla rappresentazione, diventano una sorta di oggetto transizionale tra lei e il terapeuta. Ad esempio in una seduta la sensazione al petto le fa venire in mente un uovo, ha poi l'immagine di una caverna e di quest'uovo a metà interrato. Non fa male, crea una discontinuità. Questa discontinuità le suggerisce l'immagine di una clessidra. Lungo silenzio. Dice poi che ha fatto fantasie di intimità con il suo fidanzato. Si sente rilassata, in pace. Sente che il tempo della seduta deve essere finito. Il terapeuta conferma e osserva che la strozzatura della clessidra sembra essersi allargata e l'uovo ricomposto. Sì, dice lei, è l'uovo di Colombo.

Gaia, una bella e filiforme ragazza da poco laureatasi brillantemente in lingue, si presenta dichiarando con spavalderia di avere difficoltà nelle relazioni con gli altri, relazioni che per lei si trasformano in occasioni di esibizione, di competizione, di sfoggio di superiorità. Non fa cenno alla eccessiva magrezza del suo corpo come se non si accorgesse di un corpo che così emaciato rappresenta un'astinenza praticata troppo a lungo.

Attraverso il corpo esibisce con orgoglio una trionfale negazione dei bisogni, una sorta di immortalità, di intoccabilità. Arriva in seduta garrula, al terapeuta sembra una farfalla che vola di fiore in fiore senza mai sostare, fino a che un giorno racconta che un'amica le ha detto che secondo lei è anoressica. Per Gaia è come se per la prima volta avesse visto il suo corpo riflesso nella sua estrema magrezza dallo sguardo dell'amica e non potesse più negarne l'evidenza. Piange disperata, urla la sua sofferenza, la sua rabbia, la sua umiliazione, la sua ferita.

Il terapeuta le tende la mano. Da quel momento per lungo tempo Gaia la richiederà. Grande è l'angoscia e la paura per quel contatto così concreto.

Le sedute passano per lo più in silenzio, rotto solo dal pianto talvolta violento della paziente, un pianto denso di significati che non riescono ancora ad esprimersi.

Il terapeuta a sua volta si sente inizialmente a disagio, si chiede come e se deve dosare quella vicinanza, ma poi sente che non deve precocemente porre limiti a quel contatto che in certi momenti sembra rapace e fa temere di essere ingabbiati, divorati, ma che esprime un profondo bisogno di attaccamento.

Il terapeuta si sente corpo, presenza concreta, punto di repère, corpo da esplorare, sentire, e che a sua volta sente e risponde. La loro è una comunicazione fatta di strette di mano, di lievi o forti pressioni, di mani sudate o freddissime. Sono le mani che fanno sentire il variare delle sensazioni, l'attenuarsi del dolore fisico e dell'angoscia. E' il corpo della paziente, che ora si accartocchia su di sé ora si rilassa, che racconta la paura della vicinanza o l'inizio di un piacere che sa di fiducia.

Il terapeuta sente l'angoscia di Gaia nella stretta che lui stesso prova allo stomaco, ma ha contemporaneamente il ricordo di quando teneva in braccio il suo bambino piangente, che poi si placava rassicurato da quel contatto, e non ha paura: pensa che il suo corpo deve diventare la base d'appoggio di sensazioni e poi di pensieri. Il loro è un dialogo tonico da cui lentamente nasce la parola. Gaia comincia a raccontare del suo dolore al bacino, una tensione costante che le rende impossibile appoggiarsi alla sedia, della rigidità dello stomaco che pare chiuso e dolorosamente contratto. Parla di un corpo legnoso, reso impermeabile ad ogni stimolo interno ed esterno, di un corpo fuori dal tempo, rimasto bambino, diverso da quello delle sue coetanee.

Lentamente la parola prende sempre più spazio, diventa comunicazione emotiva e affettiva. Le mani ormai si uniscono solo a tratti.

La paziente nel frattempo accetta di essere seguita settimanalmente da una dietologa e ne rispetta con precisione la dieta.

Un giorno arriva in seduta dichiarando che ha bisogno di mangiare davanti al terapeuta; per lei mangiare con gli altri è un grosso problema: si vergogna di mostrare che ha fame, che le piace ciò che mangia, che è avida di cose buone.

Ancora una volta è il corpo che parla, è il corpo in primo piano. Gaia fatica inizialmente a mangiare: le gambe si contorcono nello sforzo di contenere l'impulso a scappare, con la forchetta prende poco cibo perché le sembra che la

bocca non possa contenerne più di così, gira la testa per non farsi vedere nell'atto di mangiare. Per varie volte la paziente mangerà alla presenza del terapeuta e sarà sempre più libera di assaporare il cibo che si è preparato con piacere.

Questo è un caso trattato con una psicoterapia psicoanalitica a mediazione corporea messa a punto da De Ajuriaguerra. Si tratta di una signora già avanti negli anni, colta e intelligente, che per tutta la vita si è sottoposta ad analisi di gruppo ed individuali alla ricerca di un benessere mai trovato completamente.

Bambina orfana di madre a nove mesi, fu allontanata da Milano dal padre all'età di tre anni e mandata presso parenti a lei sconosciuti, nel tentativo di salvarla dalla guerra.

La sua è stata una storia di traumi cumulativi mai elaborati, che si sono incistati nel corpo provocando una scissione mente-corpo.

Ciò che colpisce in questa donna è da un lato un linguaggio forbito, raffinato da tanti anni di lavoro psicoanalitico, dall'altro un corpo non gradevole, grossolano, come intagliato nel legno in maniera rozza.

Messa sul lettino la paziente ha ripetuti "scossoni", come li chiama lei, cioè tremori così forti da farla sobbalzare sul lettino, disarticolando il corpo. Per il terapeuta è uno spettacolo inaspettato, inquietante e angoscioso insieme; sembra di assistere a una crisi epilettica o alla trasformazione di un essere in un altro mostruoso. Al terapeuta inizialmente viene da ritirarsi, ne è spaventato, poi sente il bisogno di proteggere quel corpo perché non si faccia male. Se le parole hanno raccontato in modo ineccepibile ma freddo e non evocativo la sua storia dolorosa, il corpo ne rappresenta in modo concreto e visibile la drammaticità. Al terapeuta viene in mente il quadro Guernica di Picasso, in cui è raffigurato il volto deformato dallo strazio di una madre che tiene fra le braccia il suo bambino morto. Proprio lo spettacolo di quel volto deforme ha fatto sì che il terapeuta potesse capire meglio, emotivamente, la pittura di Picasso, che fino a quel momento sentiva estranea e poco accessibile.

Un dolore profondo, una commozione che inumidisce gli occhi fa percepire al terapeuta il crollo che quella bambina così piccola deve aver vissuto, il baratro in cui era precipitata senza che nessuno potesse tenerle la mano.

Il corpo della paziente esprime ciò che il suo pensiero non può per il timore di non poter tollerare l'angoscia catastrofica vissuta. Esso allora ripresenta il trauma nella sua violenza, facendo emergere fantasie cruente, immagini di vendetta, di sadismo, di mostri nati proprio dall'ingiustizia subita, dall'invidia, dalla rabbia per l'incomprensione. Solo il corpo nella sua modalità figurativa ha evidenziato e portato alla luce questi aspetti dissociati della paziente. Accanto alla bambina deprivata c'è il mostro assassino vissuto all'ombra di un mancato riconoscimento indispensabile perché la paziente si possa sentire integrata. "Dottore, io non sono buona", continuava a ripetere. Solo dopo parecchio tempo il terapeuta ha colto la necessità della paziente di riconoscere e dare cittadinanza alla sua parte perversa che più volte era emersa attraverso i sogni e le fantasticherie: solo così poteva sentire di essere vista nella sua interezza, accettarsi anche lei e non avere più paura.

