

A.Psi.C.
Associazione Psicoanalisi Contemporanea

Direttore Responsabile
Daniela Cassano

Direttore Editoriale
Morena Danieli

Redattore Capo
Laura Fattori

Psicoanalisi Contemporanea

Registrazione presso Tribunale di Torino n.13 del 28/03/2022

ISSN 2785-5376



Sede della Redazione

via G. Verdi, 45, Torino

Email:

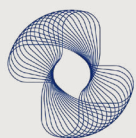
redazione@psicoanalisicontemporanea.it

Sito web:

www.apsic.it

Indice

Editoriale della Redazione	6
Perché una Rivista di Psicoanalisi.....	8
Daniela Settembrini, Presidente A.Psi.C.	
Una riflessione sull'attualità	21
Daniela Cassano, co-Direttore della Rivista Psicoanalisi Contemporanea	
Teoria e Tecnica Psicoanalitica.....	22
I disturbi di personalità: la relazione terapeutica.....	23
Stefano Calamandrei	
Casi clinici.....	37
Oltre l'anoressia	38
Laura Fattori	
Change	59
Patrizia Cavaglià	
Interfacce	70
La difesa esistenziale quotidiana del Sè. Caducità e il SARS-CoV-2.....	71
Stefano Calamandrei	
La mia esperienza di psicoterapeuta ai tempi del Covid 19.....	83
Franca Petracca	
La fatica della cura. Il supporto al ruolo curante in tempi di Coronavirus.....	86
Mario Perini	
La comunicazione ai caregivers: una riflessione sull'esperienza in Ospedale durante la prima fase della pandemia	95
Antonella Varetto	
Formazione	103
Presentazione del Corso di Alta Formazione in Clinica Forense.....	104
Mirella Rostagno	
Recensioni	107
L'Ultracorpo. Psicoanalisi, corpi e biotecnologie.....	108
Recensione di Daniela Cassano	



A.Psi.C.
Associazione Psicoanalisi Contemporanea

Rivista semestrale che intende promuovere e ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Direttore Responsabile

Daniela Cassano

Direttore Editoriale

Morena Danieli

Redattore Capo

Laura Fattori

Comitato Scientifico di A.Psi.C.

Maria Baiona

Franco Freilone

Stefano Calamandrei

Redattori

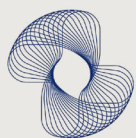
Giulia Brolato

Chiara Pugnetti

Mirella Rostagno

Ilaria Saracano

Daniela Settembrini



A.Psi.C.
Associazione Psicoanalisi Contemporanea

Hanno dato il loro contributo a questo numero:

D. Cassano

Neurologa, Psicoterapeuta, socio fondatore A.Psi.C. e co-direttrice della rivista *Psicoanalisi Contemporanea*.

P. Cavaglià

Psicologa, Psicoterapeuta.

S. Calamandrei

Psicoanalista, Medico Psichiatra, membro ordinario con funzioni di training della SPI.

M. Danieli

Neuropsicologa, Psicoterapeuta, socio fondatore A.Psi.C. e co-direttrice della rivista *Psicoanalisi Contemporanea*; presidente sez. Piemonte di IAAP (*International Association for Art and Psychology*).

L. Fattori

Psicologa, Psicoterapeuta, socio fondatore A.Psi.C. e redattrice capo della rivista *Psicoanalisi Contemporanea*.

M. Perini

Psicoanalista SPI, Medico Psichiatra, consulente di organizzazione, direttore scientifico del *Nodo Group*.

M. Petracca

Psicologa, Psicoterapeuta.

M. Rostagno

Psicologa, Psicoterapeuta, socio fondatore e vice-presidente A.Psi.C., consulente e perito del Tribunale di Torino.

D. Settembrini

Psicologa, Psicoterapeuta, socio fondatore e presidente A.Psi.C.

A. Varetto

Psicologa, Psicoterapeuta.

An abstract background graphic consisting of a grid of curved lines that form a circular, somewhat irregular shape. The lines are thin and light gray, creating a mesh-like effect. The shape is centered on the page and has a soft, ethereal quality.

Editoriale della Redazione

Nasce con questo primo numero la rivista *Psicoanalisi Contemporanea*, espressione dell'Associazione Psicoanalisi Contemporanea (A.Psi.C.). Sarà online e verrà pubblicata semestralmente in autunno e primavera. La modalità online permette una rapida e semplice diffusione e una maggiore fruibilità dei contenuti.

La rivista si rivolge a tutti coloro che sono interessati alla psicoanalisi ed alla psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico, specificatamente psicoterapeuti, psicologi, medici, educatori, sia per quanto concerne gli aspetti teorici sia per quanto riguarda le applicazioni cliniche. In particolare, l'interesse verso la contemporaneità ci sollecita a ricercare collegamenti con altre discipline, ad esempio nel campo delle scienze sociali, oppure nel campo delle neuroscienze o dell'arte. Sono benvenuti i lavori che appartengono all'ambito psicoanalitico o a discipline affini e riconducibili ad esso. Per quanto riguarda le modalità di presentazione di proposte di articoli per la pubblicazione si rimanda alla pagina: [“Note per gli Autori”](#).

La rivista si compone di sei sezioni. In ogni numero è presente un *Editoriale*. La sezione *Teoria e Tecnica Psicoanalitica* raccoglie contributi originali sugli sviluppi della teoria e della pratica clinica psicoanalitica. La sezione *Casi clinici* è dedicata a contributi particolarmente significativi tratti dalla pratica clinica analitica. La sezione *Interfacce* è lo spazio che accoglie lavori provenienti da ambiti non strettamente analitici, ma indagati con uno sguardo ed un metodo psicoanalitico. La sezione *Formazione* ospita pubblicazioni di aggiornamento dei professionisti che, a vario titolo, si occupano di salute mentale; è aperta a contributi riguardanti resoconti di esperienze specifiche, iniziative formative di prossimo avvio, proposte di linee guida, ecc. Infine, nella sezione *Recensioni* sono ospitate recensioni e schede di pubblicazioni psicoanalitiche recenti, in lingua originale o in traduzione italiana.

Su questo primo numero di *Psicoanalisi Contemporanea* troverete innanzitutto l'Editoriale di Daniela Settembrini, Presidente di A.Psi.C., che illustra gli obiettivi della nuova Associazione ed il perché di una rivista di psicoanalisi finalizzata appunto, come indica il suo nome, a mantenere vivi gli insegnamenti originati dalla psicoanalisi freudiana, calandoli nel mondo di oggi. Tra gli articoli una buona parte riguarda, come è ovvio aspettarsi, le esperienze analitiche durante la recente pandemia da Covid 19. La sezione dal titolo *Formazione* è dedicata alla presentazione da parte di Mirella Rostagno, Vice Presidente A.Psi.C. e Responsabile Scientifico del corso ECM di Alta Formazione in Clinica Forense il cui inizio è previsto per gennaio 2022 (per tutti i dettagli consultare sul nostro sito la [Proposta Formativa](#)). Infine, la recensione riguarda una recente pubblicazione dal titolo: “L’Ultracorpo-Psicoanalisi, corpi e biotecnologie” che riporta gli interventi ad un convegno organizzato dal *Centro Psicoanalitico* della SPI di Roma. Vengono analizzate le conseguenze dei più recenti progressi biotecnologici applicati all'uomo nelle loro ripercussioni sull'entità mente/corpo.

Questi, in sintesi, i contenuti del primo numero della rivista.

La Redazione augura una interessante e piacevole lettura e invita tutti a seguire le prossime pubblicazioni e le iniziative di A.Psi.C.

Perché una rivista di Psicoanalisi

Alcune riflessioni.

A cura di Daniela Settembrini

Ciò che spinge la nostra associazione a dotarsi di una rivista è l'intento di sviluppare riflessioni intorno alla clinica, alla teoria della tecnica e alla metapsicologia collegata alla tecnica, ma anche in senso più ampio intorno ai fenomeni sociali del nostro tempo. Vorremmo che questo potesse diventare il luogo del dibattito e del confronto delle psicoterapie ad orientamento psicoanalitico e che la psicoanalisi sia usata, come è stato fin dall'inizio, come strumento per indagare la società e le dinamiche dei gruppi.

E' un'esigenza di confronto che vede la necessità dell'attribuzione di senso a partire dalla clinica dei pazienti contemporanei, per certi versi differenti dai primi pazienti della psicoanalisi, ma anche fondamentalmente gli stessi, consapevoli che tale ricerca di senso sia profondamente lontana da qualsiasi intento di standardizzazione e che, invece, debba coniugarsi sempre con la singolarità del soggetto.

Attraverso lo scambio costante che ci caratterizza, in una visione associativa paritaria e democratica, riteniamo fondamentale, per portare avanti il lavoro clinico con competenza e serietà, interrogarci costantemente sull'evoluzione della tecnica e della metapsicologia anche a fronte delle nuove acquisizioni delle neuroscienze.

Inoltre, è fondamentale riflettere sulla dialettica tra psicoanalisi e psicoterapia, sulla cura attraverso la psicoterapia, quando, senza intraprendere una cura analitica vera e propria, si porta avanti comunque un lavoro analitico che a volte consente al paziente di evolversi molto di più che attraverso un'analisi classica: ciò sempre nell'ottica di adattare la cornice clinica al paziente. Come afferma Green: "Quel che credo importante è non considerare il sapere abbastanza codificato della cura classica come il solo sapere certo, in rapporto a ciò che resta, in gran parte, un continente nero, quello scoperto dalla psicoterapia. Aniché essere ignorato per via della mancanza di una mappa utile ad avventurarsi in regioni sconosciute, occorre al contrario lanciarsi alla scoperta di questi territori, così poco o mal esplorati, per farvi valere i diritti dell'analisi" (Green, 2005, pag. 37). L'ambizione è appunto quella di confronto intorno all'esplorazione di questo "continente nero".

Gli obiettivi della psicoterapia e della psicoanalisi classica sono gli stessi, ossia rendere conscio l'inconscio, aggirando le resistenze. Ovviamente, che cosa si intende per rendere conscio l'inconscio, varia a seconda del paziente che abbiamo davanti e riguarda non solo il "portare alla coscienza" contenuti simbolici o asimbolici, ma la consapevolezza dell'esistenza dell'inconscio da parte del paziente.

Quindi, auspichiamo che questo spazio possa accogliere il dibattito relativo alla teoria della tecnica, come ho detto, nel rapporto tra psicoterapia e psicoanalisi, ma anche alla metapsicologia, intorno ai temi più contemporanei, come ad esempio il narcisismo. Il concetto di narcisismo oggi è ampiamente frequentato e forse anche abusato, sia sotto il profilo della me-

tapsicologia che sotto quello della tecnica. Il narcisismo è diventato un'etichetta, usata come sostantivo e come aggettivo, anche soltanto per sopperire a difficoltà di tipo diagnostico. Lo stesso vale per la categoria "borderline".

Il progetto di Freud e dei suoi eredi è caratterizzato dalla costante volontà di trasporre l'esperienza terapeutica in un patrimonio di conoscenze generali. Fin dalle origini, attraverso la tecnica psicoanalitica è stato possibile cogliere assunti quali il transfert, la resistenza, la rimozione e, proprio nell'ambito della tecnica, nella dimensione sperimentale è stato possibile far sorgere un'esperienza, il suo costituirsi creativo, prima che una regola imponga la ripetizione. Cioè, è all'interno del setting, regolato dal rapporto duale, dal tempo e soprattutto dal transfert, che avviene l'esperienza analitica, unica ed irripetibile, che consente di accrescere il sapere e ampliare le applicazioni.

Il trattamento psicoanalitico si fonda sull'interpretazione, ossia sull'attribuzione di senso ai sintomi, agli atti mancati, ai sogni. I sogni, gli atti mancati e il transfert sono gli elementi che consentono di cogliere e di interpretare nella terapia aspetti dell'inconscio.

La questione dell'interpretazione possiede un versante di elaborazione teorica e uno clinico: ossia come e quando si interpreta, come e quando l'analista suggerisce interpretazioni e a che livello e in che senso si possa parlare di validità delle interpretazioni. Ma l'interpretazione, prima ancora di essere una questione tecnica o epistemologica, è un processo della psiche. Nel senso che non solo l'analista interpreta, ma anche il paziente e non solo perché è invitato a farlo dall'analista, ma proprio perché l'interpretazione è un momento del processo di qualsiasi individuo: cioè non c'è vita psichica che in qualche maniera non si basi sull'interpretazione per esprimersi. Quindi l'interpretazione è insita nel processo psichico e nel rapporto terapeutico semplicemente è disciplinata. L'interpretazione dell'analista è una continuazione ed un perfezionamento di un processo che si compie da solo.

Tradizionalmente, nel lavoro analitico, compito del paziente è ricordare, mentre "l'analista deve scoprire o per essere più esatti costruire il materiale dimenticato a partire dalle tracce che di esso sono rimaste". (Freud, 1937a, pag.543). Ma il concetto di interpretazione, cardine della tecnica, si è evoluto a partire dallo studio delle fasi pre-edipiche e dalla contemporanea presa in carico di pazienti bambini, adolescenti e non nevrotici.

Questo sviluppo concettuale pone il problema della funzione dell'interpretazione nel processo terapeutico e della guarigione e segue lo sviluppo del concetto di inconscio.

In senso freudiano, l'interpretazione consente il recupero e l'attribuzione di un nuovo significato a desideri che sono stati rimossi nella prima infanzia, perché conflittuali. A fianco di questo significato, che rimane comunque valido per ampie aree della clinica, troviamo esigenze nuove per pazienti il cui desiderio non ha trovato posto nell'economia psichica ed è stato precluso fin dall'inizio: per questi pazienti, che sperimentano un senso precario della propria esistenza, la cura non ruota tanto intorno alla ripetizione dell'antico e al ritorno del rimosso, ma all'esperienza di ciò che non è mai stato vissuto. Il terapeuta mette in parola esperienze che prendono forma nel paziente per la prima volta, rispecchia l'esistenza sospesa del paziente nel suo assetto mentale ed affettivo, quando questa esistenza tende periodica-

mente a riemergere in modo spontaneo. Quindi, se da una parte si tratta di rendere conscio e nominare il desiderio del paziente, dall'altra sempre più spesso siamo di fronte alla richiesta di sostegno della soggettività, spesso prioritaria e pressante. Questo secondo versante della cura psicoanalitica sposta l'attenzione terapeutica sulla posizione e sul movimento del soggetto nello spazio della relazione analitica, cioè sulla sua possibilità di esistere e di esprimersi nel suo interno; il terapeuta deve farsi carico di tutti gli aspetti, evitando di privilegiare un versante a scapito dell'altro.

L'interpretazione si è trasformata assumendo funzioni nuove quali il sostegno dell'Io fragile, l'identificazione, il contenimento, la gestione degli impulsi, l'integrazione delle scissioni: tutto ciò in modo che il paziente possa sentirsi compreso, forse per la prima volta, possa sentire le sue angosce e le sue fantasie inconsce contenute ed elaborate. L'obiettivo è che egli acquisisca sempre più dimestichezza con il proprio mondo interno e con la possibilità di accedere ad un patrimonio simbolico atto a significare le pulsioni, tollerare l'incertezza e l'imprevisto. L'interpretazione rappresenta un terzo, tra paziente e terapeuta, una visione altra, differenziante che riorganizza i contenuti del paziente, gli consente di sperimentare modalità nuove oltre la ripetizione e di accedere a determinati vissuti per la prima volta. Fornire interpretazioni è utile anche nel caso in cui esse siano imprecise o errate: ciò consente all'analista, che non capisce tutto del paziente, di conservare la natura di oggetto esterno (Winnicott, 1971).

Il terapeuta deve costantemente evitare due fonti di inganno: le funzioni mistificanti ed elusive del linguaggio come mezzo di comunicazione e gli errori che la memoria ed il desiderio provocano all'attività (Bion, 1972). Queste caratteristiche dell'esperienza analitica richiedono una continua disciplina ed un costante addestramento. La permanenza della soggettività dell'analista e dell'analizzando è la migliore garanzia dell'oggettività, ossia della verità, dell'interpretazione.

Un aspetto importante del lavoro interpretativo psicoanalitico è l'individuazione e la configurazione (costruzione) della fantasia inconscia seguita dal suo dispiegamento in un significato comprensibile. Tale interpretazione non è un lavoro di traduzione, poiché il pensiero inconscio è radicalmente incompatibile con il pensiero conscio. Si tratta di due modi diversi di percepire e organizzare il rapporto con la realtà: nel primo la relazione del soggetto con l'ambiente circostante tende all'indifferenziazione, nel secondo la differenza tra sé e l'altro diventa il centro di ogni percezione possibile del mondo.

L'acquisizione della capacità di usare le parole per esprimersi segna in ogni essere umano uno spartiacque profondo nel passaggio tra il processo primario, centrato sulla rappresentazione di cosa, e il processo secondario, centrato sulla rappresentazione di parola. Gli sviluppi post-freudiani affiancano al processo primario e a quello secondario il processo originario (Thanopoulos, 2009), ossia un processo in cui la rappresentazione dell'altro è assente e la distanza tra le sensazioni corporee e la loro rappresentazione mentale tende ad essere inesistente o minima. In questa prospettiva la rappresentazione di cosa è preceduta nel tempo da una rappresentazione del confine sensoriale tra sé e l'oggetto (Aulagnier, 2001). Tale esperienza dell'oggetto è ciò di cui parla Bollas ne *L'Ombra dell'oggetto*, con il concetto di oggetto

trasformativo come alterazione dell'esperienza del sé. È un'identificazione che emerge da una relazione simbiotica, il cui primo oggetto è "conosciuto", non tanto con il prendere cognizione attraverso una rappresentazione simbolica, ma come una ricorrente esperienza dell'essere: una conoscenza esistenziale in contrasto con quella rappresentativa per cui la madre contribuisce all'integrazione dell'essere del bambino. Riprendendo la lezione di Winnicott si può parlare di "madre ambiente" a fianco della "madre oggetto", indispensabile per la realizzazione della rappresentazione originaria.

L'oggetto trasformativo è una pietra miliare del discorso di Bollas (1989) sul conosciuto non pensato, vale a dire su ciò che è noto ma non è ancora stato pensato, se per pensato intendiamo ciò che è stato accuratamente elaborato a livello mentale. Bollas afferma che il conosciuto non pensato non è, nella sua essenza, pensabile: in ciascuno di noi c'è una scissione fondamentale tra ciò che pensiamo di sapere e ciò che sappiamo ma che non potremo mai pensare. "Nel corso del transfert e del controtransfert lo psicoanalista può riuscire a facilitare il passaggio dal conosciuto non pensato al pensiero, e il paziente può riuscire a pensare qualcosa sul suo essere che non era mai riuscito a pensare prima. Ma prima o poi tutti gli analisti falliranno nell'impresa di trasferire il conosciuto non pensato al pensiero, ed è importante entrare in rapporto con la misteriosa indisponibilità di buona parte delle nostre conoscenze" (Ibidem p.286). Questa posizione deve molto al concetto del "nucleo isolato, non comunicabile del Sé" di Winnicott.

Il linguaggio è interpretato come quella facoltà che ci consente di sostituire ai legami degli impulsi con le rappresentazioni di cosa, legami con rappresentazioni di parola. Ci permette, cioè, di favorire il passaggio dal simboleggiare per immagini e per fantasmi proprio del pre-conscio, ad un simboleggiare che è proprio del verbale. Il linguaggio consente la reviviscenza della propria storia come è stata vissuta e ha la funzione di rendere possibile la memoria esplicita del passato; inoltre promuove la capacità di ripetere le operazioni compiute per divenire quali si è e di destrutturare le operazioni che hanno portato ad acquisire certi stili di vita patologici: il linguaggio ha la funzione di essere destrutturante per essere ristrutturante. Il sintomo è l'evidenza dell'arresto di un processo di formazione di senso che finisce con il diventare rigido e ripetitivo. L'individuo si identifica con il personaggio, la nevrosi è assunta come se fosse il proprio destino. Nella traslazione si cerca di realizzare, come condotta sensata, ciò che si è vissuto senza essere riusciti a dargli un senso intenzionale, il rapporto con le figure di riferimento, principalmente. Ciò porta a tentativi, più o meno riusciti e vivibili, di conferire senso al proprio esistere. Il linguaggio, l'ordine simbolico, consente di separarsi dall'impressione immediata, contribuisce alla costruzione di senso sempre di natura sociale: il senso si costituisce nella relazione con l'altro.

Nel contesto psicoanalitico, il concetto di simbolo ha sempre ricoperto un ruolo fondamentale, nonostante nel corso del tempo la sua accezione si sia modificata.

Freud studia l'ordine simbolico d'espressione attraverso l'analisi dei sogni e dei sintomi. Per Freud, il simbolo è una rappresentazione di un'idea, di un desiderio, di un conflitto inconscio e, quindi, ogni formazione sostitutiva risulta simbolica. Sogno e sintomo sono espressione

simbolica del desiderio o del conflitto difensivo: è simbolico il legame tra il contenuto manifesto di un comportamento, di un pensiero, di un discorso e il loro senso latente. Mentre l'insieme dei simboli al quale il soggetto attinge per la costruzione del sintomo è definito culturalmente, i sintomi asimbolici attingono ad esperienze precoci e preedipiche, quindi presimboliche. I sintomi simbolici si configuravano come simboli di fatti psichici: sostituiscono e rappresentano il fatto psichico. Nel sogno come nel sintomo, il simbolo assume un ruolo comunicativo di elementi altrimenti incomunicabili; l'unione, il ricongiungimento di elementi separati, come nell'etimologia, che generano un nuovo significato, attraverso la condensazione e lo spostamento.

Il linguaggio, rappresentazione di parola, espressione del processo secondario, porta il complesso rappresentativo-pulsionale del processo primario ad un modo di funzionare della mente più elevato. Per quanto riguarda la rappresentazione pulsionale, il *Triebrepräsident*, si intende l'energia pulsionale che si lega a una qualsiasi scena figurata e pensata della mente. Il termine rappresentazione può essere fuorviante perché sembrerebbe intendere che si sia in un registro simbolico, mentre si tratta dell'ambito che coincide con la corporeità. È un'energia avvertita dalla mente come risonanza emozionale, energia cinestetica, elettro-fisica ed elettrochimica, di natura somatica sentita come emozione che consente di sentire se stessi. È il registro del sentire, e non del rappresentare o del pensare, che ci deriva dal corpo, e quindi mai completamente riducibile alla mente: tale registro è del tutto asimbolico, a-linguistico e a-rappresentativo. È energia emozionale libera e diffusa. Il linguaggio ha l'effetto di differire la pulsione, di imbrigliarla, di raffreddarla, di contenerla: così la parola consente di prendere distanza dagli affetti.

Il processo di simbolizzazione, la capacità di creare simboli, è all'origine, non solo dei rapporti tra mondo interno e mondo esterno ma, soprattutto, dell'evoluzione e strutturazione dell'io dell'individuo.

È con Bion che il processo di simbolizzazione si arricchisce ulteriormente di significati e consente al soggetto di dare significato a vissuti emotivi dirompenti e skoordinati. Con "Apprendere dall'esperienza" (1962), egli propone una teoria dello sviluppo della personalità, per cui la crescita si ha attraverso l'elaborazione del pensiero in forme via via più mature, intendendo per pensiero qualsiasi contenuto della mente: elementi α , pensieri onirici, preconcezioni, concezioni, concetti, il sistema scientifico deduttivo, il calcolo algebrico. Gli elementi α sono afferenze sensoriali ed emotive grezze, "cose in sé", che da una parte manifestano la vitalità e l'energia dell'organismo, mentre dall'altra sono elementi ai quali occorre dare un significato, altrimenti erompono in maniera distruttiva.

La funzione α è la capacità di metabolizzare sensazioni ed emozioni grezze e di elaborare pensieri, è l'espressione di un dinamismo biopsicologico dell'organismo finalizzato alla forma, all'ordine e permette il passaggio dalla preconcezione alla concezione. Gli elementi α sono immagini visive, schemi uditivi e olfattivi, materiale utilizzabile dai pensieri onirici, dal pensiero inconscio di veglia, dalla barriera di contatto, dalla memoria. Il simbolo è il risultato della trasformazione delle afferenze corporee, sensoriali ed emozionali, gli elementi α , da

parte del bambino con l'aiuto della madre. La madre attraverso la *rêverie*, la capacità empatica che le consente di immedesimarsi nei vissuti preconettuali del piccolo, favorisce l'introduzione dell'oggetto buono e la formazione delle strutture e funzioni mentali ponendosi come contenitore degli elementi del piccolo che proietta in lei: così bonifica i momenti di terrore del bambino. Se la madre è in grado di accogliere questi elementi e trasformarli, attraverso la capacità di *rêverie* (funzione α), in elementi α tollerabili ed introiettabili dal bambino, questi tollererà la frustrazione e produrrà il pensiero dell'oggetto assente. Il simbolo è un elemento nuovo, portatore di un nuovo significato – elemento α –, generato dall'elaborazione di elementi già presenti nella mente dell'individuo ma in forma spezzettata ed inconoscibile, attraverso la creazione di legami emotivi. Quindi, per la creazione del simbolo è fondamentale il legame emotivo. Analogamente, nella clinica, il terapeuta accoglie gli elementi e li restituisce trasformati, aiutando il paziente a integrare gli elementi spezzettati e ad accedere alla funzione α .

Uno degli obiettivi principali della ricerca contemporanea delle neuroscienze cognitive è la comprensione della natura dei processi neurali che regolano le relazioni interpersonali, l'intersoggettività, capire quali siano i meccanismi nervosi che consentono la comunicazione tra individui. La scoperta dei neuroni specchio (*mirror neurons*) (Gallese 2006; Rizzolatti, Sinigaglia 2006), incomincia a farci comprendere come sia possibile immedesimarsi nelle esperienze motorie ed emotive osservate negli altri (per una rassegna, v. Gallese 2006; Rizzolatti, Sinigaglia 2006). Ciò consente all'osservatore di utilizzare le proprie risorse neurali per penetrare il mondo dell'altro dall'interno, mediante un meccanismo automatico e prelinguistico di simulazione motoria. La scoperta di queste cellule aventi funzioni specifiche ha consentito di studiare l'apprendimento per imitazione che si sviluppa nel bambino. Così, una serie di concetti già espressi in psicoanalisi da Fairbairn, Klein, Winnicott, Bowlby, Mahler, Stern cominciano a trovare conferma anche negli studi sperimentali.

Il sistema dei neuroni specchio sembra fondare anche la natura sociale del linguaggio, ossia sembra essere coinvolto nell'analisi di parole o frasi riferite ad azioni attraverso il meccanismo della 'simulazione incarnata' (*embodied simulation*, Gallese, 2006) che consentirebbe la possibilità di comprendere direttamente e senza mediazioni teoriche molteplici aspetti, emozioni, sensazioni e comunicazione linguistica, al contrario di quanto affermato tradizionalmente nell'ambito della psicologia cognitiva per la quale la comprensione del linguaggio passa attraverso rappresentazioni mentali simboliche amodali. La simulazione incarnata sembra essere una caratteristica funzionale del cervello dell'uomo alla base anche dell'empatia.

Un altro concetto è il Sistema Multiplo di Condivisione dell'Intersoggettività (*shared manifold*, Gallese, 2006), fondato sui neuroni specchio, che spiega aspetti delle relazioni interpersonali quali il riconoscimento degli altri come nostri simili, la comunicazione intersoggettiva, l'imitazione e l'attribuzione d'intenzioni agli altri, la comprensione delle emozioni degli altri, le relazioni empatiche tra individui. L'efficacia delle psicoterapie e della psicoanalisi in particolare, sembra cominciare a trovare fondamento in questi assunti. I neuroni motori che si attivano, non solo per eseguire azioni finalizzate, ma anche alla sola vista di movimenti in-

tenzionali o delle emozioni di un'altra persona, sarebbero il correlato biologico dei funzionamenti mentali che la psicoanalisi pone alla base dell'empatia, della comunicazione inconscia, dell'identificazione proiettiva, e dell'azione terapeutica (Moccia, Solano, 2009). Gli esseri umani entrano in relazione tra loro attraverso meccanismi che sono corporei e presimbolici. La prima relazione per il bambino è quella con la madre che agisce come un regolatore psicobiologico esterno della crescita del suo sistema nervoso, le cui componenti si organizzano, si disorganizzano e si riorganizzano rapidamente nell'ambito della maturazione accelerata del cervello che avviene nei primi due anni di vita. In ambienti che promuovono la maturazione in maniera ottimale, fornendo esperienze modulate e diversificate, la maturazione strutturale del cervello nel corso della prima e della seconda infanzia si esprime nell'emergere di sistemi funzionali di autoregolazione più complessi. Al contrario, ambienti relazionali scarsamente sintonici, che generino elevati livelli di affettività negativa, agiscono come fattori inibenti la crescita dei sistemi cortico-limbici in via di maturazione. La maturazione cerebrale necessita di interazioni "cervello-cervello" e avviene nel contesto di una relazione affettiva positiva. "E' come se la madre, nel corso di queste transazioni 'scaricasse programmi' dal proprio cervello a quello del bambino" (Schoore, 2008, pag. 46). In quest'ottica i genitori agiscono come oggetti-Sé nei confronti del bambino (Kohut, 1971) esercitando funzioni regolative per l'organizzazione psicologica ancora incompleta del bambino. "Gli oggetti-Sé agiscono dunque come dei 'regolatori psicobiologici esterni' che facilitano le esperienze di regolazione affettiva e agiscono a un livello non verbale, al di fuori della coscienza, per co-creare stati di massima coesione e vitalizzazione" (Schoore, 2008, pag. 46). Ciò è alla base del processo di simbiosi e di attaccamento.

Attualmente, il concetto di inconscio e di rimozione si è evoluto dal modello archeologico iniziale. All'immagine dell'inconscio come serbatoio delle pulsioni divenute simboliche e rimosse, da dissotterrare con l'analisi, si sostituisce una teoria dell'inconscio che prevede aree costituite da elementi non trasformati, incompiuti, grezzi. Si tratta di rappresentazioni e affetti che non hanno mai raggiunto uno statuto simbolico, non sono mai stati trasformati in pensieri, esperienze sensoriali e emozionali non simbolizzate, o desimbolizzate. Questi aspetti della vita mentale inconscia sono stati qualificati con vari aggettivi: non rimosso, primario, originario, implicito, procedurale, pre-riflessivo, pre-simbolico, sub-simbolico, a-simbolico, onirico, irrepresentabile, proto-mentale, pre-verbale, relazionale, bi-personale, strutturale ecc. (Barnà, 2007; Bastianini & Moccia, 2003; Bonfiglio, 2010; Bott Spillius, 2007; De Toffoli, 2007; Falci, 2009; Ferro, 2010; Fiorentini et al., 2001; Krause, 2011; Lyons-Ruth, 1999; Mancia, 2007; Martini, 2009; Moccia, 2009).

Il processo di simbolizzazione si compie, a partire dal rapporto madre-bambino, attraverso l'emozione e la sensorialità e si produce nel rapporto analitico attraverso l'assetto mentale del terapeuta che consente il passaggio dall'asimbolico al simbolico, con la traduzione di elementi α in α , a fianco dell'interpretazione di ciò che è già simbolico. Ciò è reso possibile con la costanza della relazione terapeutica, l'ascolto empatico e la giusta distanza. Lo spazio analitico consente l'osservazione dei processi trasformativi e dell'integrazione simbolica nel pensiero

del paziente. Il terapeuta entra in contatto con gli affetti disregolati del paziente e li restituisce contenuti e successivamente espressi verbalmente utilizzando il proprio controtransfert e decodificando i propri stati corporei. Quindi, è attraverso l'autoregolazione del terapeuta che può avvenire l'accesso alla simbolizzazione da parte del paziente. Così il paziente può osservare come attraverso una nuova relazione con l'altro possa avvenire la regolazione del Sé e sia possibile nominare stati affettivi.

Diventa chiaro, dunque, come la terapia abbia come obiettivo, accanto all'elaborazione delle dinamiche edipiche, la risoluzione di dinamiche disfunzionali pre-edipiche: in particolar modo l'attenzione al riconoscimento e alla identificazione degli affetti mai regolati nelle fasi precoci. Man mano che la terapia procede, il paziente sviluppa una capacità autoriflessiva che gli consente di decodificare i propri stati interni e di accedere a un livello rappresentazionale simbolico maturo. Poiché il sistema nervoso centrale è plastico, può essere suscettibile di rimodellamento attraverso il trattamento psicoterapeutico a lungo termine (Schore, 1994). Questo processo è possibile solo tra due persone, non può avvenire individualmente e riguarda anche le sintonizzazioni di stati affettivi della coppia terapeutica, per buona parte inconscie. Attualmente prestiamo attenzione anche allo scambio non verbale, al tono di voce, alla postura, alle espressioni del volto al di fuori della consapevolezza e allo "stare" negli affetti del paziente. Molte di queste comunicazioni sono inconsapevoli per entrambi, ma sappiamo che le reazioni di transfert e controtransfert avvengono in risposta a questi segnali (Eisenstein, Levy e Marmor, 1994). Questi aspetti della clinica sono fondamentali nel trattamento di pazienti con difficoltà di mentalizzazione, di riflessione e che sono alessitimici.

Ho voluto introdurre alcuni concetti frutto della riflessione di questi ultimi anni, augurandomi che questo sia solo l'inizio di un confronto proficuo.

Dunque, ripeto in conclusione, l'ambizione di questo spazio di scrittura è lo scambio aperto tra tutti i colleghi che vorranno partecipare su temi di teoria, di tecnica e su tematiche sociali.

Bibliografia

Aulagnier, P. (2001). *The Violence of Interpretation*. The New Library of Psychoanalysis., Brunner-Routledge, London.

Barnà, C.A. (2007). L'inconscio tra natura e cultura. *Psiche*, 1, 51-68.

Bastianini, T. e Moccia, G. (2003). Riflessioni sulle attuali evoluzioni dei concetti di affetto, memoria e azione terapeutica. *Rivista di Psicoanalisi*, 49, 529-549.

Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore, Roma, 1972.

Bolognini, S. (2008a), L'intrapsichico e l'interpsichico. Cap. IV in *Passaggi segreti. Teoria e tecnica della relazione interpsichica*. Boringhieri, Torino.

Bolognini, S. (2008b). *Proposta per una rassegna alternativa di fattori terapeutici*. Cap. II in *Passaggi segreti. Teoria e tecnica della relazione interpsichica*. Torino, Boringhieri.

Bollas, C. (1989). *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Borla, Roma.

Bollas, C. (2001). *Isteria*. Raffaello Cortina, Milano.

Bonaminio, V. (1993). Del non interpretare. Alcuni spunti per una rivisitazione del pensiero di Balint e due frammenti clinici. *Rivista di Psicoanalisi*, 39, 453-477.

Bonfiglio, B. (2010). Inconscio strutturale, funzioni dell'analista e verbalizzazione. *Rivista di Psicoanalisi*, 57, 389-394.

Bott Spillius, E. (2007). Fantasia, identificazione proiettiva, inconscio. *Psiche*, 1, 81-86.

Bucci, W. (1997a). *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.

Bucci, W. (1997b), *Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization*. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172. 172 [Trad. it. in *Psychomedia: Sintomi e simboli: La somatizzazione secondo la teoria del codice multiplo*].

Cassirer, E. (1923-29). *Filosofia delle forme simboliche*. Trad. it. La Nuova Italia, Firenze, 1988.

Cecchini, A. (1990). *L'interpretazione psicoanalitica: aspetti epistemologici e metodologici*.

Il Segnalibro, Milano.

De Toffoli C. (2007). Il sapere inconscio iscritto nel corpo. *Psiche*, 1, 87-102.

Eagle M. N. (1984). *La psicoanalisi contemporanea*. Trad.it.Laterza, Bari, 1988.

Eisenstein, S., Levy, N.A. e Marmor, J. (1994). *The Dyadic Transaction. An Investigation in the Nature of the Psychotherapeutic Process*. Transaction Publishers, New Brunswick, NJ.

Falci, A. (2009), Per una ricerca psicoanalitica sui processi inconsci. *Rivista di Psicoanalisi*, 55, 953-976.

Fairbairn, W.R.D. (1952). *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Boringhieri, Torino, 1970.

Ferenczi, S. (1913). Sull'ontogenesi dei simboli. Trad. it. in *Opere 1913-1919*, vol. 2. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990.

Ferro, A. et al. (1986). Note sul processo di simbolizzazione nel processo psicoanalitico. *Rivista di Psicoanalisi*, 32.

Ferro, A. (2010), *Tormenti di anime. Passioni, sintomi, sogni*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Ferruta, A. (2008). Crossing the bridge. Identità e cambiamento. *Rivista di Psicoanalisi*. 54, 905-921.

Fiorentini G. *et al.* (2001). L'inconscio nelle prospettive relazionali. *Rivista di Psicoanalisi*. 47, 51-75.

Fonagy P. et al. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*, Other Press, New York.

Fonagy P. (2004), Genetica, psicopatologia dello sviluppo e teoria psicoanalitica: l'occasione per interrompere il nostro (non così splendido) isolamento. *Richard & Piggie*, 12 (1), 77-102.

Freud, S. (1892-95). Studi sull'isteria. *OSF*, Vol. 1., Bollati Boringhieri, Torino.

Freud, S. (1913-14). Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi. *OSF*, Vol. 7, Bollati

Boringhieri, Torino.

Freud, S. (1915). Metapsicologia. *OSF*, Vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino.

Freud, S. (1932). Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni). Lezione 31, *OSF*, Vol. 10, Bollati Boringhieri, Torino.

Freud, S. (1937a). Costruzioni nell'analisi. *OSF*, Vol. 11, Bollati Boringhieri, Torino.

Freud, S. (1937 b). Analisi terminabile e interminabile. *OSF*, Vol.11, Bollati Boringhieri, Torino.

Gabbard, G.O. e Westen D. (2003). Ripensare l'azione terapeutica. *L'annata psicoanalitica internazionale 1*, 51-73, Borla, Roma.

Gallese, V. (2006). Corpo vivo, simulazione incarnata, intersoggettività. Una prospettiva neurofenomenologica. In M. Cappuccio (A cura di). *Neurofenomenologia. Le scienze della mente e la sfida dell'esperienza cosciente*. Milano, pp. 293-326.

Gazzaniga, M. S. (1985). *The Social Brain*. Basic Books, New York.

Glover, E. (1939). *La psicoanalisi*. Trad. it., Feltrinelli, Milano, 1975.

Green, A. (1983). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Trad.it, Borla, Roma, 1985.

Green, A. (1991). *Psicoanalisi degli stati limite*. Trad.it., Raffaello Cortina Editore, Roma, 1991.

Green, A. (2005). *Idee per una psicoanalisi contemporanea*, Raffaello Cortina Editore, Roma.

Jervis, G. (2011). La rivincita dell'inconscio. In G. Corbellini e M. Marraffa (a cura di), *Il mito dell'interiorità. Tra psicologia e filosofia*. Bollati Boringhieri, Torino, 3-34.

Jones, E. (1916). *La teoria del simbolismo*. Trad.it. Astrolabio, Roma, 1972.

