

A.Psi.C.
Associazione Psicoanalisi Contemporanea

Direttore Responsabile
Daniela Cassano

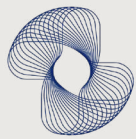
Direttore Editoriale
Morena Danieli

Redattore Capo
Laura Fattori

Psicoanalisi Contemporanea

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

ISSN 2785-5376



A.Psi.C.
Associazione Psicoanalisi Contemporanea



Sede della Redazione

via G. Verdi, 45, Torino

Email:

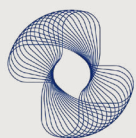
redazione@psicoanalisicontemporanea.it

Sito web:

www.apsic.it

Indice

Editoriale	6
Teoria e Tecnica Psicoanalitica	8
La metafora corporea, la rappresentazione e la genesi neonatale della funzione simbolica e della coscienza Stefano Calamandrei	9
Il concetto di morte in età evolutiva	23
Mirella Rostagno	
Rappresentazioni della separazione e dei fantasmi funebri attraverso le esperienze immaginative Alberto Passerini	35
Casi clinici	46
L'origine traumatica del funzionamento al limite: il caso di Alice Marco Sciutto	47
Interfacce	77
Psicoanalisi e gruppi	78
Antonella Ramassotto	
Formazione	92
Psicodinamica e sociodinamica dei conflitti:	93
educare al conflitto per imparare a gestirlo Mario Perini	
Cosa succede agli adolescenti? Il corpo sotto attacco:	115
connessioni con la società e le sue trasformazioni Nadia Benedetto (con un commento di Daniela Cassano)	
Recensioni	122
Franco Borgogno, <i>Una vita cura una vita. Inizi, maturità, esiti di una vocazione</i> (Torino: Bollati Boringhieri, 2020) tradotto ed edito negli US con il titolo: <i>One life heals another. Beginning, Maturity, and Outcomes of a Vocation</i> (New York: IPBook, Inter- national Psychoanalytic Book, 2020) Recensione di Sofia Massia	123



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

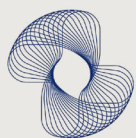
Giulia Brolato

Chiara Pugnetti

Mirella Rostagno

Ilaria Saracano

Daniela Settembrini



A.Psi.C.
Associazione Psicoanalisi Contemporanea

Hanno dato il loro contributo a questo numero:

M. Baiona

Direttore Neuropsichiatria Infantile Nord-Asl
Città di Torino.

E. Buday

Psicologa e Psicoterapeuta. Istituto Minotauro
Milano.

D. Cassano

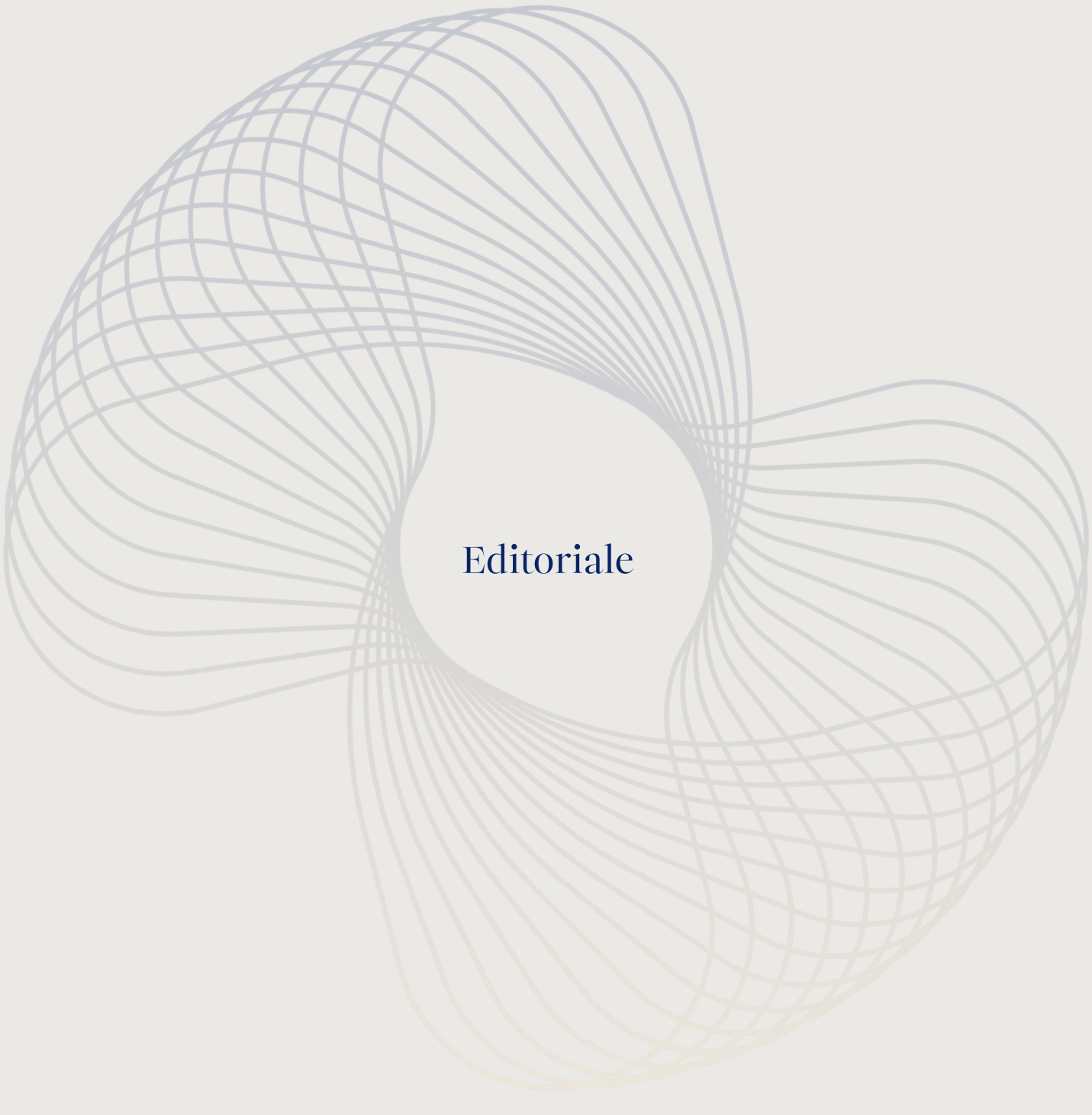
Medico neurologo, Psicoterapeuta, socio
fondatore A.Psi.C. e co-direttore della rivista
Psicoanalisi Contemporanea.

M. Danieli

Neuropsicologa, Psicoterapeuta, socio
fondatore A.Psi.C. e direttrice editoriale della
rivista *Psicoanalisi Contemporanea*.

D. Settembrini

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



Editoriale

Ecco il terzo numero, secondo del 2022, della rivista on-line *Psicoanalisi Contemporanea*, espressione di A.Psi.C. Purtroppo gli avvenimenti recenti non confortano le speranze concrete di una prossima, almeno parziale, risoluzione dei drammatici conflitti politici ed economici che il pianeta sta vivendo. Tuttavia continuiamo a credere e a lavorare, dal nostro punto di osservazione, per promuovere una riflessione profonda su di sé e sul mondo, nella convinzione che la conoscenza del proprio funzionamento mentale, la responsabilità verso se stessi e verso gli altri siano presupposti indispensabili per poter cambiare i comportamenti individuali e collettivi a vantaggio degli esseri umani, di tutti gli esseri umani, e dell'ambiente in cui viviamo.

In questo numero, la sezione *Teoria e Tecnica Psicoanalitica* ospita il lavoro di Stefano Calamandrei in cui l'Autore affronta il tema fondamentale del linguaggio e delle sue matrici, ripercorrendo le teorizzazioni dei principali studiosi che si sono occupati di questo tema. Nella stessa sezione, Mirella Rostagno tratta il problema della consapevolezza dell'esperienza luttuosa dalla prospettiva del bambino e dell'adolescente. L'Autrice analizza in dettaglio tre vertici fondamentali: la morte dell'Altro, la morte di Sé e la morte della vita psichica, mentre Alberto Passerini riflette intorno al tema della separazione e del lutto dal vertice osservativo dell'Esperienza Immaginativa (originato dal *Rêve-Éveillé* di Desoille).

Nella sezione *Casi Clinici* pubblichiamo un contributo di Marco Sciutto dove è esposto il caso di una giovane paziente con disturbo di personalità di tipo borderline. L'Autore risale alle radici traumatiche importanti rintracciabili nell'infanzia, legate soprattutto alla carenza di cure materne primarie (una "madre morta").