Osservarsi in modo quieto, riconoscere, tollerare e nominare gli stati somatici in modo che le sensazioni possano essere collegate con le emozioni è un modo per integrare delle esperienze che non sono mai state mentalizzate e attivare aree cerebrali che non erano state attivate in precedenza.

Convincersi che ci si possa quietamente lasciare andare può accadere solamente quando ci si sente sicuri a un livello viscerale e ci si può permettere di connettere quel senso di sicurezza a un passato di impotenza.

L'idealizzazione come ostacolo al riconoscimento

*Dolcissimo, possente,
Dominator di mia profonda mente;
Terribile, ma caro
Dono del ciel; consorte
Ai lugubri miei giorni,
Pensier che innanzi a me si spesso torni.*

Da "Il pensiero dominante" di Giacomo Leopardi

Tra gli elementi che ostacolano il processo di riconoscimento dell'altro e di affermazione di sé c'è l'idealizzazione, che ha a che fare con le illusioni, anzi ne è il tramite, nel senso che attraverso l'idealizzazione le illusioni vengono trasferite sull'oggetto che diventa, come lo ha definito una paziente, "il magico protettore".

La conseguenza è l'impossibilità di vedere l'altro nella sua verità e di poterlo usare per giungere ad una relazione tra due soggetti, una relazione di reciproco riconoscimento.

Parlare di illusioni apre un dibattito tra scuole di pensiero diverse e ha ripercussioni sul piano teorico e tecnico. Per Freud ad esempio, come per Sullivan, Kernberg e altri, le illusioni, residuo del narcisismo infantile, provocano un ritiro dalla realtà e un impoverimento del Sé a favore dell'altro. L'idealizzazione porterebbe dunque ad uno svuotamento del pensiero e nei casi più estremi ad un impoverimento della vitalità e dell'identità, all'incapacità di prendere in mano la propria vita e di assumersi la responsabilità delle proprie scelte. Per Freud e per gli altri l'idealizzazione è dunque un meccanismo psichico che va combattuto.

Con Winnicott e Kohut la visione dell'illusione cambia, anzi Winnicott la individua come la base del narcisismo sano,

quindi come il nucleo profondo del Sé, la fonte della creatività che fa sentire reale il Sé. Per Winnicott l'illusione, che affonda le sue radici nel rapporto con l'oggetto primario, costituisce per l'individuo la spinta alla ricerca costante di un benessere in qualche modo già vissuto o di un'esperienza vitale che è stata vissuta ma non sperimentata emotivamente e che si vuole assolutamente sperimentare. L'illusione costituisce altresì la spinta alla ricerca dell'equilibrio mente-corpo, sé-altro, dello sviluppo e consolidamento della fiducia in sé e di una più completa realizzazione di sé.

L'illusione e l'idealizzazione diventano invece perniciose quando si verifica un arroccamento finalizzato a mantenerle uguali nel tempo, quando non c'è possibilità di spostare sul Sé l'investimento totale fatto sull'altro. L'esito allora è la passivizzazione del Sé che non fa l'esperienza di sentirsi vivo perché mette la sua vita nelle mani del "magico protettore". La relazione è simbiotica, il soggetto vive la vita dell'altro, si sottomette con devozione all'altro. Non c'è ambivalenza nella relazione e nel pensiero; le categorie di giudizio sono binarie e come tali limitate e chiuse ad una terza possibilità. Il rapporto con la realtà è sostituito dalla "fantasticherie", per usare un termine di Winnicott, cioè da immagini e storie che vanno a costituire per il paziente una vita parallela soddisfacente ma lontana dalla realtà e non condivisibile.

Il paziente così perde sempre di più l'interesse per il reale e la capacità di vivere e interpretare la realtà. Capire diventa allora pericoloso perché può far dubitare delle capacità dell'oggetto idealizzato e può farne intravedere la fragilità. Ciò lo porterebbe alla rovina, cioè alla solitudine, alla forzata differenziazione, alla perdita dell'ala protettrice sotto la quale si sente riparato, alla paura della vita.

"I pazienti che coattivamente stringono relazioni di tipo idealizzato rimangono eterni discepoli", dice Mitchell, anche perché rinunciano alla curiosità, alla spinta a conoscere per il timore di rompere l'equilibrio con il "magico protettore".

Il lavoro con questi pazienti consiste nel dosare attentamente gli interventi: da un lato va rinforzato il loro narcisismo, dall'altro, e anche per lungo tempo, vanno riparati dalla realtà interna ed esterna che non sono ancora in grado di integrare, creando un ambiente che soddisfi quei bisogni non soddisfatti.

Il terapeuta deve farsi ambiente, non evidenziarsi troppo perché il pericolo è di entrare precocemente in collisione con il magico protettore, esponendosi al rischio quasi certo di perdere il confronto.

Sara è una giovane insegnante di matematica, vive ancora in casa con i genitori e la sorella di poco più grande di lei. Richiede un colloquio perché sollecitata dall'unica amica che ha, a causa di crisi di panico. Queste, a partire dal suo esame di maturità che ha provocato in lei un crollo narcisistico, si ripetono ogni volta che deve affrontare prove nelle quali si deve esporre.

Il racconto della vita di Sara è estremamente semplice, anonimo, si potrebbe dire povero; la sua vita si è svolta all'ombra di due figure idealizzate: la madre, donna rigida ed esigente che ha sacrificato la vita per le figlie, alle quali richiede la stessa abnegazione, e l'amica che in parte ha sostituito il ruolo materno. Sara parla di loro come di persone eccezionali, forti, capaci di scelte coraggiose, indomite eroine che di lei colgono ogni bisogno.

Grande è invece la diffidenza che il terapeuta sente su di sé. Il lavoro terapeutico con Sara è lento, faticoso, perché richiede grande attenzione all'uso delle parole, delle interpretazioni e al timing degli interventi.

Forte è l'ostilità della paziente che attacca il terapeuta appena sente che questo può mostrarle elementi nuovi di riflessione su ciò che porta in seduta. Sara è logorroica, nel tentativo di tappare la bocca all'altro, di non sentire ciò che può metterla in crisi.

Il terapeuta talvolta si sente sopraffatto dalla monotonia di quei racconti sempre uguali che parlano di una vita divisa tra scuola e casa. Anche la scuola inizialmente è solo un banco di prova, una sorta di possibilità di riscatto dall'onta di una maturità che l'ha ferita profondamente. Il rapporto con gli allievi sembra non esserci: lei è un tecnico coscienzioso ed imparziale. Quei ragazzi, adolescenti inquieti, la turbano con la loro vitalità, così li tiene lontani trincerandosi nel suo ruolo istituzionale di insegnante.

Comincia ogni tanto a mostrare curiosità verso il terapeuta, lo scruta, nota ogni piccolo cambiamento, vorrebbe tanto sbirciare nei quaderni che il terapeuta ha sul tavolo, lo confessa ridendo e fa anche fantasie sulla sua vita privata. Contemporaneamente il rapporto con l'amica si incrina: talvolta la vede scostante verso di lei, violenta quando l'accusa di essere morbosamente curiosa della sua vita privata; del resto, pensa il terapeuta, quella è l'unica vita che ha e che vorrebbe avere.

Il terapeuta cerca di sottolineare e di identificare le emozioni che emergono, di evidenziare i cambiamenti nel suo rapporto con gli allievi ed i colleghi, e Sara incomincia a riconoscere che il suo rapporto con gli altri va meglio.