Kernberg, O. F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Trad.it., Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

- Klein, M. (1930). L'importanza della formazione dei simboli nello sviluppo dell'Io. In: Scritti 1921-1958. Trad.it., Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Trad.it., Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- Krause, M.K. (2011). Esiste un inconscio, o molti? *Rivista di Psicoanalisi*. 57, 413-420.
- Laplanche, J. e Pontalis, J.B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Biblioteca Universale Laterza, Milano, 1984.
- Lyons-Ruth, K., (1999). The two-person unconscious. Intersubjective dialogue, enactive relational representation and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.
- Maldonado, J.L. (2011). L'inconscio dinamico nella relazione analitica. *Rivista di Psicoanalisi*, 57, 421-425.
- Mancia M. (2007). L'inconscio e la sua storia. *Psiche*, 1, 35-50.
- Manfredi Turillazzi S. (1978). Interpretazione dell'agire e interpretazione come agire. *Rivista di Psicoanalisi*. 24, 223-240.
- Martini G. (2009), Nuove prospettive sul funzionamento mentale inconscio e loro riflessi nella pratica clinica. In Moccia G. & Solano L. (2009). *Psicoanalisi e neuroscienze. Risonanze interdisciplinari*, op. cit. pp. 99-112.
- Moccia G. e Solano L., a cura di (2009). *Psicoanalisi e neuroscienze. Risonanze interdisciplinari*. Franco Angeli, Milano.
- Riolo F. (2009). Lo statuto psicoanalitico di inconscio: prospettive attuali. *Rivista di Psicoanalisi*, 55, 11-28.
- Rizzolatti G. e Sinigaglia C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rossi Monti M. e Foresti G. (2005). L'ineludibile aspecificità tecnica degli strumenti di lavoro dello psicoanalista. In Berti Ceroni G. (a cura di). *Come cura la psicoanalisi?*,

FrancoAngeli, Milano.

Schore, A. N. (1994), *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*, Eribaum, Hillsdale, NJ.

Schore, A. N. (2003). *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*, Trad. it. Astrolabio-Ubaldini editore, Roma, 2008.

Settembrini D. (2014). Come tu mi vuoi. La disregolazione degli affetti nella clinica contemporanea. *Berggasse 19*. 11, pp. 61-93.

Settembrini, D. (2015). Simbolico e asimbolico nella psicoanalisi degli adulti. *Berggasse 19*, 14, 60-89.

Spacal, S. (1983). L'incerta posizione del concetto di 'insight' nella psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 29, 533-553.

Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

Thanopulos, S.(2009). *Lo spazio dell'interpretazione*, Borla, Roma.

Thomae, H. e Kaechele, H. (1987). *Trattato di terapia psicoanalitica*. Vol. I: Fondamenti teorici. Trad.it., Bollati Boringhieri, Torino, 1990.

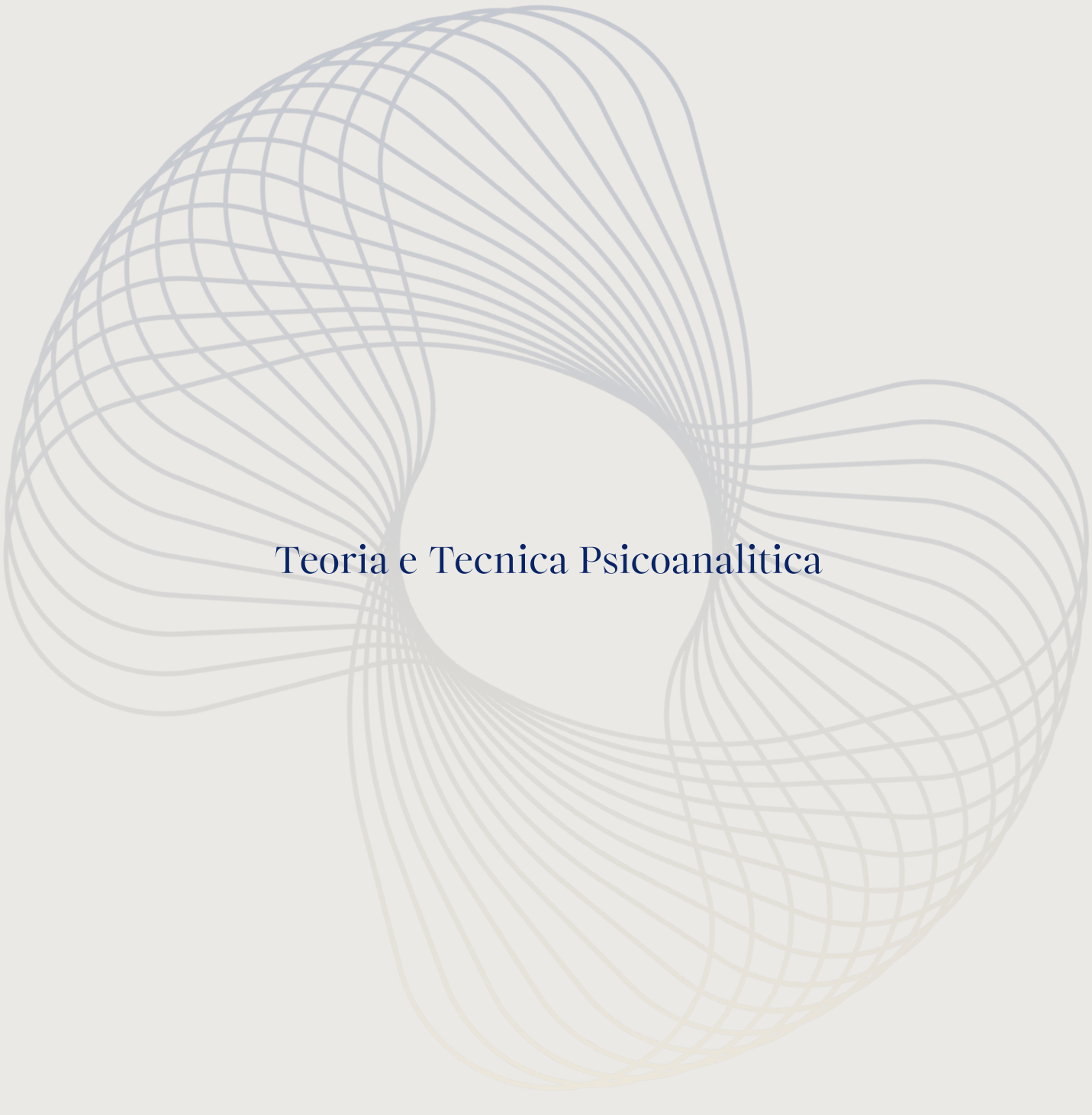
Winnicott, D. W.(1971). *Gioco e realtà*. Trad. it., Armando Armando Editore, Roma, 1974.

Una riflessione sull'attualità

A cura di Daniela Cassano

I drammatici eventi legati alla pandemia da Covid 19 e la recente tragedia umanitaria dell'Afghanistan (tornato sotto il governo dei talebani) hanno segnato la nostra storia più recente. Come persone e come psicoterapeuti siamo convocati alla riflessione su ciascuno di questi temi. Il primo numero della nostra rivista ospita diversi contributi sul problema della pandemia che ci ha colpito ormai da diversi mesi e rimandiamo ad essi per ulteriori approfondimenti. Sono più recenti le notizie della caduta di Kabul nelle mani dei talebani e della conseguente drammatica evacuazione degli stranieri e dei loro collaboratori, delle violenze nei confronti degli oppositori e la preoccupante condizione delle donne, nuovamente cacciate a forza nella sudditanza domestica, escluse nuovamente dalla scuola e dal lavoro. Le valutazioni di ordine storico, geopolitico, diplomatico riempiono le pagine dei giornali e monopolizzano i dibattiti televisivi. Ma presto l'argomento perderà il suo posto sulle prime pagine, sostituito da altre notizie relative ad eventi a noi più vicini. Una deviazione dell'attenzione, una vera e propria rimozione, si rendono probabilmente necessari per poter sopravvivere, per portare avanti la complicata esistenza di ciascuno, per difendere una legittima speranza in un futuro relativamente sereno. Il poter pensare che la democrazia, il rispetto dei diritti umani, la possibilità di istruirsi e lavorare siano condizioni stabili e prospettive concrete per le generazioni future costituiscono la nostra fiducia di base. Già, ma in contesti lontani come quello dell'Afghanistan di oggi (e di molti altri paesi in tutti gli angoli del pianeta) sono proprio queste certezze di base a vacillare. I progetti di "esportazione" della democrazia attraverso le armi hanno dimostrato il loro fallimento. Ma allora dobbiamo pensare che nascere in contesti nei quali la democrazia, le libertà civili sono conculcati sia una condanna di fronte alla quale non si possa far altro che soccombere? Ognuno per sé quindi? C'è la necessità di una riflessione individuale e collettiva più profonda da cui scaturiscano, se possibile, nuove forme di impegno. L'etica della responsabilità è quella a cui ci riferiamo nella nostra pratica psicoterapeutica. La stessa etica dovrebbe guidare i paesi democratici nei loro rapporti internazionali. Le democrazie più antiche, come quelle occidentali europee, potrebbero diventare modelli di riferimento concreto per coloro che aspirano a questi valori e vivono sotto il giogo di regimi totalitari. Ciò si potrebbe forse realizzare non solo stabilendo corridoi umanitari regolati e sicuri per i profughi, ma anche ponendo il rispetto dei diritti umani quale pre-condizione per le trattative internazionali a tutti i livelli (a cominciare ad esempio dai rapporti commerciali).

Non possiamo promuovere la dignità e la libertà dell'individuo se non abbiamo bene in mente anche il contesto storico e sociale in cui egli è inserito. La posizione dell'analista non può essere neutrale rispetto a tali problematiche. Penso si debba cercare di supportare con ogni mezzo (finanziario, politico, di sostegno al volontariato) i tentativi che le donne e gli uomini in Afghanistan come altrove nel mondo stanno faticosamente compiendo per difendere i loro diritti fondamentali. La nostra rivista si propone di diventare un luogo di riflessione e sensibilizzazione anche rispetto a questi temi.



Teoria e Tecnica Psicoanalitica

I disturbi di personalità: la relazione terapeutica

A cura di Stefano Calamandrei

In psicoanalisi la diagnosi di Sindrome Borderline è stata introdotta da Stern, nel 1938, per indicare alcune patologie al “confine” rispetto alla nosologia freudiana classica e che incontravano difficoltà ad essere classificate anche in psichiatria, come per esempio le definizioni di “schizofrenia latente” di Bleuler, o di “patologia caratteriale” di W. Reich. La creazione di un’area intermedia, definita “marginale”, però, ha finito per costituire un contenitore aspecifico per disturbi disparati dove, alla fine, sono state confinate le alterazioni comportamentali di individui socialmente e terapeutamente rifiutati: travestiti, omosessuali, esibizionisti, perversi, delinquenti, sociopatici, ribelli. La divisione diagnostica freudiana tra le “Nevrosi di transfert”, cioè capaci di sviluppare il transfert, e le altre patologie, poneva già il problema del confine tra due diversi funzionamenti mentali. L’individuazione dei Disturbi di Personalità permise, così, di classificare una serie di patologie “intermedie” in cui si riteneva che fosse soprattutto il rapporto con la realtà esterna ad essere parzialmente alterato, mentre veniva mantenuta una ridotta capacità di sviluppare il transfert nei confronti del terapeuta, anche se in modalità intensa e particolare. Bisogna tenere presente che allora gli psicotici che venivano osservati erano prevalentemente quelli istituzionalizzati che, proprio per questo, presentavano un grave disturbo della realtà e della relazionalità. Mentre invece tali alterazioni erano piuttosto la conseguenza dei ricoveri manicomiali e dell’isolamento prolungato nel tempo, cioè dell’istituzionalizzazione. Distinguere la nosologia diagnostica con un solo criterio differenziale, ovvero in relazione al rapporto stabilito dal soggetto con la realtà esterna, è un criterio “fragile” ed insicuro soprattutto se, come oggi, consideriamo il “principio di realtà” una capacità psicologica che deve essere appresa e non una potenzialità oggettiva e neutrale della mente individuale. Dopo le scoperte degli ultimi anni, effettuate dalle neuroscienze e dalla stessa psicoanalisi, il “principio di realtà” viene considerato un’acquisizione individuale e molto soggettiva, che continua a perfezionarsi durante tutto l’arco della vita e che è particolarmente “immaturo” nel bambino e nell’adolescente. Nello schema classico, quindi, vi erano, da una parte, i nevrotici capaci di distinguere la propria vita psichica da quella dell’ambiente esterno, capaci di effettuare il lavoro elaborativo e, dall’altra, i pazienti gravi che ritenevano l’investimento dagli oggetti esterni, non capaci di elaborare la separazione poiché rimanevano legati all’oggetto, attraverso la “identificazione narcisistica (Freud, 1915)”. Tra queste due grandi entità è andato a costituirsi un contenitore molto generico, la grande area intermedia di confine in cui, nel tempo, sono andati a collocarsi i disturbi di personalità. Se utilizziamo la metafora spaziale per individuare la vasta zona intermedia, dovremmo piuttosto dire che più che individuare due grandi aree, separate da un confine vago, l’osservazione nosologica, anche psicoanalitica, in realtà, vedeva solamente la punta di un iceberg, che consisteva nella parte nevrotica. Tutto il resto, ovvero il modello di funzionamento mentale psicotico o melanconico restavano alquanto sconosciuti ed inesplorati, poiché l’osservazione

diretta e quotidiana di queste persone, delle loro interazioni e dei loro transfert, osservati adeguatamente in ambienti di cura familiari o residenziali, ma non stigmatizzanti come il manicomio, non erano state ancora effettuate. Pertanto, i diversi autori che hanno affrontato le patologie borderline, concependole come appartenenti ad una zona intermedia al confine tra due territori distinti, hanno utilizzato ed adattato uno schema di riferimento teorico derivato dalle Nevrosi, soprattutto per impostarne la terapia. Ad esempio Kernberg (1984, 2002) classifica i borderline in tre livelli: un tipo di livello elevato, cioè nevrotico, le personalità isteriche, compulsivo-ossessive e depressive; un livello intermedio che comprende le forme narcisistiche di buon funzionamento, le personalità infantili e passivo-depressive; un ultimo livello che comprende la maggioranza delle personalità narcisistiche, schizoidi, paranoide, ipomaniacali, le personalità “come se” e le antisociali, ovvero le forme gravi di patologia del carattere. La metafora spaziale, però, porta con sé un’altra importante imprecisione che è causa di molti equivoci e confusione teorica: quella di una progressione naturale da un livello mentale immaturo ad uno più maturo, nevrotico. In questo schema si concepisce che il neonato debba avere una parte psicotica della mente – come se la psicosi fosse solamente un funzionamento molto infantile, mentre sappiamo che in realtà è uno sviluppo diverso – che poi matura con un passaggio attraverso uno stato simile al funzionamento dei Disturbi di Personalità per poi arrivare alla personalità nevrotica. Un’impostazione che, implicitamente, considera come lo sviluppo mentale debba percorrere alcune tappe e dove, quindi, potrebbe incorrere in fenomeni di “fissazione” e “regressione” nella crescita, esattamente come in precedenza erano state concepite le zone erogene. Da questa concezione teorica ne deriva che la terapia classica e la psicoterapia psicoanalitica, così come viene applicata agli aspetti nevrotici della mente, potessero comunque essere uno strumento terapeutico valido, senza subire eccessive variazioni. L’esperienza clinica, però, ci ha mostrato che il metodo classico psicoanalitico non è l’approccio più adatto alla mente psicotica, a meno che non si sia consapevoli della qualità del suo funzionamento e non si apportino delle modifiche, essenzialmente all’assetto di ascolto del terapeuta. Il corretto modo di procedere in una psicoterapia è un’abilità complessa che può essere acquisita solo attraverso la combinazione di una formazione didattica, di una pratica clinica strettamente supervisionata e con lo sviluppo, da parte dell’allievo, delle proprie capacità introspettive. L’analisi personale è necessaria non solamente perché non dobbiamo gravare sui pazienti con i nostri conflitti irrisolti, ma anche perché se siamo passati attraverso elaborazioni personali allora abbiamo anche appreso come le interpretazioni sulle difese lavorano e vengono vissute dentro di noi. Inoltre, il nostro strumento terapeutico principale è proprio la nostra capacità di saper distinguere i nostri sentimenti transferali da quelli controtransferali, e questa distinzione è decisiva nel saper mantenere una adeguata professionalità nelle circostanze difficili in cui questo tipo di pazienti ci costringerà a impegnarci. Se passiamo ad analizzare i Disturbi di Personalità, possiamo considerare come, all’interno di questa categoria diagnostica, ci troviamo ad affrontare un numero enorme di sfaccettature e variabilità individuali che rendono ancora più importante il saper fornire un approccio terapeutico personalizzato, proprio grazie alla nostra capacità

empatica, che si adatti alle esigenze di ogni singolo paziente. Al contempo, si potrebbe perfino sostenere che le moderne patologie nevrotiche e psicotiche, a parte certe forme estreme, siano comunque ormai tutte confluite in questa area “intermedia”. Sempre più spesso il cosiddetto triangolo terapeutico emotivo-conflittuale non è più quello della nevrosi classica, basato sul far divenire consapevole un contenuto rimosso, e nemmeno quello della psicosi in cui la relazionalità viene così intensamente evitata, ma è un triangolo in cui il terapeuta deve sostenere il confronto con una angoscia o con una disforia, usate come difese che coprono un sottostante stato di “vuoto esistenziale”. In questo “mare magnum” diagnostico di entità psicopatologiche diverse vengono individuate due strutture prevalenti di riferimento: da un lato i cosiddetti “Stati Limite” e dall’altro le “Sindromi Borderline” che, a parte l’utilizzo, per distinguerle, di due differenti lingue, si presentano come due facce d’una stessa medaglia. A loro volta questi due differenti lati della stessa medaglia, vengono ulteriormente suddivisi a seconda della loro vicinanza all’estremo psicotico o a quello nevrotico. Tutto ciò senza considerare le differenti impostazioni diagnostiche che nascono a seconda delle visioni delle differenti scuole teoriche: per esempio la psicoanalisi francese inserisce le sindromi borderline all’interno degli stati limite. Entrando maggiormente nel merito direi che gli “Stati Limite” si caratterizzano per uno stato emotivo di fondo impostato, prevalentemente, ad una indeterminatezza fluida, al mantenere un forte desiderio, ad una profonda insoddisfazione che porta alla ricerca continua di “qualcosa” che può essere spinta fino all’impulsività, all’azione immediata o alla perversione. Una mia paziente, Iris, un’artista, che avrebbe potuto facilmente essere diagnosticata come prevalentemente isterica, cercava di vivere esclusivamente nel proprio sentire, evitava di pensare, di essere razionale. Mi diceva: “...le parole svalutano tutto, non si pensa con le parole, bisogna forse agire, forse immaginare, bisognerebbe vivere nell’immaginazione e poi pensare, dopo, in maniera separata”. Cercava emozioni, viveva le emozioni, voleva comunicare con gli altri solamente attraverso le emozioni e con lo stesso atteggiamento creava i suoi manufatti artistici, senza pensare con le parole. L’analisi era difficile perché, anche in seduta, la comunicazione doveva avvenire con l’intensità emotiva del racconto ma non con il suo contenuto. Iris aveva tutte le caratteristiche dei cosiddetti disturbi isterici e istrionici della personalità: in effetti aveva importanti aspetti esibizionistici, impulsivi, di seduttività e perversione anche agita, con uno stile cognitivo impressionistico aspecifico, confuso che non voleva o non riusciva a definire le cose nel dettaglio.

Come vedemmo in seduta, però, tutto ciò dipendeva dalle difese contro un’angoscia persecutoria infantile nei confronti dei familiari, angoscia che si era altamente erotizzata e perversa nell’adolescenza, come unica modalità di elaborazione, in après-coup, della situazione traumatica di base. Sembra evidente che nel concetto di “Stato Limite” esista una prevalenza di disturbi il cui nucleo patologico è maggiormente concentrato nell’area narcisistica della personalità e del formarsi dell’identità. Tali disturbi si caratterizzano prevalentemente per un’assenza di confini, per una grande sensibilità all’intrusività e alla persecuzione, per uno stato di indeterminatezza interiore, un’affettività diffusa, una mancanza di identità strutturata: si potrebbe dire che nello “Stato limite” il problema è proprio il limite, ma interiore

cioè il confine dell'io. Secondo Green (1991), quest'area mentale indeterminata, fluida, che eccede in acting e somatizzazioni, determinerebbe una perdita sostanziosa della capacità di "pensare", intendendo con questo una difficoltà a reperire le rappresentazioni adatte per i propri desideri, una difficoltà pertanto di simbolizzare. In quest'ottica, il rischio ma anche l'efficacia terapeutica, sono che, durante il percorso analitico, deve poter emergere quell'area di "folia privata" che si manifesta con una passionalità sregolata o con un transfert erotico, vissuto però dal soggetto passivamente, di fronte al quale accetta di soccombere, in maniera perversa, masochista e senza consapevolezza. Questa incapacità a rappresentare consapevolmente viene interpretata come un vuoto di pensiero, che verrebbe sostituito da "enactment" o costruzioni fittizie, sotto la spinta di forti emozioni, come identità imitative o un falso Sé. Iris, infatti, manifestò questa "crisi passionale" sviluppando un transfert erotico perverso, in cui temeva di essere abbandonata, come le era capitato nella situazione traumatica infantile, e che cercava di elaborare, erotizzandola, nella stessa maniera di come aveva provato a fare nella sua stessa adolescenza, in *après-coup*, con fantasie ed agiti sessuali. L'interpretazione di questa "folia privata" ci permise di arrivare alla consapevolezza e all'elaborazione dell'intera scena traumatica. Per quanto riguarda l'altro polo di questa grandissima zona "intermedia", ovvero la "Sindrome Borderline", bisogna considerare che essa è un po' la capostipite di tutti i Disturbi di Personalità, prima individuati come strutture "pre-schizofreniche", personalità "come-se" e così via. Le descrizioni diagnostiche indicano che sono persone caratterizzate da un'organizzazione patologica specifica e stabile della personalità: con relazionalità intensa e oscillante; impulsività in aree dannose (soldi, sesso, droga, rubare, comportamenti pericolosi, eccessi alimentari, suicidi); con instabilità affettiva; rabbia immotivata che porta ad effettuare minacce e ricatti; con una dispersione dell'identità caratterizzata da un sentimento cronico di vuoto; drammatizzazione e soprattutto incapacità a sostenere la separazione. Più in generale il disturbo dell'identità ed il senso di vuoto, dovuti ad una scarsa integrazione del sé, non consentono una buona capacità di comunicare con se stessi e con gli altri. Prima di passare alla impostazione terapeutica bisogna considerare che intorno alla "Sindrome Borderline", più che su ogni altro aspetto clinico, si è consumata la moderna spaccatura teorica tra l'impostazione kleiniana-bioniana (il modello del conflitto) e quella degli studiosi del narcisismo (il modello del deficit), prevalentemente Kohut, Winnicott e la scuola interpersonale. Queste diverse impostazioni erano già presenti nel pensiero di Freud quando provò a riassumere il corpus psicoanalitico negli scritti della *Metapsicologia* (1915). A seconda della differente concezione teorica si sono persino, forse, visti pazienti differenti, così come sono stati considerati differentemente i meccanismi di difesa e soprattutto è molto differente l'approccio terapeutico. Secondo la scuola kleiniana (Kernberg, Gabbard), che è stata inizialmente prevalente, gli strumenti difensivi utilizzati dai borderline, a differenza dei nevrotici, non sono basati sulla rimozione, ma su difese maggiormente primitive come la scissione, l'identificazione proiettiva, la negazione, il controllo onnipotente, la svalutazione ed il cui scopo è proteggere l'io dal conflitto interno tra esperienze contraddittorie e dissociate del sé suscitate dalle persone significative. Se seguiamo l'impostazione di Kernberg, vi è la concezione di una forte aggres-

sività interna, quasi in senso costituzionale, dovuta alla pulsione di morte o ad una debolezza congenita dell'io ed osserviamo soprattutto come la scissione suddivida il paziente e gli altri in totalmente buoni o cattivi, con continue inversioni dei ruoli. L'idealizzazione rende gli oggetti esterni perfetti, l'identificazione proiettiva attribuisce alle altre persone l'impulso che il paziente ha represso e, una volta proiettato, viene esperito nell'altro che così può far paura, in quanto agito da quell'impulso proiettato: di conseguenza c'è bisogno di controllare l'altra persona. La negazione dei propri sentimenti corrisponde ad una "non consapevolezza" del mondo interno, anche se nel disturbo di personalità si mantiene la capacità di un discreto esame di realtà, conservato, come nei nevrotici, nella capacità di distinguere il Sé dal non-Sé. Viene attribuita a tutti questi pazienti una specifica debolezza dell'io che genera l'impulsività, l'incapacità a tollerare l'ansia e le separazioni, poca capacità di sublimazione ed una patologia del Superio, che rimane infantile, immaturo, antisociale. Da queste descrizioni mi sembra evidente come il punto focale terapeutico sia rivolto all'insufficiente capacità interiore di moderare, di posticipare il desiderio, di affrontare le difficoltà contraddittorie dei conflitti soprattutto relazionali. Un contributo che deriva dalla psichiatria, ampiamente sottolineato da Rossi Monti (2005), è la onnipresenza della disforia, cioè di un'inquietudine diffusa, uno stato d'allarme, una insoddisfazione profonda che si accompagna a profonda reattività anche di fronte a frustrazioni modeste, un atteggiamento di sfida verso le persone, uno stato di ribellione che esige ciò che riceve nello scambio relazionale ma poi si ribella e non accetta, colpevolizzando gli altri. Le crisi di rabbia e disperazione sono frequenti, così come gli impulsi, gli atti violenti, il ricorso a sostanze per liberarsi di questo stato insopportabile. L'edificio teorico di Kernberg ha integrato la teoria della psicologia dell'io e quella kleiniana delle relazioni oggettuali, costruendo un preciso sistema che costituisce una buona bussola di orientamento. Il punto centrale è l'aggressività intesa come avidità orale ed invidia, che su base genetica contribuisce a modellare un temperamento "costituzionalmente dato e caratterizzato da una soglia personale, da un'intensità e da un ritmo peculiare di attivazione degli affetti aggressivi" (Monari, 1999, pag. 107).

Così viene dato un minor valore ad eventi traumatici e alla carente sintonizzazione affettiva dell'ambiente primario. In questa teoria l'internalizzazione della relazione oggettuale primaria, che è il meccanismo di formazione dell'autonomia individuale, si organizza sui due gruppi principali di affetti kleiniani, scissi dalla idealizzazione e dalla persecutorietà, nella posizione schizoparanoide: da una parte le relazioni intrise di aggressività e frustrazione e all'altro polo le esperienze piacevoli di dipendenza. In questo modello il paziente cerca di sfuggire alle sensazioni negative, esternalizzandole, con "la fantasia liberatoria di distruggere l'oggetto e la speranza della gratificazione successiva" (Monari, 1999, p. 108). Fin dall'inizio le interpretazioni devono affrontare la scissione che è ritenuta la causa che indebolisce l'io e trasforma il terapeuta in un oggetto parziale, per cui devono essere sottolineati, fin da subito, gli aspetti negativi del transfert e l'idealizzazione difensiva, nel tentativo di rinforzare la parte razionale e cognitiva del paziente e trovare in essa un alleato terapeutico. In quest'approccio le interpretazioni della scissione sono fondamentali e non ne viene considerata la sua

funzione adattativa e, per questo, “... c’è il rischio di introdurre nella relazione terapeutica un clima affettivo di sfida” (Monari, 1999, pag. 109). Si capisce come il setting abbia una importanza determinante poiché deve reggere l’aggressività dei pazienti e la relazione terapeutica, per cui viene dato per scontato che il trattamento deve essere anche supportato dall’istituzione psichiatrica, che dovrebbe fare da holding alla terapia. Interpretazioni così dirette sono, in fondo, operazioni ad alto rischio soprattutto se il paziente non è in condizione di accettare il forte contratto iniziale, cioè il significato profondo del “come se” del gioco terapeutico: infatti si considera che, per quanto grave, il paziente deve sapere accettare il setting proposto, che è il cuore della cura. Un altro pericolo di quest’approccio, direi quasi un effetto collaterale, è la collusione del terapeuta con l’idealizzazione del paziente di un rapporto “speciale” con un oggetto perfetto, buono, che determina un’ulteriore separazione, al di fuori della stanza d’analisi, delle parti negative e favorisce la collusione idealizzante. Non a caso sono proprio gli autori legati a quest’approccio teorico a mettere in guardia, con estrema attenzione, dallo scioglimento del controtransfert che diviene facilmente speculare alla proiezione del paziente, con la scissione in “buono” e “cattivo”: così il terapeuta si trova forzato ad operare un distacco interiore dalla situazione clinica. Se il terapeuta collude con la gratificazione narcisistica, con l’idealizzazione di essere “buono”, perfetto per il paziente, migliore degli altri terapeuti che il paziente avrà già sicuramente avuto, vivrà nel controtransfert intensi sensi di colpa, che il borderline enfatizzerà ogni volta che si sentirà non accontentato. Può succedere che si apra la strada, attraverso questo senso di colpa, alla continua violazione dei confini professionali e del setting, entrando nella trappola del paziente: una spirale drammatizzante risarcitoria dell’abuso subito. La trappola per il terapeuta è sentirsi “salvatore” e professionalmente bravo, però, al tempo stesso, sentirsi in colpa proprio mentre il paziente aumenta la pressione provocatoria.

Un paziente mi diceva “è cattivo a dire così, cattivo, vuole farmi star male” ed era bravissimo ad evitare il contenuto razionale di quello di cui si stava parlando, ad annullare la mia interpretazione, spostandosi in un teatro che evocava in me gli stessi difficili sentimenti controtransferali che avevo provato nell’educazione dei miei figli: il sentirsi “cattivi”, cioè colpevoli nel dire “no” dei genitori e degli educatori; bisogna saper affrontare la stessa delusione di non essere perfetti e il loro risentimento rispetto alle loro esigenze frustrate. Così il paziente si fa sempre più vittima mentre il terapeuta, invece che auto-sostenere la propria “cattiveria”, entra nella spirale di essere sempre più riparativo, buono, per non essere accusato ed alla fine può accettare perfino il contatto fisico, il tenere la mano, e finisce per agire e smette di pensare. È evidente come sia fondamentale avere effettuato una profonda formazione personale. Gabbard (2004) arriva a fare l’esempio di terapeuti, che ormai in balia dei pazienti, prolungano l’orario delle sedute, si diminuiscono l’onorario, per gratificare i pazienti che erodono sempre più potere, arrivando a prenderli in collo, ad accarezzarne i capelli, a fare veri e propri “maternage” agiti. Penso che si potrebbe dire che non si riesca a fare il lutto da ambedue le parti, di rimanere in una dipendenza incrociata come se, alla fine, il terapeuta sperasse di essere salvato dalla propria stessa disperazione, dalla propria solitudine, perché

assolto o perdonato dal paziente. Per Correale (2012) la patologia Borderline deriva dall'esperienza ripetuta di traumi infantili, durante i quali il paziente subisce un senso di morte: "Per morte intendo qui una brusca discontinuità del flusso della vita psichica, una modifica profonda, per collasso e contrazione, dei parametri spazio-temporali dell'esperienza, di un senso profondo e disperante di essere dominati da qualcosa, di essere passivi di fronte a forze -interne ed esterne- che non lasciano spazio a correzioni e modifiche. Potremmo dire che, in questa esperienza di morte, il tempo si ferma, lo spazio si contrae ed il senso di essere agente di sé stesso si annulla" (pag. 14). L'intensa rabbia, sempre per Correale (2012), però, è anche un segnale di profonda vitalità, pur accompagnandosi a intensi stati depressivi e a fantasie suicidarie che quasi sempre sono conseguenti al desiderio psicologico di non soffrire più, di fermare la propria disforia, l'aggressività e il senso di colpa. Il trauma infantile "... determinerebbe un eccesso di emozioni e un difetto di rappresentazioni, un vuoto psichico, dove le capacità di connessione, collegamento e giudizio sono fortemente danneggiate e le azioni intraprese sono quasi esclusivamente minate dalle emozioni" (pag.16). Il nucleo profondo della tematica borderline consisterebbe nella ripetizione di questo antico trauma che il paziente è costretto a rivivere, quasi affascinato, in maniera irreversibile e che viene attualizzato nel transfert con intensa esasperazione dei toni, una sindrome da risarcimento che estenua il terapeuta. Anche per questo autore, come nell'impostazione kleiniana, prevale il fenomeno della scissione dell'io che manterrebbe, però, un nucleo psicotico: questo spiegherebbe la presenza del pensiero delirante e della caduta in stati psicotici. Il nucleo psicotico, operante ma nascosto, secondo me, viene invece ipotizzato per la difficoltà a distinguere questi pazienti da altri che sono gli attuali schizofrenici ed anche per le difficoltà proprie della terapia, quando fallisce il contenimento del setting e del transfert.

Per alcuni autori la scissione può essere primaria mentre per altri è secondaria, comunque è la difesa principale e necessaria alla sopravvivenza del soggetto, in una visione teorica in cui la psicopatologia è dominata dall'esteriorizzazione e dalla proiezione dei propri stati d'animo. In questa visione, ciò che viene proiettato della propria personalità può essere perso, sicuramente non capito, non simbolizzato fino al concetto di "forclusione" di Lacan, per cui alcuni contenuti escono per sempre dal territorio del linguaggio ed entrano in uno statuto non verbale. Andrebbe così a costituirsi un'area parallela, un nucleo scisso psicotico, che fornisce un'attrazione irresistibile per la mente del borderline, una fascinazione simil-delirante poiché ritenuta capace di liberarla dal peso del reale e dalla frustrazione per farla entrare in un mondo di fantasia onnipotente. Le impostazioni teoriche attuali, guidate dalla clinica, indirizzano sempre di più la psicoanalisi verso l'assimilazione piena, nella pratica terapeutica, dell'idea di seduta analitica come campo bi-personale (Baranger M. e W., 1990), modificando profondamente la tecnica classica. L'analisi del controtransfert diviene centrale ed ha il significato che la partecipazione dell'analista, qualitativamente attiva anche se il terapeuta tace, è determinante nel formarsi della relazione della coppia terapeutica. Si potrebbe dire che questo spostamento del vertice di osservazione teorico è stato dovuto, senza dubbio, anche al presentarsi di nuove strutture di pazienti. Persone, cioè, per le quali l'elemento terapeutico

prevalente non sembrava essere, esclusivamente, l'interpretazione del rimosso. Le nuove Personalità borderline, narcisiste, schizoidi, insieme a tutte le nuove modalità psicotiche di presentarsi, non essendo più così croniche e destrutturate, sembrano in grado di sostenere l'approccio psicoterapeutico. In fondo è lo stesso problema dell'impasse teorico e clinico che si era presentato a Freud intorno al 1915 e che lo aveva costretto a cercare nuove soluzioni teoriche. Come psichiatra del servizio pubblico ho potuto vedere la transizione clinica da esordi psicotici di forme schizofreniche gravissime, praticamente già croniche, negli anni '70, con già un'intensa compromissione della volizione, degli aspetti cognitivi, all'attuale drastica loro riduzione fino quasi alla scomparsa, a forme miste, ibride, veramente al "limite". In quell'epoca ebbi modo di pensare che, paradossalmente, l'arrivo di questi "nuovi" pazienti fosse positivo, non solo per la prognosi di queste patologie, che era molto più fausta delle forme schizofreniche che conoscevano, ma per l'impatto che queste patologie avrebbero necessariamente avuto sull'organizzazione dei servizi. Infatti, era evidente che fossero pazienti che avevano bisogno soprattutto di attenzione e di contatto umano, di relazione e fondamentalmente di psicoterapia: mi sembrava che avrebbero costretto l'organizzazione sanitaria ad una impostazione maggiormente psicologica piuttosto che esclusivamente farmacologica. La realtà, almeno nella mia regione, mi sembra sia andata nella direzione opposta alle mie aspettative, poiché alla maggior richiesta di attenzione psicologica e relazionale da parte dei pazienti è corrisposta un'impostazione ancora più farmacologica: sono diventati tutti prevalentemente pazienti bipolari o adatti solamente a terapie cognitivo-comportamentali, per cui i tempi e le modalità dell'ascolto della sofferenza psichica si sono ridotti drasticamente. Si potrebbe pensare che esista una correlazione tra questi due fenomeni, come se si fosse instaurata una difesa, questa volta diagnostica, da parte dei terapeuti, alle "eccessive" richieste dei pazienti perché è indubbio che queste "nuove" patologie richiedono molto a chi ascolta, soprattutto alla persona del terapeuta. Il dato statistico ci mostra comunque che anche le sindromi più severe tendono a migliorare spontaneamente dopo i trent'anni circa, dimostrando indirettamente che un certo livello di maturazione è terapeutico e che può essere raggiunto. Se analizziamo le teorie del "Modello del deficit" queste attribuiscono la sintomatologia borderline prevalentemente alla permanenza di stati primitivi del Sé, il cui sviluppo è stato traumaticamente interrotto da risposte non empatiche degli oggetti-Sé, come individuato da Kohut (1977), lasciando il futuro paziente in uno stato di dipendenza dalle relazioni di supporto empatico, attraverso le quali cerca di arrivare ad una maggior coesione interna e ad un sostegno per l'autostima. Secondo Stolorow et al (1987), l'organizzazione borderline di personalità, se concepita come costituita da conflitti istintuali e difese primitive come la scissione e l'identificazione proiettiva, nemmeno esisterebbe poiché tali meccanismi, invece, segnalerebbero solamente il bisogno patologico di ritrovare legami arcaici con l'oggetto-sé. Secondo questi autori l'impostazione di Kernberg (1989, 2007), che sottolinea eccessivamente l'aggressività, in realtà costruisce un artefatto iatrogeno del suo modello, originato dal troppo precoce confronto e dall'interpretazione del transfert negativo. La terapia, quindi, andrebbe impostata con un atteggiamento di estrema comprensione empatica e con la consapevolezza che le

caratteristiche della relazione terapeutica sono modellate dalla peculiarità soggettiva e psicologica del terapeuta. L'incontro iniziale tra terapeuta e paziente è decisivo nel condizionare le modalità transferali del paziente e pertanto tutta la terapia. Il bisogno specifico del paziente deve essere riconosciuto dal terapeuta, rispetto alle dinamiche attuali della seduta, principalmente il suo desiderio di ripristinare un legame arcaico con un oggetto-sé, vissuto come onnipotente, che comporta il terrore della rottura traumatica ma anche la speranza di un nuovo inizio. In questa visione si teorizza che esista un continuum tra pazienti borderline e pazienti con disturbi narcisistici di personalità, perché si ritiene che la diagnosi è prevalentemente nella mente e nella personalità del terapeuta, rispetto all'accettazione del coinvolgimento personale nel particolarissimo legame transferale: in sintesi è come se si valorizzasse massimamente il suo essere "individuo" e non la sua diagnosi. Anche l'aggressività, in questa teoria, non viene considerata il problema terapeutico principale ma viene interpretata in maniera secondaria, come una reazione di rabbia, comunque giustificata e perciò reattiva, alla scarsa comprensione empatica del terapeuta. Ritengo, comunque, che non dobbiamo sottovalutare l'esistenza di un terzo aspetto relativo all'aggressività ed a come il paziente la vive, cioè dobbiamo avere sempre ben presente come viene realizzato l'attacco aggressivo, soprattutto con quali modalità di piacere si realizza. Ad esempio, a volte l'attacco aggressivo suscita un piacere perverso, a volte, invece, è totalmente scisso e avviene come una scarica, altre volte è sostenuto da un forte senso di colpa persecutoria ed a volte sembra essere un attacco bulimico, un agito, una scossa emotiva che dà piacere e che rivitalizza il sé. Sia gli agiti che l'aggressività, mi sembra che siano quasi sempre comprensibili se li correliamo e analizziamo nel transfert, poiché hanno un valore di comunicazione che dovrebbe pilotare l'atteggiamento terapeutico. Infatti, questi indicano soprattutto dove è avvenuto il mancato contenimento, per cui non credo si debbano considerare come attacchi al setting o al terapeuta, ma assumono il significato simbolico relazionale di comunicazioni significative. Alla stessa maniera si possono interpretare i tentativi autolesivi legati al prevenire la solitudine, all'uso di sostanze, alla promiscuità sessuale, alla disforia, al tatuarsi: tutte attività con un alto significato simbolico relazionale, spesso ricattatorio, tutti tentativi di autogestire la propria autonomia, il bisogno degli altri e la percezione che siano trascuranti. L'atteggiamento terapeutico che mi sembra più importante avere è quello di essere disarmati di fronte all'aggressività del paziente, non reattivi, relativamente decentrati e molto professionali rispetto alla dinamica della seduta, con un atteggiamento mentale di freschezza piuttosto che seguirne le dinamiche attuali del "qui e ora", poiché il paziente ci vorrebbe portare nelle cosiddette trappole paziente-specifiche (Gabbard, Wilkinson, 1994). Bisognerebbe sempre riuscire ad oltrepassare il ricatto che viene posto, accettando le proprie colpe e giustificando così la rabbia del paziente, ma rilanciando con una proposta mediatrice, a sorpresa, un ponte empatico analogo al gioco dello scarabocchio di Winnicott (1964-68). Il terapeuta deve essere molto spontaneo e questo viene percepito dal paziente, anche fragile ma molto umano: ciò, di solito, arresta l'aggressività. Bisogna insegnare al paziente a giocare ed a rimanere nell'area transizionale del rapporto, uscendo dalla concretezza ed entrando nel "come se", insegnando a descrivere minuziosa-