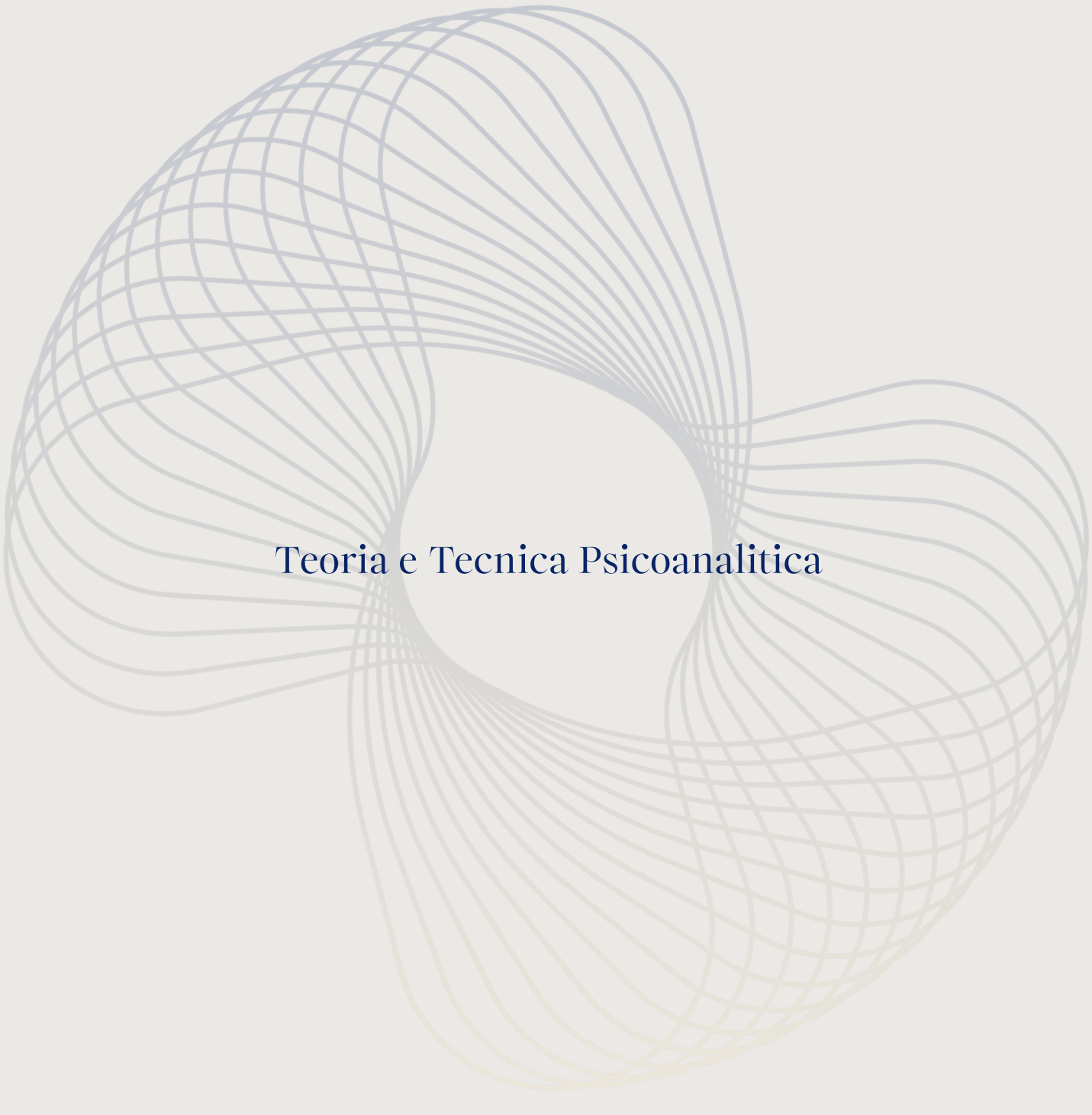
La sezione *Interfacce* ospita il contributo di Antonella Ramassotto, psicoanalista di formazione lacaniana. Il suo lavoro è una riflessione intorno alla propria esperienza di lavoro con i gruppi. Viene esaminato il percorso analitico che si snoda tra l'esigenza di riconoscersi nel sintomo che accomuna fino a giungere all'incontro con la propria singolarità.

Nella sezione *Formazione* troverete il contributo di Mario Perini sul tema del conflitto nei suoi aspetti teorici analitici e culturali, ma anche istituzionali e sociali. Sono trattati alcuni modelli di gestione del conflitto di importanza rilevante anche per la pratica clinica.

Il lavoro di Nadia Benedetto prende in esame alcune declinazioni moderne del disagio adolescenziale che viene espresso con grande evidenza attraverso il corpo, ed espone alcuni modelli di intervento attuabili nell'ambito dei servizi di cura territoriali. A questo articolo fa seguito una riflessione sullo stesso tema di Daniela Cassano.

In questo numero la sezione *Recensioni* pubblica un contributo di Sofia Massia nel quale l'Autrice ripercorre con stima e ammirazione il percorso professionale e di vita di Franco Borgogno a partire dalla lettura del volume *Una Vita Cura una Vita*, pubblicato contemporaneamente in Italia e negli Stati Uniti. In questo libro lo psicoanalista torinese, AFT della SPI, dell'APsA e dell'IPA, ripercorre il percorso umano che ha caratterizzato la sua "vocazione psicoanalitica" e le sue innovazioni teorico-cliniche.

La Redazione vi augura una gradevole e proficua lettura!

An abstract geometric design composed of numerous thin, overlapping curved lines that form a central, irregular void. The lines are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some lines appearing more prominent than others. The overall shape is roughly circular but with complex, flowing edges. The lines are a light gray color, and the background is a solid light gray.

Teoria e Tecnica Psicoanalitica

La metafora corporea, la rappresentazione e la genesi neonatale della funzione simbolica e della coscienza

Stefano Calamandrei ¹

Freud definisce l'Inconscio (1915) un sistema che non si può immaginare inoperoso né tantomeno si può pensare che sia il preconscious ad effettuare tutto il lavoro psichico, come se l'inconscio fosse solamente un residuo evolutivo: *“O supporre che il rapporto tra i due sistemi si limiti all'atto della rimozione... l'inconscio è invece vivo, capace di sviluppo e intrattiene con il Prec una serie di altre relazioni, come quella della collaborazione”* (pag. 74). Freud annuncia, in questo testo, che esaminerà successivamente le condizioni del passaggio alla Coscienza in un saggio dedicato a questa istanza, purtroppo però non pervenuto perché forse mai realizzato, e conclude il paragrafo con un'analisi del pensiero schizofrenico in relazione al linguaggio. *“Il sistema Prec nasce dal fatto che questa rappresentazione della cosa viene sovrainvestita in seguito al suo nesso con le relative rappresentazioni verbali... Abbiamo il diritto di supporre che siano tali investimenti a determinare una qualche organizzazione psichica, e a rendere possibile la sostituzione del processo primario con il processo secondario che domina nel Prec... (Nella schizofrenia) ci si aspetterebbe piuttosto che la rappresentazione della parola, in quanto parte Prec, debba sostenere il primo assalto della rimozione, e che diventi incapace di ricevere qualsiasi investimento dopo che la rimozione è proceduta fino alle rappresentazioni inconse della cosa (a causa del ritiro dell'investimento libidico)... È in realtà un punto difficile da capire. Risulta che l'investimento della rappresentazione verbale non entri a far parte dell'atto di rimozione, ma rappresenti i tentativi di ristabilimento o guarigione nel quadro della schizofrenia in modo così spiccato. Questi sforzi sono intesi a riconquistare gli oggetti perduti, e può darsi benissimo che con questo proposito si invochi la strada che porta all'oggetto passando per la sua componente verbale; poi accade che ci si debba accontentare delle parole al posto delle cose”*. (Freud, Ibidem, pag.87). Freud considera un fatto generale che l'attività psichica si muova in due direzioni opposte: dalle pulsioni verso l'attività cosciente, oppure partendo dalle sollecitazioni esterne, attraverso il sistema C e Prec, fino a giungere agli investimenti inconsci dell'Io e degli oggetti.

Questa seconda via rimane transitabile nonostante la rimozione avvenuta, per cui la via della componente verbale sembra essere indipendente dalla rimozione ma non solo: *“...Se pensiamo in termini astratti corriamo il rischio di trascurare le relazioni delle parole con le rappresentazioni inconse delle cose, e non si può negare che il nostro filosofare acquista allora un'inde siderata somiglianza, nell'espressione e nel contenuto, con il modo di fare degli schizofrenici”* (Ibidem, pag.88). Quindi le parole, i simboli, hanno uno statuto indipendente rispetto alla rimozione e all'inconscio rimosso, sebbene Freud ipotizzasse che il simbolo nascesse come elemento finale del percorso “Conflitto-Rimozione-Sostituzione per formazione di Compromesso”, che tende all'oscuramento del ricordo di un'idea inaccettabile con qualcosa che la coscienza poteva accettare: il cosiddetto “simbolo propriamente psicoanalitico”. Inoltre ci fa

capire che il troppo teorizzare, fare astrazioni, usare solo le parole, in maniera disinvestita, ci allontana dalla rappresentazione di cosa e ci fa speculare in un “vuoto razionale” in maniera scissa e distaccata dall’inconscio e quindi dal corpo.