Un giorno arriva in seduta e inaspettatamente dice di essersi resa conto di quanto abbia attaccato il terapeuta, non tanto apertamente quanto dentro di lei, sabotando ogni intervento, cercando di non ascoltare ed evitando di capire.

"L'ho proprio odiato, tanto che pensavo di interrompere la terapia e spesso arrivavo in seduta chiedendomi: ma oggi di cosa parlo? Che bisogno ho di terapia se c'è Laura? Poi mi sono accorta che lei non ha reagito alle mie provocazioni, inoltre, a differenza di mia madre e di Laura, lei si è sempre limitato ad ascoltare e a farmi notare altre letture possibili lasciando a me la scelta".

Sara comincia a riconoscere il terapeuta, ad assaporare il piacere ancora ambivalente della libertà di poter usare il suo pensiero. Comincia a desiderare una casa tutta per sé; scelta dolorosa questa perché, dopo tanti anni di vita come figlia, la sua paura è di non farcela a vivere come donna; difficile anche perché la casa che Sara desidera deve avere certe caratteristiche precise sulle quali non può transigere. Sara ce la farà, anche se il cammino è ancora lungo.

Il seminario prosegue ora con la presentazione di due casi clinici delle dottoresse Noemi Bonardi e Melania Lancini che offrono delle ricche esemplificazioni dei temi fin qui trattati.

Il caso della dott.ssa **Noemi Bonardi**, che riguarda un'adolescente con una grave patologia borderline, ben evidenzia la difficoltà di mettersi in relazione con pazienti che oscillano senza mediazioni tra un desiderio avido e inglobativo di riconoscimento ed un rabbioso misconoscimento della terapeuta. La terapeuta si trova qui a fare i conti con angoscianti sentimenti di dubbio e confusione sul suo ruolo e su di sé come persona, alla ricerca di una continua e precaria regolazione della relazione. Per far ciò deve appoggiarsi sulla sua capacità di tenuta, sulla sua disponibilità empatica e tenendo viva la speranza che la paziente intraveda un progetto di sé che ne esprima gli aspetti vivi e originali.

Due personaggi in cerca d'autore

Incontrai per la prima volta **Marta** nel 2013. Allora quindicenne, mi apparve con i capelli lunghi, scarmigliati, a coprirle gli occhi truccati pesantemente di nero che accentuavano la sua espressione torva, a testa china, con degli short molto corti a lasciarle scoperte le gambe avvolte in calze a rete nere. Sembrava visibilmente arrabbiata, scontrosa e, credo, spaventata. Insieme a lei la madre, trasandata, con uno sguardo perso e la difficoltà di capire ed esprimere la sua opinione a causa di problemi all'udito.

I docenti della scuola media segnalano Marta al Servizio Sociale perché preoccupati per la sua evidente trasformazione negativa: in prima media così silenziosa, morigerata, vestita in modo impeccabile, brava a scuola e poi, tutto d'un tratto, dalla seconda media in avanti, sempre più svestita che vestita, truccata in modo pesante, aggressiva (lancio di sedie in classe), sboccata, con comportamenti a rischio, quali pernottamenti fuori casa, frequentazione di soggetti devianti, uso di alcol e droghe, sfrontata nei confronti degli adulti non riconosciuti in alcun modo quali figure di riferimento.

Nata, a seguito di una gravidanza non desiderata, all'interno di una relazione instabile e problematica, Marta vivrà con entrambi i genitori ed il fratello maggiore solo per il primo anno di vita, al termine del quale il padre, con diverse problematiche (alcolismo, scatti di rabbia) e dopo aver ripetutamente percosso madre e figli, se ne andrà. La madre di Marta mi apparirà sempre come una persona molto in difficoltà, con un possibile ritardo cognitivo, non supportata in alcun modo nell'esercizio del suo ruolo genitoriale ma, al contrario, bistrattata e svalutata. La signora si ritroverà così a doversi occupare di entrambi i figli piccoli senza supporti di alcun tipo, dormendo abbracciata ai suoi bambini nel timore di non sentirli piangere. Anche a causa di questa solitudine ed isolamento la signora sarà a sua volta soggetta a crisi di rabbia e moti di aggressività verso i figli (le verrà diagnosticato un disturbo bipolare e sarà seguita con terapia farmacologica), oltre ad avere qualche problema con l'alcol, tanto da indurre la nonna materna a "salvare" Marta facendosene carico e allontanandola di fatto dalla madre e dal fratello; quest'ultimo continuerà invece a vivere con lei.

Mentre la madre di Marta si presenterà sempre molto trasandata, sporca, persa, con dei vestiti informi, la nonna sembrerà invece uscita da un libro delle favole impersonando il ruolo della matrigna con tanto di chignon, unghie laccate di rosso, tacco ed abbigliamento impeccabile, piglio deciso e severo.

Marta verrà così allevata dalla nonna materna, in un contesto asfissiante, in cui nulla potrà risultare fuori posto, trattata come una bambola di porcellana tanto da favorire lo sviluppo di un Falso Sé. Ogni suo movimento sarà controllato, dagli abiti indossati alle pettinature esibite per fare bella figura, in una solitudine di relazioni e di affetti assordante. A dodici anni, forse stanca di vivere nel bell'involucro artefatto della nonna, con il corpo in cambiamento, deciderà di trasferirsi nella casa materna dove avrà modo di vivere le sue pulsioni senza alcun freno, alla ricerca di sé e di uno spazio non ovattato che le permetta di provare ad esistere sperimentandosi.

La casa di Marta sembrerà una discarica a cielo aperto, con pile di piatti da lavare, sacchi di immondizia, gatti un po' ovunque; la madre incapace di definire un ritmo, delle regole, un ordine ed un senso, tanto che la loro dimora ricorderà più una caverna ed i suoi abitanti degli uomini primitivi chiusi nella propria stanza da letto; come quella in cui Marta inizierà a portare chiunque e a fare qualunque cosa al suo interno senza avere limitazioni di alcun genere.

Verso la figura materna, oggetto di un attaccamento insicuro-ambivalente, la ragazza proverà sentimenti contrastanti di vergogna, istinto di protezione e molta rabbia.

Fin dalla consultazione Marta risulterà spesso preda dei suoi stati d'animo -"io vado a scatti"- mi dirà, tanto da trasfigurarsi nelle fattezze fisiche; mi capiterà, più volte nel corso della terapia, di rimanere spaesata di fronte ai cambiamenti repentini delle sue espressioni facciali tanto da farmela apparire come una persona diversa. Diversi indicatori mi porteranno a diagnosticare un disturbo borderline di personalità ed a proporle un percorso psicoterapeutico a cadenza settimanale.

Marta, come altri pazienti traumatizzati o abusati, avendo introiettato l'immagine di *un altro* maltrattante o assente, vivrà la relazione offertale da me, inevitabilmente diversa da quella sperimentata in passato, come seduttiva ed illusoria, facendomi sentire a mia volta estranea a me stessa e a disagio. Mi ritroverò così molto spesso a vivere uno stato di tensione tanto da attivarmi come non mai, prestando un'attenzione eccessiva al setting e a me stessa.

Farò ora alcune riflessioni riportando brani di sedute che mi sembrano particolarmente significativi.

Marta, la settimana prima di riprendere la terapia, interrotta per la pausa estiva e per la mia gravidanza, mi manda un messaggio in cui mi chiede conferma dell'appuntamento fissato. Mi viene da sorridere, mai mi era capitato di sentire il suo desiderio di venire in seduta. Il rendermi conto di essere l'oggetto del suo desiderio mi emoziona e spaventa al tempo stesso.