mente i propri stati d'animo che sono nascosti dalla rabbia, non simbolizzati ed a volte nemmeno percepiti con consapevolezza. Il paziente dovrebbe avvertire la fatica che il terapeuta fa ad elaborare le sue provocazioni, deve sentire anche il piacere del terapeuta in questa elaborazione, così può apprendere un nuovo piacere vitale nel gioco dell'elaborare. Quando si interpreta il transfert bisognerebbe cercare sempre di effettuare anche un riconoscimento positivo dell'esperienza interna del paziente, per valorizzarla e confermarla. Quest'atteggiamento sembra placare l'attitudine del paziente borderline a consumarsi nel tentativo di stabilire una relazione esclusiva per evitare il rischio di abbandono, ma soprattutto per ottenere quel qualcosa di "speciale" che sente mancargli per sentirsi sicuro e senza ansia, cioè perfetto ed autosufficiente. Il paziente borderline si presenta, sotto la corazza difensiva di una rabbia che ferisce, con un vuoto, una tale mancanza di iniziativa e autonomia, una passività che paralizza il processo terapeutico perché egli si aspetta il nostro intervento miracoloso che lo modificherà in una persona perfetta. A differenza delle nevrosi, l'ansia non spinge il processo, come invece aveva ipotizzato Freud. Il borderline, ma anche, ad esempio, coloro che soffrono di attacchi di panico, vorrebbero che fosse tolta loro la sofferenza ma senza elaborazione e che quasi magicamente sparisse e questo, a me sembra, il punto saliente della difficoltà ad effettuare la terapia classica. Il malessere non ha più la funzione di cercare la relazionalità, la complementarietà che serve alla propria elaborazione, la richiesta d'aiuto non è rivolta alla ricerca di elaborazione: è un altro tipo di ricerca. Una ricerca che mette in difficoltà il setting e l'assetto mentale di attesa tipico dell'analista classico. Il processo terapeutico non viene spinto dal malessere del paziente, la terapia non va avanti da sé e quindi non sono da attendersi le libere associazioni. Non basta cioè mantenere il setting e interpretare le resistenze che ostacolano il flusso, fiduciosi che prima o poi avverrà l'emersione del rimosso, dobbiamo considerare che esiste un sé che dobbiamo aiutare a crescere nella relazione terapeutica. Questi pazienti sono rimasti bloccati nella cosiddetta "identificazione narcisistica" che Freud ipotizzò in "Introduzione al narcisismo (1914)" e "Lutto e melanconia (1915)" e devono ancora sviluppare il proprio mondo intrapsichico, l'apparato Preconscio-Conscio. Pertanto le persone che entrano in relazione con loro sono vissute come mezzi per arrivare ad un fine, per ottenere qualcosa di concreto, piuttosto che un fine di per sé: così il concetto di relazione è sostituito dal bisogno di dipendenza da un oggetto-sè. Per questo motivo il terapeuta sente che le sue parole non costruiscono nel paziente, non vengono registrate nel loro contenuto, perché è cercato qualcos'altro. Non si è potuta sviluppare la spontaneità e il paziente non si sente al centro della propria vita: secondo Bromberg (1998/2001) è bloccato tra lo specchio e la maschera, cioè tra il compiacere l'altro e l'evitare una relazione troppo coinvolgente, in assenza di un'identità sufficientemente strutturata da tollerare lo scambio di emozioni. Sono frequenti le strutturazioni di "falsi Sé", che tendono a controllare l'ambiente e gli altri dietro una maschera razionale, non consapevole, e così prevale, piuttosto che il desiderio di realizzazione personale, quello di manipolare per ottenere, di sfruttare, di sentirsi migliori degli altri. Se una persona è carente, in maniera inconsapevole, di sufficienti risorse interne per dare significato alla propria vita, per quanto il sentimento di 'non esistenza' sia

sempre molto vicino all'insight, non può che proteggersi amplificando il proprio narcisismo, fino a farlo divenire patologico e ciò lo farà sembrare vanitoso, esibizionista e arrogante. Questo narcisismo darà un minimo di coesione ad un sé molto fragile per nascondere la propria illusione di autosufficienza, di superiorità, del non aver bisogno di avere bisogno. Il rischio terapeutico è sempre che il paziente rimanga, in seduta, guidato dal solo bisogno di trovare un oggetto-sé, creandosi passivamente un appoggio che sarebbe infinito perché non promuoverebbe nessun cambiamento psicologico: per questo molto spesso questi pazienti sono considerati non analizzabili. Così bisogna intervenire terapeuticamente, giocando ed aiutando a far capire al paziente il tipo di processo in cui è coinvolto, perché riprenda a scorrere il flusso delle associazioni spontanee. Bisogna aiutarlo a far nascere e costruire un "io osservante", che possa aiutarci poiché gli mostra che può esistere un altro modo di vivere, per cui vale la pena di impegnarsi. Una persona che cerca un oggetto-Sé concretamente e porta in seduta questa richiesta, cioè rappresentazioni in cerca di fusionalità, di un rapporto speciale, non possiede un'identità stabile e flessibile che, al tempo stesso, possa osservarsi nel processo analitico. Di importanza vitale per il processo è promuovere lo sviluppo di una minima capacità di tollerare la propria angoscia, che va di pari passo con l'inizio della strutturazione del sé: imparare a fare da soli quello che ci si aspetta dalla madre, spostarsi dal controllare l'altro all'interiorizzazione. Siamo in un ambito più precoce dello sviluppo della "capacità di essere solo" di Winnicott (1965), siamo piuttosto in una fase di comunicazione empatica non-verbale di condivisione, di individuazione delle rappresentazioni, della loro contemplazione congiunta. Dobbiamo promuovere la ricostruzione di strutture mentali transizionali che consentano al paziente di fare esperienza di sé, attraverso un'area di scambio neutrale, che consenta delle micro-identificazioni con la funzione analitica dell'analista, della sua capacità elaborativa. La creazione di questo spazio transizionale neutrale è decisiva poiché l'analista non deve contaminare con la sua presenza, con la sua mente, il campo bipersonale, arrivando quasi a non esistere come persona, nella stessa maniera descritta come "preoccupazione materna primaria" di Winnicott (1958), l'atteggiamento che la madre dovrebbe assumere nel relazionarsi con il neonato. L'importanza del setting è evidente ed è quella di contenere e indirizzare l'aggressività di una richiesta che non trova risposta altrimenti. Ma la distruttività deve entrare nel setting e deve poter mettere a dura prova non solamente il terapeuta, ma soprattutto la "persona" del terapeuta, poiché il paziente deve fare qualcosa, dare un senso "relazionale" all'aggressività e alla rabbia da cui si sente invaso. Il terapeuta, quindi, in maniera professionale, deve poterla assumere senza sentirsi in colpa, considerando che se dimostriamo sempre empatia, calore e affetto, questa rabbia si intensifica, perché l'empatia viene vissuta come indifferenza, mentre vi è la ricerca di trasformarci nell'oggetto cattivo o di provocarci per vedere se gli vogliamo veramente bene. Il problema è che troppo buono è troppo simile a troppo cattivo, poiché si viene percepiti freddi, solo professionali, meccanici, neutri, disinteressati: "lo fa solo per i soldi" e quindi non è un vero rapporto umano. Il terapeuta deve saper sostenere il proprio ruolo di "cattivo" senza sentirsi in colpa, è questa la dote necessaria per mantenere la professionalità, anche se siamo sconvolti, irritati, arrabbiati e mantenere soprattutto

to la capacità di riflettere sul processo in atto. Questo atteggiamento aiuta a promuovere la funzione riflessiva che nelle personalità “borderline” e in quelle di “Stato limite” non è del tutto posseduta. Questa capacità comprende la riflessione su se stessi e sull’altro, la teoria della mente, e lo sviluppo della capacità di distinguere tra la realtà interna e quella esterna, il funzionamento del “far finta che”. Il punto è far capire e far tollerare al paziente che lui e l’altro possiedono, entrambi, un mondo interno, ma separati e diversi, eppur dialoganti anche se non sono fusi insieme. Questo è l’obiettivo della terapia, che può essere definita anche come un processo di mentalizzazione, poiché spesso i meccanismi di difesa, che ricordano quelli psicotici, sono di ostacolo alla percezione del mondo interno. Ad esempio, un mio paziente borderline cominciò una rabbiosa contrattazione sull’orario di una seduta che gli veniva concessa, su sua richiesta, per uno spostamento: era molto aggressivo nel cercare di ottenere l’orario che voleva; vi era una differenza minima, tra le 9:30 proposte e le 11 che esigeva. Arrivò ad accusarmi di non volerlo accontentare, di effettuare una rappresaglia contro di lui, di essere “cattivo”, di non sopportarlo e per questo di essere così intransigente; cercò persino di organizzare gli orari della mia giornata in sua funzione.

La contrapposizione era così intensa da essere ad un passo quasi dall’agito fisico: così provai a spiegargli le motivazioni, del tutto analitiche, del perché avevo una sola possibilità. Infatti avevo capito che dovevo trovare una via di mezzo, un ponte empatico per non essere un “oggetto persecutorio”, e quindi gli spiegai che potevo compiere i cambiamenti di seduta solo se sapevo di poter effettuare una buona seduta, che mi consentisse di essere un buon analista, perché se facevo le cose di corsa o senza comodità, il mio assetto ne avrebbe risentito e la nostra seduta sarebbe stata inutile. Si potrebbe dire che il paziente rimase come “fulminato” da questa sorta di “self-disclosure” tecnica, la sua rabbia sparì, si sentì mortificato di aver alzato il livello dello scontro e cominciò a riflettere che non si era mai messo nei panni dei suoi analisti, che non pensava minimamente che un analista potesse far fatica, o essere stanco, o essere capace di fare una seduta migliore o peggiore a seconda dei diversi fattori: fu un passaggio molto importante per questo paziente. Quest’esempio è importante per capire come si debba sempre trovare una via di mezzo, nella contrapposizione anche molto dura, che non sia accontentare il paziente, ma al contempo che egli sia consapevole della sua sensazione di esclusione. Solo così una proposta può essere accettata, cioè quando viene mostrato qualcosa della persona dell’analista, perché al di là della tecnica rivelavo anche un accenno al funzionamento mentale dell’analista, concedevo una piccola confidenza che alludeva al tanto desiderato rapporto “speciale”.

Bibliografia

Baranger, M. e Baranger, W. (1990). *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*, Raffaello Cortina editore, Milano.

Bromberg, P. (1998/2001), *Clinica del trauma e della dissociazione Standing in the Spaces*, Raffaello Cortina Editore, 2007, Milano.

Correale, A. et al. (2001). *Borderline Lo sfondo psichico naturale*, Edizioni Borla, Roma.

Correale, A. (2012). Stato limite e disturbo borderline: differenze e somiglianze. La difficile questione del “nucleo psicotico”, *Relazione plenaria convegno SPI “2° Seminario di ricerca sulle patologie borderline*, 24 novembre 2012, Milano.

Freud, S. (1914). Introduzione al narcisismo. *OSF*, vol. 7, Boringhieri, Torino.

Freud, S. (1915). Metapsicologia. *OSF*, vol. 8, Boringhieri, Torino.

Freud, S. (1915). Lutto e melanconia. *OSF*, vol. 8, Boringhieri, Torino.

Gabbard, G. (1990). *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, 1992, Milano.

Gabbard, G (2004). *La psicoterapia dei pazienti borderline*, Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi.

Gabbard, G. e Wilkinson S.M. (1994). *Management of countertransference with border-line patients*, American Psychiatric Press, Washington (DC), London.

Green, A. (1991). *Psicoanalisi degli stati limite-La follia privata*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Kernberg, O. (1984). *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri Editore, 1987, Torino.

Kernberg, O. et al (1989), *Psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1996.

Kernberg, O. (2002). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri Editore, Torino.

Kernberg, O. *et al* (2007). *Patologie della personalità di alto livello*, Raffaello Cortina Editore, 2012, Milano.

Kohut, H. (1977). *La guarigione del sé*, Boringhieri, Torino, 1980.

Monari M. (1999). *Il disturbo borderline*, in Berti Ceroni, G. e Correale, A. (a cura di), *Psicoanalisi e psichiatria*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.

Rossi Monti, M. (2005). *Disforia e condotte suicidarie nel disturbo borderline*, Frenis Zero, nr. 4, anno II.

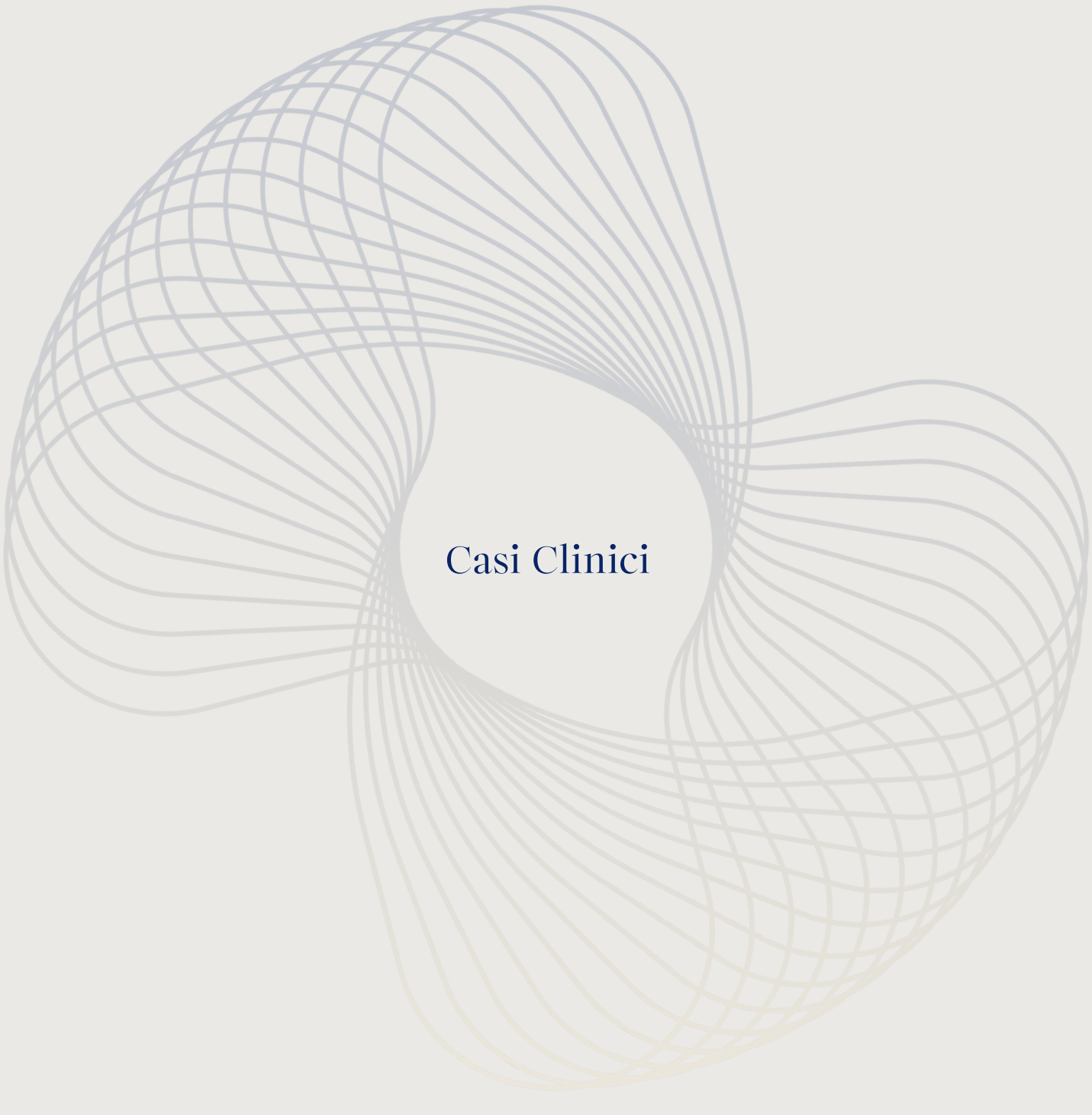
Stolorow, R.D. e Brandchaft, B. (1987). *Developmental failure and psychic conflict*. *Psychoanalytic Psychology*, 4(3), 241.

Stolorow, R.D., Atwood, G.E., e Brandchaft, B. (1994). *La prospettiva intersoggettiva*, Borla, Roma, 1996.

Winnicott, D. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.

Winnicott, D. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma, 1970.

Winnicott, D. (1964–68). *Esplorazioni psicoanalitiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

An abstract geometric pattern composed of numerous overlapping circles of varying radii. The circles are arranged in a way that they create a central, irregularly shaped void. The lines of the circles are thin and light gray, creating a delicate, web-like structure. The overall shape of the pattern is roughly circular but with a complex, organic feel.

Casi Clinici

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi due anni per una serie di circostanze fortuite mi sono trovata a seguire in terapia quattro ragazze, adolescenti o giovani adulte, che avevano alle spalle un passato relativamente recente di disturbo alimentare. Sebbene per tutte loro fosse possibile dichiarare, se non una guarigione completa, sicuramente una remissione dei sintomi e un discreto compenso, ciascuna di queste giovani pazienti aveva espresso la richiesta, o accettato il consiglio, di venire in terapia, nella consapevolezza di avere bisogno di un aiuto per riprendere il percorso di crescita che l'anoressia aveva interrotto. Le sedute con queste quattro pazienti sono state un laboratorio molto ricco. Da un lato, con uno sguardo retrospettivo, abbiamo rintracciato nuovi significati alla loro malattia, con un lavoro di attribuzione di senso che è stato anche presa di distanza, “archiviazione” di un periodo di grande sofferenza. Dall'altro, con uno sguardo rivolto al futuro, abbiamo esplorato le sue incognite, i desideri e le paure: vissuti propri di ogni adolescente alle prese col proprio percorso di individuazione, ma forse più complessi per chi, come loro, aveva riposto nell'anoressia la propria stessa identità, il proprio valore, le proprie difese dall'angoscia e si trovava ora a “progettarsi” senza più voler ricorrere alle lusinghe del disturbo alimentare. Accompagnarle in questi percorsi mi ha anche offerto l'occasione di ripensare a questioni legate ai concetti di diagnosi, cura e guarigione. Le loro quattro “storie di anoressia”, pur presentando inevitabilmente caratteristiche usuali e sovrapponibili, avevano d'altra parte aspetti assolutamente unici, come se l'anoressia fosse stata una risposta comune a problemi profondamente diversi e, soprattutto, si collocasse a differenti livelli in termini di struttura di personalità ⁽¹⁾. Per tutte loro il nostro lavoro è stato un percorso di mentalizzazione che ha accompagnato un passaggio evolutivo dalla concretezza corporea del disturbo alimentare alla possibilità di simbolizzare e di rappresentare il dolore mentale; altra cosa è però la risoluzione dei conflitti alla base del disturbo, che sussistono⁽²⁾; seppure in forma più rappresentabile ed attenuata, continuano talvolta ad essere fonte di sofferenze anche molto intense. Ciascuna di loro ha elaborato strategie diverse per affrontare questi conflitti; difese, sicuramente più sane ed evolute, che in alcuni casi però mantengono una relazione particolare col corpo e col cibo. La descrizione che farò dello svolgimento di questi quattro percorsi intende sottolineare proprio il fatto che rimane aperto l'interrogativo sugli obiettivi e sui limiti di una psicoterapia. Quando si può affermare che una paziente non è più anoressica? E “dopo” cosa c'è?

Tutte le pazienti sono state informate di questo articolo e mi hanno autorizzata a citarle, con la garanzia di una rigorosa tutela della loro privacy. A loro esprimo la mia gratitudine.

Vanessa cerca una terapeuta nella città in cui sta per trasferirsi con l'iscrizione all'Università. Ha già fatto esperienza di una psicoterapia negli anni scorsi, quando i suoi genitori si erano allarmati per una relazione ambigua con una sua istruttrice che sembrava esercitare su di lei un controllo morbosamente possessivo. In quell'occasione la terapeuta aveva saputo cogliere precocemente i segnali di un esordio anoressico aiutandola, insieme ad una dietista, a ridimensionare abbastanza velocemente i sintomi di tipo restrittivo e a recuperare un BMI ⁽³⁾ accettabile. Quando incontro Vanessa resto stupita dal criterio con cui sceglie di organizzare il racconto della propria storia: due interi colloqui passano nel rievocare, quasi mese per mese, la sua carriera sportiva, con la sorprendente capacità di ricordare a distanza di anni episodi, competizioni, punteggi nel suo sport d'elezione; con l'aggiunta di ampie parentesi su tutti gli altri sport praticati senza impegnarsi a livello agonistico. Tutto il resto (la famiglia, la scuola, le amicizie, gli affetti) le pare un dettaglio poco rilevante, di cui informarmi sommariamente dopo avermi spiegato le cose veramente importanti. Rievocando l'esordio anoressico, Vanessa cita la pressione, che spesso si trova in alcuni ambienti sportivi femminili, ad avere un fisico più leggero, più esile, e la spietata competizione invidiosa tra compagne di squadra. Appare però presto evidente che, se la dieta, il controllo delle calorie, l'iperattività hanno esercitato su di lei un fascino irresistibile, un ruolo fondamentale ha avuto l'enorme soddisfazione che provava nel sentirsi totalmente in grado di dominare la fame. D'altro canto, esplorando la cultura affettiva della famiglia in cui è cresciuta, emerge come i valori principali siano quelli dell'impegno spasmodico alla ricerca del risultato, della disciplina e della dedizione totale al compito. Vanessa è cresciuta ispirandosi al modello paterno, un imprenditore di successo con una forte etica del lavoro. Viceversa descrive in modo molto svalutante, a volte addirittura con disprezzo, la vita della madre: una donna che, giovane e bella, si era ritagliata un ruolo lavorativo gratificante nel mondo della moda, ma negli ultimi anni, vedendosi soppiantare da sostitute più giovani, si è progressivamente ripiegata su sé stessa, passando le giornate senza fare nulla. In questa vicenda si possono rintracciare facilmente alcune delle ipotesi interpretative che E. Riva propone in “Adolescenza e anoressia – Corpo, genere, soggetto” (Cortina, 2009), laddove sostiene come l'anoressia nella società attuale esprima la mancata integrazione, subita dalle madri e denunciata dal disturbo delle figlie, tra i valori ideali di un codice femminile declinato in senso competitivo e quelli di un codice materno di difficile realizzazione per le donne contemporanee.

Bloccando la crescita, Vanessa sembra proteggersi dal rischio di “fare la fine della mamma”, come se le forme femminili fossero la sicura anticamera di un destino per nulla desiderabile. Il suo corpo atletico, e ancora di più il suo atteggiamento etico di ferrea disciplina, incontrano inizialmente l'approvazione orgogliosa dello sguardo paterno e, ancora adesso, nonostante tutta la famiglia abbia temuto per i gravi rischi del disturbo alimentare, sembra circolare l'idea che si sia trattato solo dell'exasperazione di un comportamento di per sé non solo giustificabile, ma anzi da sostenere. All'inizio del nostro lavoro, del resto, Vanessa proclama con-

vinta “il controllo è tutto”, senza un minimo spiraglio di critica su questo assunto. Il controllo, che sicuramente è un tema molto presente nelle sedute di moltissime pazienti anoressiche, non sembra nel suo caso avere una particolare valenza in termini di protezione dall’ansia dell’incertezza, di evitamento dell’imprevisto. È piuttosto lo strumento indispensabile per raggiungere l’eccellenza; l’errore è accettabile solo in quanto inserito in un percorso di continuo miglioramento, ma il fallimento finale è escluso. Questo approccio ha un’espressione anche relazionale. Vanessa si ritiene una persona molto generosa, adora fare regali scelti con cura per le persone a cui tiene, dedica moltissimo tempo alle amiche e al fidanzato con cui intreccerà una relazione un anno circa dopo l’inizio della nostra terapia. Per farlo le occorre un’agenda dettagliatissima e mi racconta con un certo orgoglio che in passato aveva elaborato una tabella in cui aveva incrociato gli impegni suoi e della sua migliore amica, in modo da sapere sempre dove trovarla, quando chiamarla, quando proporle di uscire insieme. Non pare minimamente dubitare del fatto che l’amica potesse non sentirsi a proprio agio in una dinamica così controllante. A posteriori, sembra che la preoccupazione dei genitori, all’epoca della prima psicoterapia, dipendesse dall’osservare Vanessa nell’insolito ruolo di controllata, mentre non c’è in nessuno di loro alcuna perplessità quando è lei nel ruolo di chi gestisce la relazione, dal momento che il suo controllo sembrerebbe finalizzato all’essere un’amica eccezionale. In definitiva, anche nelle relazioni deve essere al top, in coerenza col suo stile di *performance* elevatissime. La gratificazione narcisistica che ne ricava è immensa. L’approccio allo studio è altrettanto connotato in senso prestazionale, come spesso si osserva nelle pazienti anoressiche, tuttavia lo è solo in senso “strumentale”: non le importano più di tanto i voti eccellenti, non è particolarmente ansiosa per gli esami. La scuola, ed ora l’università, si inscrivono in un preciso progetto di vita che la vede futura imprenditrice negli Stati Uniti; l’impegno nello studio è comunque secondario rispetto all’attività agonistica, fin tanto che questa prosegue. L’importante sarà acquisire quelle conoscenze e competenze che le permetteranno poi, da adulta, di aprire un nuovo capitolo della sua vita: non più atleta di alto livello, ma manager di successo. L’Ideale dell’Io di Vanessa ha riferimenti precisi.

E’ con entusiasmo che mi consiglia caldamente di vedere il film autobiografico di Chiara Ferragni, la storia esemplare della giovane donna che ha fatto della rappresentazione della sua stessa vita la base di un impero economico. L’altro idolo di Vanessa è l’*influencer* Silvia Fascians che sui *social* racconta come sia riuscita a guarire dall’anoressia grazie al *fitness* e a una dieta equilibrata, e pubblica a confronto le immagini del suo corpo scheletrico da malata e di quello magro, ma tonico, ottenuto con un allenamento costante. Nel primo anno del nostro lavoro ricostruiamo pazientemente le vicende dell’anoressia e della relazione con la sua istruttrice; inoltre ci occupiamo dell’attualità, osservando Vanessa alle prese con la nuova vita da studentessa fuori sede, con nuovi ritmi, nuove indipendenze, nuovi amici per cui essere speciale. Una inattesa ed improvvisa crisi coniugale dei genitori è inoltre l’occasione per analizzare i miti affettivi familiari e il loro ruolo nello strutturare il suo stile orientato alla *performance*. In quell’occasione la sua scelta di campo non ha esitazioni: il suo biasimo è riservato alla madre, che col suo atteggiamento dimesso e svogliato non ha saputo tenere al

proprio fianco il marito. La maggiore consapevolezza rispetto al suo funzionamento non è però la premessa per un cambiamento significativo. Vanessa resta saldamente convinta della validità del suo assunto, anche se inizia a mostrare una notevole dose di autoironia con cui sa descriversi. Anzi, il fatto che tutto sommato la sua vita proceda sui binari previsti (i primi esami superati, la capacità di vivere da sola e di continuare a nutrirsi correttamente, le nuove amicizie) pare confermare la bontà del suo approccio e rassicurarla sulla possibilità di superare eventuali piccoli intoppi temporanei senza essere travolta dall'angosciante pensiero che tutto stia per crollare. Il controllo resta un valore irrinunciabile, ma più sereno, più fiducioso, e quindi meno opprimente. Con un gioco di parole, si potrebbe dire che Vanessa ha il controllo del controllo, mentre durante l'anoressia era il controllo ad avere il controllo su di lei. In questa fase inizio, dunque, a interrogarmi sulla direzione da dare alla terapia. E' assolutamente evidente che Vanessa non è più anoressica in senso stretto, ma che continua a funzionare esattamente in una "modalità anoressica". Per ora, fortunatamente, questo stile non è invalidante e anzi sembra permetterle di cavarsela egregiamente nelle sue varie occupazioni, ma mi preoccupa immaginando che prima o poi il suo ideale possa scontrarsi dolorosamente con una realtà molto meno eccezionale, esponendola a una grave ferita narcisistica. Al momento, però, questo funzionamento è totalmente egosintonico: Vanessa è davvero soddisfatta della piega che ha preso la sua vita, si sente felice, sufficientemente forte, e di conseguenza propone di ridurre la frequenza delle nostre sedute, passando a incontri quindicinali ⁽⁴⁾. In assenza di una sofferenza che possa giustificare e richiedere il mantenimento di sedute settimanali (pagate peraltro dai genitori, molto soddisfatti di come Vanessa se la stia cavando), non posso che mettere da parte le mie perplessità (compresa la consapevolezza che anche nella nostra relazione il controllo è saldamente in mano a lei) e accettare la sua proposta, nel frattempo chiedendomi con curiosità cosa la trattenga dal pensare direttamente a una conclusione. Vanessa però mi spiega che intende continuare, sentendo la necessità di uno spazio periodico in cui fare il punto della situazione, come una sorta di revisione regolare che le confermi che davvero tutto continua a procedere per il verso giusto. Da allora, quasi ogni seduta inizia con la frase "ho un sacco di cose da raccontarle!"; e poi effettivamente racconta, con verve, ironia e generale soddisfazione, le cose che le sono capitate. Sento di poter escludere una difesa di tipo maniacale: Vanessa sa portare anche le fatiche, i dubbi, la confusione, la rabbia e la tristezza, ed è disposta ad analizzare e riconoscere con me queste emozioni, sebbene continui a ritenerle un possibile ostacolo. Rimane certamente un approccio pragmatico alla terapia, come se anche questa fosse uno degli strumenti che può utilizzare per realizzare il suo progetto; ma contemporaneamente è anche forse l'unica finestra da cui permettersi di guardarlo un po' criticamente, provando a immaginare come potrebbe stare in scenari diversi, forse meno ideali ma magari altrettanto soddisfacenti. Sono in particolare due le situazioni che aprono alternative interessanti: lo sport e la relazione con il fidanzato. Con il trasferimento nella nuova città e l'inizio dell'università Vanessa sente che si sta chiudendo la sua stagione agonistica, pur patendo molto la mancanza di un ambiente dove fino a pochi mesi prima aveva trascorso praticamente tutti i pomeriggi e i fine settimana, tra alle-

namenti e gare. Sta naturalmente attentissima a mantenersi in forma, soprattutto con la corsa, finché non viene letteralmente folgorata da un nuovo sport, il *crossfit*, a cui ormai si dedica quotidianamente. E' talmente entusiasta che nel giro di pochi mesi allestisce nel suo garage una piccola palestra per ovviare alle chiusure per il COVID; si tesserà con una società e inizia a cimentarsi nelle competizioni, raggiungendo in breve tempo buoni risultati. Esistono, però, notevoli differenze con la disciplina precedente, come mi spiega con convinzione. Innanzitutto il corpo richiesto per eccellere in questo sport è molto diverso da quel fisico ideale, esile e leggiadro, a lungo (e patologicamente) ricercato in passato. Qui serve potenza muscolare, e poco importa se, come recentemente ha osservato preoccupata sua nonna, le si stanno sviluppando nuovi muscoli che modificano sensibilmente le sue forme. Addirittura si rivolge a un nutrizionista per avere una dieta più adatta alla sua nuova attività, con un maggiore apporto calorico, ritenendo ormai superato lo schema alimentare che le aveva permesso di uscire dall'anoressia mantenendosi ad un BMI al limite inferiore del normopeso. Soprattutto, appare molto diverso il significato simbolico sotteso ai due sport: nel primo i punteggi tenevano molto conto della perfezione estetica del gesto tecnico e le penalità venivano attribuite per gli errori commessi; in questo, invece, i punteggi sono attribuiti in proporzione ai risultati raggiunti (velocità di esecuzione, pesi sollevati, resistenza alle ripetizioni): il limite, l'imperfezione, è quindi più tollerabile, perché non denuncia un errore ma una temporanea incapacità su cui si può progressivamente lavorare per continuare a migliorarsi. Non sottolineo ulteriormente come anche questa attività rimanga coerente con i valori del suo Ideale dell'Io, seppure, per ora, entro limiti non preoccupanti per la sua salute e per il resto della sua vita, in primis gli studi. Più nuovo, da questo punto di vista, è invece il rapporto con il fidanzato. Iniziato da entrambi in maniera disinvolta, "senza impegno", una "amicizia con *benefit*" come spesso osserviamo nei giovani adulti (e che nel suo caso la protegge dalla possibilità rischiosa di rinunciare a parte della propria indipendenza), si è progressivamente trasformato in una effettiva storia sentimentale, ed è teneramente buffo osservare il pudore con cui Vanessa timidamente osa pronunciare ad alta voce la parola amore, e confida l'emozione provata quando lui, a distanza di mesi dall'inizio della loro relazione, le ha "chiesto di mettersi ufficialmente insieme". Soprattutto, questa storia insinua, per la prima volta, un dubbio nel granitico progetto professionale a lungo immaginato: Vanessa non aveva mai dubitato di voler lasciare l'Italia dopo la laurea triennale per proseguire gli studi in un contesto internazionale, il più giusto per diventare un'imprenditrice oltreoceano. Questo ragazzo dà un discreto scossone alla sua pianificazione in cui tutto, anche il futuro, era sotto controllo. Per ora la questione non è ancora urgente, c'è tempo per decidere e "chissà se fra un anno staremo ancora insieme", tuttavia rappresenta una novità degna di nota. Sarà interessante, nel prosieguo del nostro lavoro, scoprire se ad addolcire quell'ideale così esigente non possa essere proprio l'amore.

I genitori di Lara mi contattano perché si avvicina il passaggio della figlia dal servizio di NPI a quello di Salute mentale per adulti e la psichiatra li ha avvertiti che le risorse del pubblico sicuramente non permetteranno una presa in carico di tipo psicoterapeutico. In effetti, Lara ha una lunghissima storia clinica, come testimonia il voluminoso plico di cartelle con cui la madre si presenta al nostro primo colloquio. In questa storia l'anoressia (con tanto di ricoveri ospedalieri e sondino naso-gastrico) è solo il più recente dei problemi, peraltro ormai superato: il BMI è nel *range* del normopeso, l'alimentazione è adeguata nonostante la scelta vegana per motivazioni rigorosamente etiche. Ma, fin da quando era una bimba in età scolare, Lara ha presentato moltissimi problemi, con diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo e di sindrome ansiosa e con importanti difficoltà relazionali, aggravate da episodi di bullismo nei suoi confronti. Il quadro complessivo poteva anche far sospettare una sindrome di Asperger, tuttavia la madre mi informa che l'ipotesi era stata poi accantonata. La situazione attualmente è decisamente migliorata, Lara sta frequentando l'ultimo anno di scuola superiore con buoni risultati (dove la soddisfazione sta paradossalmente nel riuscire a tollerare di avere talvolta anche voti mediocri, cosa un tempo impensabile) e “ha addirittura un fidanzatino”, come dice un po' stupita la madre. Tuttavia, l'idea che Lara possa trovarsi senza un supporto psicologico fa un po' paura, anche perché continuano a presentarsi sporadicamente crisi d'ansia molto intensa, di cui è complicato individuare la causa, a cui seguono a volte esplosioni di rabbia di difficile contenimento. Quando ci incontriamo Lara è un po' sospettosa, ma si rasserenizza e accetta la proposta di una psicoterapia quando capisce che non sono particolarmente interessata al suo passato clinico, di cui è francamente stanca, e rispetto la sua richiesta di non parlare per il momento “del problema” (termine con cui si riferisce al disturbo alimentare, il cui ricordo è ancora troppo doloroso). Intendo, invece, offrirle uno spazio in cui effettuare un bilancio evolutivo; un'occasione per fare il punto sui compiti evolutivi svolti o ancora da svolgere, per chiarirsi le idee su di sé e sul perché alcune cose sembrano farla particolarmente soffrire e sentire diversa dai suoi coetanei, dei quali ha un giudizio piuttosto negativo. È proprio sulle relazioni coi pari che si concentrano le sedute all'inizio del nostro lavoro: per la maggior parte i suoi compagni le sembrano decisamente sciocchi, non apprezza il loro umorismo un po' volgare, non condivide quasi niente delle loro mode. E' piuttosto abituata a questa sua differenza e osserva con sollievo che quanto meno ora, diversamente che nel passato, questa non la espone agli attacchi dei bulli che, soprattutto durante le scuole medie, avevano preso di mira il suo essere diligente, studiosa, seria. Da qui a sentirsi pienamente dentro il gruppo, però, ne corre e tante sedute saranno dedicate alla ricerca di un difficile equilibrio tra il desiderio crescente di relazioni d'amicizia e l'impossibilità di venir meno ai suoi principi. Non è tanto un problema rispetto all'eventuale trasgressione delle regole (le persone che potrebbe frequentare non sono poi particolarmente trasgressive), quanto piuttosto una questione di verità: non è disposta a fingere di essere altro da ciò che è, pur di essere accettata. Parla, per esempio, con ansia dell'avvicinarsi della gita di classe nell'anno della maturità: è un evento che teme molto

e che, però, sarà destinato a rimanere solo nell'immaginario, a causa della brusca irruzione della pandemia nelle nostre vite. Quando esploriamo le sue fantasie in proposito, Lara teme di non riuscire a reggere la pressione di stare così tanto coi suoi compagni, e soprattutto paventa il fatidico momento delle serate in discoteca e delle notti in hotel. Ho in mente altre pazienti anoressiche che presentano un atteggiamento abbastanza simile: l'altezzosa superiorità sui pari cela in loro una grande fragilità narcisistica e protegge dall'esposizione all'esuberanza pulsionale dell'adolescenza, che vede nella gita di classe uno dei momenti più alti. Mi pare un'ipotesi fondata, tanto più che l'analisi di queste pazienti porta spesso a individuare nel dimagrimento estremo dell'anoressia proprio una difesa rispetto alle emozioni connesse agli aspetti pulsionali, poco governabili, del corpo pubere, con un'equivalenza asimbolica tra controllo della fame e controllo del desiderio sessuale. Provo, dunque, a esplorare le fantasie connesse, tuttavia Lara mi spiega, con disarmante semplicità, che si tratta di una questione totalmente diversa. Quello che la turba ha a che fare con una sua accentuata sensibilità agli stimoli sonori e luminosi e con il bisogno di mantenere un ritmo sonno-veglia il più possibile regolare.