La comunicazione orale primaria è difficile da comprendere per chi è abituato alla scrittura e alla lettura, poiché automaticamente pensiamo in termini di proposizioni, frasi, che colleghiamo a un lessico, a una grammatica, a una semantica che le parole rappresentano. Per chi non conosce ancora la scrittura, come i bambini o le popolazioni primitive, il linguaggio non è una costruzione astratta: le parole sono innanzitutto suoni, eventi e nascono in situazioni concrete, specifiche a cui sono indissolubilmente legate. L’oralità primaria è una comunicazione immediata legata alla presenza fisica, corporea, nasce e muore con il suono della voce e la sua conservazione è legata esclusivamente alla memoria. Proprio per questo l’oralità primaria è affabulativa, formulaica, ridondante, aggregativa più che analitica. L’udito, il senso per eccellenza della oralità primaria e della comunicazione, è un senso aggregativo più che analitico, al quale l’apprendimento della scrittura sostituirà la vista (Ong, 1982). È stato evidenziato come in assenza della cultura scritta si tende a far riferimento non a forme astratte (il cerchio, il rettangolo, il quadrato) ma agli oggetti concreti (il piatto, un tovagliolo o alle parti del corpo), una tendenza che mostra come nell’oralità primaria le procedure di ragionamento siano in primo luogo analogiche. La scrittura ha modificato il pensiero umano perché la comunicazione si è staccata dalla sua specifica situazione fisica, non ha richiesto più la partecipazione personale diretta, sonora, dell’autore del messaggio ma, ed è la sua forza, si rivolge a una pluralità di lettori: è una tecnologia che richiede strumenti, è un aiuto esteriore che ha prodotto la trasformazione interiore della coscienza.

Molti dei tratti, per noi ovvi, del pensiero, dell’espressione letteraria, filosofica e scientifica, nonché della comunicazione orale tra alfabetizzati, non sono propri dell’uomo in quanto tale ma derivano dalle risorse che la “tecnologia della scrittura” mette a disposizione della coscienza. Le parole pronunciate, invece, si trascinano sempre dietro le loro etimologie e gli elementi che in origine costituiscono un termine, indugiano in qualche maniera anche nei suoi significati successivi, evocano, forse oscuramente, ma sempre in modo potente e irriducibile. Sebbene le parole siano radicate nel discorso orale, la scrittura le imprigiona, tirannicamente e per sempre, in un campo visivo. Se si chiede a una persona alfabetizzata di pensare alla parola “nonostante” questa di solito verrà sollecitata alla rappresentazione della sua immagine visiva, alla parola scritta, sarà del tutto incapace di pensare al termine “nonostante” senza richiamarsi al modo in cui viene scritto, di pensare solamente al suono. Questo significa che un alfabetizzato non può recuperare totalmente il senso di ciò che la parola significa come quando era immerso nella tradizione soltanto orale. Per la maggior parte degli alfabetizzati pensare alle parole come entità estranee alla scrittura è un compito decisamente arduo da affrontare, perché le parole continuano a raggiungerci in forma scritta, qualsiasi cosa si faccia. Dissociare le parole dalla scrittura rappresenta, inoltre, una minaccia psicologica, poiché il senso di controllo sulla lingua, tipico di chi sa leggere e scrivere, ha stretti legami con la trasformazione visiva del linguaggio. Senza la scrittura la coscienza umana non

potrebbe sfruttare appieno le sue potenzialità, ma è molto importante comprendere cosa significhi apprendere la scrittura e come questa modelli la coscienza del bambino e dell'uomo. Senza la scrittura le parole, come tali, non hanno presenza visiva anche quando gli oggetti che rappresentano sono visibili: esse sono soltanto suoni che possono richiamare, ricordare ma non c'è un luogo interiore dove andare a cercarle, sono occorrenze, eventi, difficili da tenere in mente. Perché il suono ha un rapporto speciale col tempo, diverso da quello degli altri sensi: il suono esiste solo nel momento in cui sta morendo, è deperibile ed essenzialmente evanescente e come tale viene percepito. Non è possibile fermare il suono e averlo al tempo stesso, se si ferma un suono si avrà solo silenzio. Tutte le sensazioni hanno luogo nel tempo, ma in nessun altro campo del sensorio c'è una tale resistenza rispetto a questo atto quando si tenta di fermarlo: per esempio, per la vista è importante fermare l'immagine, si guadagna in nitidezza e comprensione, così si è in grado di registrare sia il movimento che l'immobilità. In più il suono ha un rapporto unico con l'interiorità, mentre ad esempio la vista si limita alle superfici, alla luce che riflettono i piani esteriori, ma non riesce a penetrare all'interno. Invece, tutti i suoni registrano la struttura interna di ciò che li produce: infatti la voce umana proviene dall'interno dell'organismo, fornisce risonanze vocali che riescono a penetrare in chi ascolta con le sue vibrazioni. La vista isola gli elementi, l'udito li unifica.

Affrontare il tema del corpo nella teoria e nella clinica psicoanalitica significa, secondo me, riprendere contatto e dare significato all'inconscio non rimosso ed agli aspetti comunicativi auditivi, valorizzare cioè la base corporea da cui emergono tutte le istanze. I processi che portano le parole ad essere pronunciate non sono accessibili alla coscienza. Semi (2021) sostiene che: *"...esiste un altrove dal quale queste parole magicamente sono comparse, quasi fossero richiamate in servizio da qualcuno o qualcosa"* (pag. 3). Ed evidenzia come nel disegno della psiche, riportato ne *L'Io e l'Es*, il cosiddetto "berretto uditivo" è messo di lato ma esteriormente al sistema P-C come fosse un senso a parte: un'area che fa parte dell'io inconscio e che comunica con l'Es non rimosso. *"(Le parole) ...giungono alla coscienza ma soggettivamente non siamo in grado di spiegare com'è che appaiono. Ci sembra, per così dire, naturale e con ciò cerchiamo di dare per scontato il problema... Siamo in presenza di un inconscio... capace di far giungere i propri effetti sulla coscienza"* (Ibidem, pag. 6).

Sembra evidente che la crescita della mente è un percorso che dal corpo, dall'inconscio non rimosso va incontro al processo secondario, attraverso l'uso del linguaggio, all'introduzione nel mondo sociale condiviso. Un mondo sociale nel quale pensiamo naturalmente di abitare, nel mondo condiviso della coscienza e delle parole scritte, in cui ci confermiamo l'un l'altro continuamente e che ci consente di approntare difese partecipate e spesso finalizzate a dimenticare, o a negare, con negazioni collettive, molti aspetti delle nostre basi corporee; pensiamo ad esempio alla difesa che si è indebolita in questi tempi, a causa del Covid, quella che ci tutela dal quotidiano senso della nostra finitezza. (Si veda a proposito il mio articolo *"La difesa esistenziale quotidiana del Sè. Caducità e il SARS-CoV-2"* nel numero 1/21 di *Psicoanalisi Contemporanea*). Possiamo sostenere che maggiormente si forma la mente cosciente, la funzione simbolica, tanto più ci allontaniamo dal corpo ed entriamo in un'area di consa-

pevolezza condivisa, di ragione e parole astratte, di difese sociali che definirei “esistenziali”. Partendo dallo studio delle patologie gravi, sono stato costretto a cercare di definire meglio come nasce e come si sviluppa la funzione simbolica nella mente del neonato, che cosa la promuove e cosa la ostacola, soprattutto in relazione al contributo materno. Credo che lo snodo fondamentale da cui emerge la “capacità di pensare” sia il rapporto fondamentale e altamente specifico di ciò che Freud individua come il “sovrainvestimento” materno: questo investimento, per quanto sia stato individuato come fondamentale e imprescindibile nella teoria psicoanalitica, non è mai stato descritto né affrontato nello specifico. Nella stessa maniera, ritengo, sia accaduto alla “funzione simbolica”, poiché sia il concetto di sublimazione di Freud, che l’acquisizione della posizione depressiva di Klein, oppure la funzione alfa di Bion o il passaggio Ps-D, cioè i momenti fondamentali dell’evoluzione della mente neonatale, in qualche modo, vengono dati per scontati, ma non descritti, mai troppo specificati, piuttosto attribuiti a una serie innumerevole di leggerissimi spostamenti progressivi, così piccoli da non poter essere percepibili e pertanto non ben definibili. Queste teorie hanno la caratteristica, che è anche un loro limite, di cercare di teorizzare un’evoluzione partendo dalla stanza di analisi, direi dall’alto, come punto di vista, cioè dall’osservazione del paziente adulto, in cui la funzione simbolica era già acquisita e matura, o veniva ipotizzato, sbagliando, che fosse alterata dalla patologia psichiatrica: era inevitabile che considerassero naturale l’acquisizione della funzione simbolica e del linguaggio, che avvenisse in maniera quasi spontanea, forse per trasmissione ereditaria. Proprio la difficoltà di descrivere i passaggi di apprendimento e l’evoluzione della mente infantile, delle sue capacità di elaborazione e di acquisizione del simbolismo, hanno fatto mantenere molto a lungo l’idea che fossero capacità innate, dovute ad un patrimonio genetico o filogenetico, per coprirne l’incomprensibilità. Si ricorre alla filogenesi, o a definizioni piuttosto che a descrizioni dei vari singoli passaggi, secondo me, quando non si possono spiegare le cose, perché mancano le capacità osservative o le teorie che ci consentirebbero di analizzare in maniera più adeguata i dati clinici.