Doverla incontrare mi mette in uno stato di agitazione ed eccitazione strana. Mi ritrovo a controllare più volte la

temperatura della stanza per garantire un clima caldo e accogliente, sistemo i cuscini sul divano, accendo dell'incenso, riempio il contenitore delle caramelle assicurandomi che ci siano le sue preferite, solitamente mangiate ad inizio e fine seduta. Marta entra ed io mi alzo, impacciata accendo la lampada per fare atmosfera, credo.

Con lei ogni appuntamento sembra essere sempre il primo. C'è sempre tensione da entrambe le parti. Lei, quando non è arrabbiata, ridacchia, lancia sguardi ammaliatori, avvolta in tubini sexy e spalle nude, tanto da mettermi a disagio proprio per l'eccessivo livello di eccitazione. Sento quanto Marta voglia sedurmi, quanto desideri "tirarmi dentro". Io corro così ai ripari cercando di dire cose intelligenti, controllo ogni parola che dico, ritrovandomi sudata al termine di ogni seduta, risucchiata da questa danza, disorientata ed affaticata soprattutto per la mia difficoltà a capire cosa stia accadendo.

I nostri movimenti, che comprenderò strada facendo, mi ricorderanno quelli di due calamite, da una parte impegnate a combaciare, a coincidere, a discapito di una vera sintonizzazione e rispecchiamento, dall'altra portate a respingersi ed a mantenere una distanza di sicurezza.

Marta sentirà minacciata la sua identità che, seppur frammentata e scarsamente differenziata, la proteggerà da un angosciante senso di vuoto, un vuoto che proverà a riempire in continuazione attraverso il suo corpo, perennemente agitato ed eccitato come la pallina di un flipper, mettendo a repentaglio la sua salute sia fisica che psichica, ubriacandosi, usando droghe, facendo sesso senza riuscire a costruire delle relazioni basate sull'affetto e la fiducia reciproca, rimanendo gravida. Proverà con queste condotte rischiose, espressione di una vitalità estrema, a smarcarsi dal mondo ovattato e falso della nonna, nel tentativo di recuperare le sue radici, di ricucire lo strappo con la madre, identificandosi con questo oggetto interno che, anche se così maltrattante e assente, le assicurerà un senso precario di sicurezza. Mi morderà simbolicamente la mano come un gatto randagio, perché irritata dalle mie modalità gentili che le ricorderanno le movenze dolciastre della nonna, attivando in lei un sentimento di allarme rispetto al rischio di essere nuovamente ingabbiata.

L'offerta della relazione con me, il mio essere presente nonostante tutto, spaventerà Marta che si confronterà con la paura ed il rischio di poter essere nuovamente ferita, tradita, abbandonata come quando mi dirà *"Sono sempre stata fregata da tutti! Più ti fregano e più ti fa male, così quando sento che sto per affezionarmi mi stacco perché non voglio stare male ancora, soprattutto con gli adulti!"*, o ancora *"è impossibile trovare qualcuno con cui stare bene perché gli altri deludono sempre!"*.

Continuerà ad interrogare e svalutare il nostro legame *"tanto sei qui solo per lavorare, a te non interessa davvero di me, siete tutti uguali voi"*, esibendo a più riprese tutto il suo arsenale emotivo, scagliandomi spesso addosso una rabbia violenta *"non capite un cazzo, che cazzo volete da me? Non potete cambiarmi!"*, mettendo a dura prova la mia capacità di tenere.

Convinta del fatto che, una volta vista, non avrebbe superato la prova del mio sguardo, risultando ai miei occhi schifosa, cattiva, povera e disprezzabile, giocherà d'anticipo mettendo a ferro e fuoco la relazione per il timore di non poter essere riconosciuta, amata e accolta, oscillando tra un profondo desiderio di contatto ed un rifiuto altrettanto veloce dello stesso.

Mi colpisce il contrasto tra il suo tubino nero e il post-it giallo con la mia scrittura che tiene in mano, a mo' di memo della seduta di oggi. La vedo bambina anche se travestita da grande, le dico "Marta, si vede che ce la stai mettendo tutta e al tempo stesso sei spaventata, perennemente all'erta, con i tuoi occhioni sbarrati che guardano a destra e a sinistra". Le dico che sento la sua fatica, la sua stanchezza, come se lei fosse solo sporca e brutta e non potesse essere vista anche per le cose belle che ha. Marta si commuove, coprendosi il viso con la cuffia e dicendo che non vuole piangere né farsi vedere piangere: "non mi piace perché poi quando succede sono guai, fai pena e le persone ti fanno a pezzi. Per questo preferisco che gli altri mi vedano dura, forte, quella che se riceve uno sguardo strano si incazza e fa a botte".

Mi dirà poi di essersi commossa perché "nessuno mai mi dice che pure io ho delle cose belle, nessuno mai me le riconosce. E' una vita che mi sembra di non essere mai abbastanza per nessuno!", "Ho parlato con il mio ragazzo perché ho vari problemi con l'alcol, non mi aspettavo che mi dicesse ti salvo io, però che mi dicesse che mi sarebbe stato vicino, che li avremmo affrontati insieme e invece si è messo a parlarmi della Juve. Io gli servo solo per sfogarsi sessualmente", e aggiunge "per me trovare una relazione che vada bene è come trovare un ago in un pagliaio e quindi io lo brucio il pagliaio".

Nella nostra relazione Marta, con modalità urgenti ed imperative pretenderà da me una comprensione totale, senza scarti, chiedendomi di capirla senza fare domande.

Per gran parte delle sedute mi accompagnerà la sensazione di essere un funambolo in un circo, o un pompiere finito in una tromba d'aria, mi sentirò perennemente agitata, in ansia, impegnata a cercare dentro di me le parole appropriate per dire le cose giuste, per non aizzarla, spaventata all'idea di sintonizzarmi su un canale radio così vivo, così bruciante, come se fossi alle prese con una persona gravemente ustionata e qualunque mio intervento risultasse parziale o eccessivo. Mi ritroverò a sentirmi intimorita da Marta e dal pensiero che il ritardo nella risposta a sue domande, o a suoi comportamenti, avrebbe potuto pregiudicare l'incontro, come se l'assenza di una coincidenza con lei avesse potuto compromettere la relazione stessa.

Per tale motivo mi porrò in un modo difensivamente oblativo, cercando di blandirla, di valorizzarne le risorse, di tenerla buona, correndo così il rischio di instaurare una relazione sadomasochistica che la portasse ad alzare sempre di più la posta in gioco.

Le farò a volte domande scontate come quando, all'avvicinarsi dell'udienza in tribunale, le chiederò di elencarmi i passi fatti, al fine di porre l'accento solo sulle note positive, così da mantenermi ai margini, rasentando i muri nella speranza di riuscire a scansare le sue raffiche di rabbia, sempre pronte a scatenarsi nel caso in cui io non capissi al volo i contenuti e le emozioni sottese.

Marta oggi mi dice che il suo avvocato, prima dell'udienza, le ha detto che ha fatto dei passi, ma non basta. Io strabuzzo gli occhi e chiedo sulla base di cosa lo dica. Lei dice che non lo sa, io sono ferma su questa frase, sul dato concreto e non sul livello emotivo, non capisco come l'avvocato abbia potuto scrivere una relazione senza tener conto dei dati. Marta si irrita, si agita sulla sedia, si mangia le unghie, le sputa nello studio, inizia a bestemmiare, a dirmi che non ho capito niente, non mi guarda più negli occhi, e urla che quello che le è pesato è quel "non basta" detto dall'avvocato. Io finalmente afferro, do voce al suo sentire, alla sua sensazione che quello che fa, che quello che lei è, non basta mai. Lei poi piange, stremata ed io mi sento molto affaticata.