È un problema che ha fin da piccolissima e che si manifesta, per esempio, anche nei centri commerciali, nei parchi a tema tanto amati dai bambini, nelle sagre di paese. La confusione di questi contesti è per lei intollerabile, si sente bombardata da troppi stimoli sensoriali che la mandano completamente in tilt. Accanto a questa difficoltà riconosce di avere anche fantasie blandamente persecutorie, con l'idea che in quegli spazi gli altri la possano osservare in modo malevolo. Sembra però plausibile che queste fantasie si fondino su esperienze reali: come mi hanno spiegato i genitori, è stata una bambina molto difficile e le sue crisi d'ansia certamente non passavano inosservate. Seguiamo, dunque, questa pista che ci permette di osservare cosa le capita quando è travolta dall'ansia. In questi episodi è come se tutti i pensieri si aggrovigliassero assieme, come se nel suo cervello si ammassassero batuffoli di cotone che la ottundono; altre volte la metafora usata descrive come una sorta di nebbia avvolga tutto e la faccia sentire totalmente persa. A questa situazione, già di per sé decisamente sgradevole, si aggiunge l'irritazione nel vedere i familiari, soprattutto la madre, spaventati e incapaci di contenerla emotivamente, trasmettendole la fiduciosa consapevolezza che presto passerà. "Lei non capisce che non c'è niente da capire", commenta delusa. Mi pare una richiesta anche nei confronti della terapia: Lara non vede alcuna utilità nei miei tentativi di ricerca di chissà quale significato recondito, viceversa apprezza e poco per volta fa suo un atteggiamento in cui socraticamente sappiamo di non sapere e ci occupiamo "solamente" di mettere in parole i suoi stati d'animo, cercando metafore che ne permettano la pensabilità. Poco per volta questi episodi d'ansia diventano più tollerabili nella misura in cui impara a riconoscerli, a familiarizzare con quei vissuti e a conservare la fiducia nel fatto che sono transitori. Dopo circa un anno e mezzo di terapia, Lara mi comunicherà soddisfatta: "Credo di aver capito una cosa. Quando ero anoressica (che effetto che mi fa riuscire ad usare questa parola...!) tutti i miei pensieri ruotavano così ossessivamente intorno al cibo, che non era possibile pensare a niente altro. Forse questo mi serviva a proteggermi dalla confusione". Non posso che concordare con

questa lettura, continuando però a chiedermi se nel disturbo alimentare non vi fossero anche, più specificamente, aspetti difensivi rispetto alla pulsionalità. Lara non è più in difficoltà con le sue forme corporee femminili, si accetta e si piace, anche se si presenta con un abbigliamento che, lungi dal valorizzarla, la rende il meno appariscente possibile. Quando però mi racconta del suo ragazzo, confida di sentirsi piuttosto a disagio nei primi impacciati approcci fisici e di non riuscire neppure lontanamente ad immaginare di avere con lui rapporti sessuali. Il primo *lockdown* è per lei quasi un sollievo: ligia alle regole com'è, ha un ottimo alibi per sottrarsi agli incontri, dato che vivono in due comuni diversi. È però proprio nel chiuso della sua stanza, nei primi mesi di pandemia, che capisce una cosa fondamentale: non è la sessualità di per sé a spaventarla; molto più semplicemente, comprende di essere omosessuale e, coerentemente, lascia il ragazzo.

La scoperta del proprio orientamento è piuttosto indolore, potendo poggiare su un sistema valoriale progressista, di piena e convinta accettazione di ogni diversità. Il suo *coming out* è l'inizio di una trasformazione sorprendente. La favorisce il fatto che dopo la maturità, in accordo con la famiglia (che in questo l'ha sempre sostenuta), si trasferisce all'estero per frequentare una facoltà universitaria che in Italia non esiste. Le nostre sedute, passate alla modalità *online* a causa della pandemia, proseguiranno così per alcuni mesi anche nel suo primo anno da *expat*. Di settimana in settimana assisto a una metamorfosi incredibile. Lara si appropria del suo corpo costruendosi un *look* totalmente diverso, dal taglio e colore dei capelli a un tatuaggio discreto, da nuovi accessori a un abbigliamento che finalmente la fa sentire sé stessa e che rimanda a canoni estetici riconducibili al mondo LGBT, a cui si avvicina anche come attivista. È un vero nuovo inizio. Nelle settimane prima della sua partenza mi portava la preoccupazione rispetto alla possibilità di fare nuove amicizie, vista la sua ben nota difficoltà ad entrare in relazione. Dalla stanza della sua residenza universitaria mi racconta invece soddisfatta di tutti i nuovi incontri e della meravigliosa libertà con cui si presenta per quello che è, lamentando anzi il fatto che anche in quel Paese le restrizioni per il COVID purtroppo al momento limitano pesantemente le opportunità sociali. Soprattutto osserva crescere dentro di sé un desiderio sempre più vivo che non pare spaventarla. Sebbene al momento non abbia ancora potuto incontrare una partner, sembra assolutamente fiduciosa rispetto al fatto che prima o poi accadrà, e sarà bellissimo. Ci sono stati alcuni incontri in *chat*, in cui ha fatto conoscenza con altre ragazze; con alcune ha un po' flirtato, ma arriva presto alla conclusione che le relazioni a distanza non fanno per lei. Troppo faticoso lanciare segnali di interesse per poi rimanere in balia di risposte che si fanno attendere e poi spesso risultano ambigue, di difficile interpretazione. E' in questo clima che giungiamo alla conclusione del nostro lavoro: non tutto è risolto, in particolare si stanno aprendo questioni importanti circa lo smarrimento che si può provare nel cedere quote di indipendenza ricercando l'affetto in altre persone, ma Lara si sente ormai in grado di proseguire da sola, sufficientemente attrezzata per prendersi cura del proprio mondo interno quando va ancora un po' in confusione; con le idee molto più chiare circa la propria identità e il proprio orientamento sessuale; e con un desiderio pienamente autorizzato.

ANTONELLA – “SEI UNA COGLIONA”

Diversamente dalle altre pazienti, conosco Antonella quando è ancora gravemente ammalata, e viene ricoverata per più di un anno in una comunità terapeutica riabilitativa di cui in quel periodo sono consulente. In quella struttura le pazienti sono prese in carico da un'*équipe* multidisciplinare che, oltre allo psicologo, comprende psichiatra, nutrizionista, dietista, educatore e OSS. Il suo ricovero le permette faticosamente di recuperare un BMI accettabile e di acquisire abitudini alimentari adeguate, ma alle dimissioni mi chiede se sia possibile proseguire la psicoterapia privatamente, sentendo che i risultati raggiunti sono ancora piuttosto traballanti. Delle quattro pazienti che descrivo in questo articolo, è anche l'unica a presentare, dopo l'esordio anoressico, un importante scivolamento sul versante bulimico, con abbuffate molto frequenti e strategie di eliminazione che minano seriamente la sua salute. Negli anni dell'adolescenza, inoltre, si sono accumulate una serie di condotte che le hanno inevitabilmente fatto guadagnare una diagnosi di disturbo borderline di personalità, in particolare con l'abuso di cannabis e farmaci oppioidi condivisi con un ragazzo altrettanto compromesso e, in quanto tale, assolutamente irresistibile. Sebbene il desiderio di lasciarsi alle spalle questa fase della sua vita sia forte, altrettanto forte è la resistenza ad abbandonare un disturbo che, in entrambe le sue versioni, anoressica e bulimica, è stato per lei un fondamento identitario, senza il quale non sa letteralmente chi lei sia. Molto del lavoro fatto con lei in comunità mira prevalentemente a rintracciare nella sua storia le origini della sua grave sofferenza; descriverò più avanti i contenuti del nostro lavoro nella fase successiva. Antonella giunge in città piccolissima, al seguito di una madre da poco abbandonata dal marito e alle prese con il difficile trasferimento per lavoro in un ambiente molto diverso da quello di provenienza. Tuttora il padre di Antonella risulta una figura pressoché inconsistente, sia in termini di sostegno economico sia soprattutto in quanto figura genitoriale. La coppia madre-figlia è dunque da sola, isolata in una grande città sconosciuta. Non è difficile rintracciare nei primi ricordi di Antonella i segni evidenti di una grave depressione materna, compresi anche alcuni tentativi di suicidio. Ancora oggi, a distanza di quasi vent'anni, la signora alterna fasi di discreto compenso a periodi di franca depressione, senza però aver mai chiesto un aiuto per sé: la paziente designata è la figlia che, dal suo punto di vista, le causa grandissima angoscia col suo comportamento ingrato. Fin da piccola Antonella è il ricettacolo di proiezioni materne estremamente svalutanti, con cui inevitabilmente finisce per identificarsi. “Sei una cogliona” è solo uno degli epiteti che si sente rivolgere durante gli attacchi rabbiosi della madre. Qualunque cosa faccia risulterà agli occhi materni sempre insufficiente, la sua inadeguatezza le verrà costantemente rinfacciata, ogni aspirazione smontata con uno sprezzante “non combinerai mai niente di buono, inutile che ti fai illusioni”. Il terreno è dunque fertile perché, con la pubertà, Antonella subisca il fascino dell'anoressia che sembra offrirle un ambito in cui, impegnandosi, potrà finalmente eccellere: sarà la più magra di tutte, potrà mostrare tutto il

suo valore. L'ascetismo anoressico la porterà inoltre a sentirsi per la prima volta “pura”, non contaminata, in un'area ideale dove le cattiverie della madre non la possono raggiungere. E' in un ricovero ospedaliero, come spesso accade, che Antonella scopre l'esistenza di condotte di eliminazione a cui ricorrere quando la fame è troppo forte: capita a tutte di “sgarrare”, ma basta provocarsi il vomito per fare in modo che tutte le calorie ingurgitate non lascino alcuna traccia sui fianchi, sulla pancia, sulle cosce. Purtroppo però, abbuffate e vomito possono lasciare altre tracce, più profonde, nella misura in cui sono la vergognosa testimonianza che la inchioda. La mamma aveva proprio ragione: non è neppure capace di essere la migliore anoressica, che cogliona. Nonostante lo svilente senso di fallimento che aumenta ad ogni episodio bulimico, Antonella non riesce a liberarsi dalla dipendenza dalle abbuffate. Esplorando le emozioni connesse, osserviamo l'alternarsi di due diverse fasi. Il bisogno di riempirsi fino allo sfinimento insorge in risposta a un'intollerabile sensazione di vuoto, in cui nient'altro ha più valore. Va detto che questa descrizione è piuttosto frequente per le pazienti bulimiche, anche se per ciascuna di loro questo vuoto può rimandare ad aspetti diversi. Per alcune si tratta di noia, per altre di vissuti depressivi; per Antonella si potrebbe ipotizzare che il vuoto sia espressione di un senso di sé gravemente deprivato; più che sentire il vuoto, lei è il vuoto. Inutile dire che il cibo è solo una pallida imitazione del nutrimento affettivo che cerca e ha inoltre il disastroso effetto collaterale di restituirla un'immagine fallimentare, disgustosa, e di metterla a contatto con un aspetto di sé intollerabile: la frustrante consapevolezza che non sa bastare a sé stessa. Ecco che a questo punto subentra il vomito, certamente come eliminazione delle calorie ingerite, ma, a un altro livello, anche come punizione per la sua vergognosa ingordigia e come *reset* con cui azzerare il conto e ricominciare un nuovo disperato tentativo di dominare la fame... fino al prossimo fallimento. Durante il ricovero in comunità, Antonella acquisisce progressivamente gli strumenti necessari per imparare a uscire da questa dinamica alimentare perversa. Abbiamo però modo di iniziare a intuire come questo funzionamento sia ugualmente presente in tutti gli ambiti della sua vita, in particolare nella scuola e nelle relazioni. Antonella, intelligente e con una spiccata sensibilità artistica, frequenta il quarto anno di un liceo sperimentale che le potrebbe aprire le porte per un corso di alta formazione a numero chiuso estremamente prestigioso nell'ambito delle discipline dello spettacolo. Nonostante la malattia l'abbia un po' rallentata, a costo di grandi fatiche e di uno stress elevatissimo, continua ad avere un buon rendimento, anche durante il ricovero, e mi spiega come quell'obiettivo sia per lei irrinunciabile. L'arte, come in passato l'anoressia, le potrebbe garantire quel successo in grado di confermare il suo valore, la sua unicità, e la rivincita trionfale sullo sguardo svalutante materno e sull'indifferenza paterna. Il timore di non farcela, a volte, l'annienta. Va anche detto che l'atteggiamento di Antonella nei confronti delle compagne di ricovero, e talvolta anche verso alcuni curanti, può risultare molto antipatico e supponente. Nell'*équipe* si apre un confronto sulla gestione di questi aspetti. C'è chi riterrebbe utile darle una bella ridimensionata, come se fosse educativo quel “chi ti credi di essere” pericolosamente vicino allo stile materno.

Prevale, invece, la linea condivisa da me con la sua educatrice di riferimento: optiamo per un

cauto ma ottimista sostegno narcisistico, senza allearci acriticamente con gli aspetti di grandiosità, ma sostenendola con fiducia nella sua reale possibilità di trovare la propria strada e di ricavarne buone soddisfazioni. In effetti, Antonella riesce a diplomarsi con un buon punteggio e il suo successo più grande sarà paradossalmente il fatto di non ottenere il massimo dei voti, senza con questo sentirsi un completo fallimento. Ha fatto del suo meglio con le risorse e i limiti personali e del contesto, e il risultato è ampiamente meritato. A malincuore rinuncia al corso di perfezionamento a cui ambiva, iscrivendosi a una facoltà universitaria affine ma molto meno prestigiosa, almeno nella sua rappresentazione. Eppure, iniziando a frequentarla troverà un ambiente stimolante, di cui ora, a distanza di un anno, continua ad essere molto soddisfatta, descrivendolo come un'oasi di serenità e creatività, il luogo in cui sta meglio in assoluto. Il rientro a casa, dopo il lungo ricovero, è una fase estremamente delicata. I conflitti con la madre sono all'ordine del giorno, soprattutto a causa degli strascichi del disturbo alimentare che agli occhi della signora non fanno che confermare l'ennesimo fallimento. In effetti, nonostante la grande consapevolezza acquisita da Antonella circa i meccanismi patologici di anoressia e bulimia, non tutto è risolto. L'apporto calorico della dieta che Antonella si autoprescrive alle dimissioni dalla comunità è ora adeguato, ma viene raggiunto grazie a una irrazionale predilezione per alimenti come avocado, salmone, frutta secca e un rifiuto ancora piuttosto radicale per i carboidrati. Sarebbe dunque evidente che Antonella non è affatto guarita, e oltretutto i suoi cibi d'elezione hanno il deprecabile difetto di essere molto più costosi. Lo si deve ritenere un compromesso accettabile, o un sintomo da combattere? Anche le forme corporee continuano ad essere per lei fonte di disagio, lo spauracchio dei 50 kg è dietro l'angolo e va il più possibile tenuto a bada con l'attività fisica. Se solo potesse permetterselo, Antonella farebbe ricorso a un intervento di addominoplastica, sostenendo che la sua pancia è come un corpo estraneo che non ha niente a che fare con la sua vera sé. Rimangono inoltre alcuni momenti, anche se via via meno frequenti, in cui l'angoscia è talmente intensa da indurla ancora a ricorrere alle abbuffate. Poco prima delle dimissioni dalla comunità, con la radicalità un po' teatrale che la contraddistingue, Antonella mi dice "con tutta la fatica fatta per guarire, dottoressa le giuro, se ho una ricaduta mi ammazzo". Un passaggio molto importante è stato dunque riconoscere che anche l'aspettativa di una perfetta guarigione, totale e definitiva, si sarebbe iscritta nella tipica modalità anoressica tutto/niente, mentre un atteggiamento di benevola indulgenza per la propria sofferenza poteva essere segno di una più solida salute mentale. Non si tratta di auto-assolversi con superficialità, senza riconoscere la propria debolezza; al contrario, si tratta di accoglierla e bonificarla, liberandola dal marchio infamante che l'ha sempre contraddistinta. Nel frattempo, con il compimento della maggiore età, Antonella ha la possibilità di accedere a un piccolo fondo lasciatole dai nonni per i suoi studi. Questo le permette di pagarsi le sedute e soprattutto di trovare un piccolo appartamento in cui trasferirsi, sottraendosi così a una convivenza sempre più difficile con la madre. La separazione non è indolore, in quell'occasione la signora minaccia il suicidio e non si trattiene dal pronunciare l'ennesima profezia di fallimento. In questa nuova fase sembra importante sostenere il progetto di crescita, aiutando nel contempo Antonella a riconoscere

che la distanza fisica dalla madre aiuta, ma occorrerà lavorare sui propri oggetti interni, altrettanto svalutanti. Per esempio, Antonella si sente a volte attraversata da un'angoscia molto intensa quando pensa al suo futuro. Il corso che sta frequentando le piace, ma quali concrete prospettive di lavoro le potrà offrire? Di arte non si vive... Già si prospetta un destino di precarietà, molto lontano dai suoi sogni più grandiosi, oppure un altrettanto umiliante ripiego su un'occupazione stabile, ma noiosa e insignificante. Entrambe le prospettive la terrorizzano. Convincerla che in fondo si trova in una condizione di incertezza esistenziale che appartiene a tutta la sua generazione servirebbe a poco, senza un lavoro di significazione in cui aiutarla a riconoscere le origini profonde di questa paura. La cosa più difficile, in cui però Antonella si sta seriamente cimentando, è accettare e comprendere che potrà avere una vita piacevole e soddisfacente proprio nella misura in cui sarà disposta a non rincorrere ansiosamente ideali assoluti. Un processo analogo è in corso nella sua vita relazionale, con gli amici e con il partner. Le sue amicizie sono spesso state connotate in senso narcisistico, con la ricerca di ammirazione, con la gratificazione data dall'offrirsi come speciale confidente, a volte anche con un atteggiamento da maestrina che però alla lunga stanca. Memorabile in questo senso l'ultima vacanza estiva con un'amica, conclusa anzitempo con una violenta litigata perché la sua compagna si è sentita trascinata contro voglia all'ennesimo museo. Gli amici sono pochi anche perché la selezione è molto severa: la maggior parte dei coetanei è banale, superficiale, falsa. Solo recentemente Antonella mi parla di un nuovo gruppo di persone, incontrate all'università, da cui inizia a sentirsi riconosciuta nel suo valore e con cui è autenticamente interessata a uno scambio più paritario. Più delicata è al momento la vita di coppia. Antonella è ormai ben determinata a non voler ricadere in una relazione come quella adolescenziale col ragazzo bello e maledetto che l'ha trascinata con sé nel gorgo delle dipendenze, ma per molto tempo continua a rievocare con un certo rimpianto quel periodo, descrivendo la strepitosa sensazione di unicità di quando erano loro due contro tutto il mondo. Sa che era una relazione malata, che flirtava pericolosamente con la pulsione di morte di entrambi, ma dubita di poter mai provare un amore altrettanto intenso e totalizzante. Da alcuni mesi ha una relazione con un ragazzo "normale", e tutto sommato sta scoprendo che normalità non è per forza sinonimo di banalità e insignificanza. Mi porta però l'intensa paura di rovinare tutto, non appena lascerà emergere i propri bisogni più intensi: come potrà lui, che ha avuto una vita tranquilla e due genitori mediamente buoni, comprendere e amare le sue parti più buie e disgustose? E lei riuscirà a farsi bastare la serena normalità che lui può offrirle? Tutti questi interrogativi restano aperti e sono portati, a seconda dell'umore (piuttosto variabile), con umorismo o con intensa preoccupazione. Rimane, poi, un'altra questione che nella sua valenza simbolica mi pare una buona descrizione del punto in cui ci troviamo. In una delle ultime sedute Antonella mi racconta dei vari tatuaggi che intende farsi. Il loro significato, a cui ha dedicato raffinate riflessioni, ha sempre a che fare con una sorta di presa di distanza dal disturbo alimentare. Antonella sente il bisogno di incidere sulla pelle la sofferenza attraversata e celebrare con orgoglio il suo percorso di guarigione, per dichiarare ufficialmente che è concluso. "Però sa dottoressa, volevo anche un tatuaggio tutto nuovo, che non avesse più a che fare col passato..."

e non mi è venuto ancora in mente niente. Chi sono davvero io, senza anoressia?”

IORELLA – “IL MIO POSTO NEL MONDO”

Fiorella è la più piccolina di queste quattro pazienti, in tutti i sensi: perché ha sedici anni, perché ha un fisico minuto, e soprattutto perché si definisce “ragazzina”, in un’età in cui la maggior parte delle sue coetanee spinge invece per sentirsi donna. Sono i genitori a contattarmi, al ritorno di tutta la famiglia da una permanenza di alcuni anni in Canada, al seguito del padre consulente d’azienda. Si tratta della seconda esperienza internazionale per loro: infatti, quando Fiorella aveva poco più di due anni si erano trasferiti in Corea del Sud, rientrando stabilmente in Italia solo intorno ai suoi undici anni. E’ proprio durante le scuole medie, iniziate in Italia, che si ammala di anoressia e serve un ricovero ospedaliero per riportarla a condizioni psicofisiche adeguate. Da allora non ci sono mai state ricadute, quanto meno nei sintomi, ma è evidente che Fiorella soffre tuttora per un’intensissima vergogna per il suo corpo, in particolare per le forme femminili che proprio fatica ad integrare in una nuova immagine corporea, diversa da quella infantile. Il dolore è forte, ma la determinazione a non ricadere nel disturbo è altrettanto rocciosa (il ricordo di quel periodo in ospedale la riempie ancora di angoscia). Ne risulta una soluzione di compromesso, frutto di un puro e tenace esercizio di volontà, in cui la salute del corpo è preservata, mentre il dolore mentale si accumula, trovando come unica valvola di sfogo lunghi pianti solitari. Questa consapevolezza, unita al disagio che Fiorella denuncia rispetto al difficile inserimento, al quarto anno oltretutto, in una nuova scuola, la porta a richiedere un supporto psicologico. Prima di incontrarla ho l’occasione di fare alcuni colloqui con entrambi i genitori, con l’obiettivo di esplorare la cultura affettiva familiare. Apprendo così che la coppia, e poi la famiglia, poggiano su fondamenta particolari: è un progetto di vita condiviso con riferimenti valoriali precisi, ed è al contempo per entrambi una struttura difensiva molto rigida che li salva da aspetti depressivi importanti. Il padre proviene da una famiglia di tradizione militare, molto poco affettiva, da cui ha potuto emanciparsi grazie a un impegno assoluto negli studi che gli ha anche offerto la grande soddisfazione di potersi definire “uno che si è fatto da sé”, raggiungendo vette professionali impensabili. La madre ha avuto in adolescenza conflitti importanti con la propria famiglia, da cui è uscita faticosamente transitando anche per un breve periodo decisamente turbolento. La costruzione della coppia è per entrambi fonte di sostegno reciproco; nel progetto di vita insieme assumono un’importanza fondamentale valori etici e religiosi improntati all’impegno, al sacrificio, alla rinuncia. Sembra esserci ben poco spazio per il piacere ed il divertimento, di cui francamente entrambi non sentono una gran necessità; sono praticamente inesistenti i rapporti d’amicizia al di fuori della coppia. La signora, inoltre, nel nome di questo progetto, ripone la sua laurea in un cassetto e rinuncia a una carriera lavorativa, per fare la moglie e madre a tempo pieno. Hanno tre figli; Fiorella, secondogenita, è la prima a dare fin dalla sua nascita un certo scossone a questa impostazione. La descrivono infatti come una bimbetta molto vivace e “con una fame da lupo”, ben più difficile da gestire, quindi,

rispetto al figlio maggiore, che “non ha mai dato un problema”. È in questa cultura affettiva che Fiorella cresce, imparando precocemente che ogni spinta vitale appena un po’ più esuberante, ogni desiderio di qualcosa di buono per sé, vanno tenuti a bada per non turbare più di tanto l’equilibrio familiare. I valori dell’impegno, del sacrificio, della sobrietà le vengono praticamente trasmessi col latte materno. I genitori mi raccontano che durante la malattia della figlia erano stati portati a riflettere su questo stile rigido e orientato alla perfezione, e si chiedono addolorati se non siano stati loro a causare il suo disturbo con aspettative troppo elevate; ma è un po’ come se Fiorella li avesse in questo senso superati, diventando più esigente con se stessa di quanto non fossero loro stessi. Quando però, durante un colloquio di restituzione dopo la prima fase della consultazione, li invito, loro per primi, a considerare la possibilità di ritagliarsi degli spazi ricreativi in cui concedersi la libertà di non essere precisi e rigorosi, la reazione di sconcerto rasenta aspetti quasi fobici. Mi preparo, dunque, ad accompagnare e sostenere Fiorella nel suo percorso di separazione-individuazione, alla ricerca della propria identità, immaginando che non sarà facile per lei differenziarsi dal modello familiare. Anche lei, come Lara, non ha inizialmente molta voglia di parlarmi del disturbo alimentare, mentre è autenticamente interessata a capire come mai a scuola si trovi così a disagio, diversa da tutti e per questo sistematicamente esclusa. E anche lei non sembra avere una grande opinione dei suoi coetanei, incomprensibili nel loro gergo, nelle loro mode che lei non conosce, nei loro interessi così vacui. C’è poi una particolare difficoltà a comprendere quegli aspetti tipicamente adolescenziali così evidenti nei suoi compagni e nelle sue compagne: la strafottenza verso il mondo degli adulti, la sfacciataggine lolitica di certi outfit, il divertimento un po’ aggressivo. “Non capisco proprio perché tutti trovino così divertenti i Simpsons”, mi dice desolata, senza accorgersi di quanto sia simile al personaggio di Lisa. Anche per lei dunque il dilemma è come riuscire ad essere accettata dal gruppo senza un’omologazione che farebbe violenza alla propria identità. Alcuni fiacchi e maldestri tentativi in quella direzione risultano poi talmente poco credibili che ottiene l’effetto opposto, apparendo agli occhi dei compagni ancora più stramba. Va aggiunto che, suo malgrado, Fiorella è effettivamente diversa, soprattutto nel ruolo di studentessa. Gli anni trascorsi all’estero hanno avuto una grande influenza, a partire dalla lingua stessa in cui Fiorella è abituata a lavorare. Sarà certamente madrelingua italiana, ma come studentessa è da sempre abituata a pensare in inglese. Anche nei nostri colloqui la vedo spesso esitare alla ricerca del termine italiano più preciso per spiegarsi, e qualche volta rassegnarsi a usare il termine inglese, nella speranza che io lo conosca e sappia tradurlo adeguatamente. Sia le elementari sia i primi anni di liceo sono trascorsi in scuole internazionali con un’impostazione didattica anglosassone, molto diversa dalla scuola italiana. Anche la scuola privata che sta frequentando ora si fregia del titolo di “internazionale”, ma agli occhi di Fiorella è lontana anni luce dalle scuole in cui è cresciuta (nelle quali otteneva regolarmente il premio di miglior studentessa dell’anno); offre molte meno opportunità formative, e conserva un’impostazione nozionistica noiosa e inutilmente pedante. Gli altri studenti della scuola non sono lì in quanto espressione di una generazione cosmopolita, ma perché figli di un’alta borghesia cittadina che snobba l’istruzione statale; pur allievi di una

scuola internazionale, non hanno affatto nel loro curriculum le esperienze che Fiorella, un po' imbarazzata, può vantare. Insomma, Fiorella è come un'aliena che si trova catapultata in un mondo nuovo che le appare poco accogliente e a volte ostile, e molte delle nostre sedute si dedicano a costruire una sorta di mappa che le permetta di sentirsi un po' meno spaesata. Mi sento convocata a lavorare come un mediatore culturale che spieghi alla nuova arrivata usi e costumi del nostro Paese e degli adolescenti indigeni, e la aiuti anche a superare un'immagine un po' preconcepita e stereotipata che ritrae tutti gli italiani come pigri, confusionari, inaffidabili. Non sempre mi è possibile, per esempio quando si lancia in un'invettiva (che condivido) contro gli sconsiderati che non rispettano le norme anti-covid e obbligano chi, come lei, le osserva rigorosamente, a prolungare un periodo di *lockdown* sempre più insostenibile. Fiorella è però anche come una viaggiatrice nel tempo, nel senso che si sente una ragazzina, poco più che bambina, gettata suo malgrado in una futuro adolescenziale per il quale è totalmente impreparata. Qui diventa possibile iniziare a ripensare con delicatezza al disturbo alimentare e, soprattutto, avviare un difficile percorso di mentalizzazione del proprio corpo. L'anoressia ha bloccato sul nascere il suo sviluppo puberale e, anche dopo il ritorno a un BMI nel range del normopeso, il suo corpo è rimasto fermo per alcuni anni. Solo da pochi mesi, e all'improvviso, è comparso il menarca e si è sviluppato un seno che le sembra orribilmente enorme, nella sua seconda misura. Si guarda nelle foto e non si riconosce, "quella non sono io!".

Nei momenti più dolorosi le viene voglia di attaccare questo nuovo corpo, limitandosi però al momento a forti pizzicotti. Il suo corpo è cambiato senza il suo permesso, esponendola a uno smacco molto doloroso: per la prima volta, per quanto lei si possa impegnare rispettando rigorosamente la dieta e con un'attività fisica regolare, non potrà ottenere il risultato desiderato. Per una come lei, abituata a raggiungere qualunque obiettivo in piena sintonia con la cultura affettiva familiare, si tratta di un fallimento intollerabile. La ferita è troppo recente per poter riconoscere che, in questo caso, sta mirando a un obiettivo fisiologicamente impossibile, e poter accettare serenamente che il corpo subisce cambiamenti indipendentemente dalla nostra volontà; ed è troppo presto per iniziare ad apprezzare i vantaggi che il nuovo corpo le potrebbe offrire, con un debutto nella sessualità ancora neppure immaginabile. Oltre a questo aspetto iniziamo anche a rintracciare questioni che rimandano, più specificamente, al complesso percorso di assunzione della propria femminilità; un lavoro che purtroppo non vede nella madre un possibile modello di identificazione. Fiorella mi racconta esterrefatta che recentemente alcune sue compagne sono andate insieme a fare shopping, acquistando capi di *lingerie* che hanno ottenuto l'entusiastica approvazione dei loro genitori. Una cosa del genere le pare impensabile nella propria famiglia. Non sembra trattarsi esplicitamente di un atteggiamento sessuofobico; ha piuttosto a che fare con uno stile complessivo che vede nel prendersi cura di sé e del proprio aspetto una frivolezza superficiale, un segno di vanità, un capriccio che inciderebbe sul bilancio familiare. In termini di codici affettivi, si potrebbe affermare che la madre di Fiorella esprime massimamente i valori del codice materno più tradizionale, ma ha completamente eliminato tutti gli aspetti ascrivibili al codice femminile,

non risultando quindi un modello di riferimento adeguato in questa fase dello sviluppo della figlia. La signora afferma che sarebbe ben lieta di vedere la figlia comprare qualche capo d'abbigliamento in più oltre ai due pantaloni e i due maglioncini che sostanzialmente compongono il suo guardaroba; non si tratta insomma di un'interdizione esplicita. Ma Fiorella, con la sua acuta sensibilità, ha colto chiaramente, e interiorizzato, la regola implicita e sbotta irritata “ma come può sperare che io lo faccia, se lei per prima non si prende mai cura di sé, non va mai dall'estetista, non si trucca! E come può esortarmi ad avere amici, se lei per prima non ne ha e non esce mai neppure con papà?”. Inoltre, come potrà Fiorella, nel suo futuro, realizzare i suoi obiettivi di studio e di successo professionale nell'ambito scientifico che la appassiona, riuscendo ad integrare quegli aspetti del codice femminile che vede aboliti nella propria famiglia? Sarà anche lei destinata a rinunciare a quella parte di sé e obbedire agli ordini del codice materno, o avrà la possibilità di differenziarsi? Non sono ovviamente questi i termini con cui lei pone la questione, ma il tema è riconoscibile sottotraccia in moltissime delle domande che Fiorella porta in seduta. Al momento, parlare direttamente del corpo è a volte ancora troppo scottante, ma il lavoro di mentalizzazione è avviato. Recentemente, per esempio, Fiorella mi porta spesso questioni relative alla casa in cui abita: un appartamento dove la famiglia ha sempre vissuto nei periodi di permanenza in Italia, una sorta di base di appoggio, mai però sentita come il luogo in cui mettere radici.

Da tempo i genitori stanno valutando se cercarne un'altra, più adatta alle esigenze attuali, col risultato che non hanno mai dedicato a questa molte cure. Sì, sono stati fatti degli interventi di ristrutturazione, ma parziali, poco organici; il giudizio di Fiorella è netto: questa casa è brutta, poco accogliente, comunica un senso di precarietà e di trascuratezza. Un po' come il suo corpo, è poco abitabile. Sono abbastanza sicura che la sua casa sia più che decorosa e sia oggetto di una dispercezione simile a quella riservata al suo corpo, ma il pianto rabbioso con cui me ne parla illustra bene la portata emotiva della questione. È davvero difficile trovare un Paese, una casa, un corpo, in cui poter sentire di aver trovato il proprio posto. Contemporaneamente noto, però, che Fiorella inizia a sentire una spinta vitale nuova, un desiderio di freschezza, di spontaneità, di attività ricreative (meno orientate in senso prestazionale delle lezioni di violino che aveva seguito in passato). Timidamente, fanno la loro comparsa piccoli tentativi di individuazione ed è un vero peccato che, proprio adesso, le restrizioni causate dalla pandemia la costringano a fare i conti con parti di sé desideranti, senza la possibilità di metterle alla prova; probabilmente scopriremo, una volta liberato il campo dalle interdizioni anti-covid, che albergano in lei proibizioni interiorizzate ben più difficili da ammorbidire.

CONCLUSIONI

Come anticipavo nella premessa, credo che questi quattro casi clinici, messi a confronto, possano aiutare ad illustrare importanti interrogativi relativi a diagnosi, cura, guarigione, obiettivi e limiti della psicoterapia. Da un punto di vista nosografico le quattro pazienti sono accomunate da un'unica etichetta, quella di “anoressia nervosa”; di tipo restrittivo per Va-

nessa, Lara e Fiorella, di tipo *binge-purging* per Antonella. Pare piuttosto evidente, però, come questa comune etichetta serva molto poco a una comprensione psicodinamica della loro sofferenza che affonda le proprie radici in vicende molto differenti. E credo si possa sostenere che vi siano significative differenze anche da un punto di vista strutturale. Per Vanessa e Fiorella il disturbo alimentare è stato espressione di una patologia dell'Ideale dell'Io; per Lara sono stati prevalenti gli aspetti ossessivi (diagnosticati in effetti già in età scolare, molto prima dell'insorgenza dell'anoressia); per Antonella il disturbo alimentare sembra originare in una fase più primitiva ed essere espressione di un disturbo narcisistico di personalità. Nel quadro di un modello di psicoterapia evolutiva, debitrice della teoria dei codici affettivi, assume molta importanza anche la funzione che il disturbo alimentare può svolgere in termini di tentativo di risoluzione di un blocco adolescenziale nel percorso di crescita. Per ciascuna di queste quattro pazienti sono evidenti i compiti evolutivi sui quali si erano inceppate. Vanessa e Fiorella sono entrambe alle prese con un lavoro di separazione e individuazione rispetto ai miti affettivi familiari: la prima sembra avviata a farli definitivamente propri, auspicabilmente in forma più morbida, mentre per la seconda il percorso è praticamente appena iniziato. Lara ha dovuto faticare molto soprattutto per quanto riguarda l'apertura a una nuova dimensione relazionale e sociale; la definizione della propria identità di genere e dell'orientamento sessuale, a posteriori, gettano una diversa luce sul disagio che riferiva nel non volersi omologare per essere accettata dal gruppo. Questo è un compito difficile anche per Fiorella, a sua volta portatrice di una diversità culturale che al momento non ha ancora deciso se rivendicare con orgoglio o dissimulare con modestia. Antonella e Fiorella, infine, sono accomunate dal difficile lavoro di mentalizzazione di una corporeità femminile che rimanda, per la prima, a vissuti di profondissima vergogna, frutto di pesanti identificazioni proiettive e, per la seconda, alla necessità di sincronizzare sviluppo puberale e sviluppo emotivo. Per tutte loro, infine, il futuro si presenta come un'incognita densa di preoccupazioni, soprattutto rispetto alla possibilità di realizzare le loro ambizioni. Questa lettura dimensionale porta direttamente a ripensare i concetti di guarigione e di cura. Fortunatamente, nessuna di loro al momento soddisferebbe i criteri diagnostici del DSM-V per formulare una diagnosi di anoressia; forse solo Antonella potrebbe ancora rientrare nella categoria "in fase di remissione". Per tutte loro, però, con l'eccezione forse di Lara, rimangono aperte questioni riferibili alla difficile accettazione del nuovo corpo. Come descritto sopra, Vanessa dedica ancora moltissime attenzioni alle proprie forme, seppure con canoni estetici diversi e apparentemente più sani; Antonella "litiga" ancora troppo con la sua pancia, in cui si concentrano tutti i suoi aspetti indegni; Fiorella sta appena iniziando a fare la conoscenza di questo nuovo corpo, che al momento le pare francamente orribile. Difficile, quindi, affermare che siano effettivamente guarite, anche se tutte loro sono più o meno profondamente cambiate. Anche da un punto di vista strutturale è evidente che non tutto è risolto. Vanessa si mantiene chiaramente al servizio di un Ideale dell'Io molto esigente. Lara continuerà a doversi confrontare con la sua ansia, soprattutto quando debutterà nella vita di coppia, e a dover gestire la sua ipersensibilità a certi stimoli sensoriali e al turbamento dell'eccitazione. Antonella ha ancora molta strada da fare per sot-

trarsi agli aspetti più mortiferi del suo disturbo di personalità e probabilmente continuerà a lungo ad avere una certa fragilità narcisistica. Fiorella sembra essere in una fase evolutiva in cui restano ancora aperti diversi esiti strutturali. E dunque quando si può decidere che la terapia è conclusa? Mi viene in soccorso in questo senso un altro testo a cura di E. Riva, “Ferite e ricami nella clinica dei disturbi alimentari – L’arte del *kintsugi*” (Mimesis, 2016), nel quale si afferma che “L’obiettivo terapeutico è riattivare una funzione simbolizzante e riflessiva della mente, che riavvii e sostenga il processo di soggettivazione, così da rendere possibile l’integrazione delle parti scisse e dei diversi ruoli affettivi in un Sé maturo, dotato di un’autostima stabile e di mete di autorealizzazione autentiche e consapevoli” (Ivi, pag. 20).