Invece, secondo Modell (2003), la mente neonatale, per quanto riguarda il simbolismo, è una “tabula rasa” dove tutto deve essere appreso e ipotizza che l’inconscio non-rimosso sia la sede di un pensiero in forma di metafora emotivo-esperienziale. Il pensiero metaforico interpreterebbe la memoria inconscia delle sensazioni somatiche, la traccia mnestica, proprio perché le memorie dell’esperienza somatica si organizzano attraverso la formazione di categorie basate sulla similitudine metaforica. L’inconscio non-rimosso, così, sarebbe costituito da simboli non-convenzionali, proto-metafore, formate dall’immaginazione corporea, che confluiscono e si strutturano in “metafore primarie” che, in seguito, plasmeranno gli strumenti cognitivi fondamentali. Ad esempio, la sensazione che scaturisce dal saper mantenere la postura eretta, dal saper conquistare il senso di verticalità, una conquista ed un obiettivo piacevole della prima infanzia, si accompagna ad una precisa percezione interiore di verticalità che diviene una metafora basilare. La sensazione psicomotoria pervasiva “stare su” diviene una “metafora primaria”, uno strumento cognitivo che genera significato e da cui derivano una serie di acquisizioni di senso che formano la struttura cognitiva che dona coerenza alla no-

stra esperienza ed ai nostri vissuti. La metafora cognitiva primaria espande, poi, le proprie capacità, al di là dei limiti corporei, per rendere più comprensibile il mondo esterno. La sensazione corporea dello stare in piedi sulle proprie gambe acquista un significato: lo stare “su” diviene una metafora simbolica, a cui la parola “su” rimanda continuamente, sia emotivamente e soprattutto cognitivamente. Stare “su” significa, nel linguaggio comune, in tutte le lingue, un aumento della quantità, delle qualità positive, un aumento del tono dell’umore: *“...In qualsiasi ambito, dai termometri ai grafici, l’aumento viene sempre rappresentato con l’andare verso l’alto e le diminuzioni con l’andare verso il basso, sono oggetti creati dall’uomo in accordo con la metafora concettuale che più è in alto”* (Calamandrei, 2016, pagg. 130-131). Le formazioni metaforico-cognitive si possono considerare dei pre-simboli universali che, a differenza di quello che pensava Freud, devono essere apprese; ma tale simbolismo non-convenzionale, fondamentale per avviare il processo del pensiero, non è finalizzato alla comunicazione, è un prodotto narcisistico di appropriazione soggettiva e comprensione di sé. L’utilizzo delle metafore primarie permette di effettuare una similitudine metaforica, un ponte di significato tra la traccia mnestica di una sensazione corporea e qualcosa del mondo esterno, che così viene compreso attraverso il ricordo di sensazioni corporee analoghe. La metafora corporea è lo strumento usato per soggettivarsi e capire se stessi, ma questo passaggio non si potrebbe sviluppare senza l’aiuto materno che sovrainveste, evidenziando e confermando la sensazione provata dal neonato.

La madre accompagna e co-crea il “*continuum*” che trasforma la sensazione e la percezione primitiva in rappresentazione che, così, viene “tenuta in mente” dal bambino come espressione metaforico-corporea, primo simbolo cognitivo non-convenzionale, estremamente individuale, perché ognuno avrà imparato a stare in piedi ed a cadere secondo la sua personalissima esperienza. Lo stesso sovrainvestimento materno, ma a questo punto anche paterno e degli altri *caregivers*, accompagnerà la mente infantile nel trasformare la sensazione metaforico-esperienziale idiosincrasica, il personalissimo simbolo non-convenzionale, nel simbolo verbale condiviso “su”.

IL SOVRAINVESTIMENTO MATERNO INDUCE IL CONTINUUM SIMBOLICO: IL RAPPRESENTARE

Il flusso delle parole della madre non serve, dal punto di vista del neonato, a simbolizzare poiché il suono, il tono della voce, il ritmo del discorso sono fusi all’interno di un evento globale di percezione e apprendimento, di scambio emotivo. La distinzione tra i suoni, come aspetti di un’esperienza totale e il loro significato, tra significante sonoro e significato concettuale, è il frutto di un’acquisizione che si realizza attraverso un lento sviluppo psichico. Nella prima fase conseguente alla nascita, il sovrainvestimento materno comincia a determinare delle correlazioni attraverso il lavoro di “*cross-modal matching*”, per attivare l’attenzione del neonato su stimolazioni che derivano da portali sensoriali diversi, ma dovute ad uno stesso fenomeno: attiva ed integra la percezione del suono con quella della vista o quella del tatto

quando il bambino entra in contatto con un oggetto, ad esempio il biberon. In questo modo, connette sensazioni diverse che derivano da portali sensoriali diversi, in modo da indurre e valorizzare la metaforizzazione corporea, in un processo di progressiva differenziazione ed integrazione degli elementi rispetto all'originaria unità sensoriale (Modell, 2003). La madre effettua un lavoro di discriminazione, differenziazione, amplificazione e così sovrainveste, evidenzia, fa notare al neonato le sue stesse sensazioni e percezioni, i suoi stati d'animo, inducendo, ogni volta, un atto psichico di attenzione e percezione interiore che aiuta il bambino a farle divenire "rappresentazione di cosa". La sollecitazione materna promuove l'organizzazione interiore suggerendo di effettuare gli spostamenti da una modalità sensoriale all'altra, preservandone le caratteristiche "vitali" e mantenendo la corrispondenza (*matching*) tra le diverse forme affettive, come ha efficacemente dimostrato sperimentalmente Stern (2010). La madre, attraverso il legame empatico e inter-corporeo, condivide le stesse sensazioni corporee e conferma la tipologia di "forma emotivo-dinamica" che viene vissuta dal neonato, ma non attraverso la stessa modalità sensoriale, bensì accompagnandolo con un suono o con un gesto o con uno sguardo. Così se da un lato questi si sente indotto verso uno spostamento ed una correlazione, dall'altro comprende che la madre non si limita a imitarlo, ma lo sostiene mentre egli sta auto-creando la propria forma interiore e la condivide. La corrispondenza e l'induzione di legami riguardano gli stati affettivi interni, le modalità del "vissuto", non si limitano agli aspetti percettivi esteriori ed ai comportamenti manifesti. La sintonia corrisposta tende a stabilire, attraverso la corrispondenza affettiva, la partecipazione delle "forme vitali" dinamiche pur esperite attraverso differenti modalità psichiche (Stern, 2010). Questa prima fase, all'incirca fino al nono mese, corrisponde, per la madre, al periodo in cui mantiene un assetto mentale definito da Winnicott di "*preoccupazione materna primaria*" (Winnicott, 1958) e dove si suppone che non siano ancora del tutto all'opera le modalità di apprendimento e di attivazione basate sui meccanismi dei "neuroni specchio" (Schorre, 2014). Questa fase termina all'incirca al nono mese, quando comincia a manifestarsi il cosiddetto fenomeno della "attenzione congiunta" studiato da Tomasello (1999, 2004) e determinante per l'avvio della funzione simbolica nel neonato: "*...tra i 9 ed i 12 mesi cominciano a emergere un nuovo complesso di comportamenti, non più diadici ...ma triadici nel senso che implicano una coordinazione delle interazioni dei bambini con gli oggetti e con le altre persone il cui risultato è un triangolo referenziale costituito dal bambino, dall'adulto e dall'oggetto o l'evento sul quale focalizzare l'attenzione di entrambi*" (Tomasello, 1999, pag. 83). Questa caratteristica tipicamente umana, un complesso di abilità e di interazioni sociali, è stata definita "attenzione congiunta" e permette ai bambini di cominciare a "sintonizzarsi" con l'attenzione ed il comportamento degli adulti poiché cominciano a comprendere le altre persone come agenti intenzionali al pari di se stessi. Questa acquisizione è rivoluzionaria per il bambino poiché gli consente di vedere anche se stesso in interazione, per così dire, come se stesse osservando la scena dall'alto: "*Il suono...diventa linguaggio quando e solo quando egli comprende che l'adulto sta emettendo quel suono affinché il bambino stesso presti attenzione a qualcosa*" (Tomasello, 1999, pag. 127).