Un giorno non si presenta al solito punto di incontro, io mi avvio comunque verso lo studio e la trovo che mi aspetta nascosta nel buio, quindi urla "buu!", io trasalisco ed esclamo "che spavento", Marta ride. Faccio una corsa a chiudere la porta, accendo la stufa, la posiziono verso di lei, mi scuso per il freddo. Oggi dobbiamo parlare della sua richiesta, inviatami via sms, di poter avere una doppia seduta.

Mi ritrovo a farle i miei complimenti per la sua capacità di aprire la porta alla piccola Marta, quella tenuta relegata in cantina e che mi ha lasciato scorgere giusto un poco, rimandandole la sua immagine di sé simile a quella di un fiore innocente, di una bambina da curare e presentandomi in qualità di madre buona e accogliente, trascurando il fatto che quella bambina deprivata mi avrebbe dato del filo da torcere.

La richiesta delle due sedute da parte di Marta da una parte mi intriga perché mi sembra un'apertura significativa, ma dall'altra mi spaventa.

Risponderle picche significherebbe mancare un'occasione importante, d'altra parte assecondarla potrebbe portare ad una mia idealizzazione con successiva caduta negli inferi al primo passo falso. Mi sento una codarda, da un lato vorrei risponderle positivamente, dall'altro lato temo si attacchi forse troppo, mi pare di sentire la sua voracità e temo di non reggere.

Alla fine accetto di vederla due volte alla settimana.

Marta mi metterà in guardia rispetto al suo essere in qualche modo doppia, mansueta e poi pronta a graffiare dicendomi: "il problema è che io sono tutte e due le cose, la mano che vuole prendere la bottiglia e quella che contemporaneamente vuole prendere il quaderno".

Marta durante una seduta mi racconta di essere andata ad un rave e di essersi dovuta limitare rispetto all'assunzione di droghe, per i successivi controlli che avrebbe dovuto fare presso il Servizio per le Tossicodipendenze, agendo così un tentativo di controllo su di sé che però l'avrebbe poi fatta molto arrabbiare.

"Girava la bottiglia di MDMA, io ho bevuto giusto due birre ma non quella, ero incazzatissima perché non potevo berla, mi sono messa a bestemmiare ed a spaccare cose, anche al mio moroso ho impedito di berla perché se no mi sarei arrabbiata di più".

Anche la sua sessualità non sembrerà poterla vivere alla luce del sole, bensì in sordina, di nascosto, tra cimici e scarafaggi, con un cuscino sul volto per non farsi vedere dal compagno né sentire dal resto dei familiari, sgattaiolando poi in bagno una volta finito come fosse una ladra schifosa.

"Quando io e il mio moroso litighiamo urliamo molto, ci rinfacciamo i reciproci punti deboli. Lui mi dice di uccidermi e che nessuno mi può capire, nemmeno uno psichiatra. Io penso che se è come dice lui è perché o gli altri sono stupidi oppure io sono strana". Chiedo cosa intenda per strana. Dice che nell'arco di poco cambia spesso parere su una persona, tipo le educatrici: le odia per una sola frase e poi le ama, ben evidenziando la sua difficoltà di stare in relazione in assenza di una coincidenza.

"Quando il mio moroso mi insulta io gli urlo dietro, urlo a lui ma in realtà urlo per difendermi da me stessa, perché dentro ho una vocina che mi dice che ha ragione lui, che devo uccidermi, che sbaglio sempre, urlo ma non perché sono davvero arrabbiata con quella persona. Io ho un demone sempre sulla spalla che mi fa notare quando sbaglio, mi fa lo sgambetto soprattutto quando le cose sembrano andare un po' meglio. Ma io tanto mi rialzo sempre! Due anni fa mi sono strappata i capelli perché volevo che la voce che io sento se ne andasse, parlarne non mi aiuta perché la voce comunque non se ne va e io mi sento matta". Non potendo riconoscere il suo sentire tenderà a dissociarlo nel corpo maltrattandolo ed invadendolo nella speranza forse di sentire così dei limiti concreti capaci di contenere il suo Sé frammentato e perso.

Dichiarerà tra le righe e poi in modo più diretto il bisogno dell'altro, di un altro responsivo, presente, e di me in particolare, per poter riconoscere le sue emozioni senza spaventarsi nell'atto di guardarsi allo specchio.

Dopo aver pianto, si ricompone dicendo di essersi rovinata il trucco e dicendomi "ora ci sono, possiamo continuare a parlare". Le farò notare che c'era anche prima, mentre piangeva e che possiamo anche stare in silenzio per un po'. Lei dice di no, "in silenzio ci sto se sono da sola, con le persone stare in silenzio mi mette ansia, è brutto". Le dico che io posso anche ascoltare, ma lei mi dice che non le piace. Capiro così quanto temesse il mio silenzio, perché dietro al silenzio, che forse le ricordava il mutismo della madre, c'erano i miei pensieri imperscrutabili, il mio possibile giudizio così temuto da lei tanto da mettermi in continuazione sotto una lente di ingrandimento.

Seduta dopo seduta il grado di reciproca confidenza aumenterà tanto da permetterci di iniziare a nominare con grande cautela le sue emozioni, i suoi sentimenti negativi, affinché potesse gradualmente accettarli e poi bonificarli.

Parlando dell'MD non assunto e della rabbia distruttiva provata in seguito, le dico che è un po' come fare la dieta e andare in pasticceria mettendosi davanti a vassoi pieni di bigné. Vero che i pasticcini non sono come l'MD, ma il desiderio che c'è dietro è simile, come quando si fa un po' a pugni con sé stessi. Soffermandomi così più che sulla sostanza in sé sull'emozione sottostante. Marta sorride.

Poco a poco riuscirò a guardare Marta da più angolature, senza lasciarmi sopraffare dalla sua furia capace di annebbiarmi, anche se questa sua modalità rimarrà per molto tempo presente nella nostra relazione.

Durante il breve spazio creato, dopo una delle solite tempeste scatenate da Marta in seduta, le dirò: *"Se sei tu quella strana è perché sei stata per molto tempo da sola a dover gestire una marea di emozioni che si sono così aggrovigliate tanto da farti sentire imprigionata e da spaventarti. Io, se ti guardo, vedo solitudine, angoscia, dolore, rabbia, delusione, stanchezza. Questo è forse il motivo per cui anche tu credi che gli altri non ti potranno mai comprendere davvero, come fanno? E la rabbia di non sentirti compresa ti porta ora a sperare che siano gli altri stupidi, ora a prendertela con te stessa facendoti male e incolpandoti per questo.*

Io sono qui, se vuoi possiamo un po' provare a riavvolgere il film. Non sarà veloce come un battito di mani, ma ci vorrà del tempo, direi che il lavoro che potremo fare insieme lo si può forse paragonare più ad un concerto.

All'inizio c'è il desiderio, la voglia, poi le luci si spengono, la musica inizia, si balla, dopo un po' possono iniziare a dolere le gambe, fa caldo, si ha sete, il vicino magari balla troppo e ci urta, il collo fa male perché non si vede il cantante e si rimane a lungo in punta di piedi o in posizioni strane, si arriva magari anche al punto di sperare che finisca. Poi però ci si sposta in una posizione migliore, arriva la canzone che stavamo aspettando, si riesce a vedere meglio il palcoscenico, ci si avvicina un po'. Si sta bene. Il concerto poi finisce. Ci si porta dentro un po' tutto ciò che si è vissuto e di solito il piacere di esserci stati, e poi si va ad altri concerti.

Marta sorride. Io non so bene cosa ho detto, ma è stato spontaneo e Marta ha colto questo.