E ancora: “I criteri di fine terapia non riguardano la risoluzione del sintomo, né un ipotetico ideale di normalità e guarigione, bensì il cambiamento dello stile di funzionamento psichico e lo sviluppo di capacità adattive nei confronti dell’ambiente circostante” (Ibidem, pag. 26). L’Autrice, attraverso la metafora dell’arte giapponese del *kintsugi*, sottolinea l’importanza, per le pazienti ex-anoressiche, di un approccio narrativo che permetta loro di collocare il disturbo in una cornice di senso: “Il mito della perfezione è un balsamo di cui un narcisismo ferito difficilmente può fare a meno; (...) è possibile, però, tentare di rimarginare le incrinature del Sé non con la colla dell’ideologia anoressica (...) ma con un metallo pregiato che invece di occultare l’integrità perduta esalta la storia della sua ricomposizione” (Ibidem, pagg. 256-257, corsivi nel testo). La ricerca di Antonella di tatuaggi che raccontino il suo percorso mi pare un buon esempio di questo lavoro di assunzione su di sé, quasi di rivendicazione, della propria storia; e considero anche significativo il fatto che, pur essendo frutto di un importante lavoro di attribuzione di senso e di un’elaborazione simbolica a cui sono stati dedicati molti raffinati pensieri, questi tatuaggi si scriveranno sul corpo, a testimonianza di un tentativo di integrazione tra corpo e mente, prima rigidamente scissi. L’Autrice aggiunge una importante considerazione riguardo ai criteri di fine terapia. Pur sottolineando la necessità di non proporre percorsi eccessivamente lunghi a pazienti adolescenti o giovani adulte, che in quanto tali potrebbero sentirsi imbrigliate in una relazione di dipendenza contro-evolutiva, invita a dedicare un tempo sufficiente a una fase particolare del lavoro terapeutico: “Se il lavoro clinico con pazienti anoressiche e bulimiche è finalizzato ad attribuire significato emotivo ai sintomi alimentari, nella fase finale della terapia, successiva alla remissione del sintomo, spesso occorre rifare questo stesso percorso in senso inverso, stabilendo nessi di significato fra condotte, scelte e stili relazionali attuali e i comportamenti sintomatici del passato ispirati alla stessa ideologia affettiva” (Ibidem, pag. 262). La particolare circostanza dei percorsi terapeutici che ho descritto, con una presa in carico (con l’eccezione di Antonella) avviata dopo la remissione dei sintomi, sembra offrire uno spazio privilegiato proprio per questo obiettivo. Lo evidenzia soprattutto il lavoro con Vanessa e Antonella, sebbene con esiti radicalmente diversi: come già illustrato, la prima appare poco accessibile rispetto alla possibilità di mettere in discussione l’ideologia anoressica (per quanto proprio nell’ultima seduta mi abbia sorpresa con un “nella vita non si può mai sapere cosa capita” piuttosto antitetico rispetto al suo “il controllo è tutto”); la seconda, dolorosamente consapevole di quanto quell’ideale sia

stato per lei fonte di sofferenze terribili, si chiede invece se potrà mai liberarsene del tutto: “il mio problema è che ho sempre bisogno di chiedermi come mi vedono gli altri...”. Con Lara, nelle ultime sedute prima della conclusione, ci è capitato spesso di confrontare la dipendenza dal cibo con la possibile dipendenza da altre persone, rimpiangendo un poco quel senso di sicurezza che può dare l’illusione di padroneggiare un oggetto inanimato come il cibo: quanto più difficile, invece, può essere affidare la propria felicità a una persona amata! Con Fiorella si potrebbe dire che stiamo portando avanti in parallelo sia uno sguardo retrospettivo, in cui l’analisi delle difficoltà attuali permette di ri-significare una malattia archiviata forse un po’ troppo velocemente, sia uno sguardo in prospettiva, in cui le metafore del passato disturbo alimentare permettono di comprendere le *impasse* del presente. Con tutte loro, dunque, potremo avviarci a concludere la terapia nel momento in cui saranno sufficientemente attrezzate per riconoscere, nelle nuove sfide che le attenderanno, le possibili trappole dell’ideologia anoressica. Tenere a bada l’illusione onnipotente di guarirle “completamente”, qualunque cosa questo voglia dire, mi pare a sua volta un fattore terapeutico, nella misura in cui esemplifica e fa sperimentare la possibilità di sottrarsi alla dittatura dell’ideale (in questo caso, quello della terapeuta). Ritengo che questo sia possibile qualora ci si possa appoggiare su due pilastri. Da un lato, una discreta e fiduciosa apertura al futuro (dal quale, come osserva la nuova Vanessa, non sai mai cosa aspettarti) e la consapevolezza di aver rianimato, nella terapia, risorse personali tutte da scoprire; tanto più quando, come nei casi descritti, si ha a che fare con ragazze alle prese con la ripartenza di un percorso evolutivo interrotto. Dall’altro, un realistico e sereno senso del limite, come peraltro già indicato da Freud in “Analisi terminabile e interminabile” (1937). Non a caso anche i criteri da lui indicati per la fine di un’analisi propongono, oltre alla scomparsa dei sintomi, anche il raggiungimento di una piena consapevolezza dei conflitti inconsci e del materiale rimosso, ma lasciano aperto un dubbio rispetto all’obiettivo “più ambizioso” di garantire al paziente, da quel momento in poi, una “assoluta normalità psichica” capace di mantenersi stabile nel tempo. “L’analisi deve determinare le condizioni psicologiche più favorevoli al funzionamento dell’Io; fatto questo, il suo compito può dirsi assolto” (Ivi, pag. 532). Al termine di questo suo lavoro Freud sottolinea che spesso permangono delle resistenze, descritte come una “roccia basale”, oltre la quale l’analisi non può proseguire, e le attribuisce a un dato di fatto biologico che rimanda all’enigma della differenza dei sessi. In particolare, per le pazienti di sesso femminile, si tratterebbe dell’invidia del pene, espressione di un ineliminabile vissuto di mancanza originaria. Altri Autori (e soprattutto Autrici) hanno ampiamente discusso la fondatezza di questo assunto; qui lo riporto esclusivamente per la sua assonanza con l’ipotesi (per approfondire la quale rimando ai già citati lavori di E. Riva) che alla radice dei disturbi alimentari si possa spesso individuare una ferita narcisistica dell’identità femminile, trasmessa di madre in figlia. Quello che per Freud sarebbe lo scoglio oltre il quale l’analisi non può proseguire, mi pare diventi oggi, per queste pazienti, proprio il nucleo di cui prendersi cura.

Note

1. Proprio l'esempio dell'anoressia è stato utilizzato da Nancy Mc Williams nel seminario “Dalla diagnosi differenziale alla diagnosi dimensionale: implicazioni per il trattamento” tenuto per l'IPP di Torino il 4 novembre 2017, per sostenere la necessità di superare le categorie diagnostiche psichiatriche a favore di una comprensione dimensionale delle varie forme di sofferenza psichica. L'esperienza clinica conferma che possiamo osservare condizioni anoressiche a livello nevrotico, a livello borderline e a livello psicotico, con implicazioni molto diverse in termini di cura e di prognosi.
2. È implicita in questa asserzione la lettura del disturbo alimentare come risposta difensiva a cui le pazienti ricorrono per proteggersi da un'angoscia ancora più intensa, impensabile e intollerabile, che si colloca su un piano a-simbolico. Il disturbo alimentare con esordio in (pre)adolescenza e adolescenza si può concepire come un tentativo di auto-cura e di superamento di una impasse nel percorso evolutivo, un blocco dovuto all'impossibilità di svolgere i compiti evolutivi fase specifici, in particolare la mentalizzazione del corpo pubere. Ne consegue clinicamente la necessità di porre una particolare delicatezza e cautela quando nel percorso di cura e riabilitazione si lavora sulla riduzione del sintomo.
3. Il BMI (Body Mass Index), in italiano IMC (Indice di Massa Corporea), è un dato biometrico, espresso come rapporto tra peso e quadrato dell'altezza di un individuo. Sotto un BMI di 18,5 l'individuo è in sottopeso, sotto 16 in grave magrezza.
4. La frequenza verrà poi ulteriormente ridotta a causa delle difficoltà logistiche dovute al COVID, fino ad assestarsi su una seduta al mese.

Bibliografia

- Bignamini, S. (2020). *Quando nasce una donna – Come crescono le ragazze diventando sé stesse*, Solferino, Milano.
- Buday E. (2010). *Imparare a pensare – Funzione riflessiva e relazioni in adolescenza*, Franco Angeli, Milano.
- Buday, E. (2020). *Costruire l'identità – Come aiutare gli adolescenti a diventare sé stessi*, Franco Angeli, Milano.
- Fonagy P. e Target M. (2005). *Psicopatologia evolutiva – Le teorie psicoanalitiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Freud S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile*, OSF, vol. II, Boringhieri, Torino.
- McWilliams N. (2017). Dalla diagnosi differenziale alla diagnosi dimensionale: implicazioni per il trattamento, *Berggasse 19 – Annuario 2017*, Torino.
- Pietropolli Charmet G. (1987). *La democrazia degli affetti – formazione psicologica in ospedale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Pietropolli Charmet G., Bignamini S., Comazzi D. (2010). *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente*, Franco Angeli, Milano.
- Pietropolli Charmet G. e Marcazzan A. (2000). *Piercing e tatuaggio – Manipolazioni del corpo in adolescenza*, Franco Angeli, Milano.
- Riva, E. (2009). *Adolescenza e anoressia – Corpo, genere, soggetto*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Riva E. (2016). *Ferite e ricami nella clinica dei disturbi alimentari – L'arte del kintsugi*. Mimesis – Frontiere della Psiche, Milano.
- Riva E. (2018). L'identità femminile dalla conversione isterica al digiuno anoressico. *Rivista Minotauro*, I, 3, pp. 23-34.

Change

A cura di Patrizia Cavaglià

*In memoria di Manuela Tartari,
con affetto e
riconoscenza*

E dopo poco aggiunse: ti senti persa, vero? Sì. Ricorda, tutti ci sentiamo così.
Viviamo in epoca buia, nessuno riesce a trovare la propria strada. Procediamo a tentoni, come i ciechi.
Somigliamo a quegli animaletti sotterranei che scavano la terra fredda e umida nella speranza di trovare una
radice commestibile. Noi non siamo migliori. È davvero così tragica? Sì, è così tragica.
Ma ci sono cose peggiori dell'essere ciechi e del procedere a tentoni nel buio, cose molto peggiori. Ad esempio?
Essere morti, disse Livia Pinheiro-Rima.

Peter Cameron, *Cose che succedono la notte*

Il 2020 sarà ricordato come l'anno in cui ci siamo ritrovati tutti a fare i conti con un'esperienza terribile, impensata ed impensabile fino ad ora, e a dover affrontare repentinamente enormi cambiamenti nella nostra testa, nei nostri rapporti sociali e nel nostro lavoro. Noi, che abbiamo fatto della nostra passione per la crescita e lo sviluppo un mestiere, ci siamo interrogati su quale sia il legame nella relazione d'aiuto psicoanaliticamente orientata e come si possa declinare, senza perdere i propri elementi costitutivi, in condizioni altamente restrittive e necessariamente nuove. Potremmo anche dire che la Psicoanalisi, in quanto scienza della formazione e trasformazione psichica, è scienza del cambiamento. Bion ci ha illuminato definendolo "catastrofico", indipendentemente dalla potenziale "bontà" dell'oggetto. È pur vero che il nostro vertice di osservazione (tanto più ampliato dalla teoria del campo analitico che privilegia l'attenzione al contenitore piuttosto che al contenuto) non punta tanto a cosa stia cambiando quanto, piuttosto, a come la visione e lo sguardo sulla realtà può cambiare in relazione all'esperienza emotiva. Come sottolineava Melanie Klein, occorre comprendere le intrusioni del mondo interno e del soggettivo nella costruzione di quanto chiameremo mondo esterno. Questa tematica del dentro/fuori è sempre stata un pilastro centrale nella teoria e clinica psicoanalitica, ma in questo momento in cui tutto il mondo ha dovuto adattarsi ad un imperativo concreto e necessario come un *lockdown*, "la stanza d'analisi", a mio avviso, può assumere il carattere di un luogo privilegiato di osservazione e potenziale comprensione degli effetti deflagranti, ma non solo, dell'essere "chiusi dentro", ancora più chiusi e ancora più dentro, la propria mente. Mi è tornato in mente, a questo proposito, il bellissimo lavoro di Betty Joseph, "Assuefazione alla quasi-morte" che ho ritrovato particolarmente utile ed illuminante, nel mio lavoro con alcuni pazienti. Se il modello kleiniano-bioniano continua ad essere per molti di noi un equipaggiamento teorico e clinico importantissimo, personalmente

attingo dai post-kleiniani e dagli indipendenti britannici sempre nuova linfa ad ogni rilettura, tanto più in momenti storici e sociali complessi ed inquietanti come questo che mi evocano il lavoro con Il paziente difficile da raggiungere di cui parlava Betty Joseph nel 1975. Il tema della verità e della falsificazione è sempre stato, come sappiamo bene, il centro dell'episteme bioniana. La verità viene definita "cibo per la mente" ma la Verità ultima, designata da Bion genialmente come O, è sempre ignota ed inconoscibile e possiamo solo cercare di tendervi attraverso i suoi derivati in K (*Knowledge*) o le "trasformazioni in O" (O), strettamente connesse con la crescita mentale, con il cambiamento, con il divenire. Nella nostra clinica psicoanalitica può essere usato per indicare sia ciò che il paziente non conosce che quanto l'analista ignora del paziente e del percorso che hanno intrapreso insieme. Il suo opposto, -K, viene utilizzato per designare la menzogna e la falsità. Formulazioni bioniane come "pensieri selvaggi in cerca di un pensatore" e riflessioni come la contrapposizione tra pre-concezione e pre-concetto, o come il concetto di "Credenza" in Ronald Britton, ci possono aiutare molto a procedere nella giungla, se non nel caos, della mente e della comprensione dell'universo, o perlomeno di alcuni dei meccanismi che lo regolano, della costruzione del pensiero sia individuale che gruppal. È evidente come queste tematiche possano risultare particolarmente interessanti ed utili in campi esperienziali così nuovi e sconosciuti come quelli che ci siamo ritrovati a vivere e stiamo attraversando, che vanno a scardinare molte delle nostre certezze, e di come sia effettivamente difficile sostenere la famosa "capacità negativa" di saper sostare nell'ansia e nell'incertezza senza ricorrere frettolosamente a pseudo-pensieri (-K) ed acting-out personali e collettivi di difese primitive, per lo più inconsce, come l'attacco e la fuga. Sappiamo che la Ragione serve a ridurre l'angoscia dell'impensato, dell'impensabile, del tremendo che abitano la mente primitiva, l'inconscio e l'area del sacro. Se non ci fosse la ragione e la prevedibilità (o pensabilità) ci sarebbe il caos, di quando la Ragione si spegne, di quando si perde la testa. Ma la Ragione non coincide con la Verità. La poesia, e l'arte in generale, per esempio, possono rappresentare un'infrazione all'ordine razionale e la loro espressione e fruizione possono diventare un momento di conoscenza straordinario. Non ordinario ma potentissimo. Questo significa, allora, che dall'esperienza del dolore avvenga sempre, automaticamente, una spinta evolutiva? Anche se siamo immersi nell'ottimismo dell'evoluto mondo occidentale scienziata e nella cultura cristiana, che sembra non credere nella morte ma annunciare la vita eterna, direi di no. Purtroppo non è così semplice, molti non ce la fanno. Da soli non siamo in grado di dominare la realtà interna, come non siamo in grado di dominare la realtà esterna. Occorre un oggetto-ambiente (che inizialmente può essere esterno e che poi, se tutto va bene, diventa interno) con il giusto clima emotivo perché qualcosa di vivo e vero possa crescere e/o ricrescere. A questo proposito, non posso non ricorrere ad un altro dei miei maestri teorici preferiti, Donald Winnicott, quando diceva che non esiste un bambino senza una madre, con tutte le implicazioni simboliche, metaforiche e cliniche che sappiamo o possiamo immaginare. Ovviamente, questo concetto di madre-ambiente, non lo dobbiamo intendere in modo troppo concreto altrimenti, per esempio, non si spiegherebbe la circolazione di "pensieri in cerca di un pensatore" di bioniana memoria.

Navigando, più o meno a vista, in queste nuove acque, mi sono ritrovata a ripensare al concetto di “Incontro”. Sappiamo che se tra un soggetto ed un “oggetto” avviene, veramente, un incontro, abbiamo a che fare con un’esperienza emotiva nuova che produce un cambiamento, al contempo catastrofico e trasformativo. Volendo però mettere momentaneamente da parte le nostre specifiche conoscenze teoriche e confidando nell’ispirazione di letture diverse, ho trovato particolarmente stimolanti due testi diversissimi e lontanissimi tra loro: un saggio di divulgazione scientifica che sembra un thriller, “Spillover” di David Quammen, ed un romanzo, “Livelli di vita”, di Julian Barnes, che, mescolando fatti storici a finzione e genere autobiografico, potrebbe esser preso come una cronaca e/o una testimonianza della complessità della vita, nell’indissolubile intreccio tra Eros e Thanatos. Confidando nella potenza delle libere associazioni, proporrei di saltare qui e là tra le suggestioni nate da queste letture e vedere se e come possano illuminare il nostro più familiare bagaglio professionale. Propongo, come parola chiave per questa riflessione, il binomio legame/cambiamento. David Quammen, con il suo avvincente “Spillover”, già nel 2012 si chiedeva se la prossima pandemia non sarebbe venuta fuori da una foresta pluviale o da un *wet market* della Cina meridionale, spiegando puntualmente come questi virus siano l’inevitabile risposta della natura all’assalto dell’uomo agli ecosistemi e all’ambiente. L’autore suggerisce di tenere a mente, attraverso il fenomeno della zoonosi, degli *spillover* e delle pandemie, che siamo “davvero” una specie animale legata in modo indissolubile alle altre, nelle nostre origini, nella nostra evoluzione, in salute e in malattia. “Non vengono da un altro pianeta e non nascono dal nulla. I responsabili della prossima pandemia sono già tra noi, sono virus che oggi colpiscono gli animali, ma che potrebbero da un momento all’altro fare un salto di specie – uno *spillover* in gergo tecnico – e colpire anche gli esseri umani...” (D. Quammen, Spillover, p.65). Le malattie infettive possono diventare terribili, certo, ma in condizioni ordinarie sono eventi naturali, come un leone che sbrana una gazzella. Però, le condizioni non sono sempre ordinarie. E prevedibili. Nel bene e nel male, aggiungerei io. Queste immagini evocano alla mia mente esperienze ed eventi che vanno a trivellare a fondo nelle nostre concezioni individuali di identità e del rapporto con l’oggetto, le scardinano e ci costringono a ricomporle diversamente. Mettono in crisi la nostra fantasia infantile ed onnipotente di superiorità di specie e, a discendere, di razza, di cultura, di dominio e di controllo. Siamo tutti sulla stessa barca, ma siamo troppi o, meglio ancora, troppo avidi e distruttivi verso le risorse naturali. Il seno non è né inesauribile, né indistruttibile né una biosfera magicamente ed onnipotentemente indifferente al resto dell’universo mondo.

Torna in mente anche il Mito della Torre di Babele, nella lettura psicoanalitica che ne fa Bion, e la riflessione sulla spoliatura nella relazione parassitaria del contenitore/contenuto in cui ogni partner spoglia invidiosamente l’altro della sua bontà, diversamente da quanto avviene nel legame conviviale. E mi fa pensare ai rapporti dinamici, variamente proporzionali, che possono esserci tra la parte psicotica e la parte non psicotica della mente, per ognuno di noi, e a come questi condizionino enormemente il rapporto tra il mutamento catastrofico e la paura della morte. Invece, in “Livelli di vita” Julian Barnes parla del desiderio esaltante, semidivino

e sacrilego di volare, di palloni aerostatici e di amore. E di perdita. Ma volare è pericoloso e, perduta l'altezza, se qualche volta ci si può miracolosamente salvare, molto spesso si precipita e ci si disintegra nel corpo e nello spirito. Nella prima delle tre parti in cui si divide il testo, Barnes scrive: "Mettili insieme due cose che insieme non sono mai state. E il mondo cambia. Sul momento è possibile che la gente non se ne accorga, ma non ha importanza: Il mondo è cambiato lo stesso.(...) A volte funziona a volte no" (pag. 5). Più avanti: "Mettili insieme due persone che insieme non sono mai state, a volte il mondo cambia e a volte no. Può darsi che si schiantino e prendano fuoco, o che prendano fuoco e si schiantino. Ma a volte, invece, ne nasce qualcosa di nuovo, e allora il mondo cambia" (pag.13) . Mi ha fatto pensare, un tema a me molto caro, alla pulsione epistemofila e alle spinte di vita, che, se tutto va bene, esistono, persistono e resistono anche ad esperienze fortissime di frustrazione e dolore e che possono aiutarci a tollerare e fronteggiare le angosce di morte se non l'esperienza vera e propria della perdita più inconsolabile. Anche in questo romanzo ho trovato materiale incandescente per raccontare il legame indissolubile tra amore e dolore, non nel senso dello *Sturm und Drang* del Romanticismo tedesco, quanto nella necessità di integrare, nella mente adulta, l'oggetto parziale "buono" con l'oggetto parziale "cattivo" per avere una visione d'insieme più completa, consapevole e responsabile. Non possiamo non pensare, ovviamente, anche all'incontro analitico e alla stanza d'analisi. Quando parliamo di stanza d'analisi, normalmente si pensa al setting esterno, quel luogo fisico in cui il paziente si incontra con il proprio psicoterapeuta o psicoanalista, e a quegli elementi formali stabiliti ad personam come frequenza, orari, onorari e così via. Ma il setting è anche, anzi prima di tutto, interno, determinato dall'assetto o disponibilità emotiva e ricettività mentale dell'analista al lavoro. È costituito e caratterizzato da moltissime variabili del suo equipaggiamento personale: la serietà e solidità del proprio percorso formativo e professionale, e il grado di "manutenzione" dedicato a questa attrezzatura, la sua propria analisi, l'ampiezza dell'esperienza clinica, il grado di serenità o meno della sua vita privata, il senso che ha del dolore e dell'esistenza e così via.

Oggi però, a partire perlomeno dal prezioso contributo dei Baranger, intendiamo il setting soprattutto come l'assetto dinamico della coppia analista-paziente al lavoro e la stanza d'analisi, sappiamo, è un campo bipersonale. Normalmente, il setting stabilito ed allestito, e quindi atteso, crea quella cornice in cui l'atmosfera analitica e il clima mentale che ne deriva, si traduce in un contenitore ed un contenimento ragionevolmente prevedibile e rassicurante. Ma oggi, dove più niente è rimasto "normale", quel luogo che voleva ridurre al minimo l'interferenza esterna per accogliere come un porto fermo il mondo interno, l'inconscio e i cambiamenti della realtà psichica del paziente, è "spillato-over": tutti i confini che avevamo posto tra noi e il paziente e tra la stanza d'analisi e il mondo esterno, e anche la "sacralità" e l'intoccabilità del setting, sono stati travolti come tutto, come tutti. Se, sul piano intra-psichico, con la scoperta dell'Inconscio, come disse Freud, "l'uomo scopre di non essere più padrone in casa propria", in questa nuova situazione determinata dalla pandemia, questo tipo di esperienza mentale diventa concreta, oggettiva ed inter-personale. Ma, proprio anche per questo motivo, se la Psicoanalisi è la scienza della via percorribile all'Inconscio, allora, come

può aiutarci ad orientarci nel buio della mente, così può anche aiutarci, se non a navigare, almeno a galleggiare e resistere, cercando di continuare a respirare e pensare, durante le tempeste che ci scalzano dalla nave. Torniamo, dunque, al nostro lavoro. La relazione d'aiuto consiste nel prendersi cura dei bisogni e nel costituire quell'oggetto-ambiente in cui possa esserci crescita e sviluppo o anche solo senso. Donald Meltzer ci aveva insegnato come le funzioni genitoriali della mente consistano nel comprendere l'angoscia persecutoria, tollerare la sofferenza depressiva, infondere speranza, pensare. Quando "il bambino" ("il bambino un tempo e per sempre in continua evoluzione dell'inconscio" di cui parla James Grotstein) soffre, spintona "il genitore" sull'orlo della morte. E questi dovrà cercare di stare in piedi e guardare bene dove poterli mettere, questi piedi, di lì in poi, per entrambi. Ma com'è che facciamo? Grotstein sostiene che la seduta si pone l'obiettivo di localizzare questo bambino virtuale, che è anche il bambino-soggetto, e il dolore che sperimenta e svelarne il significato personale ed oggettivo. Ciò avviene attraverso l'empatia, intercettando il bambino che c'è in noi, attraverso l'osservazione e l'ascolto intra-psichico ed inter-psichico che è ancora diverso dal concetto di inter-personale. Oltre il nostro equipaggiamento di conoscenze, esperienze e buon senso, ovviamente. Trovare senso, e dare un senso, rappresenta un lavoro enorme e costituisce il motore di un possibile lavoro trasformativo e generativo.

Occorre dare maggior credito al registro preconscious e giocare, nel senso winnicottiano del termine. Se guardiamo bene, come ci fa notare magistralmente S. Bolognini, molta della nostra attività professionale, a volte la più feconda, si svolge in una dimensione di competenze non solo teoriche e tecniche saldamente fondate, ma in un *humus* fortemente e sanamente collegato a quello che possiamo chiamare sensazioni, intuizioni, che dipendono dall'essere in ascolto ed in contatto più con il nostro Sé che non con il nostro Io di lavoro, che ci guida quando diamo all'altro un segnale di quello che l'altro ci sta trasmettendo. Questo scambio può avvenire in modo più fluido quando le comunicazioni passano attraverso la barriera di contatto, l'area di frontiera direi, del registro del Preconscious. La relazione avviene attraverso uno scambio inter-psichico che si riferisce alla capacità di passaggio, di trasmissione, tra il dentro dell'uno e il dentro dell'altro. Se l'Io non soffoca troppo il Sé, l'area del Preconscious, diventa possibile ed agibile una maggiore creatività. Bolognini paragona quest'area a quella parte del mare vicino alla costa dove ci si può immergere in relativa sicurezza nell'umidità emotiva del paziente, dell'altro, giocare, fare le capriole, vedere cosa c'è sotto, riemergere ed avere a portata d'occhio la riva... Non è la Fossa delle Marianne dell'Inconscio più profondo, dove c'è solo oscurità, pressione e temperatura tremenda e che non si può esplorare se non, occasionalmente e parzialmente, da un oblò. Più di ogni altra costruzione mentale, il sogno notturno, in qualità di prodotto particolarissimo e preziosissimo dell'Inconscio, se ricordato e guardato insieme nella camera di decompressione che è la stanza d'analisi, ci permette di diventare, qualche volta, un po' palombari. Ma risaliamo a riva, dove ci soffermiamo normalmente più a lungo, anche per riprendere fiato e coraggio, per condividere il rischio delle immersioni. Una delle cose più difficili, com'è stato drammaticamente evidente nella cosiddetta terza fase della pandemia, che poi ha coinciso con la seconda ondata di contagi, è sta-

ta l'assunzione e la gestione condivisa delle responsabilità. Dal nostro osservatorio esterno abbiamo visto posizioni gruppali fortemente contrapposte ed estremizzate, caratterizzate da un lato da terrore, dipendenza annichilente e rabbia verso un "genitore" spaventosamente e malignamente potente (il Fato, la Pandemia, i Complotti politico-economici delle Super Potenze, l'O.M.S.), da un altro da una sorta di amore masochistico passivo verso un "genitore" idealizzato (la Ricerca, gli Esperti, il Buon Governo). Sarebbe utile riuscire ad elaborare e superare queste dipendenze infantili, reclutando, per esempio, una quota di una nostra sana aggressività vitale per accedere ad un'informazione più articolata ed indipendente e nutrire una nostra capacità critica e responsabile.

Per quanto riguarda, invece, il nostro specifico ambito clinico, in questo tempo sospeso del lock-down, in cui il lavoro si è potuto (e voluto, fermamente) continuare solo in remoto, si è potuto vedere, non solo da vicino ma esattamente da dentro il campo affettivo-relazionale che viviamo in co-housing col paziente, nella dinamica del transfert-controtransfert, alcuni degli aspetti profondi che questo epocale terrificante cambiamento sta inoculando nelle nostre menti e nella nostra vita. Intanto, partendo da una considerazione più generale, cogliamo una recrudescenza di quel senso di smarrimento e perdita di certezze, di nietzschiana memoria, per cui non solo Dio è morto ma anche, a discendere, le "figure genitoriali" vengono meno nella loro funzione poiché l'occhio cade sui piedi d'argilla ... io non so, ma nessuno sa ... facciamo quello che possiamo ... E sembra essere davvero molto poco. Brancolare nel buio e procedere a tentoni: l'arrangiarsi alla meno peggio di Bion e cercare di imparare qualcosa da questa esperienza emotiva. Nella mia esperienza, quasi tutti i miei pazienti sono riusciti ad affrontare e sostenere questo sconvolgimento globale ed adattarsi alla necessità di cambiamento del setting. Alcuni altri, tre per l'esattezza, no. Vorrei partire da questo osservatorio per qualche riflessione. Tendenzialmente, hanno tenuto bene i pazienti in analisi classica a tre sedute settimanali, dove il grado di avanzamento e crescita della e nella relazione transferale era saldamente fondato e si è facilmente ricreato quel setting mentale di attenzione ed ascolto dedicato in quella stanza virtuale che si allestiva ad ogni appuntamento. Inizialmente ho proposto l'utilizzo della modalità *Skype*, ma ho lasciato decidere quella a loro più congeniale, accogliendo anche *whatsapp* e appuntamenti telefonici. Questi pazienti, abituati all'uso del lettino e quindi a non vedere in faccia l'analista durante la seduta, venuti meno però anche il "pellegrinaggio" dedicato allo spostamento, se non viaggio, verso lo studio (che serviva spesso a preparare l'immersione), l'entrare ed uscire da un luogo fisico "altro" concreto e particolare, noto e stabile nel tempo e per il tempo della seduta, hanno intensificato l'investimento negli aspetti mentali e relazionali del setting, il setting interno, rinforzando anche il legame e il lavoro analitico, con stupita meraviglia e buona, talvolta ottima, soddisfazione reciproca. I pazienti hanno collaborato nel cercare e trovare soluzioni anche creative come l'uso dell'auto o allestendo angoli inusati delle loro abitazioni, non solo per garantire la *privacy* ("il marito nella stanza accanto" chiamato a fare da guardiano rispetto ai figli, per esempio, era sentito come un collaboratore improvvisamente riconoscente per quest'aiuto esterno che arrivava direttamente in casa, per tutti), quanto piuttosto per sostenere la concentrazione per uno spa-

zio-tempo così prezioso. Nella cosiddetta seconda e terza fase della pandemia, pur potendo, teoricamente, riprendere le sedute in presenza, la situazione generale ancora molto incerta e attestata per moltissimi sul prosieguo dello *smart working*, ha necessitato un'elasticità di disponibilità diverse, in continuo divenire, anche per quanto riguarda il setting del lavoro analitico.

Una mia paziente trentenne, che chiameremo A., sempre rigorosa ed impeccabile, con un ottimo lavoro appropriato alla sua formazione specifica molto avanzata e una relazione molto stabile e consolidata, stava pensando ad un figlio. A. presenta però aspetti superegoici estremamente severi ed esigenti, se non crudeli verso se stessa, al limite del sacrificio e dell'abnegazione. Poco dopo la ripresa delle sedute in presenza in studio, comunica di essere incinta. Pur lavorando ancora prevalentemente in *smart working*, usando la bicicletta per evitare l'uso di mezzi pubblici, ha ripreso le tre sedute settimanali in presenza, come un *diktat* indiscutibile. Non ha ancora comunicato la lieta novella ai genitori suoi e a quelli del compagno, cosa prevista per il successivo fine settimana, quando andranno a trovarli nella città di provenienza di entrambi. Porta un sogno in cui "i miei genitori mi sgridavano pesantemente dicendo che non ce la potevo fare... soprattutto dal punto di vista organizzativo... che cosa pensi?... di cambiare le cose a tuo piacimento?". Lei dice di aspettarsi che i genitori del compagno saranno felicissimi, ma che forse i suoi, suo padre in special modo, potrebbe essere molto critico circa l'opportunità in questo momento, mentre sua mamma è memore dell'ostilità della propria madre alla notizia della sua prima gravidanza che era poi quella che la riguarda. "Scordati che io faccio la nonna" pare avesse detto all'epoca la nonna di A. Le associazioni al sogno ci portano a riflettere su che tipo di mamma abbia, se possa essere contenta che faccia un bambino o no, se possa darle credito o no. La doppia coppia di genitori conduce a chiedersi se la sua analista sarà rigida e severa, per esempio, sull'obbligo di mantenere invariato il setting (tu figlio, dipendente da me, per sempre) o morbida, elastica ed accogliente delle nuove condizioni e necessità, capace di fare la compagna di viaggio e/o la nonna.

Per quanto riguarda invece quello che si è perso, partendo dai pazienti che hanno interrotto durante il *lockdown* e si sono defilati, potremmo dire che sembra essersi persa la speranza di un soggetto-supposto-sapere di quello che sta succedendo e di come occorra fare. Due di loro corrispondevano a "pazienti difficili da raggiungere" che si trascinavano in una psicoterapia ad una sola seduta settimanale, disperata e disperante (sempre con un piede dentro e l'altro fuori, ben prima della pandemia) dalla quale non riuscivamo ad evolvere verso un lavoro più utile ed incisivo. Il *lockdown* e la necessità di proseguire in remoto ha costituito un alibi per sottrarsi alla coscienza di bisogno e alla possibilità di farsi aiutare. Quel che ho rilevato, pur nelle differenze soggettive, è stato l'incremento della persecuzione e dell'isolamento e la rinuncia a qualunque movimento verso una maggiore integrazione, riconoscimento dei bisogni e assunzione di responsabilità circa l'andamento della propria vita. Pur sapendo che era più importante che mai stare attenti a cercare di comprendere la natura dell'angoscia di abbandono e smarrimento, proiettata ed agita nella fuga, è stato difficilissimo non sentirsi travolti dalla proiezione massiccia del senso di impotenza tutto dentro di me e dal sentimen-

to di fallimento annichilente di natura squisitamente controtransferale che ne derivava. In un caso la richiesta era di colludere con la negazione dell'angoscia sollecitandomi, seduttivamente, a riconoscere che in fondo avevamo già fatto un buon lavoro e che, non essendoci poi tutto questo bisogno, potevamo anche permetterci, tranquillamente, di sospendere il percorso fino a tempi migliori, quando ci sarebbe stato il vaccino. Inutile dire (anche se utile riconoscerlo e pensarlo, anche per loro, per ora, nella nostra mente) che non ci sarà mai il vaccino per l'angoscia di morte e l'esperienza della perdita, della mancanza e dell'abbandono. Tra i miei pazienti perduti, un pensiero particolare va al mio personalissimo e dolorosissimo lutto clinico di questo periodo: giovanissima, ventiduenne, ex bambina molto deprivata, che qui chiamerò Sharon, in affido dall'età di 11 anni (in attesa di un'adozione che non arriverà mai) ad una coppia di genitori estremamente ambivalenti, sempre delusissimi ed arrabbiati per la sua insopportabile irriconoscenza. La psicoterapia, a frequenza bisettimanale, seppur inizialmente cercata dai genitori con la fantasia che io riuscissi a "raddrizzare" la ragazza, alla mia incessante richiesta di farsi aiutare, parallelamente, da una collega (tentativi sabotati pesantemente) faranno seguire attacchi svilenti al nostro lavoro e ricatti e minacce di abbandono a questa povera figlia inesorabilmente reietta. Sharon non ha retto al *lockdown*: in casa non se la sentiva di fare sedute online, inizialmente ha cercato di fare qualche telefonata di nascosto al parco, per poi interrompere nel periodo delle restrizioni più severe. Tornerà "per un colloquio conclusivo" un'unica volta per avvisarmi che non verrà più, che "è inutile che i miei genitori spendano soldi per me e che devo imparare a camminare con le mie gambe. Dovrò interrompere gli studi e cercherò un lavoro per andare a vivere da sola il prima possibile". Ovviamente, quello che sta interrompendo è la costruzione di un posto per sé in uno spazio relazionale benevolo, mentre già abita da sola, anzi in compagnia unicamente di oggetti interni mortiferi o annientati come sono io adesso per lei. Io mi sento le mani legate e la testa che scoppia per quello che mi fa sentire. Sappiamo di non essere onnipotenti, ma è sempre un'esperienza difficile sentirsi completamente impotenti. Ma, anche questo, rientra nelle possibilità di quest'avventura, che è l'analisi, che è la vita. Non avrei voluto terminare così tristemente questo scritto, anche perché, veramente, continuo a pensare che questo sia un lavoro straordinariamente arricchente ed utile sia quando siamo pazienti che quando siamo terapeuti. Anche quando può sembrare di aver fatto un buco nell'acqua. E quasi mai lo è. È ancora troppo presto, a mio avviso, per valutare quello che ci è successo ed i cambiamenti che quest'esperienza, peraltro ancora in corso, ha prodotto e quelli che ci aspettano... si può cominciare a raccogliere delle osservazioni e fare dei pensieri, ed è quello che stiamo facendo. Nel mio piccolo, rispetto a quello che mediamente ho visto con i pazienti, posso dire che la possibilità e capacità di ritrovare quasi sempre, in modo incredibilmente repentino, quel senso di grande intimità e vicinanza, anche nella distanza fisica, credo abbia avuto molto a che fare con il sapere e il sentire che eravamo tutti a mollo, in alto mare, nello stesso modo, grandi e piccoli; ma anche, soprattutto, grazie a questa grande circolazione di emozioni e nuovi assetti relazionali e sociali con acuita sensibilità di osservazione intra-psichica e, ancor più, inter-psichica. Qui, nella propria, privatissima, stanza d'analisi virtuale, cogliere il tran-

sfert ed usare il controtransfert ha funzionato bene da bussola per i naviganti. Per fortuna, i venti della passione per la curiosità di sé, del mondo e del modo in cui lo abitiamo, hanno continuato a soffiare a nostro favore.

È andato tutto storto, disse l'uomo.

Tutto? chiese lei

Sì, tutto. O meglio, tutto quello che conta. Che conta per me.

Beh, allora non è tutto, neanche lontanamente.

Peter Cameron, *Cose che succedono la notte*

Bibliografia

Baranger, M. e Baranger, W. (1961-1962), *La situazione analitica come campo bipersonale*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2011.

Barnes, J. (2013). *Livelli di vita*, Einaudi, Torino.

Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza* (1962). Trad. it Armando, Roma.

Bion, W.R. (1965). *Trasformazioni*. Trad. it. Armando, Roma.

Bion, W.R. (1977). *Turbolenza emotiva*. Trad. it. in Bion, W.R *Seminari Clinici*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.

Bion, W.R., (1977). *Arrangiarsi alla meno peggio*. Trad. it. in Bion, W.R. *Seminari Clinici*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.

Bion, W.R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Trad. it. Armando, Roma, 1971.

Bolognini, S. (2019). *Flussi vitali tra Sé e Non-Sé*, Raffaello Cortina, Milano.

Britton, R. (2003). *Credenza ed immaginazione*. Trad. it. Borla, Roma, 2006.

Civitavese, G. (2008). *L'intima stanza. Teoria e tecnica del campo analitico*, Borla, Roma

Ferretti, A. (2009). La metafora del bambino dentro l'adulto nella concezione psicoanalitica, *Psicoanalisi*, Vol. 13, 1, pp. 68-101.

Freud, S. (1915 – 1917). Introduzione alla Psicoanalisi. *OSF*, vol. 8, Boringhieri, Torino.

Galimberti, U. (2007). *L'ospite inquietante*. Feltrinelli, Milano.

Grotstein, J. (2011). *Il modello kleiniano-bioniano*, Raffaello Cortina, Milano.