Cerchiamo di riportare queste acquisizioni nella stanza analitica formulando alcune ipotesi, partendo dalla riflessione di Loewald (1980) che aveva ipotizzato come il sovrainvestimento materno sia, in realtà, un concetto organizzatore dell'attività mentale del bambino che non è così semplice da realizzarsi. Ogni "investimento" che viene effettuato dalla giovane mente non è solamente uno spostamento di energia, ma è un atto di organizzazione mentale che struttura la "rappresentazione di cosa" come un oggetto, crea un'entità differenziata e relativamente distante dall'agente organizzatore. L'investimento narcisistico che il soggetto effettua in un atto di percezione interna non è solo un investimento libidico, ma è un atto mentale in cui una "cosa" viene distaccata per via intrapsichica dallo stesso agente. L'inizio del comprendere simbolico del neonato è il momento in cui evidenzia e contempla uno stato emotivo in comune con qualcun altro; ciò consente al bambino di effettuare una connessione, un "matching" evidenziante, attraverso il quale può cominciare ad accedere alla propria esperienza e a tenerla in mente. Il "tenere in mente", cioè il rappresentare, è la funzione che il neonato apprende e ciò che la madre cerca di promuovere, creando un "oggetto intrapsichico", tramite l'evidenziare un "terzo" contemplato insieme e inducendo un atto percettivo all'interno del sé del bambino.. Tale atto percettivo interiore diviene un meccanismo processuale, appreso per identificazione, che, attraverso la condivisione e la conferma di ciò che il bambino esperisce, produce significato; ma quello che viene appreso è anche lo strumento, la funzione elaborativa che porterà a costruire una propria modalità interiore di effettuare le corrispondenze significanti.

L'identificazione permette di apprendere il "come fare", l'atto stesso, di impadronirsi del procedimento, ovvero divenire creativi: cioè sapere che correlando due stimoli sensoriali "grezzi" questi diventano qualcosa di più, accedono ad un livello superiore di significato. Se, poi, questo "nuovo" significato viene anche partecipato da qualcuno all'esterno di noi, diverrà simbolico (Calamandrei, 2016).

LA PERCEZIONE INTRAPSICHICA ED IL "TENERE IN MENTE" GENERANO LA COSCIENZA SIMBOLICA

Il sovrainvestimento materno produce un triplice effetto nella mente del neonato: 1) l'induzione a rappresentare, ad apprendere l'atto di percezione interna, trasforma qualsiasi sensazione o percezione in un "oggetto intrapsichico" tenuto in mente e ciò permette di poterlo osservare, distaccandolo da sé e dalla realtà contingente, rendendolo pensabile ed elaborabile: tutto questo porterà a generare la coscienza. La coscienza si formerà attraverso l'identificazione con la madre e i *caregivers* e la loro modalità che insegna a "tenere in mente", a rappresentare per se stessi degli oggetti intrapsichici, la funzione più importante della coscienza (Calamandrei, 2019). 2) La condivisione contemplata di una "cosa", come un'emozione interna ai partecipanti alla coppia o un oggetto, diventa un oggetto "terzo" grazie al ponte empatico tra i due ed il percepito insieme, col tempo, diventerà simbolo, anche verbale, ma manterrà sempre traccia della sua origine empatica. 3) La madre, quando induce un investimento su

un materiale percettivo, lo fa divenire un “oggetto intrapsichico” per la mente neonatale, costruisce il senso di realtà, poiché indica cosa e come va percepito: di conseguenza la realtà è soggettiva e dipendente dall’educazione emotiva di un’altra mente. La “realtà” non è una percezione oggettiva ma una costruzione, una interpretazione culturale del reale percepito attraverso il mondo interno materno e successivamente continuamente rielaborata attraverso le condivisioni coscienti sociali.

L’analista evidenzia le emozioni che l’analizzando sta provando, evoca la “rappresentazione di cosa” contenute nelle parole, che così viene condivisa, contemplata insieme, ma al tempo stesso differenziata, distanziando le rappresentazioni dall’unità indifferenziata fusionale in cui sono immerse. Analista ed analizzando condividono emozioni, identificazioni, ponti empatici, simboli che permettono nuove connessioni tra elementi distinti a cui, solo alla fine, verrà dato un nome, completando e ripetendo l’atto psichico primigenio di significazione e cambiamento interiore che ha formato il processo secondario. In questa maniera la terapia psicoanalitica promuove, elettivamente, lo sviluppo del pensiero, fin dalle sue radici narcisistiche, e della funzione simbolica dell’analizzando, strutturando ed ampliando la formazione della coscienza condivisa. Il particolare movimento emotivo che induce la differenziazione, l’auto-creazione della propria sensorialità e della significazione personale, avviene attraverso la creazione di una “terzietà” che anticipa la formazione del simbolismo. La terzietà è la base della cognizione sociale, poiché supera il rispecchiamento speculare, è sintonia ma soprattutto è far capire di aver capito e comunicarlo su un altro piano emotivo: è condividere qualcosa in comune, distanziandola dal proprio Sé e contemplandola insieme. Il linguaggio si sviluppa grazie alla crescente differenziazione tra Sé e mondo oggettuale quando una parte della “rappresentazione di cosa” uditiva, immersa nella situazione mnestica globale, viene staccata ed individuata per divenire lentamente un’astrazione come un concetto, un simbolo verbale, pur mantenendo un legame, appunto simbolico, con la rappresentazione di cosa da cui è emersa. La condivisione materna insistita su quel particolare suono “terzo” (“su”), ma anche quella del padre e degli altri *caregivers*, così lungamente sovrainvestito attraverso l’attenzione congiunta”, serve a completare il percorso processuale lungo il *continuum* che va dalla rappresentazione della sensazione corporea metaforica di “verticalità, stare in piedi, stare su” al suono-parola “su”. Infatti, la capacità di dividerlo e contemplarlo insieme, distanziando ed evidenziando qualcosa di sonoro, qualcosa che prima era solamente rappresentato crea il simbolo-parola che esprimerà sinteticamente, simbolicamente la “rappresentazione di cosa”, la “sensazione metaforico-corporea”: un processo, questo, dell’apprendimento del linguaggio e del simbolismo, che si completa solo con la tarda adolescenza.

CONSAPEVOLEZZA VERBALE E INSIGHT

Negli ultimi anni, il cambiamento terapeutico viene attribuito a meccanismi che vanno al di là dell’interpretazione e della comprensione cosciente. Si è andati sempre più considerando come il lavoro analitico produca ristrutturazioni psicologiche che non sembrano passare

solamente attraverso la presa di coscienza, l'*insight*. Manfredi (1998) dopo aver messo l'ascolto al centro delle attività della mente dell'analista e aver dato una particolare attenzione a come il paziente ascolta l'interpretazione, ipotizzò che: *"Nella sequenza interpretazione di transfert-insight-cambiamento introduco l'ascolto in questa maniera: ascolto-interpretazione-insight- cambiamento. Da qualche tempo penso poi che si possano invertire gli ultimi due termini: ascolto- interpretazione-cambiamento-insight"* (Manfredi, 1998, pag. 68). Dove l'*insight* viene considerato un fatto di coscienza che include una particolare consapevolezza, quella del sentirsi diversi, e come tale ha un rapporto limitato con la definizione a parole. Considerazioni simili si ritrovano anche in Bion (1972). Infatti Ogden (2016) commentando le sue indicazioni terapeutiche chiarisce che quando *"...l'analista è pronto a formulare l'interpretazione, il lavoro è già stato fatto, nel senso che analista e paziente sono già stati trasformati dall'esperienza di intuire congiuntamente la realtà psichica inquietante con cui sono diventati una cosa sola... L'interpretazione è superflua"* (Ogden, 2016, pagg.82-83). Questo tipo di evoluzione tecnica della psicoanalisi testimonia l'importanza che viene riconosciuta alle capacità dell'analista di identificarsi col Sé del paziente, con i livelli non rappresentabili della mente, fino al più profondo Sé narcisistico.

Tale approccio, però, può essere valido solamente nell'ambito nevrotico, dove possiamo dare per scontato che il complesso Preconscio-Conscio si sia ben costituito e l'esperienza vissuta in analisi, con il cambiamento conseguente, possa autonomamente soggettivarsi, divenire cosciente e strutturarsi, anche senza la verbalizzazione dell'analista, come accade nel fenomeno del Lutto (Freud, 1915). Questa eventualità, però, non è percorribile in chi si trova ancora in una posizione "melanconica", dove proprio il meccanismo elaborativo della soggettivazione è ostacolato poiché il percorso identificativo-simbolico non si è compiutamente sviluppato. In questa situazione è emersa una ipotesi teorica che tende a far sì che l'analista, percependo un vuoto, una mancanza, un "sé silenzioso" nella mente dell'analizzando, intervenga sostituendosi al paziente e contribuendo con una propria "speculazione immaginativa", pensando di indurre una riattivazione della funzione elaborativa dell'analizzando, considerando che questa "fantasia" dell'analista è qualcosa che proviene, comunque, dal paziente anche se non riesce ad esprimerla, essendo effettivamente la coppia analitica al lavoro un "campo biperpersonale". Ritengo, però, che il percorso verso il Preconscio-Conscio, la via elaborativo-identificativa, possa scaturire solamente da un lavoro psicoanalitico artigianale, eseguito con la "devozione" di un ascolto materno, come indicava Winnicott (1958), che valorizzi il "gesto spontaneo" e che insegni prima di tutto a "rappresentare", a fare le correlazioni interiori, gli atti di percezione interna necessari per evidenziare a sé i propri stati emotivi. Poiché solo questo atteggiamento terapeutico consente, successivamente, il gioco di identificazioni così che il "vuoto" possa modificarsi e colmarsi con alterazioni identificative dell'Io, fino a giungere ad elaborare i propri contenuti emotivi. In questo modo viene ripristinato il *continuum* naturale che forma il simbolo non- convenzionale e poi lo trasforma in convenzionale; così la metafora inconscia di sé potrà divenire un contenuto consapevole verbalizzato, l'unico modo in cui può essere compreso: solamente ripercorrendo il percorso naturale dello sviluppo at-

traverso questa esperienza, rivissuta in analisi, possiamo costruire la “strada” che forma il Preconscio-Conscio, per un autentico cambiamento psicologico.