Le rimando così in questo modo che la vita è un insieme di sintonie e dissintonie, e anche la terapia lo sarà in qualche modo. Bisogna darsi il tempo per avvicinarci con cautela a ciò che lei sente, cercare di differenziare e integrare gli aspetti contraddittori ed ambigui delle sue emozioni e delle sue relazioni, provare ad uscire dalla spirale poco a poco.

Il caso della dott.ssa **Melania Lancini** mostra come solo il riconoscimento emotivo della separazione permetta di riconoscere l'altro come diverso da sé e crei uno spazio transizionale di riflessione, di sperimentazione e di ricerca di un equilibrio all'interno della relazione e del sistema familiare. In questo caso, infatti, il non riconoscimento era volto ad immobilizzare difensivamente e a giustificare un sistema familiare simbiotico. In queste condizioni viene richiesto un lavoro molto impegnativo con il bambino e con la famiglia. Il riconoscimento della realtà esterna ha avuto una parte importante nel riconoscimento del trauma che ha bloccato questa famiglia per tanto tempo e ha rimesso in movimento l'evoluzione e il cambiamento del bambino ed un nuovo equilibrio familiare.

Guardami, non sono mio fratello!

Antonio viene segnalato all'età di 8 anni dalle insegnanti della scuola primaria per difficoltà negli apprendimenti. Dopo una prima valutazione, emerge che le sue difficoltà scolastiche non possono essere inquadrabili in una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento. Si suggerisce quindi una valutazione psicodinamica che i genitori accettano di buon grado.

Durante la raccolta anamnestica, si evidenzia l'immagine di Antonio come quella di un bambino che non riesce a vivere liberamente le esperienze della sua vita: ha un'asma bronchiale che sembra aver visto il suo esordio a pochi mesi di vita e che risulta oggi invalidante costringendolo a fare molte assenze da scuola; il suo atteggiamento rispetto alla socializzazione con i pari è ritirato e sembra evidente l'impossibilità di investire qualsiasi attività. In generale appare in primo piano un'angoscia di separazione paralizzante.

Un evento traumatico sembra centrale e tragicamente attuale nella storia di questa famiglia: la prima gravidanza della signora, che ha avuto un esito infausto.

Al sesto mese, durante un normale controllo ginecologico, la informano che il bambino (so che è un maschio perché lo chiama per nome) ha una grave malformazione cranica. La sig.ra decide di abortire. Racconta questo momento ed il tragico parto che lo seguirà, in modo molto vivido. Il tempo sembra essersi fermato.

L'anno successivo la Sig.ra rimane nuovamente incinta della sorella maggiore di Antonio e ricorda la gravidanza ed il parto come eventi felici.

Tre anni dopo, tornata in sala parto per dare alla luce Antonio, la madre sembra invece rivivere l'evento traumatico avvenuto anni prima: racconta, ancora terrorizzata, di un parto dolorosissimo e di un bambino che alla nascita non respirava, le è stato "portato via" afferma, credendo ancora oggi che Antonio possa essere stato intubato e che la sua asma possa in qualche modo dipendere da quell'evento. Il padre sostiene invece di averlo visto piangere immediatamente dopo che l'hanno portato nella stanza attigua alla sala parto e che non è mai stato intubato. Anche i medici la tranquillizzano a tal proposito, assicurandole che l'episodio alla nascita non ha avuto conseguenze e che non può essere la causa dell'asma di Antonio. È come se avesse ri-dato alla luce quel figlio danneggiato, che questa volta tiene in vita e tenta di riparare anche nei mesi successivi alla nascita stabilendo una relazione primaria sulla base della sua angoscia. Antonio non può essere visto e riconosciuto come sano e diviene fin da subito oggetto di proiezioni.

Quando vedo Antonio nei primi incontri di valutazione mi colpisce la sua fatica ad accedere alla fantasia, spaventato dall'emergere del suo mondo interno. Sembra vivo ed imponente, anche dentro di lui, il ricordo di quello che lui stesso definisce il "fratello morto". Compare forte la sua rabbia verso la madre e colui che ha ucciso la sua parte vitale, imprigionandolo in un compito impossibile e togliendogli da subito il respiro.

Propongo una terapia individuale per Antonio a patto che i genitori accettino di lavorare regolarmente insieme a me.

Nel primo periodo di terapia Antonio mi consegna le sue parti più fragili e mi chiede di custodirle con cura. Costruisce

una lumaca con il lego e le evidenzia gli organi di senso “*Così può sentire*” dice e poi mi chiede di metterla al riparo nella sua scatola. Messa al riparo la lumaca, Antonio porta in seduta un’immagine grandiosa di sé, mi racconta ad esempio di incredibili performance calcistiche, che lo mettono su un piano di assoluta superiorità rispetto a tutti gli altri bambini.

Per me diventa difficile gestire i suoi sogni grandiosi. Nella vita Antonio non entra nemmeno in un campo da calcio ed in alcuni momenti ho proprio la sensazione che alteri la realtà. Siccome le sue aspettative onnipotenti non possono essere appagate, Antonio si chiude e rinuncia a tutto.

Ad Antonio è mancata quell’esperienza di benessere vitale che si viene a creare nel rapporto con l’oggetto primario, la quale, secondo Winnicott, costituisce la base per un’illusione sana.

Antonio più volte porta aspetti persecutori che si esprimono con il timore che gli altri bambini possano “fregarlo” o portargli via le sue cose concrete, ma anche il suo posto. Antonio chiede a me di tenerlo in mente e di riservargli il suo spazio speciale, tanto da ricordarmi di continuo la data del suo compleanno. È proprio nel giorno in cui ricorre la sua nascita che, per la prima volta, parla del fratello chiedendomi inconsciamente di differenziarlo da lui.

I genitori di Antonio, nel primo periodo, paiono diffidenti e spaventati. Portano l’immagine di un bambino malato, inibito nelle sue attività ed a tratti aggressivo. Non c’è spazio per l’ambivalenza né nelle relazioni né nel pensiero, è tutto o buono o cattivo. Per poter lavorare con loro devo evidenziarmi il meno possibile e permettergli di idealizzarmi inglobandomi nel loro sistema, a tratti soffocante per me.

Antonio ha richiesto anche a casa la celebrazione della sua nascita e vorrebbe una festa di compleanno; quando mi faccio portavoce con i genitori di questo desiderio del loro bambino, sento la strada sbarrata: Antonio quel giorno deve andare dal pediatra per il controllo generale.

L’unica relazione possibile con questo figlio sembra legata alla preoccupazione: quando Antonio non respira la madre accorre e lo avvolge, si occupa di lui e solo in quell’occasione lui può godere di tenerezza, diversamente è richiestiva, incalzante e sospettosa. Gli attacchi d’asma, sembrano ogni volta riappacificare antiche colpe e tranquillizzare Antonio di fronte agli ostacoli, a scapito però della sua crescita libera.

Antonio inizia anche a portare il desiderio che la madre lo osservi in attività di gioco, vivo e funzionante ed attacca quando sente che stanno soffocando la sua vitalità. Questo ci permette di iniziare ad elaborare le proiezioni che circolano ed a riflettere sui desideri nascenti.

Da una seduta con i genitori

Suona il telefono del padre, risponde e la madre ne approfitta per guardarmi e dirmi ridendo: “Lo sa che Antonio mi ha fatto piangere questa settimana”; al momento non capisco. La signora allora mi spiega che era in auto con i due figli e lei rimprovera Antonio per qualche motivo, continua: “Lui dal nulla mi ha detto che è colpa mia se suo fratello è morto e che lui non l’ha nemmeno conosciuto, che sono stata io a farlo morire (...)”. Il padre, solo in quel momento, specifica che nelle fantasie di Antonio il fratello avrebbe 16 anni e giocherebbe a calcio, ballerebbe e andrebbe in bici. Riflettiamo sulle tre fantasie fatte sul fratello, notano da loro che sono le tre cose che lui non riesce a fare.