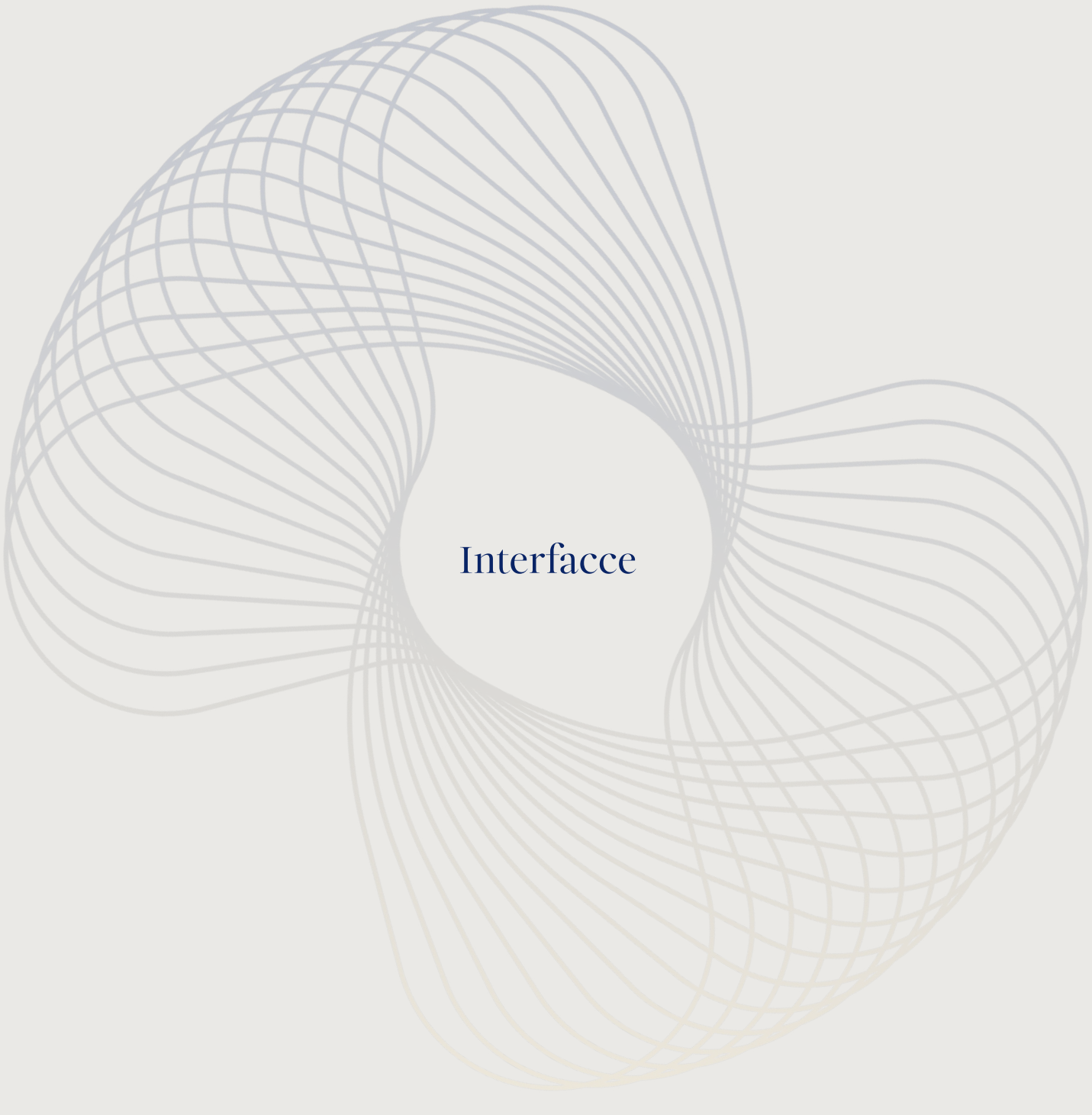
Joseph, B. (1975). *Equilibrio e cambiamento psichico*. Trad.it, Raffaello Cortina, Milano, 1991.

Klein, M. (1921 – 1958), *Scritti*, Bollati Boringhieri, Torino.

Meltzer, D. e Harris, M. (1986), *Il ruolo educativo della famiglia. Un modello psicoanalitico dei processi di apprendimento*, Centro Scientifico Torinese Editore, Collana Psicoanalisi e Scienze Umane, Torino.

Quammen, D. (2014). *Spillover*, Adelphi, Milano.

Winnicott, D. (1965). *Sviluppo affettivo ed ambiente*, Armando, Roma.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, curved lines that intersect to form a central, irregularly shaped void. The lines are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some lines appearing to curve around the central space. The overall shape is somewhat circular but with organic, flowing edges. The lines are a light gray color, and the central void is a slightly darker shade of gray, creating a subtle contrast.

Interfacce

La difesa esistenziale quotidiana del Sé

Caducità e il SARS-CoV-2.

A cura di Stefano Calamandrei

La pandemia da SARS-CoV-2 e la conseguente malattia COVID-19 hanno costretto ogni coppia analitica a confrontarsi con una serie di difficoltà inaspettate. La velocità di diffusione e la conseguente improvvisa necessità di difendersi dall'infezione hanno determinato cambiamenti repentini, necessariamente poco pensati, del setting e dello stesso percorso psicoterapico. Abbiamo avuto brusche interruzioni, a volte temporanee, ma anche pazienti che hanno colto l'occasione per interrompere del tutto la terapia, mentre altri non hanno accettato le limitazioni imposte dalla legge e si sono dimostrati degli "irriducibili" delle sedute. All'interno della coppia analitica sono emerse fantasie di contaminazione, paranoie ipocondriache, paura di infettare il terapeuta o di essere infettati nella stanza di analisi. Nel suo utilizzo il setting è andato incontro a variazioni, vi è stato l'incremento ed il massiccio, quanto necessario, impiego delle modalità di terapia a distanza che, fortunatamente, la tecnologia ci ha messo a disposizione, dal telefono alle terapie *on-line*. Su tutto questo possiamo e dobbiamo accuratamente riflettere, a posteriori, in *après-coup*, approfondendo il senso delle diverse modifiche e arrivando a comprendere come le variazioni possano aver condizionato il normale fluire del lavoro terapeutico. L'aspetto che, però, mi sembra emerga, in maniera rilevante, come dato tangibile, da questa esperienza è come le normali difese dell'Io, tutte quelle su cui si basa la stabilità della personalità del terapeuta e quella dei nostri pazienti, siano state improvvisamente confrontate con un pericolo immediato e improvviso. Proprio la diretta e veloce minaccia, la rapidità con cui ha preso campo il virus hanno determinato l'impossibilità di poter effettuare una mediazione "pensata" e hanno messo in mostra tutta la fragilità del nostro assetto terapeutico e della struttura di personalità su cui si basa. Ritengo che la personalità di un terapeuta abbia la sua principale caratteristica nella particolare e specializzata permeabilità emotiva all'altro, proprio per poter essere in grado di accogliere, nel miglior modo possibile, ogni sfumatura delle comunicazioni affettive. Questa permeabilità si sviluppa e si deve basare su una personalità matura, ben analizzata, sulla solida struttura di un setting interno che faccia da *holding* alla capacità di "attenzione fluttuante" ed alla possibilità di destrutturarsi a favore dell'analizzando. Un'identità professionale e individuale molto forte consente al terapeuta di poter abbandonare, per lunghi tratti, le certezze interiori su cui si sostiene per affrontare le incognite affettive che si esprimono nell'incontro con aspetti emotivi complessi, avvolgenti o difficilmente percepibili.

Il SARS-CoV-2 ha direttamente portato un attacco psicologico alla struttura di base della nostra identità, al nostro setting interno, ed ha messo in mostra tutti i timori che, in maniera parziale, sono abitualmente "negati" in relazione alla possibilità di ammalarci o perire, cioè ci ha svelato tutta la nostra caducità. Questo è l'aspetto che più intensamente è stato colpito, cioè le difese con cui, quotidianamente, sosteniamo il senso della nostra finitezza, ovvero è

stato ferito quel sostegno narcisistico che ci consente, ogni giorno, di mantenere una più o meno blanda negazione onnipotente nei confronti della nostra caducità. Possiamo senz'altro dire che la pandemia ci ha costretto a confrontarci con un senso personale di morte che, all'improvviso, è tornato consapevole, come succede ogni volta che veniamo colpiti da qualche evento traumatico, da una malattia o da un lutto vicino a noi. Il senso di morte personale, abitualmente, viene "negato" e ci difendiamo da questa consapevolezza, nella vita di tutti i giorni, scotomizzandola e solo occasionalmente, come in questa pandemia, ricompare, come una rivelazione improvvisa che ci sorprende e che nuovamente palesa e ci ricorda tutta la fragilità individuale e la finitezza delle nostre vite.

FREUD E LA CADUCITÀ

Con la pandemia da SARS-CoV-2 ci siamo improvvisamente ritrovati nelle condizioni di quel poeta a cui si rivolge Freud in "Caducità" (1915) che "...ammirava la bellezza della natura intorno a noi ma non ne traeva gioia. Lo turbava il pensiero che tutta quella bellezza era destinata a perire ...Tutto ciò che avrebbe amato e ammirato gli sembrava svilito dalla caducità cui era destinato" (pag. 167). Freud è consapevole che il meccanismo difensivo della Negazione (1925) opera sul senso di caducità: "...l'esigenza di eternità è troppo chiaramente un risultato del nostro desiderio per poter pretendere a un valore di realtà: ciò che è doloroso può pur essere vero" (Freud, 1915, pag. 167). Il tema che stiamo trattando, però, secondo Freud, sembrerebbe poter essere affrontato limitandoci ad osservare come la caducità operi sulla bellezza, sia nel senso del suo svilimento oppure, come sostiene Freud rivolgendosi al poeta, nel senso di aumentarne il valore: "Il valore della caducità è un valore di rarità nel tempo, la limitazione della possibilità di godimento aumenta il suo pregio. Era incomprensibile, dissi, che il pensiero della caducità del bello dovesse turbare la nostra gioia a riguardo" (pag. 168). Freud si rende conto che quest'opinione, che ritiene incontestabile, non aveva fatto alcuna impressione né sul poeta, Rilke, né sull'amica, Lou Andreas-Salomè, per cui ritiene che "...Un forte fattore affettivo intervenisse a turbare il loro giudizio; e più tardi credetti di aver individuato questo fattore. Doveva essere stata la ribellione psichica contro il lutto a svilire ai loro occhi il godimento del bello. L'idea che tutta questa bellezza fosse libera faceva presentire a queste due anime sensibili il lutto per la sua fine... Essi avvertivano nel loro godimento del bello l'interferenza perturbatrice del pensiero della caducità" (pag. 168). Il problema, quindi, è individuare quale "fattore affettivo" impedisca al poeta e all'amica di sostenere, nel proprio Sé, il senso di caducità delle cose: una risorsa interiore che non sembra attivarsi perché tale caducità probabilmente evoca proprio il timore per la finitezza individuale. Freud, in tutta la sua opera, sarà vincolato da questo tema e dal problema teorico che pone il lutto, nel senso che non riesce a spiegarsi, pienamente, come mai risulti così doloroso distaccarsi dall'oggetto perduto, come sia difficile sostituirlo e per quale motivo il lutto non si risolva rapidamente e del tutto. Si interrogherà a lungo sul perché si sviluppi tanto dolore, e non solamente angoscia, arrivando così ad ipotizzare in "Inibizione, sintomo e angoscia" (1925) che il dolore

psichico sia simile al dolore fisico e che nel suo manifestarsi attraverso una vera sofferenza vi sia l'evidenza del rompersi di un "limite corporeo". Come dice bene Luchetti (2013) tutti questi aspetti rimettono "...in gioco nel lutto la lacerazione dei confini dell'Io con la messa in crisi della sua forma, integrità e stabilità, con la conseguente necessità di rabberciarli in qualche modo e possibilmente in fretta, racimolando tutte le risorse disponibili, anche a rischio, per così dire, di un'emorragia libidica" (pag. 32). Il dolore, dunque, è la vera e propria reazione di fronte alla perdita d'oggetto mentre l'angoscia si verificherebbe come reazione al pericolo che questa perdita comporta: solamente in uno spostamento successivo l'angoscia diviene il segnale del pericolo per l'eventuale perdita dell'oggetto. Freud paragona il dolore psichico a quello fisico, ipotizzando che il dolore "...sorge quando uno stimolo che colpisce la periferia riesce a far breccia nello scudo che protegge dagli stimoli e agisce ora come uno stimolo pulsionale assillante... Nel dolore corporeo si produce un investimento elevato, che possiamo chiamare narcisistico, delle zone dolenti del corpo; tale investimento aumenta costantemente e agisce sull'Io in un modo per così dire svuotante.... L'intenso e, a causa della sua insaziabilità, sempre crescente investimento nostalgico sull'oggetto mancante (perduto) produce condizioni economiche analoghe a quelle generate dall'investimento doloroso della parte lesa del corpo, e rende possibile prescindere da ciò che alla periferia determina il dolore corporeo! Il passaggio dal dolore corporeo al dolore psichico corrisponde alla trasformazione da un investimento narcisistico a un investimento oggettuale. La rappresentazione oggettuale, altamente investita dal bisogno pulsionale, riveste la funzione del luogo del corpo investito dall'aumento degli stimoli. La permanenza del processo d'investimento e l'impossibilità di inibirlo producono uno stato uguale all'impotenza psichica" (Freud, 1925, pagg. 314-315). Un investimento narcisistico è quindi necessario per tamponare sia un dolore fisico che un dolore psichico che derivi dalla perdita dell'oggetto, per il senso di inermità psichica in cui ci proietta, facendo emergere la nostra fragilità quando uno stimolo fa breccia nelle nostre difese. Un autore che contesta le conclusioni freudiane sul lutto di "Caducità" è Fachinelli che nel suo saggio "Freud, Rilke e la caducità" (2012) prova a discutere l'argomento forte freudiano, che probabilmente corrispondeva, più che altro, ad un suo desiderio di quel periodo, cioè che esistesse comunque la speranza e la possibilità di superare ogni lutto, come una comune potenzialità umana "... fondata sulla capacità di elaborare il lutto della perdita anche se immane" (pag.89).

Fachinelli evidenzia come nel poeta la distruzione è già presente, non è un ribelle al lutto futuro come argomentava Freud, "... il lutto è già in lui ed è un lutto non risolvibile, perché tutte le cose che vivono vanno verso la fine, muoiono davanti ai suoi occhi ed esse sono uniche, non sostituibili, al pari dell'uomo che le guarda" (pag. 90). La posizione psicologica del poeta rispetto al lutto corrisponde, in verità, alla mancanza di un sostegno interiore, di una risorsa narcisistica strutturale di base, definibile come quello stato melanconico di incapacità individuale ad elaborare il lutto, evidenziato da Freud in "Lutto e melanconia" (1915), cioè a sostenere nel proprio Io il senso di una perdita, della caducità del tutto. Fachinelli probabilmente ha ragione a pensare che la posizione di Freud è compensatoria quando sostiene che

ogni oggetto, ogni situazione possano essere sostituibili e che si debba considerare la vita come una situazione popolata di sempre nuovi sostituti. Ma Freud nel privato rispetto alla perdita della figlia, in alcune lettere, espresse una posizione personale opposta, valorizzando invece il suo desiderio di mantenerne vivo il ricordo, attraverso la custodia della memoria per un lutto non elaborabile, confessando di rimanere inconsolabile e impossibilitato a trovare un sostituto. La soluzione che, invece, sembra trovare il poeta per autosostenersi e per confrontarsi con il lutto della propria finitezza, per non sentirsi annullato dall'effimero della vita, coincide con quella di Fachinelli e sarà trovata attraverso la creatività poetica, ma solo in un'età più matura, utilizzando un ribaltamento dei "ruoli". Il compito particolare dell'arte e della poesia sarebbe di identificarsi con l'effimero, attraverso un atteggiamento etico-religioso che presuppone uno scambio con "Madre Natura" stessa che era chiamata a salvarci dalla sua caducità e ora, invece, siamo noi sollecitati a salvarla: "...L'accettazione piena di una figura che comprende in sé e salva le creature, prima che sia troppo tardi... Forse sta qui una delle chiavi anche per noi, oggi. Forse non di un lutto abbiamo bisogno, come pensava Freud... Ma di questo accoglimento, di questa capacità di immedesimazione in cui noi, feriti, diventeremmo madre di creature ferite" (Fachinelli, 2012, pag.92). Il rovesciamento dei ruoli, il passaggio da essere dipendenti a divenire protettori, è lo spostamento da essere figlio a divenire genitore. Tale trasformazione, con qualsiasi mezzo ottenuta, potrà essere possibile soltanto se si sarà sviluppata una capacità di autonomia personale, attraverso quel sostegno narcisistico interno che permette, soprattutto, la possibilità di sostenere psicologicamente il senso della propria caducità. Detto con parole freudiane, che si sia riusciti a passare dallo stato melanconico della "identificazione narcisistica" allo stato più maturo del "lutto", in cui le strutture del preconscious-conscio sono finalmente diventate abbastanza solide da consentire di tollerare l'elaborazione della propria caducità. Essere riusciti, cioè, nel nostro setting interno, a passare dalla posizione di dipendenza filiale all'acquisizione di una solida posizione di autonomia personale di tipo genitoriale. Il problema, allora, consisterebbe nell'avere la capacità di strutturazione di una mente da personalità matura, essere un individuo che ha portato a termine il proprio percorso di integrazione.

IL SENTIMENTO DI CADUCITÀ DOPO FREUD

Altri autori hanno trattato il tema della caducità, della solitudine, soprattutto nella loro età matura, probabilmente quando essi stessi si sono confrontati con la solitudine e il senso della propria finitezza. Melanie Klein ha scritto il saggio "Sul senso di solitudine" (1972) in tarda età, per analizzare: "... il senso di essere solo indipendentemente dalle circostanze esterne" (pag.139) e lo considera una conseguenza tardiva della difficile integrazione pulsionale. Questo sentimento, secondo Klein, lo stato di solitudine interna "...è il risultato di una aspirazione che tutti nutrono per una condizione irraggiungibile, la perfezione interiore" (pag.139). Lo stato di solitudine sarebbe raggiunto solamente al termine del processo di integrazione e si manifesterebbe come uno stato di fragilità, a causa del necessario indebolimento delle tipi-

che difese kleiniane dell'individuo come la scissione, la proiezione, l'idealizzazione e l'onnipotenza. In questa situazione il soggetto si sentirebbe esposto ad un senso di persecutorietà interiore perché "... deve venire a patti con gli impulsi distruttivi" (pag.142). La fragilità della solitudine viene sentita a causa della riduzione dell'idealizzazione e soprattutto per la diminuzione dell'onnipotenza che limita la capacità di recarsi aiuto e indebolisce l'individuo di fronte ai propri impulsi distruttivi ed ai loro effetti: "...l'insicurezza paranoide è uno dei fattori che stanno alla base del senso di solitudine" (pag. 141). Questo equilibrio difensivo, caratteristico del processo di integrazione dell'individuo, fa emergere prepotentemente il senso di solitudine e la sua angoscia, perché integrarsi significa ridurre l'idealizzazione e, non potendo avvicinarci né alla perfezione né all'oggetto ideale, non riusciamo più a trovare nessuna parte ideale protettiva per il nostro Sé nella realtà. L'integrazione, forse, per Klein, è un processo che non può mai del tutto realizzarsi in modo completo, perché l'istinto di vita e l'istinto di morte continuano a rimanere polarizzati, contrapposti e stimolati dai fattori della vita esterni o interni. Questa modalità d'integrazione ci preclude anche la comprensione completa delle nostre emozioni, delle fantasie e delle angosce, poiché alcune parti di noi, ormai distaccate e proiettate, forse non sono più recuperabili e probabilmente questo è il fattore permanente del senso di solitudine: "... l'aspirazione a comprendere se stessi è connessa alle capacità di essere compresi completamente dall'oggetto buono internalizzato" (pag.143). Da queste parole, scritte ormai in età matura, possiamo comprendere come, nella sua concezione teorica e probabilmente personale, l'internalizzazione compiuta dell'oggetto buono, che possiamo intendere come il sostegno interiore della propria autonomia, per Klein non può mai essere definitivamente completata. Winnicott (1957) è l'autore che per primo ha valorizzato il senso di solitudine, considerandolo non più come un atteggiamento difensivo ma come una conquista per il soggetto. Infatti, descrivendo questo sentimento, indica indirettamente come tale percorso di individuazione porti alla maturità dell'individuo e al realizzarsi della sua integrazione. Ogni individuo deve apprendere la funzione che rende possibile sviluppare la "capacità di essere solo", per acquisire la sua capacità di "stare solo". L'apprendimento di tale capacità viene considerato uno dei segni più importanti di maturità dello sviluppo affettivo. Winnicott evidenzia come in tutti i trattamenti psicoanalitici ci sono momenti in cui la capacità di stare solo è importante per il paziente, in una fase dell'analisi o nel silenzio di una seduta e questo silenzio, lungi dall'essere un segno di resistenza, si rivela una conquista per il paziente. Di solito, evidenzia Winnicott, si valorizza in letteratura la paura di essere solo o il suo desiderio, ma non la capacità. Piuttosto si individua, come nel pensiero kleiniano, l'organizzazione difensiva che implica l'attesa di essere perseguitato. Per Winnicott si comincia ad apprendere la capacità di "essere solo" nell'infanzia poiché tale esperienza si acquisisce da bambino e si forma in presenza della madre: la capacità di essere solo ha il fondamento paradossale che la si può apprendere solamente in presenza di un'altra persona. In questo scritto Winnicott valorizza molto i momenti di solitudine del bambino o del paziente in seduta, come spazi di libertà in cui, non essendo pressato da un bisogno interiore eccessivo né dalle aspettative materne, può sperimentare e distinguere il suo vero sentire. Così, quando è solo, l'infante può scoprire

la propria vita personale, strutturare il suo vero sé, percepire e soggettivare le proprie emozioni, percezioni, intenzioni mentre se deve seguire le altrui aspettative la vita diviene falsa, patologica, costruita solamente su reazioni agli stimoli esterni. In queste circostanze il bambino impara a rilassarsi ed è capace di diventare non-integrato, disorientato, di esistere un po', senza essere qualcuno che reagisce ad un urto dall'esterno, né una persona attiva con una direzione o un interesse di movimento. Una capacità molto più profonda, quindi, del solamente "stare solo" e che è di fondamentale importanza acquisire per la mente dell'analista al lavoro. Winnicott sottolinea soprattutto che questa è l'unica condizione per cui quando un impulso arriva, questi può essere sentito reale e costituire un'esperienza personale autentica, perché potrà anche essere riconosciuto e soggettivato. La presenza di un'altra persona, la madre o l'analista, costituisce la holding necessaria a tale sviluppo, solamente se, in questi momenti, è capace di non avanzare richieste. L'individuo che ha sviluppato la capacità di "essere solo" può in ogni momento riscoprire l'impulso personale e questo, così, non viene disatteso o perduto. Questo processo è necessario poiché fornisce l'istituzione di un "ambiente interno", il nostro setting o sostegno interiore, la nostra capacità di percepire e pensare noi stessi ed è qualcosa di più primitivo e complesso del solo fenomeno designato con il termine di madre od oggetto buono introiettati. Un autore che si è direttamente misurato con il concetto di finitezza è stato Kohut, nel suo testo "Forme e trasformazioni del narcisismo" (1978), in cui riprende le ipotesi di Freud di "Caducità" e di "Lutto e melanconia". Per Kohut il percorso freudiano di accettazione della finitezza consegue all'abbandono dell'infantilismo emotivo e soprattutto dell'insistenza narcisistica onnipotente del desiderio per raggiungere l'accettazione di valori maggiormente realistici.

Però, per accettare la propria finitezza, ogni individuo deve poter riconoscere la transitorietà dei propri investimenti oggettuali, attraverso il lavoro elaborativo che precede, accompagna e segue ogni separazione. Solo così possiamo arrivare all'incondizionata accettazione intellettuale ed emotiva del fatto che noi stessi siamo transitori, che il nostro Sé, pur investito di libido narcisistica, è limitato nel tempo. Questo non facile né scontato sentimento, per Kohut, non si basa semplicemente sulla vittoria della ragione autonoma e di una superiore obiettività sulle richieste del narcisismo, ma sulla elaborazione, evoluzione e creazione di una forma più matura di narcisismo. Soltanto attraverso l'accettazione della propria morte l'uomo può raccogliere tutto ciò che la vita offre, senza negazione della finitezza di se stessi ma maturando uno stato di tranquilla malinconia. Questo assetto si accompagna ad una nuova forma di saggezza, ad un atteggiamento stabile della personalità verso la propria fine, con l'integrazione cognitiva dell'accettazione della caducità, accompagnata da senso di umorismo sdrammatizzante e da un sistema di valori saldamente investito. La saggezza che ne deriva è più del sapere, rappresenta l'ultimo passo della crescita narcisistica, che attraverso una serie di successi psicologici e superando gli ideali fortemente investiti in gioventù, giunge all'accettazione della propria caducità. La padronanza finale dell'Io sul Sé narcisistico, il controllo finale del cavaliere sul cavallo, per riprendere la metafora freudiana, "... possono dopo tutto essere agevolati dal fatto che anche il cavallo è diventato vecchio" (pag.109). Queste considerazio-

ni indubbiamente si possono applicare ad ogni singolo individuo ma sono particolarmente importanti per l'analista e si riferiscono al suo grado di matura integrazione, che comprende anche l'accettazione della propria personale finitezza, dell'essere entrato in uno stato fisico e mentale in cui non è più possibile negare la vicinanza della morte. Non è un problema di un'età particolare o di uno stato di salute che ti obbliga ad accettare, in maniera consapevole, una situazione in cui la propria "inermità", la *Hilflosigkeit* freudiana, ricompare senza poter essere più negata. Nella mia esperienza di consulente psichiatra di un reparto per malati terminali, un *hospice*, frequentemente sono stato interpellato per le difficoltà che le persone, i parenti o lo stesso personale che assisteva, avevano ad affrontare una morte imminente e il dolore del lutto. Molto spesso ho potuto verificare come la mente del malato terminale cercasse e realizzasse uno stato di negazione della propria morte imminente, che era tanto più forte quanto meno era pronto e preparato, psicologicamente, a questa realtà, fino a raggiungere forme francamente patologiche di negazione maniacale, psicotica, della sofferenza e della propria fine. Nelle situazioni migliori, invece, sembrava si istituisse, intorno al malato, come una "bolla di sapone" illusoria che cercava di proteggerlo dalla consapevolezza e dal dolore del lutto. Il malato spesso restava sospeso in questa "bolla" e tale situazione artificiale riusciva anche a farlo vivere con più serenità, a consentirgli di effettuare i commiati necessari, a fargli godere di alcune piccole soddisfazioni vissute nel giorno per giorno.

Il mio intervento si caratterizzava, quindi, piuttosto che in un'impostazione farmacologica ansiolitica o antidepressiva, nell'aiutare la persona, i parenti e il personale ad essere coesi nel mantenere questa "bolla di sapone" sufficientemente permeabile, da consentire al malato di entrarvi ed uscire, secondo le sue necessità e secondo lo stato di consapevolezza che poteva sopportare, per essere accompagnato nella maniera che lui sceglieva e che era l'unica che poteva sostenere. Questo fenomeno è stato rilevato anche da altri autori come viene riportato nel bel libro che Rita Corsa (2011) ha dedicato al tema della malattia e della Caducità dell'analista (come ulteriori contributi psicoanalitici sul tema bisogna anche citare il libro di De Masi "Il limite dell'esistenza" (2002) e l'articolo di Bonasia "Pulsione di morte o terrore di morire? Una ricerca sul problema della morte in psicoanalisi" (1988) e le loro ricche bibliografie). Comunque, tale intensa "negazione" che è facilmente rilevabile nei malati terminali, come anche nei parenti oppure negli stessi medici quando si chiedono se informare o meno il malato della gravità del suo stato patologico, ritengo si basi su un meccanismo di difesa onnipotente di tipo narcisistico che amplifica, forse solo leggermente, la medesima naturale difesa che quotidianamente poniamo in atto per mantenere coeso il nostro Sé. La "Negazione" (1925) viene definita da Freud come "... il contenuto rimosso di una rappresentazione o di un pensiero (che) può dunque penetrare la conoscenza a condizione di lasciarsi negare. La negazione è un modo di prendere coscienza del rimosso, in verità è già una revoca della rimozione, non certo però un'accettazione del rimosso. Si vede come la funzione intellettuale qui si scinde dal processo affettivo" (pag.198). Il valore di questa difesa è quello di poter annullare alcuni aspetti della rimozione e permettere che parte del contenuto di una rappresentazione possa giungere alla coscienza. Il risultato è un'accettazione intellettuale di qualcosa di rimosso o

che si vorrebbe rimuovere, separandolo, però, dagli aspetti affettivi. Freud dice: “... La condanna è un sostituto intellettuale della rimozione” (pag.198) e questa non accettazione può riguardare anche aspetti della realtà che il giudizio intellettuale può effettuare in due diverse direzioni. Una rappresentazione può essere rifiutata sia dall’ “Io-piacere” che può rigettare qualcosa poiché ritenuta dannosa ed estranea all’Io oppure dall’ “Esame di realtà” ed in quest’ultimo caso ciò che viene rifiutato è l’esistenza di qualcosa di percepito, di reale. Questa modalità difensiva verso la realtà, la negazione di qualcosa di reale, è ciò che costituisce il feticcio, come ipotizzato da Freud nel “Feticismo” (1927), in cui il soggetto “...si è rifiutato di prendere cognizione di un dato della propria percezione, quello attestante che la donna non possiede il pene” (pag.492). Tale disconoscimento, a differenza della rimozione che ci difende dalle richieste pulsionali proveniente dall’interno, è un mezzo di rinnegamento di cui ci si avvale per difendersi dalle pretese della realtà esterna. In questo senso il feticcio, che rappresenta una difesa dalla minaccia di evirazione, è anche una vittoria sulla realtà percepita, “... la protezione contro quella minaccia” (pag. 493). Lo stesso Freud, al termine del suo saggio, estende il significato di questa negazione della realtà, nell’analisi di due giovani che avevano scotomizzato la morte del padre, a fattore normale della vita infantile e non caratterizzante per questo la differenza tra Nevrosi e Psicosi (1923,1924), come invece aveva precedentemente affermato. Il meccanismo di negazione di una percezione della realtà diventa una necessaria e naturale operazione difensiva dell’Io tramite una scissione. Quest’idea troverà il suo massimo sviluppo in “La scissione dell’io nel processo di difesa” (1938) dove, nel caso in cui l’Io venga confrontato con un’esigenza pulsionale potente e con un pericolo reale se la realizzasse, avviene un’operazione di mediazione attraverso una “lacerazione” dell’io del soggetto che porta al “... distoglimento dalla realtà, processo che avremmo preferito riserbare alla psicosi” (pag.559). Però, non possiamo considerare più modernamente la realtà come “oggettiva” e darla per scontata, perché, nella stessa maniera della percezione, ambedue sono capacità frutto di acquisizioni relazionali, “culturali”, costruzioni psicologiche della mente neonatale attraverso la guida del filtro del mondo interno materno. In maniera analoga, si può supporre che la mente dell’uomo attui una scissione parziale della sua consapevolezza per riuscire a tollerare l’idea della propria finitezza, che venga cioè attivato un sistema difensivo, non patologico, per supportare un qualche livello di “negazione” della realtà e sopportare il senso di caducità della nostra vita e delle cose, la perdita degli oggetti e delle situazioni. Di fronte all’angoscia della perdita, in generale, e della propria, in particolare, la mente si difende in una maniera simile a quella evidenziata ne “La negazione” (1925) e ne “Il Feticismo” (1927), operando un investimento narcisistico sul Sé che porta alla costituzione di una parziale eppur efficiente “bolla di sapone” di illusione. Nella stessa maniera in cui Freud indica essere il modo con cui la mente reagisce per tutelarsi dal dolore fisico e psichico, cioè attraverso un investimento narcisistico sulla parte fisica o sulla rappresentazione ferita che genera dolore “... e rende possibile prescindere da ciò che alla periferia determina il dolore corporeo!” (Freud, 1925, pag.315). Questa “bolla” sostiene il desiderio di essere eterni, di avere molto tempo davanti a noi, di non essere fragili biologicamente, di poter sopportare e superare tutte le ma-

lattie e tutte le perdite, pur considerando, invece, realisticamente tutti gli altri fragili, ammalabili, perituri. Si potrebbe valutare quest'operazione difensiva come necessaria per la salute mentale, come un'estensione ed un'evoluzione maturativa del narcisismo in accordo al principio del Nirvana (Freud, 1924b), secondo Bromberg (1998/2001). Si crea, infatti, uno scudo protettivo narcisistico di investimento del Sé che lo fa illusoriamente sembrare coeso, stabile, continuo nel tempo ed anche immortale nella sua strutturazione pur essendo, peraltro, la nostra identità molto fragile e multiframezzata. Si potrebbe considerare questa operazione molto simile a ciò che già effettua, in maniera automatica e del tutto fisiologica, la nostra mente nei confronti delle sensazioni e delle percezioni per renderle stabili e fruibili per il nostro pensiero. Infatti, il nostro cervello per poter percepire dal reale o per poter immaginare e, quindi, pensare un oggetto deve effettuare un'operazione di illusione "costanza percettiva", attraverso la quale riusciamo a riconoscere un percetto, come una casa o un volto, sia che si presentino di fronte o di lato, all'alba o al crepuscolo, da vicino o da lontano: la mente costruisce una illusione costanza dell'oggetto. Questa è una caratteristica fondamentale dei sistemi percettivi senza la quale non potremmo riconoscere gli oggetti o le situazioni quando non si presentano nelle stesse determinate condizioni specifiche in cui li abbiamo conosciuti la prima volta. Proprio per non essere ostaggio delle variazioni della luce o della prospettiva spaziale, il cervello riesce a categorizzare e ad astrarre dei concetti costanti che ci permettono un facile riconoscimento. Ad esempio, la "costanza cromatica" permette di distinguere un colore come se fosse sempre uguale e non influenzato dalle diverse condizioni della luce, attraverso un meccanismo di decodificazione e correzione. In realtà, se andassimo a misurare la quantità di luce rossa, verde o blu di una superficie colorata, come una cravatta o la facciata di una casa, scopriremmo notevoli variazioni a seconda se siamo all'alba o al crepuscolo o a mezzogiorno, se c'è il sole o se è nuvoloso. Eppure il cervello automaticamente sottrae le variazioni e assegna una costanza al colore, cioè percepisce, vede sempre lo stesso colore, lo stesso rosso, in tutte le condizioni di luce (Zeki, 2009): un inganno fisiologico, una negazione della percezione "reale" per dare costanza alla capacità cognitiva della mente. Nella stessa maniera penso che la mente attribuisca una costanza alla nostra identità, alla coesione del Sé e alla sua continuità nel tempo, una costanza "esistenziale", sempre illusoriamente sostenuta da una discreta quota di negazione ed onnipotenza. Non l'onnipotenza della realizzazione magica del desiderio da parte del pensiero, ma quella che deriverebbe direttamente dal principio del Nirvana, come individua Bromberg (1998/2001) a proposito dell'Onnipotenza presente nei Disturbi di Personalità. In questi disturbi il Narcisismo è eccessivo, patologico, poiché tenta di sostenere e mascherare la mancanza di un'identità pienamente individuata, attraverso il mantenimento di un Sé grandioso, necessario per proteggere la grande "illusione": quella della totale autosufficienza rispetto agli altri ed alla realtà. Freud e Ferenczi attribuivano il principio del Nirvana alla pulsione di morte per le sue caratteristiche di riduzione al minimo degli stimoli che, seppur vitali, comunque risultavano perturbanti, e ciò corrispondeva alla autosufficienza dello stato d'animo fetale: uno stato di benessere privo di stimoli, uno stato inconsapevole da non avere nemmeno bisogno di avere bisogno (Ferenczi,

1913). Senza essere costretti ad attribuire una paternità pulsionale che ci potrebbe solamente confondere, consideriamo che comunque ad ogni individuo è necessario che venga concessa l'illusione di poter avere una quotidiana fiducia per la propria continuità nel tempo e che questa venga ottenuta negando l'angoscia per la sua stessa finitezza. Se questa fiducia si instaura, se il Sé può elaborare tale difesa nei confronti della realtà, si può sviluppare la capacità di "stare soli" e di tollerare il lutto della propria caducità. Queste posizioni psicologiche, che sono acquisizioni tardive, necessitano come base mentale della strutturazione di una personalità sufficientemente integrata, capace di tollerare la riduzione della dipendenza dalla propria massiccia negazione onnipotente a sostegno di una supposta autosufficienza, come si vede spesso anche negli adolescenti, fino alla accettazione di una limitata protezione da parte di una sana, per quanto illusoria, relativa negazione narcisistica quotidiana della propria caducità.

Bibliografia

Bonasia, E. (1988). Pulsione di morte o terrore di morire? Una ricerca sul problema della morte in psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 34-2.

Bromberg, P. M. (1998/2001). *Clinica del trauma e della dissociazione*, Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2007.

Corsa, R. (2011). *Se la cura si ammala – La caducità dell'analista*. Edizioni Kolbe, Bergamo.

De Masi, F. (2002). *Il limite dell'esistenza*, Bollati Boringhieri, Torino.

Fachinelli, E. (2012). *Su Freud*, Adelphi Edizioni, Milano.

Ferenczi S. (1913). Fasi evolutive del senso di realtà. Trad. it in *Opere*. Vol. 2, Cortina, Milano., 1990.

Freud S. (1915a). Caducità, *OSF*, Vol. 8, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1915b), Lutto e Melanconia. *OSF*, Vol. 8, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1923). Nevrosi e psicosi. *OSF*, Vol. 9, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1924a). La perdita di realtà nella nevrosi e nella psicosi. *OSF*, Vol. 10, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1924b). Il problema economico del masochismo. *OSF*, Vol. 10, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1925a). La negazione. *OSF*, Vol. 10, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1925 b). Inibizione, sintomo e angoscia. *OSF*, Vol. 10, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1927). Feticismo. *OSF*, Vol. 10, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1938). La scissione dell'Io nel processo di difesa. *OSF*, Vol. 11, Boringhieri Torino.

Klein M. (1958-1960). *Sul senso di solitudine*, Trad. it. Martinelli, Firenze, 1972.

Kohut H. (1978). *Forme e trasformazioni del narcisismo*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1982.

Luchetti A. (2013). La costruzione del “grande enigma del lutto”- in Freud S. – *L’elaborazione del lutto – scritti sulla perdita*, RCS, Milano.

Winnicott D. (1957). “La capacità di essere solo” in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando ed., Roma, 2008.

Zeki S. (2009). *Splendori e miserie del cervello*, Codice Editrice, Torino.