Questo è il nucleo del lavoro che cerco di effettuare con molti analizzandi come Duccio, ad esempio. La difficoltà a rappresentare gli impediva di individuare i propri stati emotivi, renderli oggetti intrapsichici per poter essere osservati e compresi. Solamente nella seconda *tranche* della sua analisi siamo riusciti ad affrontare pienamente il tema delle sue profonde crisi di rabbia che si manifestavano ogni volta che si sentiva escluso o manipolato in una discussione, sia con sua madre che sul lavoro. Per lungo tempo sembrava che questa rabbia nascesse in conseguenza di una ferita narcisistica per non avere né il modo né lo spazio di manifestare la propria opinione. Duccio si colpevolizzava perché non riusciva a imporsi nelle discussioni, non sapeva spiegarsi, non vinceva: apparentemente sembrava un problema di onnipotenza e di reazione a questa ferita narcisistica. Solamente con l’approfondimento della sua analisi abbiamo potuto capire che quello che cercava nelle discussioni era soprattutto la conferma del suo “sentire”, il bisogno di trovare nel confronto che ciò che provava era giusto, era la “sua” percezione. Ogni discussione metteva in crisi il suo modello poiché metteva in dubbio la qualità del suo “sentire”, dubitava di ciò che percepiva e di conseguenza si destrutturava, entrava in uno stato di confusione che si esprimeva con una rabbia molto intensa e distruttiva che lo faceva stare per giorni isolato, in preda a uno stato d’animo di grande sofferenza.

D: Mia madre mi ha scritto una mail, continua a dire che ho sbagliato io, non ero mai raggiungibile per telefono e così si è accordata con mio fratello per dargli come abitazione la casa della nonna. Dice che paga un affitto regolare e intanto io non ho un’abitazione, non mi hanno chiesto nulla e se anche fosse un anticipo dell’eredità mio fratello non potrà mai pagarmi metà del suo valore. Non le parlo più, non ci riesco, l’ho mandata a quel paese, non rispondo al telefono... Non ero raggiungibile, mi prende in giro. Oggi sono stato dal direttore generale a protestare perché al mio lavoro mi fanno fare un ruolo di segreteria, mentre io sono laureato e mi occupo di giornalismo. Mentre reclamavo mi diceva che dovrebbe esserci un posto da un’altra parte, oppure che non lavoravo nemmeno tutti i pomeriggi. Ma se io dovrei lavorare solo la mattina per contratto! Mi sono alzato e sono uscito, l’avrei strozzato!

T: Sembra che la sua rabbia nasca quando si sente escluso, quando non viene riconosciuta la sua opinione.

D: Mio fratello non mi parla più, è arrogante, mia mamma lo difende, dice che sono io che non capisco, che c’è stato un equivoco, che basta spiegarsi, ma intanto lui ha una bellissima casa. Forse dovevo spiegarle meglio, ma lei mi rimbalza sempre, nega che ci sia un problema, mi fa sentire in colpa, dove ho sbagliato? Sono andato dall’avvocato: l’atto di affitto non è stato nemmeno depositato, potrei fargli causa, ma a cosa serve? Non riesco nemmeno più a leggere l’e-mail che mi manda, ho provato a scrivere una risposta ma non mi riesce, ho troppa rabbia.

T: Quando si sente così ferito ci vuole diverso tempo per recuperare, si riapre una ferita profonda che dà tanta rabbia ed impotenza, entra in uno stato di confusione.

D: Non so cosa mi succede, perdo me stesso, non capisco più le cose, mi aiuti la prego, non so cosa succede, non ci capisco nulla, mi sembra di svenire non riesco neanche a capire se hanno ragione loro, forse mi sbaglio, forse non ho capito, a volte mi sembra di essere in trance, sono tornato da quel dirigente, ha detto che mi faceva un “rimprovero orale”, non sapevo perché, ma cos'è una sanzione? Dopo l'ufficio sono stato in giro, sono stato a bere, ho mangiato in un pub ma non ricordo come sono tornato a casa, non ero ubriaco, ricordo che erano le cinque, credo di aver vagato per la città di notte. Cosa mi succede?

T: Si è sentito confuso, destabilizzato, nella discussione si sente perso se non è confermato in quello che sta provando, invece ha ragione a risentirsi perché l'hanno escluso.

D: Sì, mia madre e mio fratello dicono che hanno ragione e dicono che ho torto, ma io so di aver ragione, oppure no, non capisco, mi fanno una rabbia tremenda, li ucciderei.

T: Il fatto che loro non le chiedano scusa, che neghino il suo punto di vista la confonde, non trova conferma che il suo modo di pensare sia giusto. Le sue sensazioni sono giuste, si sente escluso, manipolato, sia sua madre che il direttore, mi racconti la rabbia e la confusione che ha provato.

Note

1. Stefano Calamandrei, Psichiatra e Membro Ordinario con Funzioni di Training della S.P.I., è stato responsabile di strutture riabilitative per giovani psicotici e di S.P.D.C.; esperto di terapia gruppale, di adolescenza e di patologie gravi, autore di numerosi articoli ed interventi su psicoanalisi e arte, terapia della psicosi e dei disturbi di personalità, sul disagio giovanile e la sua prevenzione.

Bibliografia

- Bion W. R. (1972). *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1983.
- Calamandrei, S. (2016). *L'Identità creativa*, Franco Angeli Editore, Roma.
- Calamandrei, S. (2019). La psicosi e la funzione simbolica. *Rivista di Psicoanalisi*, 4-12, 2019.
- Calamandrei, S. (2021). *La difesa esistenziale quotidiana del Sè. Caducità e il SARS-CoV-2. Psicoanalisi Contemporanea*. I-2021.
- Freud, S. (1915). *Metapsicologia*, OSF 8, Bollati Boringhieri, Torino.
- Loewald, H. (1980). *Riflessioni psicoanalitiche*. Masson, Milano, 1999.
- Manfredi Turillazzi, S. (1998). *I Seminari Milanesi di Stefania Manfredi Turillazzi*. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi.
- Modell, A.H. (2003). *Imagination and the Meaningful Brain*. MIT Press, New York.
- Ogden, T.H. (2016). *Vite non vissute*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ong, W. (1982). *Oralità e scrittura. Le tecnologie della parola*. Trad. it. Il Mulino, Bologna, 2014.
- Schore A. (2003). *I disturbi del sé*. Trad. it. Astrolabio, Roma, 2010.
- Schore A. (2014). *Prefazione* in Ammanniti M. e Gallese V., *La nascita della intersoggettività*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.
- Semi, A. (2021). *Quale inconscio non rimosso?*. Relazione al Panel Congresso Nazionale SPI 2021.
- Stern D. (2010). *Le forme vitali*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011.
- Tomasello M. (1999). *Le origini culturali della cognizione umana*, Il Mulino, Bologna, 2005.
- Tomasello M (2004). *UNICAMENTE UMANO Storia Naturale del Pensiero*, Il Mulino, Bologna, 2014.

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

Il concetto di morte in età evolutiva

Mirella Rostagno ¹

PREMESSA

Si nasce e si cresce per imparare ad accettare la morte e al contempo si deve accettare la morte per imparare a vivere ed apprezzare il piacere del ‘percorso’ che ad essa inevitabilmente conduce. L’umanità, nel tempo e attraverso le specifiche esperienze culturali, ha da sempre filosofato sul senso della vita e della morte, interrogandosi di fronte alle paure e alle angosce connesse alla vecchiaia, alla malattia, alla disgrazia, all’aggressività auto ed eterodiretta. Lunghi dall’aver trovato risposte esaustive, siamo sempre ancora alla ricerca di un qualche senso, sia esso scientifico, spirituale, religioso. Tuttavia, dobbiamo riconoscere come una certezza quanto strettamente vita e morte, libido e aggressività, siano collegate nella storia individuale di ognuno di noi e che gli interrogativi rispetto al significato del nascere e del morire ci accompagnino per tutto il nostro tempo fin da quando veniamo al mondo. S. Freud ha teorizzato l’esistenza di pulsioni di vita e di pulsioni di morte prendendo in considerazione nel corso dei suoi studi il loro costante ed evidente interagire. La pulsione di morte “rappresenta la tendenza fondamentale di ogni essere vivente a ritornare allo stato inorganico” (Laplanche, Pontalis, pag.465) contrastando le pulsioni libidiche, cioè quelle sessuali e autoconservative; il declinarsi esterno di tale tendenza prende le forme dell’aggressività, sadismo e masochismo, ed è al contempo innegabile che le due pulsioni siano spesso tra loro fuse: “..anche l’atto più duro di intenzionale crudeltà, che in superficie sembra soddisfare solamente qualche aspetto della pulsione aggressiva, ha per colui che lo compie un qualche inconscio significato sessuale, e gli fornisce una certa quantità di gratificazione sessuale inconscia. Allo stesso modo non c’è atto di amore, per quanto tenero, che non fornisca simultaneamente un mezzo inconscio di scarico alla pulsione aggressiva” (Brenner, pagg. 31-32).