Con il tempo inizio a sentire le ideazioni grandiose di Antonio non solo come delle fantasie onnipotenti, ma anche come la speranza di un futuro diverso. Cerco allora di accoglierle e con grande cautela distinguerle dalla realtà, pur rispettando quei sogni di cui ha ancora molto bisogno.

Antonio occupa gran parte del tempo a preparare insieme a me formazioni calcistiche che poi mettiamo in campo giocando. Da principio non è possibile il rispetto delle regole, Antonio bara in continuazione, incapace di tollerare le frustrazioni.

Un passo alla volta si apre la possibilità di una mediazione e Antonio inizia a rispettare le regole; mentre gioca con me a calcio assume un linguaggio sempre più tecnicamente corretto ed avendo fatto delle acquisizioni inizia ad avere meno bisogno di narrare imprese megalomane. Ci sono dei cambiamenti e Antonio ha bisogno di vederli “concretamente” rispecchiati.

Seppure con delle oscillazioni ed una forte ambivalenza, Antonio prova a differenziarsi e questo provoca una grande fatica nei suoi genitori, a loro volta ambivalenti di fronte alle spinte evolutive del loro bambino. Anche la madre ed il padre sono alle prese con la costruzione di una nuova immagine di sé come genitori che sostengano diversamente il loro bambino, nonché con una dolorosa ridefinizione di coppia. La fatica è davvero tanta per tutti e l’asma un po’ alla volta perde la sua funzione: sarà la madre stessa, in una seduta, a dirmi che gli attacchi non sono più gli stessi né per frequenza né per intensità. Antonio riesce ad iscriversi realmente ad una scuola calcio, ora è più capace di tollerare la frustrazione e di fare le dovute differenziazioni. In tribuna ci sono i suoi genitori ad ammirarlo.

Antonio inizia a portarmi il suo desiderio di essere visto come cresciuto e capace, un po’ alla volta mi mostra il suo investimento all’esterno della stanza di terapia, ora maggiormente soddisfacente e qualche volta mi chiede di poter saltare la seduta perché deve fare altro. I genitori, seppur con le loro fatiche, al terzo anno di terapia, portano la stessa immagine di un bambino più libero e per la prima volta nella vita festeggiano il suo compleanno con una vera festa. Antonio è finalmente nato, comincio a pensare di lasciarlo andare anche io. Arrivo a condividere con i genitori l’idea di accompagnarlo ancora per qualche mese, prima di salutarlo e salutare anche loro. Sento già a partire da questa comunicazione come la separazione comporti un peso drammatico e spaventi ancora tutti, ma comunico la speranza che questa esperienza possa essere vissuta in modo diverso rispetto al passato.

Presto però mi accorgo che lasciarlo andare significa, per questa coppia, dover fare i conti con un vuoto relazionale che spaventa terribilmente. Antonio assorbe le tensioni dei genitori e se da una parte regredisce tornando a fare da “collante” nel lettone, dall’altra usa tutta la rabbia che ha per separarsi. Divengono a questo punto frequenti delle crisi di angoscia ogni volta che il padre esce la sera lasciandolo solo con la madre. Si placa solo quando il padre, a quel punto, è costretto

a rientrare. La situazione crea panico e conflitto a più livelli (familiare, genitoriale e coniugale), costringendo in qualche misura ad una ridefinizione di ruoli e responsabilità. Decidiamo perciò di intensificare i colloqui con i genitori e proprio mentre li prendo per mano in questa delicata fase, accade un evento traumatico che irrompe nel mondo reale di questa famiglia obbligandoli ad un confronto diretto con la separazione: il cugino della madre, a causa di un aneurisma cerebrale, entra in coma. La madre e Antonio, che in quel momento si trovavano con lui, osservano tutta la scena, fino all'arrivo dei soccorsi. Sembra ora che il copione si ripeta identico: separarsi significa morire. Assisto ad un veloce crollo del sistema, tutta la famiglia si trasferisce a casa della nonna materna che da sempre viveva con questo nipote, i turni in ospedale non lasciano tregua, l'angoscia dilaga ed Antonio torna a rappresentare la catastrofe: le sue crisi sono sempre più frequenti, non riesce più ad entrare a scuola e nemmeno nella mia stanza e quando qualcuno interviene diviene feroce, come un animale in gabbia.

Fino a questo momento la figura dello zio, così come lo chiama Antonio, non era mai comparsa, oggi scopro che da sempre soffriva di depressione e che alcuni comportamenti di Antonio sono stati letti dalla nonna come simili a quelli del nipote malato. Il fantasma che la morte sia nel DNA dei maschi di questa famiglia torna ora più che mai presente. Sembra la prova che anche Antonio ha in testa qualcosa che non va come lo zio ed il fratellino.

Mentre tutto sta andando in pezzi, i genitori devono fare i conti anche con il termine del mio contratto lavorativo. Sono chiamati a fare un brusco esame di realtà, a mettere in crisi l'immagine idealizzata della loro dottoressa, in particolare la madre si sente in qualche misura tradita, e la disillusione è così forte che sembra impossibile salvare qualcosa di buono. I miei tentativi di leggere ciò che accade vengono pesantemente svalutati ed il vuoto che si verrà a creare con la mia assenza deve essere immediatamente riempito, facendo entrare in campo un altro professionista: un neuropsichiatra infantile. Anch'io sono immersa nella catastrofe ed inizio a pensare, come loro, che del lungo e faticoso lavoro fatto insieme non rimane nulla e che il fantasma della morte è lì presente. Lavorare con Antonio è diventato ormai impossibile, non riesce ad entrare nella stanza, ogni volta che si avvicina l'angoscia diviene insostenibile, così come la rabbia di doversi sobbarcare, con la sua terapia, tutto il peso dei fantasmi familiari relativi alla malattia fisica e mentale.

Decidiamo di sospendere le sedute con Antonio, per ora è impossibile anche programmare un saluto. Riesco però a fissare un paio di colloqui con i genitori a distanza di due settimane.

Dall'ultimo colloquio con i genitori:

Entrano in stanza, il padre commenta il mio taglio di capelli. Io dico che è lo stesso della volta scorsa, ma anche la madre insiste che c'è qualcosa di nuovo, forse dei colpi di sole (...).

Si siedono e la madre mi comunica che è mancato suo cugino.

Lui è da subito commosso, la Sig.ra invece è tesa, sento le sue emozioni dentro di me e in diversi momenti è a me che viene da piangere, lei si accorge e sentendosi rispecchiata un po' alla volta si rilassa. Si concedono di rivivere passo passo questo lutto insieme a me, e io ora posso provare a contenere emozioni potenzialmente deflagranti.

Sono circa le dieci di sera e suona il cellulare della madre, è chiaro a tutti. Antonio lascia il telecomando del video gioco ed inizia a piangere ed urlare che lo zio è morto. La madre risponde e dall'ospedale comunicano la notizia del decesso. Antonio ha una forte crisi: piange, urla, si chiude in camera e dice che è tutta colpa sua. La madre spiega alla figlia maggiore che lei deve andare in ospedale e che quindi dovrà trovare il modo di calmare il fratello. Percepisco con stupore una lucidità che la mamma di Antonio fino ad ora non aveva mai avuto: riconosce la reazione del figlio come particolarmente intesa, ma non catastrofica, la morte è altrove e lei deve andare là.