La mia esperienza di psicoterapeuta ai tempi del Covid-19

A cura di Franca Petracca

“Scrivi”, mi è stato detto. “Vedrai, ti farà sentire meglio”. Così, mentre sto scrivendo, ripercorro con la memoria la mia esperienza di psicoterapeuta al tempo del Covid-19 e quei momenti e quei giorni riaffiorano con la stessa intensità e le stesse emozioni di allora. Tutto ha avuto inizio il 6 di aprile quando, in concomitanza con la chiusura dell’ambulatorio di Psicologia causa Covid-19, dall’Ufficio del Personale mi viene comunicato che avrei dovuto sostituire la mia collega in Reparto in quanto lei, ammalatasi, era risultata positiva al SARS CoV-2. All’interno della struttura in cui lavoro sono presenti un Reparto di Riabilitazione, uno di Medicina e uno di Lungodegenza la cui utenza è rappresentata per la maggior parte da persone anziane e molto anziane affette da pluripatologie; io, invece, mi occupo dell’ambulatorio di Psicologia. Per alcuni giorni sono stata tormentata dall’ansia e da molti pensieri, il primo dei quali è stato immaginare che a nulla sarebbe servito il mio intervento in quanto i pazienti sicuramente avrebbero presentato bisogni più urgenti. Stavo cercando un motivo valido, probabilmente un pretesto, per non presentarmi al lavoro; e di motivi validi a livello personale ce n’erano molti, ma ruotavano tutti attorno alla paura del contagio e al rischio di infettare i miei cari. Una notte mi sono svegliata all’improvviso; avevo molto caldo, al punto che ho pensato di essermi ammalata anche io. Mi è salita un’angoscia che poche volte ho sentito nella vita, ero terrorizzata. Poi, con calma, sono riuscita a razionalizzare e questo mi ha permesso di non lasciarmi prendere da un attacco di panico. Provavo timore e mi dicevo che si trattava di una paura lecita e comprensibile; parallelamente, però, pensavo anche che non avrei dovuto arrendermi a quest’emozione e che forse avrei potuto vivere la paura come un’alleata che mi avrebbe aiutata a proteggermi, spronandomi ad utilizzare tutte le precauzioni necessarie ad evitare il contagio. Ripensandoci oggi, quello è stato uno dei momenti più difficili perché, seppur per un breve periodo, ho vissuto in un’*impasse*. Nonostante tale difficoltà, quando è stato il momento di riprendere a lavorare ho messo in atto, al pari del resto del personale, una serie di misure difensive che mi hanno permesso di svolgere il mio lavoro con una certa dose di tranquillità. Poter razionalizzare la paura, lo stress ed il vissuto emotivo mi ha reso maggiormente consapevole di quanto stava accadendo fuori e dentro di me. La scissione mi ha permesso di continuare a svolgere il mio lavoro tenendo lontane le preoccupazioni e convincendomi che non mi sarei potuta ammalare quando mi trovavo all’interno della Struttura; tuttavia, nel momento in cui facevo rientro a casa, tale difesa cadeva immediatamente e tutti i timori, come per magia, riaffioravano prepotenti chiedendo di essere accolti ed ascoltati. Appena rientravo in casa, anzi, quasi mi svestivo sulla porta, mi infilavo sotto la doccia. Quanto mi rassicurava quel portar via con il sapone ogni possibile contagio. Queste preoccupazioni, se non riconosciute, non ci consentono di comprendere che le misure difensive messe in atto in situazioni altamente stressanti ci consentono di continuare a lavorare e a svolgere una vita quantomeno normale. Una tale assenza di consapevolezza porta a sperimentare livelli di ansia

maggiori e ad esporre le persone al rischio di diventare aggressive oppure iperprotettive nei confronti dei propri familiari. Il primo giorno di lavoro, entrando in Struttura, mi sono subito resa conto che nulla era come prima. Solitamente la Struttura è molto movimentata: pazienti, operatori, visitatori girano per i corridoi, chiacchierano, si ritrovano negli spazi comuni per socializzare. Per prima cosa in Infermeria mi ha accolto la Capo Sala del Reparto di Riabilitazione la quale, con fermezza, mi ha illustrato come utilizzare i dispositivi di protezione individuale (DPI), per poi segnare su un foglio le diverse zone che contraddistinguevano le stanze occupate dai pazienti malati. Vengo convocata dal Primario il quale mi dice che avrei dovuto occuparmi delle valutazioni psicologiche dei pazienti in ingresso e dei colloqui con quelli che l'avrebbero spontaneamente richiesto, nonché di coloro che mi sarebbero stati segnalati dai medici del Reparto e di quelli che io stessa avrei ritenuto ne avessero bisogno. Sul finire del colloquio, faccio presente al Primario che forse sarebbe importante occuparsi anche degli operatori, predisporre uno spazio per accogliere i loro vissuti e le loro preoccupazioni in un momento tanto delicato come quello che tutti noi stavamo vivendo. Ricordo bene che mi rispose dicendo che il personale non avrebbe avuto bisogno di alcun sostegno psicologico in quanto si erano ben organizzati e stavano tutti bene. Nella Struttura in cui lavoro le figure che si trovano maggiormente esposte al contatto con gli ospiti sono le infermiere e le operatrici socio-sanitarie. Occupandosi molto da vicino dei malati e stando attente a prendersene cura cercando di garantire il miglior livello di qualità di vita possibile, si trovano maggiormente esposte al rischio di sviluppare un Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) già in contesto di normalità, quindi a maggior ragione in una situazione straordinaria come quella provocata dall'epidemia da Covid-19. Non potendo esprimere ed accogliere i sentimenti di impotenza alimentati da una situazione così altamente stressante, tendono a mettere in atto alcuni meccanismi di difesa tra cui la scissione e lo spostamento: il primo con funzione adattiva alla situazione, il secondo volto ad incanalare rabbia e frustrazione inesprese, quando anche non riconosciute, verso i pazienti o verso i propri familiari. “Abbiamo bisogno che tu ti occupi dei pazienti; la situazione è piuttosto critica. Non vedono i familiari da settimane: sono stati ricoverati per un certo periodo in ospedale e poi trasferiti direttamente qui da noi senza mai poter vedere i loro cari”, mi disse il Primario. Gli ospiti anziani o, per meglio dire, molto anziani che sono ricoverati da noi normalmente soffrono molto a causa del trasferimento dalla struttura ospedaliera a quella residenziale e la causa di tale sofferenza è principalmente imputabile alla lontananza dalla propria casa, dai propri spazi, dalle proprie cose e, non per ultimo, dai propri affetti. A questa sofferenza, in ragione del momento critico che stiamo attraversando, si sono andate ad aggiungere nuove preoccupazioni come quella relativa al timore del contagio e quella relativa all'incertezza di potersi ricongiungere con i propri cari, alimentando enormemente l'angoscia di morte. Appare evidente come a questi pazienti sia venuta a mancare la propria base sicura, il proprio *caregiver*, provocando un impatto devastante sulla loro psiche e generando pensieri intrusivi relativi al terrore di morire da soli, completamente abbandonati proprio da coloro che avrebbero dovuto proteggerli ed essere presenti nei momenti di maggior dolore e disperazione. Credo fermamente che, ad oggi, l'impatto che il fenomeno sta

avendo sulle persone e sulla comunità sia solamente una piccola parte di ciò che potranno essere le conseguenze del perpetrarsi di questa situazione se non si deciderà di intervenire seriamente predisponendo risorse materiali, umane e linee-guida chiare per l'intervento psicologico anche in un'ottica di prevenzione.

Ringraziando la collega per la sua toccante testimonianza, colgo dal suo contributo un importante spunto di riflessione: di fronte alla paura dell'ignoto e della morte tutti, pazienti ed operatori, dobbiamo attivare difese che ci permettano di affrontare la situazione di impotenza che la pandemia che stiamo vivendo ci costringe ad affrontare. Torna alla mente la costruzione del Falso Sé di Winnicott: scissione, negazione, razionalizzazione e spostamento soccorrono ma impediscono il contatto con le emozioni più dolorose che non ci permetterebbero di reagire. Come il bambino per crescere e sopravvivere a situazioni disagiate o disperate deve abdicare al suo Vero Sé, tutti noi stiamo andando avanti prendendo le distanze dalle emozioni più dolorose e annichilenti che, superato (si spera!) il momento più critico, chiederanno riconoscimento con la forza della rabbia. Spesso nel corso di una terapia ci troviamo a rielaborare coi nostri pazienti quelle emozioni "scacciate" perché non accoglibili ed è presumibile che lo stesso avverrà dopo la pandemia e tale rielaborazione impegnerà in modo particolare noi psicoterapeuti. La paura quotidiana del contagio, lo stress per alcuni di continuare a vivere e lavorare nonostante tutto, per altri di non poter più vivere e lavorare come prima, il trauma del contatto con l'impotenza, la perdita, la solitudine e la morte pongono le basi di un diffondersi futuro di disturbi post traumatici. Ciò che può curare nella dimensione traumatica è la partecipazione emotiva (Mucci), il sintonizzarsi col dolore provato dall'altro riconoscendolo e contenendolo ma al momento la condivisione dell'esperienza reale tra paziente e terapeuta, entrambi impegnati a difendersi, fa sì che la paura e il dolore del paziente rispecchino la paura e il dolore del terapeuta e possa mancare l'aspetto trasformativo (Bion) della cura. Forse in tempo di pandemia come psicoterapeuti conteniamo e condividiamo, forse a pandemia superata riacquisteremo la possibilità di curare.

Mirella Rostagno

La fatica della cura

Il supporto del ruolo del curante ai tempi di Coronavirus

A cura di Mario Perini

La cura delle persone richiede ai curanti non solo competenze tecniche ma rilevanti capacità emotive e relazionali per poter andare incontro alla sofferenza del paziente senza troppa distanza difensiva – distanza che li priverebbe della dose di empatia necessaria a svolgere il compito di cura – ma senza farsene contagiare fino a bruciarsi. È il rischio del *burn-out*, che gli inglesi chiamano anche “compassion fatigue”, la fatica della compassione o, se vogliamo, la “fatica della cura” (Maslach, 1982). La pandemia COVID-19 che ha investito il pianeta negli scorsi mesi, oltre a minacciare la vita di milioni di persone, ha sconvolto gli equilibri sociali, le sicurezze economiche e la pace mentale delle comunità in ogni parte del mondo. Anche nel nostro Paese, accanto ai presidi di cura e protezione messi in opera contro i rischi di contagio da Coronavirus, si sono moltiplicate le iniziative volte ad offrire a cittadini e pazienti una consulenza psicologica per aiutarli ad affrontare i costi emotivi di questa emergenza, per certi versi più simile ad una guerra ⁽¹⁾ che a un problema di salute pubblica. In tutta Italia, dalle Università ai Servizi sanitari, dalle società scientifiche agli Ordini professionali, dalle iniziative di psicologi privati a quelle di gruppi di volontari, si stanno erogando consigli, informazioni, punti d’ascolto e attività di sostegno per le persone oppresse dal panico, dalla confusione, dall’insicurezza, dalla rabbia e soprattutto dalla prolungata sospensione delle abitudini quotidiane, delle attività lavorative e di molti legami sociali. Ma, di fronte a una tempesta perfetta come questa pandemia, anche chi si prende cura degli altri può avere bisogno di supporto per affrontare in condizioni di incertezza e di imprevedibilità un’esperienza emozionale drammatica, fatta di ansia e di fatica, ma anche di compassione per il destino dei contagiati, impotenza di fronte al dilagare di una malattia per la quale non si conoscono cure, rabbia per le inefficienze dei decisori o per i tagli inferti al sistema sanitario e, in ultima analisi, un’esperienza gravata dalla paura di contrarre l’infezione e di morire: sono gli operatori sanitari, che insieme agli operatori del soccorso e delle forze dell’ordine hanno affrontato elevati stress lavorativi per fare diagnosi in tempi rapidi, garantire le misure di prevenzione e prendersi cura dei pazienti, dei loro corpi e delle loro angosce.

L'emergenza sanitaria legata alla pandemia COVID-19 ha già messo in luce in maniera drammatica, oltre all'impreparazione della struttura sanitaria e alla carenza di dispositivi di protezione, la povertà di strumenti di analisi e supporto psicologico alla funzione curante che dovrebbero al contrario essere a disposizione di ogni professionista occupato nella cura della salute della persona, in ospedale come nel territorio e soprattutto nelle situazioni di emergenza: medici, infermieri, psicologi, operatori sanitari, tecnici, ambulanziere, farmacisti, ecc. senza escludere il personale amministrativo. Come ha scritto in un post un medico del 118, per molte settimane siamo stati sottoposti ad una “fase di allarme” per la presenza di un virus che ci ha minacciati di morte, ci ha obbligati a stare in casa e sta mettendo in crisi le nostre

relazioni sociali, la nostra economia e la nostra libertà. Di fronte a pericoli di questa entità la reazione di qualsiasi persona è caratterizzata in misura variabile da intense emozioni, difficili da tollerare e da regolare, in particolare ansia e paura dell'ignoto, senso di inadeguatezza e incapacità, risentimento e impotenza, smarrimento e confusione (anche per le informazioni eccessive, incomplete o incoerenti). Gli operatori sanitari, come i comuni cittadini, non sono sfuggiti a queste emozioni che in loro sono state, inoltre, specificamente accentuate dall'esercizio di un ruolo curante che di per sé comporta dei rischi e che espone direttamente e in modo prolungato alle emozioni dei pazienti e dei loro familiari, alla loro paura, al dolore, alla rabbia, alla disperazione e alla solitudine e, in definitiva, ad una pervasiva angoscia di morte, oltre che alla crisi delle certezze razionali e dell'onnipotenza terapeutica. Nell'attuale emergenza COVID-19 molti medici e infermieri hanno dato voce alla sensazione di lottare contro un nemico potente con armi spuntate e senza alleati, a dispetto della facile retorica degli "eroi" e degli applausi dai balconi. In effetti, quasi ovunque lavorano tuttora a ritmi infernali, con organici ridotti, scarse misure protettive, protocolli incerti, istruzioni contraddittorie e in organizzazioni precarie, piene di ostacoli burocratici e governate a volte in modo discutibile. Gli operatori sanitari si sono sentiti impotenti perché al momento non dispongono di cure efficaci, né di vere misure preventive e hanno visto morire in serie senza poterli salvare tanti loro pazienti, soli, intubati nei letti di terapia intensiva e privati della vicinanza dei familiari; inoltre hanno visto ammalarsi, e magari morire, i loro colleghi, contagiati dai pazienti, hanno avuto paura di fare la stessa fine, oltre ad aver paura di essere loro stessi a contagiare gli altri, a partire dai propri familiari. Sono furiosi perché dopo anni di tagli finanziari e di riduzioni del personale curante sentono di far parte di un sistema sanitario che aveva raggiunto elevati livelli di qualità ma che oggi si accorge di essere (e di essere stato) disarmato, rivelando difetti e debolezze che l'epidemia ha soltanto messo in evidenza. In definitiva, come è stato riportato in altre precedenti esperienze (Strong, 1990), all'epidemia virale si è aggiunta un'epidemia psicologica e la paura del contagio ha generato il contagio della paura (Perini, 2011).

ANSIA E LAVORO DI CURA: IL "GUARITORE FERITO"

In un articolo recente, ho esplorato le relazioni tra l'ansia e le esperienze lavorative, con particolare riguardo per le "professioni d'aiuto", osservando che "svolgere un lavoro e assumere un ruolo sociale sono esperienze generatrici di potenti ansie primitive poiché riguardano, in definitiva, questioni legate alla sopravvivenza e all'identità degli esseri umani" (Perini, 2019). Riprenderò qui di seguito da quell'articolo il repertorio delle ansie più comuni, lasciando da parte quelle legate all'individuo e alla sua storia personale e cercherò di collegarle al lavoro di cura così come lo stanno vivendo gli operatori sanitari nel corso della pandemia. Tra le ansie generiche legate al lavoro, in primo piano figura l'ansia di decidere e quella di sbagliare che deriva essenzialmente dalla "necessità di prendere decisioni in situazioni in cui mancano molte delle informazioni necessarie, cioè la necessità di tollerare condizioni di elevata incertezza" (Ibidem, pag. 160). L'ansia, già intrinseca al normale compito di cura, dove il rischio e l'errore hanno evidentemente conseguenze serie, si è fatta devastante nell'emergenza Co-

ronavirus, dove al clima di generale incertezza e imprevedibilità che gravava sugli operatori sanitari si sono aggiunti dilemmi terribili come quello di dover decidere, avendo due pazienti in grave asfissia e un solo ventilatore polmonare, quale dei due lasciare morire. Anche l'ansia per il cambiamento, che lo rende così temibile per i problemi concreti e i costi emozionali che inevitabilmente porta con sé, ha caratterizzato l'epidemia Covid-19, un evento che ha sconvolto quasi tutti gli equilibri su cui si basava la sicurezza collettiva, da quelli dell'ordinamento sociale e politico a quelli del benessere e della stabilità economica, per non parlare delle presunte certezze della scienza e della illusoria onnipotenza della medicina, giungendo ad alterare persino i ritmi, gli spazi e i rituali della vita quotidiana, per i comuni cittadini come per gli operatori sanitari. Un decorso speciale hanno subito le ansie legate al gruppo e in generale le ansie sociali. Il gruppo, specie se è un gruppo allargato e ancor più se rappresenta la comunità di appartenenza, "preme sull'individuo seducendolo al conformismo, imponendogli le sue norme, minacciandone l'autonomia di pensiero e l'iniziativa personale, forzandolo a ricoprire ruoli rischiosi ma funzionali al gruppo come l'anti-leader o il capro espiatorio, fino alle manifestazioni più estreme dell'ostracismo e del mobbing" (Ibidem, pag.168). La cultura diffusa generata dalla recente pandemia del Coronavirus ha disegnato gli operatori sanitari inizialmente con l'icona idealizzata degli eroi e dei salvatori, pronti comunque ad assumere ruoli negativi e denigrati come responsabili dei decessi o potenziali "untori" non appena l'emergenza incominci a diradarsi: "da eroi a capri espiatori - come ha dichiarato con molto intuito un medico della terapia intensiva - il passo è breve". Esistono poi le ansie specifiche legate al tipo di lavoro, come le ansie da lavori "tossici" o pericolosi, e in questo caso ne sono un esempio emblematico le angosce sperimentate dalle professioni d'aiuto e in particolare da tutte quelle coinvolte nell'organizzazione sanitaria di cura e contenimento della pandemia, dai medici di famiglia agli infermieri delle RSA, dagli operatori delle comunità psichiatriche agli addetti alle pulizie delle sale operatorie, senza escludere ruoli apparentemente più distanti come il personale delle farmacie o gli agenti di polizia incaricati dei controlli del traffico o del comportamento dei cittadini. Non meno rilevanti sono le ansie collegate ai conflitti d'interesse, tra i quali spiccano quelli tra lavoro e vita privata, due spazi i cui reciproci confini sono stati nello stesso tempo blindati dal *lockdown* e sovvertiti dallo *smart working*, ma anche il dilemma che più frequentemente ha oppresso gli operatori sanitari, quello tra il compito di prendersi cura dei contagiati e la paura di contrarre l'infezione o di trasmetterla ai propri cari. Nella stessa area conflittuale si sono sviluppate ansie contrapposte legate alle preoccupazioni per la salute e a quelle per l'economia, con il risultato che le organizzazioni sanitarie che hanno cercato di gestire l'epidemia sono state pesantemente investite dal dilemma "morire di Covid19 o morire di fame?". Ultime, ma non per importanza, le ansie collegate ai problemi e ai difetti dell'organizzazione, come quelle suscitate negli operatori sanitari da un governo dell'epidemia che a vari livelli, dalle autorità centrali a quelle locali, dai virologi da *talk show* alle innumerevoli *task force*, si è dimostrato latitante o poco chiaro, incerto e contraddittorio o inutilmente competitivo, generando nei contesti di cura confusione dei ruoli, dei compiti e dei confini istituzionali, richieste irrealistiche, missioni impossibili, e insufficiente disponibilità delle risorse necessarie. È ormai ampiamente riconosciuto come tra i lavori più rischiosi e logoranti vi siano le comuni "professioni d'aiuto" (*helping professions*) come la medicina, i servizi sociali e l'assistenza domiciliare, in particolare quando si

rivolgano a problemi gravi, urgenti e imprevedibili, come quelli che sono stati determinati dall'epidemia del Coronavirus. I fattori più rilevanti che generano stress in queste occupazioni sono la prossimità e la continuità nelle relazioni di cura, cioè la continua vicinanza di medici, infermieri, psicologi e altri operatori a persone molto sofferenti, sul piano fisico come su quello psicologico (Obholzer e Roberts, 1994). Poiché spesso i pazienti si liberano dei propri sentimenti penosi proiettandoli sugli operatori, questi ne risultano per così dire “contagiati” e non di rado finiscono per “infettare” i colleghi, i capi e la stessa istituzione. Molte delle criticità operative e delle incoerenze organizzative che hanno attraversato i sistemi di cura nell'emergenza Covid-19 possono essere considerate come effetti di un'epidemia psicologica e insieme informativa, dove alla carica virale si sono aggiunte quelle del panico e della confusione. Ma i rischi connessi con il ruolo curante non dipendono interamente dal compito, dal mandato sociale o dalle condizioni operative che gli vengono imposte. Come ho scritto nell'articolo già menzionato:

“Le ricerche psicologiche condotte sulla scelta delle professioni d'aiuto concordano sull'esistenza di motivazioni inconsce radicate nella storia passata della persona, legate spesso a un'antica “ferita” da guarire, all'esperienza della vulnerabilità fisica o psichica, propria o altrui, al precoce fardello di assistere un genitore malato o di prendersi cura dei fratelli più piccoli; esperienze che sembrano predisporre le persone all'assunzione di missioni personali o professionali di tipo oblativo e riparativo...” (Ibidem, pag. 170).

Come Chirone ⁽²⁾ che attraverso la sofferenza aveva appreso l'arte della cura, ogni buon curante è dunque, almeno potenzialmente, un “guaritore ferito”, ed è tenendo sempre presente la propria ferita che può curare gli altri, usandola come uno spazio simbolico in cui lasciar entrare l'angoscia e il dolore del paziente, così da permettergli di comprenderlo e di prendersene cura. Questa identificazione, pur offrendo delle risorse straordinarie a tutte le professioni d'aiuto, non è tuttavia priva di costi e di pericoli, che si sostanziano in quelle specifiche situazioni di vulnerabilità e di stress lavorativo di cui sono state offerte varie definizioni e che io mi limiterei a chiamare la “fatica della cura”. Entro certi limiti i sistemi difensivi inconsci sono in grado di proteggere la pace mentale del curante, pur creando a volte vari inconvenienti e non poche difficoltà relazionali; ma quando l'equilibrio ansie/difese si rompe – come è visibilmente avvenuto nella pandemia Covid-19 – lo stress dilaga trasferendo malessere nei singoli operatori, nel sistema-cliente (pazienti, familiari ecc.), nel sistema curante (ospedale, IIR, medicina del territorio, RSA ecc.) e nell'organizzazione quotidiana del lavoro di cura, che può diventare così ansiogena ed estenuante da portare al crollo personale, talvolta fino al suicidio, ed alla paralisi del gruppo di lavoro e del servizio. E' il quadro comunemente noto come *burn-out*, per la cui descrizione dettagliata così come per le prospettive di prevenzione e di cura rimando all'articolo più volte citato (Ibidem, 2019).

L'AUTO PSICOLOGICO AI CURANTI NEL POST-EMERGENZA

Ma come prendersi cura dei “guaritori feriti” dalla pandemia Covid-19? Dopo una fase di intensa mobilitazione durante l'emergenza, con il personale curante troppo assorbito dai compiti correnti per permettersi di fermarsi a riflettere sul proprio stato mentale ed eventualmente di chiedere aiuto – tant'è che ben poche sono state le richieste di medici e infer-

mieri agli innumerevoli sportelli di supporto psicologico aperti in tutto il Paese – oggi stiamo affacciandoci sul post-emergenza, un tempo in cui le emozioni e le ansie che la maggior parte degli operatori sanitari avevano dovuto reprimere o negare per sopravvivere allo stress stanno venendo alla luce e sono destinate presto o tardi ad irrompere sulla scena nella forma di diffuse e rilevanti sofferenze post-traumatiche. In questo senso l'organizzazione dell'aiuto psicologico non potrà più limitarsi a qualche seduta di ascolto a distanza ⁽³⁾, ma dovrà tradursi in una vera e propria presa in carico basata sull'offerta sia di colloqui individuali sia di gruppi di supporto tipo Balint, non più a distanza ma “*vis-à-vis*”, e per lo più importati nei contesti di lavoro, in una logica di “*outreach*”, cioè andando incontro al bisogno e portando l'aiuto là dove il bisogno si è reso evidente, negli ospedali, nel territorio e nelle cure primarie, nelle strutture residenziali e nei servizi di salute mentale. Ma in primo luogo, che cosa dovremmo attenderci nella prossima fase della post-emergenza? Non entro nel merito delle ricadute sociali, politiche ed economiche, che saranno senz'altro rilevanti, ma che io non sono in grado di esplorare e ancor meno di prevedere. Sul piano clinico, però, e per quanto riguarda soprattutto gli operatori sanitari, sono prevedibili alcune scontate conseguenze post-traumatiche di uno stress prolungato, gravato dalle emozioni di cui si è detto prima. I professionisti coinvolti nella pandemia Covid19 sono prima di tutto i medici (soprattutto quelli dell'emergenza-urgenza, gli intensivisti, i medici di famiglia, i pediatri) e gli infermieri, ma come già detto non solo loro; il dopo-emergenza vedrà gli esiti dei traumi sperimentati oltre che da medici e infermieri, anche da tecnici, operatori del soccorso e farmacisti, e persino da chi non svolge compiti di tipo strettamente sanitario, come il personale delle RSA, gli addetti alle pulizie nei locali ospedalieri, gli impiegati amministrativi a contatto con l'utenza della sanità, gli operatori della protezione civile e quelli dei servizi sociali. Dovunque si svolgano contatti ripetuti e inevitabili con molte persone in difficoltà, che soffrono (o che fanno soffrire gli altri, magari contagiandoli) e che richiedono aiuti urgenti o massicci, lì il lavoro diventa facilmente stressante e acquista un potenziale traumatogenetico che può sfociare nel *burn-out*. Ecco, questo sembra parte dello scenario del “dopo”, un quadro tutto sommato inquietante che se anche non ci toglie la speranza non ci permette di adagiarsi sulla convinzione che “andrà tutto bene” e che questa pandemia ci avrà resi migliori, facendoci riscoprire i valori della solidarietà, della sobrietà, dei legami familiari. Il dopo-emergenza, come ho già detto, sarà il momento in cui medici, infermieri e altri operatori potranno tirare il fiato e smettere di combattere nella trincea epidemica; ma nello stesso tempo non potranno evitare di rientrare in contatto con tutte le ansie, le fantasie, i ricordi angosciosi, le rabbie, i sentimenti di colpa e di vergogna che avranno dovuto rinchiudere in fretta nei cassetti della mente per poter tener duro e continuare a lottare contro una malattia sconosciuta in un'organizzazione sanitaria incerta, mal attrezzata, incapace di proteggerli e per lo più debolmente governata. È a questo punto che negli operatori sanitari si faranno vivi lo stress post-traumatico e il *burn-out*, ed è qui che i portatori di una cultura clinica di tipo psicologico dovranno prendersi cura del “guaritore ferito”, e questo con la consapevolezza di conoscere bene e di persona in quanto curanti, se non la particolare esperienza di lavoro del loro assistito, certamente la natura di quelle ferite. Sarebbe cruciale che, per una volta, l'operatore non debba andare a cercare quelle cure fuori, seguendo un modello tipico della pratica psicoterapeutica, ma che, almeno in questo caso, il suo bisogno venga riconosciuto senza che egli debba alzare troppo la voce per segnalarlo e

che a questo bisogno – come già è stato detto – qualcuno vada incontro offrendo un aiuto nel contesto stesso in cui si è determinato. E, cosa altrettanto importante, occorre che sia la stessa organizzazione sanitaria a disporre o a sostenere questo aiuto, se non altro per risarcire gli operatori delle tante occasioni di trascuratezza, ma soprattutto per ricostruire con loro un legame di lealtà reciproca, su cui si basa quello che è stato chiamato il “contratto psicologico” di lavoro. Nell’articolo più volte citato, ho sottolineato come l’aiuto destinato ai curanti – ancorché indispensabile e sempre più urgente a fronte di una situazione sanitaria che, al di là dell’emergenza prodotta da questa pandemia, di anno in anno va caricandosi di “malessere, disillusione, fatica e disumanizzazione” (Ibidem) – esiga innanzitutto che i destinatari siano consapevoli di averne bisogno, imparino a richiederlo e quando gli venga offerto accettino di pagarne il prezzo. I costi emotivi dell’aiuto (Schein, 2009) non sono certamente irrisori in termini di ansia, colpa, vergogna e mortificazione narcisistica, il che forse permette di comprendere tutte le resistenze dei professionisti della salute ad accettare la propria vulnerabilità e la perdita dell’illusione di onnipotenza, ad entrare nel ruolo di “paziente” per farsi aiutare ed a tollerare le fatiche della cura, che sono specifiche per i differenti curanti, ma che gravano, anche se in misura variabile, sia su chi riceve le cure sia su chi le fornisce. Le fatiche degli operatori sanitari nell’emergenza Covid-19 sono state immense, per il corpo e ancor più per la mente, perché hanno coinvolto processi psichici al limite della tollerabilità come:

- l’identificazione col paziente (“in questo letto potrei esserci io, o mio figlio, mia moglie, mia madre”);
- il senso di colpa per la malattia,⁽⁴⁾ nutrito dal crollo delle idealizzazioni che sostenevano la megalomania della medicina moderna e l’onnipotenza terapeutica dei curanti (“sono un incapace, avrei dovuto salvarli”);
- la paura di diventare un veicolo di contagio, e lo stigma sociale che ne consegue (“alla sera quando arrivo a casa non riesco ad abbracciare i miei familiari, e del resto loro mi guardano con qualche timore”, “ieri tutti ci applaudivano dai balconi come degli eroi, oggi ci considerano degli ‘untori’ e si preparano a denunciarci”);
- i vissuti persecutori innescati dalle pretese salvifiche degli utenti, per i quali di fronte al pericolo non si può più aspettare, non si può più sbagliare, non si può più morire (“li devo salvare a tutti i costi dal male, se no il male divento io e me la faranno pagare”);
- la confusione, per certi versi implicita nella pratica sanitaria, tra “cure” e “care”, tra la terapia come aspettativa di guarigione e l’accudimento come ascolto dei bisogni⁽⁵⁾.

In questi mesi di guerra al Coronavirus, il compito di curare si è davvero rivelato, come Freud aveva ben intuito, un “mestiere impossibile” (Freud, 1937), così come quasi impossibili sono apparse, per lo più, le altre due professioni citate dal padre della psicoanalisi, governare ed educare. Ora, perché il loro mestiere ridiventi possibile, gli operatori sanitari hanno urgente bisogno d’aiuto, ma, perché possano fruire di questo aiuto a costi umani sostenibili, occorre che vengano accompagnati a scoprire quanto siano grandi il peso e il valore della vita emozionale nello svolgimento del proprio lavoro e quanto rilevanti le sue ricadute sui rapporti con i pazienti, sull’efficacia delle cure e sul proprio stesso benessere lavorativo, fisico, psicologico e sociale.

Uno strumento per questa “*mission*”, al tempo stesso educativa e preventiva, sono i **gruppi di supporto e di “manutenzione del ruolo curante”**, come appunto i Gruppi Balint (Balint, 1957; Perini, 2015), i quali oltre ad essere un valido metodo per addestrare gli operatori sanitari alla gestione delle relazioni di cura e al lavoro di gruppo, hanno dimostrato una notevole efficacia nel proteggerli dallo stress e dal rischio del *burn-out* (Kjeldmand & Holmstrom, 2008).

Nel dopo-pandemia, anche con l’esperienza delle criticità incontrate, degli errori gestionali e della sottovalutazione del ruolo delle emozioni nel comportamento dei curanti, forse questa manutenzione potrebbe diventare una buona pratica ordinaria, riconosciuta e adottata da tutte le organizzazioni sanitarie per aver cura del proprio personale. E una parte di rilievo in questa pratica dovrebbe essere svolta da professionisti che siano in grado di offrire un aiuto psicologico a chi svolge compiti di cura, senza dimenticare che essi stessi in quanto curanti potranno a loro volta aver bisogno di un supporto per reggere la propria fatica.

Note

1. Una guerra anomala, peraltro, perché il nemico non è propriamente vissuto come esterno e altro da noi, ma piuttosto come un nemico invisibile, o peggio un “nemico interno”, uno di noi (un vicino, il medico che ci sta curando, le persone amate), uno che ci entra dentro per farci del male, non diversamente dal virus.
2. Secondo il mito il centauro Chirone, grande esperto nell’arte di guarire e buono e saggio maestro di Eracle e anche di Asclepio, padre della medicina, venne ferito ad un ginocchio da una freccia avvelenata, per errore e proprio da Eracle. La ferita inguaribile gli causava terribili dolori, e a nulla servivano i propri poteri terapeutici, tanto che sarebbe stato costretto in quanto immortale ad una vita di sofferenza se Zeus, mosso da compassione, non gli avesse permesso di donare la sua immortalità a Prometeo salvandolo e salvando con lui tutti gli uomini. Dunque, era proprio attraverso la sua ferita che il guaritore poteva sentire il dolore degli altri e farli guarire.
3. Persino gli approcci più pragmatici, come il debriefing di tipo cognitivo-comportamentale, escludono ormai l’utilità di interventi basati su una singola sessione – che anzi si rivelerebbero spesso controproducenti – e postulano la necessità di percorsi più prolungati e rivolti al “processo” e anche alle dinamiche gruppalì.

A proposito della malattia come colpa del curante, vale la pena ricordare come in Cina nel passato i tradizionali “medici scalzi” venissero pagati solo finché il paziente stava bene, e vorrei anche citare la frase pronunciata da un medico nel film di Ingmar Bergman *Il posto delle fragole*: “Il primo dovere del medico è chiedere perdono”.

4. Una battuta che ben sintetizza l’apparente dilemma tra queste due dimensioni è quella che il dottor *House* in un puntata della sua popolare serie rivolge a una paziente in gravi condizioni: “Preferisce un dottore che le tiene la mano mentre muore o uno che la ignora mentre cerca di guarirla?”.

Bibliografia

- Balint, M. (1957). *The Doctor, his Patient and the Illness*. London, Tavistock Publ. (Tr.it. *Medico, Paziente e Malattia*. Feltrinelli, Milano 1961 – 2a ed. rived. a c. di F. Benincasa e M. Perini, Fioriti, Roma 2015).
- Freud, S. (1937). *Die endliche und die unendliche Analyse*. GW, 16 Trad .it. “Analisi terminabile e interminabile”. In: *Opere di S.Freud*, vol. XI. Boringhieri, Torino, 1979.
- Kjeldmand, D., Holmstrom, I. (2008). Balint Groups as a means to increase Job Satisfaction and prevent Burnout among General Practitioners. *Annals of Family Medicine*, 6(2):138-145.
- Maslach, C. (1982). *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Cittadella Editrice, Assisi 1992 (Ed. or. *Burnout: The Cost of Caring*. New York, Prentice Hall Press).
- Obholzer, A., Roberts, V.Z. (Eds) (1994). *The Unconscious at Work. Individual and organizational stress in the human services*. London: Routledge (Trad. .it. parziale *L'Inconscio al Lavoro. Stress Individuale e Organizzativo nei Servizi alla Persona*. Etas Libri, Milano 1998).
- Perini, M. (2011). Panic and Pandemics: From fear of contagion to contagion of fear. In H.Brunning (Ed.) *Psychoanalytic Reflections on a Changing World*. Karnac, London.
- Perini, M. (2015). I Gruppi Balint: Prendersi cura di chi cura. *Berggasse 19*, 13, pp. 146-162.
- Perini, M. (2019). Aiutare ad aiutare. Il gruppo di lavoro, la fatica della cura e il supporto al ruolo curante. *Berggasse 19*, Annuario 2019, pp.. 157-175.
- Schein, E.H. (2009). *Helping: How to Offer, Give, and Receive Help*. San Francisco, CA, Berrett-Koehler. (tr.it. *Le forme dell'aiuto*. Cortina, Milano, 2010).
- Strong, P. (1990). Epidemic psychology: a model. *Sociology of Health and Illness*, 12(3): 249-259.

La comunicazione ai caregivers

Una riflessione sull'esperienza in ospedale durante la prima fase della pandemia

A cura di Antonella Varetto

Questa breve riflessione nasce dall'esperienza vissuta nei primi mesi della pandemia, tutt'ora in corso e da una modalità condivisa con i colleghi medici della *Città della Salute e della Scienza* di Torino, di affrontare uno dei numerosi problemi che si sono posti, e ancora attualmente si pongono, quali quello della gestione della comunicazione e della relazione durante la gestione di una malattia che genera, fra gli altri gravissimi problemi clinici, distanza ed isolamento. Il modello di comunicazione e gestione dei pazienti e *caregivers* è cambiato nel tempo, unitamente ad una diversa organizzazione nei reparti COVID in ospedale, ma anche ad un incremento di consapevolezza da parte di tutta la popolazione. Le ferite psicologiche nei pazienti, nei *caregivers* e nei curanti sono tuttavia profonde, durature e meritevoli di una gestione sempre più consapevole. All'interno dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, i pazienti affetti da Covid-19 in condizioni di gravità tale da necessitare di ricovero ospedaliero sono stati accolti in reparti multispecialistici di area medica (reparti Covid) e di area critica (terapie intensive Covid) e sottoposti ad isolamento di coorte seguendo un criterio di intensità di cura. Stante l'elevata contagiosità del virus SARS-CoV-2 e la conseguente necessità di indossare adeguati DPI, che prevede specifica e complessa formazione per avvicinarsi a tali pazienti, non è stato consentito, per motivi di salute pubblica, ai familiari dei pazienti di entrare all'interno dei reparti stessi. Medici, infermieri e altri operatori sanitari dei reparti Covid, hanno favorito la comunicazione diretta tra pazienti e familiari mediante l'utilizzo di *smartphone* e *tablet*, acquisiti mediante donazioni, che supportano le videochiamate. I reparti sono stati dotati di tali dispositivi, ed il personale deputato all'assistenza ha garantito il supporto a quei pazienti che non riuscivano ad utilizzare in autonomia tali strumenti. In questo modo, sin da subito, si è cercato di preservare la comunicazione non solo verbale, ma anche visiva tra pazienti e familiari, almeno per tutti i pazienti in condizione di comunicare, seppure aiutati. La comunicazione tra familiari e medici curanti era tuttavia resa molto difficile dai limiti imposti dall'utilizzo dei DPI indossati dai professionisti per cui risultava difficile, nel rispetto della sicurezza, utilizzare gli strumenti di comunicazione con rapidità. Per ovviare alla difficoltà dei curanti di incontrare fisicamente i familiari dei pazienti stessi, è stata istituita da parte della Direzione Sanitaria un'*équipe* per la comunicazione, composta da medici della Direzione Sanitaria Presidio Molinette, della Qualità e *Risk Management* Accredimento, da medici del Dipartimento di Medicina e da psicologi della Psicologia Clinica. L'*équipe* riceveva, giornalmente, un bollettino sulle condizioni cliniche dei pazienti mediante un format pensato per essere fruibile e di facile compilazione per i medici di reparto. Per tutti i pazienti ricoverati, in generale, oltre alle necessarie informazioni anagrafiche, venivano fornite informazioni sintetiche riguardo lo stato di coscienza e cognitivo, eventuali proble-

matiche emozionali, i parametri clinici nel contesto del quadro generale, la terapia in atto e il programma delle attività cliniche da effettuare nei giorni successivi. I format compilati dai medici dei reparti Covid venivano inviati per via telematica interna (email cifrata aziendale) all'*équipe* addetta alla comunicazione nel primo pomeriggio. L'*équipe* analizzava e discuteva collegialmente i documenti ricevuti, anche alla luce delle conversazioni effettuate nei giorni precedenti, e contattava i familiari che i pazienti avevano indicato. Durante il primo colloquio, il medico dell'*équipe* si presentava e presentava lo psicologo, quindi illustrava il significato e la modalità di comunicazione tra ospedale e familiari del paziente ricoverato. In particolare, veniva spiegato il servizio svolto, soprattutto per quanto riguardava la componente del supporto offerto dagli psicologi. Dopo questa prima fase introduttiva, l'*équipe* procedeva alla comunicazione delle notizie cliniche più recenti, accogliendo le domande e le eventuali richieste di chiarimento da parte degli interlocutori. Traccia della comunicazione veniva riportata, sotto forma di annotazioni sintetiche, su un apposito registro; la costituzione di tale registro era fondamentale oltre che per trascrivere i *feedback* e le richieste specifiche dei parenti dei ricoverati, anche per garantire la continuità comunicativa tra parenti e membri dell'*équipe*, alla luce della turnazione di questi ultimi durante la settimana. I colloqui avvenivano sempre con le medesime modalità tutti i giorni, dal lunedì alla domenica. *Feedback* ed eventuali richieste specifiche dei parenti contattati venivano comunicati da parte dell'*équipe* ai medici curanti e agli infermieri dei reparti Covid di competenza, sempre per via telematica (Fornero et al 2020). Durante queste telefonate sono emerse molte necessità da parte dei familiari contattati, prima di tutto di ricostruire, attraverso la narrazione ed il confronto con il medico e con lo psicologo, la situazione fisica ed emotiva in cui si trovava il loro caro. Ricordiamo che nella prima fase di pandemia i ricoveri sono stati quasi tutti in urgenza e senza che i parenti potessero avere ancora un'idea di cosa sarebbe capitato successivamente, anche in termini organizzativi. La mancanza del contatto con il paziente e con i medici curanti ha reso da subito evidente quanto la profonda sensazione di insicurezza facesse nascere dubbi e paure. Da qui la richiesta di contenimento attraverso le informazioni, ricche anche di particolari che permettessero ad ogni familiare di immaginare la scena del ricovero.