“L’eterna lotta tra Eros – vita, inclusa la sessualità – e Thanatos – autodistruzione e distruttività – costituisce la fonte più profonda dell’ambivalenza, dell’angoscia e del senso di colpa. Tuttavia queste due pulsioni fondamentali, pur essendo in conflitto, operano anche fuse assieme. Quando in questa fusione predomina la pulsione di morte, essa dà luogo al sadismo e al masochismo; quando predomina la pulsione di vita, l’aggressività si pone al servizio delle forze della vita e diventa egosintonica, vale a dire al servizio dell’Io” (Segal, pag.16).

Proprio dall’ambivalenza pulsionale e dall’ultima teorizzazione sulla pulsione di morte traggono spunto gli studi di M. Klein che ha proseguito il lavoro di S. Freud, ponendo le basi della teoria delle relazioni oggettuali. Concentrando la sua osservazione sulla diade madre-bambino, ella sottolinea quanto la pulsione di morte sia fondamentale fin dalla nascita, sia perché orientata verso l’oggetto esterno sia perché, internamente all’organismo, genera angosce distruttive. Gli studi di M. Klein sul lutto in relazione agli stati maniaco-depressivi, il suo interesse ad estendere ai bambini il lavoro della psicoanalisi attraverso una particolare tecnica,

aprono la via ad altri autori che svilupperanno le loro teorie non potendo più fare a meno di confrontarsi con le sue scoperte:

D. W. Winnicott, J. Bowlby, W. Bion, P. Fonagy, per citarne alcuni tra i più famosi, tutti hanno dato un importante contributo nel descrivere la relazione tra il bambino e i suoi caregivers nel costante intreccio tra amore-odio, presenza-assenza, tenuta-perdita.

Il tema del lutto, affrontato prima da S. Freud e successivamente ripreso da M. Klein, assume una grande importanza sia per comprendere il normale processo di crescita intrapsichica dell'individuo sia per esplorarne i possibili risvolti psicopatologici. J. Bowlby, sviluppando la sua teoria dell'attaccamento, approfondisce lo sforzo che il bambino nei primi tre anni di vita deve attuare per passare da uno stato di disperazione e disorganizzazione di fronte alla perdita degli oggetti esterni di investimento a un nuovo stato di riorganizzazione interna che permetta l'adattamento. Se il bambino sperimenta rotture dei legami primari significativi per morte o allontanamento di un genitore, ospedalizzazione o abbandono (è inevitabile confrontarsi con la profonda ferita narcisistica dei bambini adottati) ciò rappresenta un grave fattore di rischio per lo strutturarsi della sua personalità e per la sua salute mentale: *“Come gli adulti, i neonati e i bambini che hanno perso una persona amata provano dolore e attraversano periodi di lutto. Sembrano esserci solo due differenze, collegate fra loro. Una è che nel bambino i tempi sono abbreviati, anche se molto meno di quanto è stato supposto. L'altra, particolarmente significativa per gli psichiatri, è che nell'infanzia i processi che portano al distacco tendono a svilupparsi prematuramente, dato che coincidono e mascherano un forte desiderio residuo ed odio per la persona persa che persistono entrambi pronti ad essere espressi in modo inconscio.*

A causa di questo prematuro inizio del distacco i processi del lutto infantile prendono generalmente un corso che nei ragazzi più grandi e negli adulti è ritenuto patologico.” (Bowlby, pag. 53). La psicoterapia ha quindi il compito di aiutare il bambino a ricontattare l'ambivalenza tra il desiderio della madre persa e i sentimenti aggressivi per l'abbandono, in modo da rielaborare il lutto e riorganizzare un oggetto interno rassicurante. Riuscire ad elaborare i lutti permette di crescere in modo sano, dice D. W. Winnicott: *“Il lutto è indice di maturità nell'individuo”* (Winnicott, 1984, pag.168) e per lutti intendiamo tutte quelle perdite, reali o simboliche, che producono un cambiamento nella vita del soggetto, siano esse dolorose o semplicemente spiazzanti. Al di là della diversa tecnica di intervento nel *setting*, i pazienti, piccoli o grandi che siano, ci impegnano come terapeuti nell'attraversare con loro i lutti non inelaborati.

CRESCITA E MORTE

La morte, come evento luttuoso, coinvolge tutti nelle sue varie forme: anche i bambini e gli adolescenti si confrontano necessariamente con la morte e spesso il bisogno degli adulti di tutelare i figli, ma proiettivamente anche se stessi, da un pensiero così gravoso, si traduce nel negare la realtà di tale confronto, convincendosi illusoriamente che l'infanzia e la fanciullez-

za ne siano esenti. L'adulto e il bambino non pensano però la morte nello stesso modo. Alla luce delle conoscenze psicologiche e delle neuroscienze sappiamo che la capacità di pensare del bambino si sviluppa per gradi; bisogna quindi considerare come in età evolutiva si formi il concetto di morte e quali siano i passaggi di consapevolezza da parte del bambino. Al contempo dobbiamo chiederci come la morte sia vissuta in relazione alle tappe dello sviluppo emotivo e quale effetto possa avere avvicinarla realmente nella crescita. Per orientarci nella comprensione, proveremo man mano a rispondere ad alcune fondamentali domande: come si sviluppa nei bambini la consapevolezza oggettiva della morte? Come può manifestarsi nello sviluppo il suo vissuto soggettivo? Che differenza c'è tra morte reale e morte psichica? Nella clinica, come psicoterapeuti, ci troviamo ad affrontare in generale il tema della morte coi nostri pazienti, piccoli o grandi che siano, da tre prospettive diverse:

- come morte dell'altro
- come morte di sé
- come morte della vita psichica.

La morte dell'altro è una perdita, un lutto che va elaborato, l'oggetto esterno, reale, perso va reintegrato nella vita psichica attraverso la trasformazione in oggetto interno, in ricordo, che è bene sia sufficientemente positivo e non persecutorio. S. Freud in *Lutto e melanconia* (1917) ha ben descritto la complessità del lavoro del lutto che non sempre è sano, ma può avere risvolti patologici. Tre sono le fasi che di fronte alla perdita di un oggetto di investimento portano dallo sprofondare nel dolore al risollevarsi: diniego (si rifiuta la perdita), accettazione (si riconosce la mancanza), distacco (si investe su altri oggetti e altri interessi). L'oggetto interiorizzato, attraverso tali tre fasi del lutto normale, consola, tiene compagnia, arricchisce il dialogo tra sé e sé, includendo aspetti emotivi dell'altro perso, contiene simbolicamente la mente di chi resta, talvolta libera ed alleggerisce; al contrario l'oggetto interiorizzato in modo patologico appesantisce e può diventare artefice in chi resta di un importante disagio psichico: *“Il soggetto si ritiene colpevole della morte sopravvenuta, la nega, si sente influenzato o dominato dal defunto, si crede colpito dalla stessa malattia che ha provocato la morte della persona cara ecc..”* (Laplanche, Pontalis, pag. 289).

La morte di Sé è legata alla vecchiaia, alla malattia, all'ospedalizzazione, al trauma reale e psichico; generalmente si accompagna a sentimenti di rabbia e di paura, a vissuti di colpa e punizione. Nel corso della vita si tende ad evitarne il pensiero, se non facendone oggetto di specifica riflessione filosofica o religiosa, e ad evitarne prematuramente l'incontro, impegnandoci nella prevenzione e nella cura delle malattie. Quando 'si tira avanti in salute', la vecchiaia avanza e la morte di sé si avvicina senza troppi malanni, ci si rapporta con l'inevitabile in modi diversi. *“L'importante è che la morte ci trovi vivi”* è un famoso aforisma di Marcello Marchesi che ben sintetizza un possibile approccio mentale, sufficientemente sano, di fronte all'inquietudine e all'ignoto che la morte di sé rappresenta. Alcuni investono in modo quasi maniacale sulle esperienze di vita per perdersi il meno possibile (ricordo una paziente set-

tantenne che viaggiava in modo compulsivo, colta da un desiderio bulimico di conoscenza del mondo), altri al contrario attuano un ritiro depressivo degli investimenti, chiudendosi in un mondo interiore, isolandosi progressivamente dal mondo reale e dalle relazioni affettive.

La morte della vita psichica si manifesta, indipendentemente dall'età anagrafica, a partire dall'età evolutiva, attraverso la psicopatologia, nello specifico con la prevalenza dei vissuti narcisistici e depressivi. Si prendono le distanze dal mondo reale; si vive un'esistenza svuotata di emozioni, di relazioni e di significato; il tempo e lo spazio perdono la loro funzione di riferimento nel definire le esperienze. Molto spesso il vissuto della morte psichica si realizza precocemente, all'interno della relazione madre-bambino, condizionando in modo grave lo strutturarsi della personalità e l'equilibrio nella crescita.