Il funerale, l'addio, la separazione ed il saluto, sono da tutti vissuti in modo molto intenso: il padre decide di portare la bara e la madre legge una poesia scritta da lei. Entrambi si guardano mentre compiono queste azioni e si sostengono valorizzandosi a vicenda.

Durante il funerale ad un certo punto Antonio esce dalla chiesa e la madre non vedendolo esce per cercarlo. Antonio dice alla madre: "Rientro quando me la sento". Dopo un po' autonomamente rientra. Penso subito alle nostre sedute, e a quante volte Antonio usciva dalla stanza perché l'emotività prendeva il sopravvento. Negli ultimi tempi la mia risposta era: "Quando sei pronto, ti aspetto in stanza".

Sono state preparate due rose da posizionare sulla bara: una gialla per Antonio e una blu per la sorella. La sorella ripone commossa la sua rosa, Antonio invece è titubante e prima di mettere il suo fiore chiede alla madre di poterne prendere ancora uno da una composizione, una rosa bianca. Spiega subito che la seconda rosa rappresenta il fratellino morto, un angelo e quindi bianco è il suo colore. "Perché lo zio aveva tre nipoti". Prepara anche un orsacchiotto che riporta la scritta "Ti vogliamo bene". Non vuole firmarlo perché dice che deve essere rappresentativo di tutti e che la gente non deve sapere i nomi specifici.

Nei giorni seguenti vanno al cimitero e un giorno Antonio chiede di esserci e di essere lasciato qualche minuto solo con lo zio. Parla sulla sua lapide e poi dice che quello che voleva dirgli glielo ha detto e che ora potevano anche tornare insieme. Dicono che da quel momento Antonio è molto più tranquillo, la mamma: "È cambiato(...)".

Poco più avanti specificano che il cugino della madre è stato sepolto vicino al loro primogenito e aggiungono: "Forse era destino che dovessero essere vicini".

Questa seduta è la prima in cui mi sembra di vivere ed elaborare con loro un'esperienza di morte che era come sospesa. Questa volta la morte reale sembra arrivi a marcare un confine netto tra realtà e fantasia e ad offrire la possibilità di seppellire i morti, lasciando ai vivi la vita. Con un'immagine limpida e da lui stesso interpretata, Antonio decide di salutare lo zio, ma anche il fratello e allora due sono le rose che vanno posizionate su quella bara. C'è un orsacchiotto per lo zio, ma forse anche per quel bambino piccolo che "per il bene di tutti" va lasciato andare!

Sempre dall'ultimo colloquio con i genitori:

Mi informano che Antonio è stato promosso, che è andato alla pizzata con la squadra e che dopo aver mangiato in fretta

e furia tutta la pizza si è messo in campo con i compagni con grande energia.

Mi lasciano questa rappresentazione di Antonio che recupera e valorizza quanto abbiamo fatto, che spezza le catene, che è vivo e vuole finalmente essere riconosciuto come tale, libero da eredità e proiezioni che a lungo gli hanno tolto il respiro.

Verso la fine dell'incontro ricordano i primi tre anni di lavoro fatti insieme, restituendogli così un valore e per la prima volta lasciano spazio all'ambivalenza nei miei confronti, dichiarando che ci sono stati dei momenti molto difficili. Mi ridimensionano, ma così possono lasciarmi andare e lo stesso fanno con quel cugino amato che descrivono a fine colloquio come molto buono, ma allo stesso tempo un po' sprovveduto ed incapace di prevedere le conseguenze di certi suoi gesti generosi. L'idealizzazione, prima necessaria, ha lasciato spazio ad un'ambivalenza dal carattere più relazionale. Faccio presente ai genitori che Antonio ed io non abbiamo avuto modo di salutarci; la madre afferma: *“Credo che questa volta ce la possa fare a venire da lei”*. Chiamo Antonio al telefono e lo invito, specificando che non è una ripresa di terapia, ma un saluto. Quel giorno Antonio arriva puntuale, si è portato un amico caro che invita ad entrare e fiero gli dice: *“Questa è la mia ex stanza, ci sono stato per tre anni”*, poi gli mostra la sua scatola e gli spiega che c'era una lumaca un tempo e che in questa stanza ha giocato a calcio con la dottoressa a lungo e con piacere.

Prima della conclusione vuole mettere in scena un teatrino con le marionette, invita anche la mamma e la nonna fino ad allora in corridoio. Davanti al suo pubblico fa dialogare una nonna con una figlia e un genero. È morto un figlio e la nonna si rivolge alla figlia in vita dicendole: *“Non piangere sul latte versato e sulla morte di tuo figlio, perché rimarrà sempre nei nostri cuori e poi lui non vorrebbe vederti piangere”*. La nonna si commuove e la mamma gli sorride. La morte non ha lasciato un buco nero, ma una traccia che non spaventa più.

Prima di uscire Antonio mi chiede di poter portare via qualcosa, dico di scegliere dalla sua scatola la cosa che più desidera tenere; raggiante e senza indugi prende la sua palla, quella con la quale tanto ci siamo allenati. Penso che per un po' avrà ancora bisogno di quell'oggetto transizionale.

Mi porta infine dei fiori, che mi lascia sulla scrivania, ed è questo il suo modo speciale per congedarsi anche da me.

Antonio ha visto in seguito solo un paio di volte il neuropsichiatra infantile, accettando poi delle visite di controllo. Io da un anno non collaboro più con questo servizio, ma una collega pochi mesi fa mi ha inviato un sms: *“Ciao Melania, credo ti farà piacere sapere che Antonio sta bene, va a scuola, è sereno, continua calcio con entusiasmo”*.

Già, un immenso piacere!

Bibliografia

- AMATI SAS S. (1991; 2016) Trad. It. Sofferenza, dolore e contesti sociali. Souffrance, douleur et cadres sociaux, *Revue Française de Psychanalyse*.
- BENJAMIN J. (1998) Trad. It. *Legami d'amore*. Cortina, Milano, 2015.
- FONAGY P. e TARGET M. (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano.
- HUSTVEDT S. (2015) *Il mondo sfolgorante*. Einaudi, Torino.
- KHAN M. (1974) Trad. It. *Lo spazio privato del Sé*. Boringhieri, Torino, 1979.
- LITTLE M.I (1990) Trad. It. *Il vero Sé in azione*. Astrolabio, Roma, 1993.
- MIGLIOLI C. e ROSEGHINI R. (2012) *Sulle orme di Winnicott*. Mimesis Edizioni, Milano-Udine.
- MITCHELL S.A. (2016) *Teoria e clinica psicoanalitica*. Cortina, Milano.
- OGDEN T. (1989) Trad.It. *Il limite primigenio dell'esperienza*. Astrolabio, Roma, 1992.
- OGDEN T. (1994) Trad. It. *Soggetti dell'analisi*. Masson, Milano, 1999.
- OGDEN T. (2009) Trad. It. *Riscoprire la psicoanalisi*. Cis Editore, Milano, 2009.
- OGDEN T (2016) Trad. It. *Vite non vissute*. Cortina, Milano, 2016.
- RODINI C. e CARLI L. (a cura di) (2008) *Le forme di intersoggettività*. Cortina, Milano.
- VAN DER KOLK B. (2014) Trad. It. *Il corpo accusa il colpo*. Cortina, Milano, 2015.
- WALLIN D.J (2007) Trad. It. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*. Il Mulino, Bologna, 2009.
- WINNICOTT D.W. (1964) Trad. It. L'importanza del setting nelle situazioni regressive in psicoanalisi, in *Esplorazioni psicoanalitiche*. Cortina, Milano, 1995.