Molto spesso le richieste dei parenti sono state, nell'immediato, di avere notizie cliniche particolari o informazioni infermieristiche, tuttavia è stato anche chiesto molto spesso di poter consegnare piccoli oggetti ai pazienti ricoverati, quali ad esempio foto o altri "oggetti tramite". Altre volte l'*équipe* si è occupata della salute dei parenti stessi isolati in quarantena al proprio domicilio, fornendo loro informazioni utili su aspetti riguardanti la loro (nuova) quotidianità in un contesto emergenziale. L'Azienda ha offerto inoltre un servizio di supporto psicologico telefonico per tutti i familiari dei ricoverati che lo desiderassero, in uno spazio dedicato al termine dei colloqui giornalieri. L'*équipe* di comunicazione si è assunta infine, d'accordo con i medici e gli infermieri curanti dei reparti Covid, l'importante compito di comunicare eventuali notizie infauste ai parenti ricoverati, fornendo una immediata assistenza al lutto nei giorni successivi alla comunicazione, tenendo conto delle modalità particolari con cui sono avvenuti i decessi e la gestione dei defunti. Il paradosso di questa situazione

pandemica è stato proprio quello di impedirci di trovare sicurezza e sostegno dalla minaccia nelle persone vicine e care. Ciò che ci mantiene “al sicuro” dal virus è mantenere le distanze sociali, privandoci, potenzialmente, della nostra risposta naturale alla minaccia e lasciandoci con minori capacità di gestire le risposte emotive a ciò che sta accadendo. La minaccia di perdita della salute o di morte per sé o per le persone care è al centro delle ansie sollevate dal Covid 19, quelle ansie di vita e di morte che Melanie Klein ha descritto come potenti forze che ci impegnano all’inizio della vita. Affrontare questo livello di minaccia inevitabilmente ci connette con le esperienze precedenti di annientamento, disintegrazione, frammentazione e persecuzione. Nel tempo e con lo sviluppo della persona avviene il superamento e l’integrazione di tali difese in funzione adattativa, tuttavia, quando la minaccia si riattualizza, è possibile rivivere la condizione in cui le buone relazioni interne ed esterne non riescono a proteggerci (Nespoli, 2019). Durante i colloqui effettuati con i *caregivers* in questo periodo si sono osservate alcune strategie difensive impiegate ad arginare la sofferenza: un fenomeno evidente sin dall’inizio, ma ancora più evidente oggi, nella prosecuzione dello stato di allarme generato dalla pandemia, è stato l’alternarsi di minacce rivolte al sistema di cura in generale e/o alle *équipes* curanti (“denuncerò l’ospedale perché non mi permette di vedere il mio parente”) con le descrizioni “eroiche” dei medici e degli infermieri “buoni”, con funzione salvifica (gli “angeli”). Molti *caregivers*, soprattutto all’inizio delle telefonate, si dimostravano estremamente aggressivi nei nostri confronti, quali rappresentanti dei sanitari “cattivi” che li tenevano lontani dai propri cari, recuperando poi la nostra funzione di tramite quotidiano con il reparto e riconoscendo l’utilità della comunicazione. La scissione che consente di gestire un’esperienza spaventosa e caotica e di ciò che tale esperienza riverbera nel nostro interno, classificandola come “buona” o “cattiva”, un nemico verso il quale dirigere un combattimento o dal quale scappare è stata ed è manifesta a più livelli. Un esempio di questo è la descrizione del presidente Trump del Covid 19 come “virus cinese”, cattivo, persecutore, e del sistema sanitario nazionale americano come “buono” (Stubley 2020). Un’altra difesa che abbiamo visto prevalente è stata l’identificazione proiettiva, per cui tutto ciò che è vissuto come intollerabile viene, attraverso fantasie inconscie, messo nell’altro. Abbiamo vissuto l’attribuzione di una profonda impotenza alle “vittime” del virus, sovente a noi raccontate dai parenti come prive di possibilità di resilienza, più fragili di quanto poi, nel confronto con gli operatori in reparto e nel confronto diretto con i pazienti stessi, fossero realmente. Questo ha aiutato i *caregivers* a sentirsi meno impotenti e più competenti nell’aiutare il proprio caro, negando però, nel contempo, l’accesso alle capacità del paziente stesso. La difficoltà ingenerata è stata molto evidente quando alcuni pazienti si sono rifiutati di sentire tutti i giorni i parenti, con motivazioni che andavano dal “sono stanco di sentire sempre tutti preoccupati”, “ho bisogno di ritrovare da sola le forze, anziché perderle per assicurare tutti lì fuori”, “in reparto mi sento tranquilla, mi pare che fuori siano più agitati di me”. Abbiamo inoltre osservato in molti *caregivers* in isolamento l’innescarsi di antiche paure. Alcuni hanno utilizzato la parola “è come stare in galera” per descrivere il loro stato di permanenza in casa. I colloqui più approfonditi, quando questa sensazione si accompagnava ad una profonda angoscia, hanno permesso di

disvelare profonde ambivalenze legate sia ai rapporti di coppia quanto a quelli con i genitori. Una moglie, il cui marito era ricoverato in una unità semi-intensiva, manifestava profonda insofferenza per la propria condizione di “reclusa in quarantena” fino al sostenere che il marito “se la passava meglio di lei” in quanto poteva stare in un ambiente pieno di persone (medici, infermieri e operatori), manifestando, contemporaneamente, un desiderio ossessivo di sentirlo per telefono più volte al giorno, in modo riparativo rispetto ai propri vissuti aggressivi, cosa non possibile in quanto il paziente per molte ore durante la giornata e la notte, era sotto il casco di ventilazione forzata. Il riportare questa donna ad un piano di realtà della sofferenza dell'altro (un contatto visivo attraverso il tablet in dotazione al reparto che le ha mostrato la condizione del marito) ha scatenato in lei una profonda crisi legata a problematiche precedenti la malattia, sul suo ruolo all'interno del rapporto di coppia. Un figlio, il cui padre novantacinquenne e pluripatologico già prima di contrarre il Covid, stava morendo, si dimostrava costantemente rivendicativo nei confronti dell'*équipe*, svalutando l'operato di medici e infermieri e del gruppo di comunicazione e chiudendo ogni comunicazione con la minaccia di azioni legali contro l'ospedale. Nelle telefonate effettuate dopo il decesso del padre è apparso più disposto a parlare del suo dolore di figlio “piccolo” (terzogenito) ritenuto costantemente non adeguato al contesto familiare, riconoscendo che utilizzare il linguaggio paterno della rabbia e della rivendicazione gli era parsa, nei giorni del ricovero, l'unica via di vicinanza con il padre stesso.

È accaduto che l'impossibilità di vedere la persona amata abbia generato nelle famiglie la diffidenza verso un ambiente di cura che non si può controllare: è difficile, per esempio, comprendere, senza vedere come lavora una *équipe* in reparto, un intervento di stabilizzazione del paziente; per questo, ancora più difficile accettare il peggioramento o la morte del proprio caro. Inoltre, molti processi decisionali sono diventati molto più complessi (cambiamenti di terapie che necessitano di consensi, condivisione degli obiettivi di cura, sospensione delle cure stesse), in quanto hanno dovuto essere effettuati a distanza, tramite telefono o dispositivi mobili e rapidamente, caricando i *caregivers* di responsabilità che non hanno potuto condividere per distanza e urgenza e di conseguenti sensi di colpa ed inadeguatezza. In una buona prassi comunicativa, è noto come pazienti e famiglia abbiano bisogno di ricevere le notizie in modo ripetuto, in tempi diversi, consentendo l'elaborazione della cattiva notizia e la risoluzione dei dubbi nel confronto con i sanitari, attraverso la parola e l'atteggiamento ed il confronto con la realtà che mediano la metabolizzazione della notizia grave, del decesso, ed aiutano il percorso del lutto. Il rischio futuro del *caregiver* o della famiglia colpita dal Covid sarà la difficoltà ad accettare ed interiorizzare la morte vissuta in contesti traumatici. Una delle domande che ci hanno posto i *caregivers* nelle telefonate dopo il decesso del proprio familiare è stata: siamo sicuri che sia morto proprio mio marito/moglie/genitore? Era proprio lui nella bara? Abbiamo già sottolineato come, nella condizione della pandemia, non è stato, e non è tutt'ora possibile, vedere un'ultima volta la persona deceduta, rispetto alla quale vi sono regole precise di gestione nell'ospedale e nei servizi dedicati. I familiari dei pazienti ospedalizzati per Covid sono esposti a perdite o minacce di perdita in vari ambiti: perdita di

una persona cara, del lavoro, della sicurezza economica, dei contatti sociali, dell'autonomia di muoversi liberamente nel mondo (Wright et al., 2010). In alcune famiglie si ammalano più persone, e talora si hanno più decessi; altre famiglie vanno incontro a difficoltà economiche; altre ancora sono impossibilitate a viaggiare per andare a fare visita ai loro cari ricoverati, o non possono comunque accedere alle strutture sanitarie a causa dei regolamenti interni e delle misure di prevenzione (Wallace et al., 2020). In caso di decesso in un'unità di terapia intensiva, specifici fattori di rischio per reazioni da lutto severe o protratte includono la condizione di intubazione e la già nominata impossibilità di dare un ultimo saluto al proprio caro morente (Kentish-Barnes et al., 2015). I familiari in lutto che abbiamo assistito hanno portato, tra le altre istanze, quasi invariabilmente e con grande dolore, il fatto di non essere stati in grado di eseguire i riti funebri e le cerimonie che facevano parte delle loro abitudini sociali. Tale divieto appare, nei loro discorsi, associato a una sensazione di irrealtà che, se in altre circostanze è frequente nel momento iniziale del lutto, nell'impossibilità di vedere e toccare il corpo acquista un'intensità molto maggiore.

È troppo presto per valutare gli effetti emotivi a lungo termine dei cambiamenti ai rituali funebri durante la pandemia, ma è ben noto che l'assenza di tali rituali rende difficile il lutto (Mayland et al., 2020). In questo senso, possiamo prendere come esempio il caso di persone scomparse ("scomparse" a seguito di eventi politici, come una dittatura militare, o per rapimento). La persona scomparsa viene scissa dalla sua storia e gli viene negata la caratteristica di soggetto, mentre alla sua famiglia viene negata la certezza della morte. A causa di questa strategia del terrore, la persona scomparsa diventa una figura avvolta nell'oscurità, poiché non è morta, ma non è nemmeno viva, è permanentemente presente e sempre assente (Fustini & Caniato, 2019). E i membri della famiglia diventano prigionieri dell'ambiguità, combattuti tra speranza e rassegnazione, impediti di addolorarsi completamente (Fuchs, 2018). Tale ambiguità può manifestarsi in una dolorosa oscillazione tra riconoscimento e negazione della perdita. In "Lutto e melanconia", Freud descrive questa oscillazione tra presenza e assenza in termini di economia libidica "[...] il test di realtà ha mostrato che l'oggetto amato non esiste più e ora esige che tutta la libido venga rimossa dalle sue connessioni con quell'oggetto. Contro questo sorge un'opposizione comprensibile [...]. Questa opposizione può essere così intensa che vi è un allontanamento dalla realtà e un'adesione all'oggetto attraverso una psicosi allucinatoria del desiderio. La cosa normale è guadagnarsi il rispetto per la realtà. Ma il suo compito non può essere risolto immediatamente. Si realizzerà a poco a poco con un grande dispendio di tempo ed energia di investimento, e nel frattempo l'esistenza dell'oggetto di investimento è psichicamente prolungata" (pag. 574 e sgg). Ancora poche considerazioni finali sugli aspetti del sostegno psicologico. Negli ultimi due decenni molto si è teorizzato e fatto in tema di risposte appropriate agli incidenti traumatici. Un principio fondamentale è che, finché l'individuo non si sente al sicuro e protetto, non può iniziare alcuna elaborazione post traumatica, per cui la prima risposta appropriata è nell'ambito dei percorsi della psicologia dell'emergenza, con la focalizzazione propria di tali percorsi sui bisogni di base: assistenza pratica, *comfort* fisico e supporto sociale. Tecnicamente, le esigenze a cui possono e devono

rispondere gli psicologi attengono agli ambiti del contenimento, della psicoeducazione, l'addestramento ad abilità tra cui il rilassamento, la cura di sé e la gestione dell'ansia (Gigantesco et al., 2020). Abbiamo tuttavia osservato una diffusa corsa all'assistenza da parte di *counselor*, terapeuti e altre figure, alcune delle quali molto zelanti, ma poco preparate. Riteniamo sia una risposta comprensibile: il trauma per sua stessa natura altera le capacità simboliche e suscita emozioni molto forti per cui la capacità di pensare è inevitabilmente compromessa e la spinta all'azione è molto potente. Una forma comune di azione è l'identificazione, all'interno delle varie posizioni dello scenario traumatico. Sentendoci forse impotenti e talvolta sopraffatti noi stessi da ciò che dobbiamo affrontare, ci si sente spinti all'azione, soprattutto nel ruolo di soccorritore (una posizione comune per le persone che lavorano nelle professioni di aiuto). Poiché la pandemia prosegue e le difficoltà di adattamento psicosociale saranno sempre più evidenti in un futuro neppure troppo distante, riteniamo che, da parte degli psicoterapeuti, vi sia una profonda necessità di riflessione teorica: la psicoanalisi promuove la salute attraverso la relazione intima ed empatica con il paziente, ma ogni cornice teorica deve rivalutarsi nell'ottica dei cambiamenti che ci sono stati imposti, un esempio fra tutti la distanza fisica dovuta all'isolamento, che ha reso indispensabili le sedute telematiche, già di per sé modalità che rende le relazioni, compresa quella terapeutica, più difficoltose. È probabile che nel tempo l'attenzione si sposterà verso coloro che sono sopravvissuti all'infezione da Covid 19, in particolare le persone che sono state in terapia intensiva, dove sappiamo già che il rischio di disturbi post traumatici da stress (PTSD) è più alto. Anche gli individui che hanno sofferto di lutti traumatici avranno bisogno di sostegno e cure così come tutti i soggetti ad elevata fragilità psicosociale. Il documento di Holmes et al 2020 su *The Lancet* evidenzia, tra gli altri, che le persone che potrebbero essere particolarmente vulnerabili includerebbero: 1. Persone con pregressi problemi di salute mentale che possono essere colpite da ricadute, interruzione dei servizi, isolamento e così via. 2. Bambini, giovani e famiglie che possono essere esposti ad abuso di sostanze, violenza domestica, gioco d'azzardo e maltrattamento. 3. Anziani con molteplici comorbidità che possono essere maggiormente colpiti dall'isolamento sociale, dal lutto e dalla maggiore difficoltà nella gestione delle cure di fine vita. 4. Tutti gli individui che soffrono di disuguaglianze sociali e sanitarie. 5. Gruppi socialmente esclusi, inclusi prigionieri, senzatetto e rifugiati. 6. Persone con difficoltà di apprendimento e disturbi dello sviluppo neurologico. Ciò che è chiaro è che ci sarà molto lavoro da fare in tutti gli aspetti della società, riconoscendo ciò che abbiamo perso, riparando in qualsiasi modo possibile, sostenendo e prendendosi cura delle persone e dei gruppi più vulnerabili.

Bibliografia

Cancrini T. (2014). Perdita, lutto, dolore e posizione depressiva.

<http://www.centropsicoanalisiromano.it/archivio-lavori-scientifici/archivio-storico-dal-2001-oggi/436-cancrini-t-perdita-lutto-dolore-e-posizione-depressiva-in-melanieklein-2014.html>

Fornero G. *et al.* (2020). *Equipe per la comunicazione con i familiari dei pazienti*. AGE. NA.S (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali): Osservatorio Nazionale per le buone pratiche sulla sicurezza nella Sanità. L'Osservatorio buone pratiche per la sicurezza dei pazienti; In: Le Buone Pratiche 2020 Focus Emergenza Covid -19.

Gigantesco A., Picardi A., Leombruni P. (2020). *Istituto Superiore di Sanità Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19*. Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020 1- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19; Versione del 29 maggio 2020.

Freud S. (1915). Lutto e Melanconia. *OSF*, Vol. VIII, Boringhieri, Torino.

Fuchs T. (2018). Presence in Absence. The Ambiguous Phenomenology of Grief. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17, pp. 43-63.

Fustinoni C. F. e Caniato A. (2019). O luto dos familiares de desaparecidos na Ditadura Militar e os movimentos de testemunho. *Psicologia USP*, 30, e180131. Epub November 14, 2019.

Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., *et al.* (2025). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*; 45:1341-1352.
doi: 10.1183/09031936.00160014.

Holmes E.A., *et al.* (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The LANCET Psychiatry*, Vol 7, issue 6, June 2020, pp. 547-560.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

Mayland, C. R., Harding, A. J., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of pain and symptom management*, 60(2), e33-e39.

Nespoli G. (2019), *Costrutti e paradigmi della psicoanalisi contemporanea*. Mondadori Università 2019, cap. 12. Stubbley J. (2020), *The early response to Covid19 – a psychoanalytic and trauma perspective*.

<https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/early-response-covid-19-psychoanalytic-andtrauma-perspective/>

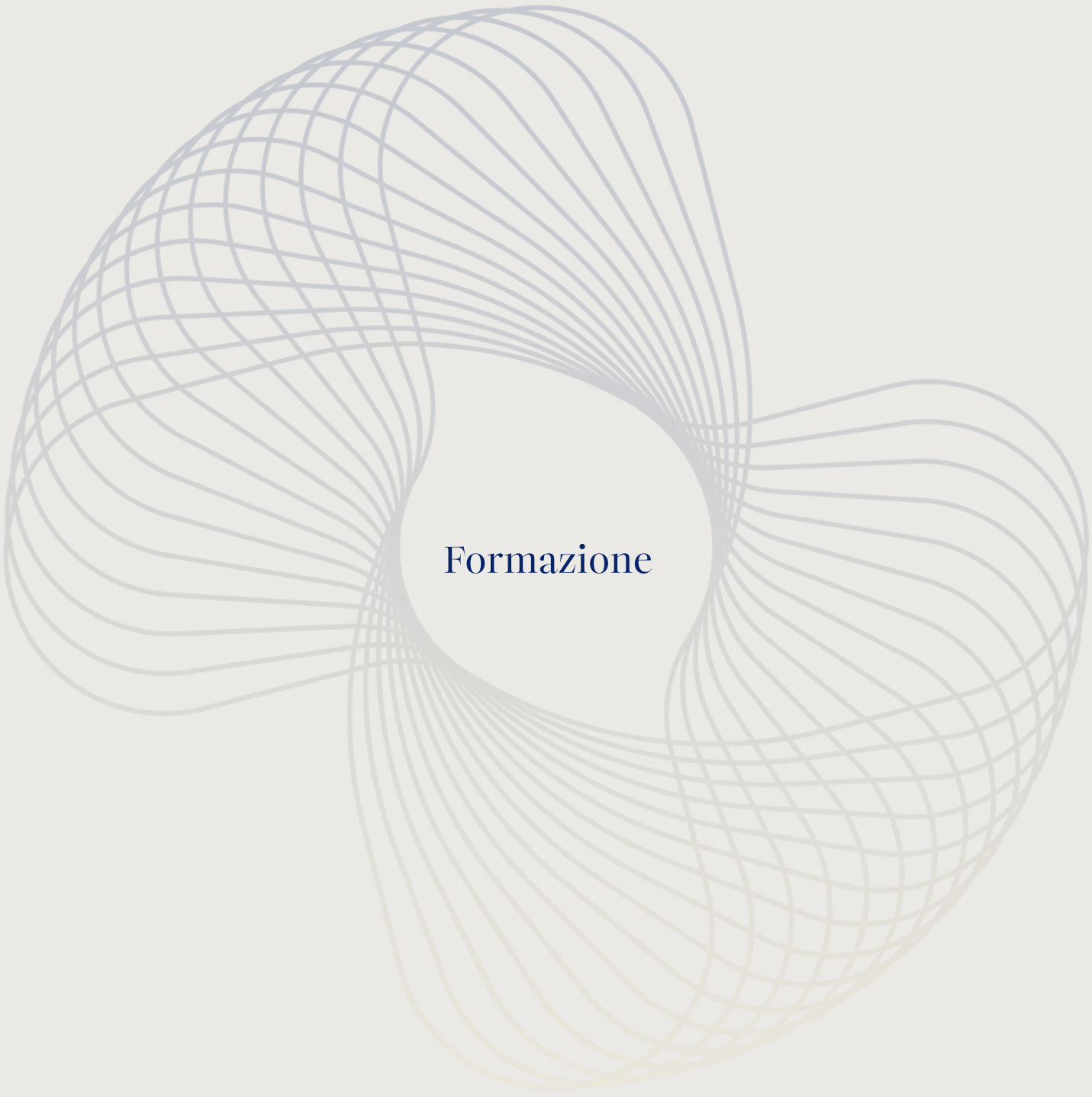
Stubbley, J., O'Reilly, J., & Stuart-Smith, S. (2020). *Pre-existing trauma and COVID-19*: RCPsych COVID-19 Members' Webinar.

Wallace C.L. et al. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 13.

doi: [10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012).

Wright A.A. et al. (2010). Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology* 2010; 28:4457-64.

doi: [10.1200/JCO.2009.26.3863](https://doi.org/10.1200/JCO.2009.26.3863).

An abstract graphic featuring a trefoil knot. The knot is rendered with a series of thin, curved lines that form a grid-like pattern. The lines are colored in a gradient, transitioning from a light blue-grey at the top to a light yellow-orange at the bottom. The knot is centered on the page, and the word "Formazione" is written in a dark blue serif font in the center of the knot's opening.

Formazione

Presentazione del Corso di Alta Formazione in Clinica Forense

A cura di Mirella Rostagno

Ogni volta che il sapere psicoanalitico si presta a comprendere, a dare un senso e possibilmente a indicare vie di cura nell'ambito sociale, ci troviamo a dover coniugare l'ascolto senza giudizio, proprio della stanza d'analisi, con la necessità di una valutazione propria della realtà 'fuori dalla stanza' e a dover confrontare il rispetto dei tempi elaborativi di ciascuno con i tempi della vita che necessariamente scorre. Freud ha sempre sostenuto la necessità di uno sguardo "dentro" e di uno sguardo "fuori" e lo stesso hanno continuato a sostenere gli autori che hanno sviluppato il suo pensiero fino ad oggi; la psicoanalisi non è utile solo a spiegare il mondo interno dell'individuo e, di conseguenza, il manifestarsi dei suoi comportamenti, ma è strumento di comprensione dei legami e delle dinamiche relazionali tra le persone nella famiglia, nei gruppi e nella società più allargata. Proprio per tale peculiarità, l'approccio psicoanalitico è uno strumento principe nella pratica forense. Come psicologi e psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico siamo chiamati a collaborare con il Tribunale nelle situazioni che riguardano i minori e le loro famiglie, sia in ambito civile che in ambito penale. In ambito civile l'Autorità Giudiziaria può incaricare lo psicologo – psicoterapeuta di esprimere un parere tecnico sulla situazione di un minore e del suo nucleo familiare, al fine di valutare le migliori condizioni di affidamento dopo la separazione dei genitori, la necessità di un allontanamento dalla famiglia d'origine o, nelle situazioni più gravi, dell'adozione. Può essere chiamato ad esprimersi anche sul riconoscimento della paternità o sulla decadenza della responsabilità genitoriale. In ambito penale il Giudice può chiedere aiuto nell'ascolto protetto di un minore che si sia rivelato vittima di maltrattamenti o abusi; può appoggiarsi al nostro sapere per comprendere un minore che, al contrario, si sia reso autore di reato, chiedendoci indicazioni sulle possibilità di riparazione. In tutte le situazioni sopra citate, le consuete regole della pratica psicoanalitica si devono adattare ai criteri del mondo giuridico e del "giusto processo", senza però perdere ciò che rende davvero utile l'intervento del tecnico a supporto della decisione del Giudice, cioè la possibilità di entrare in relazione con le persone in modo empatico e comprenderne l'autentico funzionamento, al fine di offrire una spiegazione esauritiva della realtà dei fatti e ipotizzare, dove servano, gli interventi di aiuto e di cura. La Giustizia si occupa di fatti, ha bisogno di prove, deve scoprire la verità; la psicoanalisi si occupa di vissuti, di rappresentazioni soggettive della realtà, fortemente influenzate dalle emozioni, dai sentimenti, dagli affetti. Mondo interno e realtà esterna vanno entrambi esplorati nel loro intreccio complesso. Pur essendo l'ambito peritale un contesto di giudizio, per poter valutare è indispensabile un clima di accoglienza verso i peritandi per ridurre al minimo i loro aspetti difensivi e permettere la manifestazione della loro personalità. Lo scopo è infatti conoscere le persone e la loro storia per comprendere il loro funzionamento, non metterle alla prova: la situazione peritale è già di per sé ansiogena, non è utile aumentare i livelli di stress. Come conciliare ascolto e valutazione? Le regole del setting con le regole del doveroso contraddittorio tra le Parti? Il linguaggio psicoanalitico con quello giuridico? L'evidenza clinica con quella

cosiddetta scientifica? Sono tanti i temi e le prospettive da considerare. Occuparsi del settore forense come psicologi e psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico richiede una formazione complessa e l'acquisizione di un linguaggio specifico; occorre integrare il sapere clinico con il sapere giuridico, facendo riferimento a precisi principi deontologici e acquisendo una metodologia specifica per lo svolgimento della consulenza tecnica e della perizia. Ascoltare, osservare e comprendere (fase della diagnosi), fare previsioni a partire da una situazione data e ipotizzare aiuti possibili (fase della prognosi) sono due momenti fondamentali della pratica psicoanalitica nell'ambito forense ovvero della clinica forense. Proprio alla luce di quanto brevemente accennato, avendo come scopo l'esplorazione e l'approfondimento della psicoanalisi dal punto di vista teorico-metodologico e dal punto di vista delle sue applicazioni nel contesto sociale, abbiamo organizzato come A.Psi.C. un *Corso di Alta Formazione in Clinica Forense* che speriamo possa essere una buona occasione di apprendimento e confronto per tutti i colleghi interessati a diventare CTU e CTP. Tutti i docenti del corso metteranno a disposizione una lunga e grande esperienza specifica e sarà possibile affiancare molti di loro, partecipando come Uditori all'espletamento di un incarico peritale.

Bibliografia

Fornari, U. (2008). *Trattato di Psichiatria Forense*, Utet, Torino.

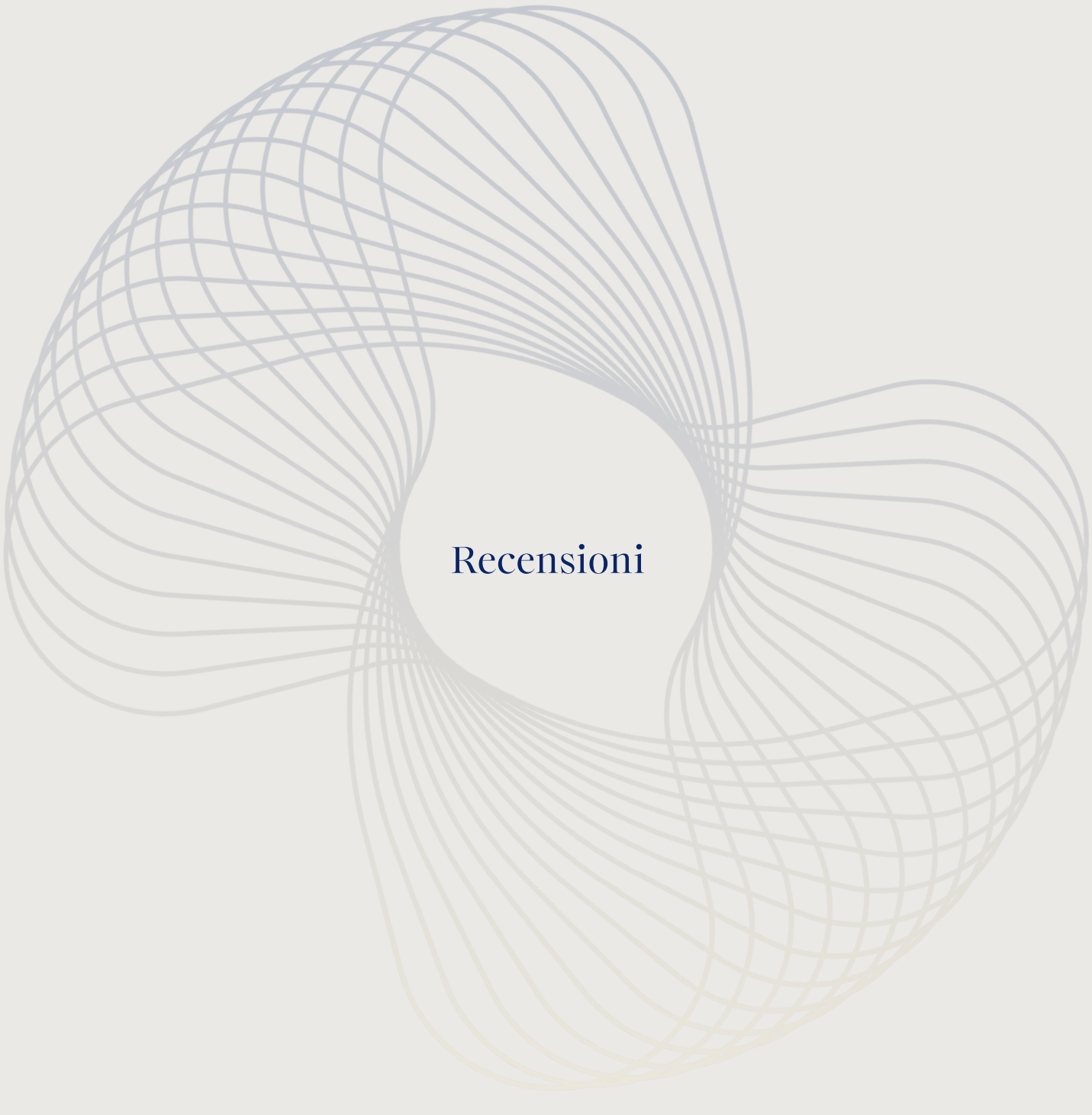
Fornari, U. (2012). *Al di là di ogni ragionevole dubbio*, Espress Edizioni, Torino.

Freud, S. *OSF*, 1980, Torino.

Kernberg, O. (1985). *Mondo interno e realtà esterna*, Bollati Boringhieri, Torino.

Rostagno, M. (2012). Approccio psicoanalitico e consulenza peritale: riflessioni in itinere, *Bergasse 19*, Vol. 7 pag. 199-206.

Winnicott D.W. (1986). *Il bambino deprivato*, Raffaello Cortina, Milano.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, overlapping circles. The circles are arranged in a way that they create a central, irregularly shaped void. The lines are light gray, and the overall effect is a complex, woven texture. The pattern is centered on the page, with the text 'Recensioni' placed within the central void.

Recensioni

L'Ultracorpo. Psicoanalisi, corpi e biotecnologie

A cura di Daniela Cassano

“L'Ultracorpo. Psicoanalisi, corpi e biotecnologie” nasce dai contributi ad un convegno organizzato dal *Centro Psicoanalitico* di Roma (appartenente alla *Società Psicoanalitica Italiana*) e svoltosi nel marzo 2018. Gli argomenti affrontati dai co-Autori vertono sul tema centrale dell'ibridazione tra uomo e macchina. In questa definizione generica, e per certi versi inquietante, sono comprese le complesse relazioni che si vengono a creare tra i dispositivi e le procedure messe a disposizione dai progressi della scienza da una parte e la vita fisica e psichica dell'essere umano dall'altra. Il libro raccoglie interventi di psicoanalisti, medici, giornalisti, artisti, fisiologi, sociologi. Le scoperte della tecnologia applicate all'umano passano attraverso il corpo, ma l'unità psiche/soma è inscindibile, la mente è parte integrante del corpo in cui abita; l'Io è un Io corporeo. Le connessioni tra mente e corpo vennero indagate da Freud che si interessò particolarmente all'isteria, prototipo delle condizioni in cui profonde valenze simboliche trovano un'espressione somatica. In “Il Disagio della Civiltà” (1929) Freud pose in luce, profeticamente si può dire, il nucleo centrale del problema: “L'uomo è per così dire divenuto una specie di dio protesi, veramente magnifico quando è equipaggiato di tutti i suoi organi accessori, questi però non formano un tutt'uno con lui e ogni tanto gli danno ancora del filo da torcere” (pag. 582). I progressi scientifici sono (e saranno) sempre più importanti e decisivi per la vita dell'uomo. Si pensi ad esempio al settore sanitario: i trapianti d'organo, le bioprotesi, l'utilizzo di *pace-maker*, defibrillatori, microinfusori, le tecniche di fecondazione assistita e riattribuzione di genere, la chirurgia estetica, ecc. L'elevata fiducia nella tecnologia tende a condurre verso un funzionamento mentale anch'esso di tipo “operatorio” da una definizione di M. de M'Uzan in cui la realtà fattuale risulta iperinvestita. L'elevato tecnicismo delle discipline scientifiche moderne tende a ricondurre e spiegare ogni situazione con motivazioni di ordine tecnico-pratico. Tale riduttivismo può risultare assai fuorviante: noi non siamo i nostri geni, la fiducia acritica nel mondo della virtualità rischia di farci precipitare in un pericoloso astrattismo.

Matilde Vigneri prende in considerazione i profondi cambiamenti imposti dall'avvento dei trapianti d'organo. Con i primi trapianti si impose un cambiamento del comune sentire e delle legislazioni vigenti. In Sudafrica, ad esempio, le leggi razziali impedivano che il cuore di un nero potesse essere trapiantato in un bianco e così pure la nuova definizione di morte cerebrale, indispensabile per poter effettuare il prelievo d'organo, venne a sostituire la precedente definizione di morte basata sull'arresto cardiocircolatorio. Oggi, il trapianto d'organo è una pratica largamente accettata; maggiori dibattiti suscitano invece le questioni legate alle tecniche di procreazione assistita. I confini della procreazione, la definizione della coppia genitoriale stanno rapidamente perdendo i loro connotati tradizionali, rimasti immutati per secoli. Quelli che sono stati ritenuti i confini della generatività, definiti dalla biologia, si stanno modificando rapidamente. Si pensi a quanto sta avvenendo a carico delle fasi più cruciali della vita umana: le nuove modalità di concepimento e, sul versante opposto, le tecnologie

applicate al fine vita (al suo prolungamento o al suo possibile accorciamento: il suicidio assistito). Tra i contributi contenuti nel libro compaiono svariati altri temi, tra cui ad esempio: le problematiche di coloro che ricevono interventi protesici (i possibili sviluppi paranoici legati alla presenza di un arto alieno); le situazioni legate ai trattamenti (ormonali e chirurgici) richiesti per la transizione di genere; gli interventi di chirurgia demolitiva per prevenire lo sviluppo di tumori in pazienti portatori di mutazioni genetiche ad alto rischio ed altri temi ancora. Se le tecniche permettono potenzialmente di superare come specie umana molti limiti prima invalicabili, è al livello del singolo individuo che si combatte una battaglia complessa, lunga e spesso dolorosa. Alcune decisioni (in ambito sanitario, per esempio) possono risultare particolarmente pesanti e le loro conseguenze ultimative; i tentativi possono fallire in un'alternanza tra speranza e delusione; le attese possono diventare sfiancanti; ci possono essere effetti collaterali negativi per la salute, e così via. La psicologia cognitiva può sembrare più in linea con i nuovi progressi tecnologici, pare interpretarli meglio. Tuttavia la posizione della psicoanalisi, che per certi versi può apparire più “anacronistica”, proprio in quanto ha il funzionamento psichico dell'individuo quale vertice di osservazione, permette una visione più complessiva, meno inglobata e funzionale alle sole istanze concrete dell'immediato. Un problema sollevato da alcuni degli Autori del libro è se la psicoanalisi possa oggi correre il rischio, a causa dell'evoluzione della tecnologia e della società, di perdere i propri riferimenti metapsicologici: i concetti di scena primaria, complesso edipico, differenze tra le generazioni rimangono validi anche oggi? Siamo di fronte ad una vera mutazione antropologica? La validità dei principi fondanti della psicoanalisi non viene meno. Ciò che occorre è un'attenzione particolare degli psicoanalisti verso questi temi (e la letteratura in materia è piuttosto scarsa attualmente), uno sforzo di aggiornamento continuo e di confronto, anche con esperti di altre discipline. E' fondamentale che il soggetto possa trovare nella psicoanalisi uno strumento adeguato per aiutarlo in nuovi e complessi processi di mentalizzazione. Il ruolo specifico dell'analista sta nel condividere con il paziente il difficile lavoro di integrazione delle sue varie parti corporee (naturali o artificiali che siano) e nel favorire nuovi investimenti narcisistici al fine di ricostruire l'unità mente/corpo. Alcuni Autori fanno notare come, a livello contro-transferale, il lavoro con pazienti cosiddetti “biotech” sia spesso faticoso e poco gratificante. La focalizzazione del paziente su tematiche molto tecniche (ad esempio le modalità di funzionamento di uno stimolatore cardiaco) può rendere il setting molto “meccanizzato”, privo di vita. La presenza di un terzo “artificiale”, in seduta, può creare un'atmosfera intossicata da identificazioni proiettive pesanti. In queste fasi della terapia l'analista deve quasi divenire il custode del meccanismo che il paziente sta utilizzando per potergli permettere di far fluire la sua esistenza in modo accettabile.

Il testo è per sua natura composito, raccoglie temi complessi e differenti tra loro. Per ognuna delle tematiche citate sarebbe necessaria una trattazione specifica. Il pregio del lavoro sta

nel cogliere l'estrema attualità e rilevanza dell'argomento, osservato da diversi punti di vista. Dalle acute riflessioni che vi sono contenute emerge il ruolo fondamentale della psicoanalisi contemporanea che dovrebbe essere interessata e presente su questi temi. I progressi tecnologici non possono né devono essere fermati, ma vanno governati. Non tutto ciò che è possibile può essere realizzato in modo indiscriminato. Al di là delle molte questioni di tipo ideologico ed etico che le nuove tecnologie applicate all'uomo sollevano, la psicoanalisi conserva il proprio specifico mandato. Sulla base consolidata dei suoi principi teorici e tecnici deve continuare a perseguire la conoscenza del funzionamento mentale e la cura nel rispetto delle personali convinzioni del paziente, anche se "biotech".

Bibliografia

M'Uzan M. de (2003), *Corpi che tacciono*. Psiche 1, 75-82, 2003.