Se concentriamo la nostra riflessione sui pazienti in età evolutiva dobbiamo considerare la possibilità delle tre prospettive sopra citate in rapporto alla capacità cognitiva del bambino e dell'adolescente. J. Piaget nelle sue ricerche su "la rappresentazione del mondo nel fanciullo" (1926) ha dimostrato che i bambini tra i 4 e i 14 anni confondono l'ambito della soggettività (desideri, pensieri, intenzioni) con l'ambito dell'oggettività (cose ed eventi fisici) che nel loro pensiero è guidato da animismo, finalismo e artificialismo. L'animismo consiste nella *"tendenza a considerare i corpi come vivi e dotati di intenzioni"* (Piaget, pag. 176) e l'animismo è collegato al finalismo poiché la natura e le sue leggi fisiche si conformano per il bambino ai bisogni umani come in una società ben ordinata. L'artificialismo *"consiste nel considerare le cose come il prodotto della fabbricazione umana"* (Ibidem, pag. 259). Naturalmente i livelli di maturazione attuali sono cambiati rispetto ai tempi delle ricerche piagetiane, poiché i bambini contemporanei sono cognitivamente più stimolati, più informati, più capaci; anche emotivamente essi hanno più risorse, perché la cultura educativa si è progressivamente arricchita di investimenti affettivi dando sempre più importanza alla relazione. Sicché possiamo affermare che già intorno agli 11 anni la consapevolezza rispetto alla morte e alle sue implicazioni è sovrapponibile a quella dell'adulto.

Scrivono A.E. Berti e A.S. Bombi: *"Molte informazioni e riflessioni sulle concezioni e i sentimenti dei bambini a proposito della morte derivano da studi clinici, condotti da psicoanalisti. Alcune ricerche sono invece state condotte intervistando direttamente i bambini a proposito della morte, o vedendo se essi spontaneamente la nominavano, quando si davano loro da completare delle storie per le quali era plausibile un finale drammatico"* (Berti e Bombi, pag.52).

Prima dei 3 anni il pensiero del bambino è senso-motorio/percettivo-motorio e quindi legato all'esperienza reale ed emotiva coi *caregiver*; il vissuto della morte è prevalente come riflesso introiettato del pensiero/vissuto presente nella mente dell'altro. M. Klein, riprendendo e sviluppando il concetto di pulsione di morte dell'ultima teorizzazione di Freud, ha descritto la relazione ambivalente tra madre e bambino, fatta di investimenti libidici e di investimenti aggressivi e ha individuato nel passaggio tra la posizione schizo-paranoide e la posizione depressiva l'integrazione del mondo interno: se il bambino introietta una prevalenza di oggetti persecutori, permanendo nella fase schizo-paranoide e non entrando nella fase depres-

siva, può sviluppare gravi psicopatologie. La mamma di Riccardo, un mio piccolo paziente di quattro anni, aveva perso entrambi i genitori a poca distanza l'uno dall'altro durante il primo anno di vita del figlio; la sua mente, svuotata di energie psichiche per il grave lutto, non era riuscita a nutrire la mente di Riccardo a sufficienza, il lutto traumatico non le aveva permesso di essere una “madre sufficientemente buona” (D. Winnicott) e il bambino, non trovando un adeguato contenimento, aveva sviluppato tratti psicotici importanti: il vissuto di morte, lutto reale nella mente materna, si è di fatto tradotto nella psicopatologia del figlio. J. Bowlby ha messo in rilievo l'importanza dell'attaccamento del bambino nei confronti delle sue figure di riferimento; quando tale legame per i motivi più svariati subisce una rottura, ciò rappresenta un lutto grave che va rielaborato. Andrea (tre anni) di fronte alla morte reale dei propri genitori a causa di un incidente stradale cui egli era sopravvissuto grazie al seggiolino, oltre a regredire sul piano delle tappe evolutive raggiunte a livello di linguaggio e di autonomia sfinterica, manifestava tratti fobico-ossessivi per proteggersi dalle angosce mortifere. Possiamo ben comprendere attraverso la teoria di W. Bion come tanto più piccolo è il bambino, tanto più la perdita reale dell'altro coincide con la perdita di Sé o comunque di parti di Sé vissute come psichicamente morte. Venendo a mancare una mente in grado di alfabetizzare gli elementi della realtà non ancora pensabili da parte del bambino, perdendo la possibilità di un'adeguata *reverie*, la mancanza diventa trauma, vuoto cosmico. Il seguente esempio clinico-forense molto doloroso può dare l'idea di ciò che accade nella mente in formazione. I bambini che nascono in S.A.N. (Sindrome di Astinenza Neonatale) vengono subito allontanati dalle loro madri tossicodipendenti perché queste, non avendo “mentalizzato” (P. Fonagy) il bisogno prioritario del bambino di nascere sano e non sottoponendosi quindi in gravidanza alle cure necessarie per ridurre la dipendenza, hanno dimostrato una chiara incapacità genitoriale di fronte alla quale il Tribunale per i Minorenni apre un procedimento di adottabilità al fine di tutelare il bambino. Ebbene, andando a conoscere i figli abbandonati, accolti temporaneamente in un nido in attesa di adozione, mi sono trovata davanti a bimbi pieni di lividi (l'”Io pelle” protettivo descritto da D. Anzieu non si struttura) perché incapaci di pian- gere di fronte al dolore: il pianto è comunicazione/richiesta di aiuto e se non c'è un *caregiver* che ascolta è privo di senso. Al contempo il racconto degli educatori mi presentava bimbi che urlavano nel sonno come se precipitassero nel vuoto: la mancanza precoce del contatto e del contenimento materno si traduce in mortificazione psichica, “buco nero”. Anche il concetto di “madre morta” presentato da A. Green può essere inteso come un vissuto di morte introiettato nei primi anni di vita: l'oggetto libidico distante emotivamente, arido o trascurante che il bambino introietta, va a costituire quel nucleo freddo, quell'incapacità di amare alla base delle gravi forme di narcisismo.

Dopo i 3 anni il pensiero diventa proprio del bambino e cominciano le prime interpretazioni soggettive della realtà. **Prima dei 5 anni** in generale il bambino pensa alla morte come a una partenza, a una separazione per un viaggio lungo (vedi le due varianti proposte alla tavola 4 “Il funerale” delle Favole di L. Duss), a un'ospedalizzazione. La morte concepita come separazione dall'altro produce angoscia, vissuti di abbandono, di smarrimento ma poiché il bam-

bino è dominato dal pensiero magico, essa è concettualizzata come un fenomeno reversibile. Per il bambino la persona morta pensa e sente, quando i bambini giocano simbolicamente alla guerra, ammazzano o fanno finta di essere morti, rappresentano l'immobilità come un sonno da cui si risvegliano. Le cause della morte possono essere individuate sia in eventi esterni (malattie, incidenti, assassini) sia in eventi interni (pensieri e intenzioni aggressivi, desideri di eliminazione). Ciò fa sì che i bambini di questa età nel momento in cui sono arrabbiati con l'altro possano augurarsi che muoia, o di non vederlo più. Alessia, una paziente di quattro anni e mezzo, quando si trovava ad affrontare momenti di frustrazione e sentiva la necessità di attribuire ai genitori la responsabilità perché non riusciva a tollerare il fallimento, li guardava di brutto e diceva loro: "Muori! Vai via!". La morte nella sua realtà piena è ancora inconcepibile il che fa sì che i bambini, di fronte a favole che la presentano in modo più realistico, possano vivere con estrema angoscia la morte del *caregiver*. Spesso i genitori raccontano che i figli di questa fascia d'età, guardando con loro *Bambi* o *Re Leone*, vanno a nascondersi dietro al divano per non vedere certe scene. Di fronte alla morte reale dell'altro emergono in terapia vissuti di rabbia verso chi ha lasciato ma anche vissuti di colpa per eventuali conflitti pregressi con l'altro, che a loro volta possono causare la morte stessa del bambino. Sharon, 5 anni, soffriva di una grande gelosia verso la sorellina da poco nata, sentiva di volerla "far fuori". Quando quest'ultima, per un problema di salute, aveva dovuto trascorrere qualche giorno in ospedale, Sharon aveva sviluppato una fortissima ansia, legata al senso di colpa per aver lei stessa provocato il male della sorella. La morte nel sogno viene spesso rappresentata come l'esplosione di un incendio che brucia tutto, provocando smarrimento e senso di abbandono: Sharon aveva spesso tale incubo che la portava a cercare assicurazione nel pieno della notte, andando a mettersi nel lettone tra i genitori. La morte di sé comincia a questa età ad essere pensata, pur ancora in modo confuso, nelle esperienze di malattia, di privazione delle normali attività quotidiane, di ospedalizzazione, di traumi reali subiti. Scrive Anna Freud: *"Tutto considerato, è difficile immaginare un modo per preparare un bambino alla morte, sia quella di un altro paziente come lui o la sua. Per i bambini stessi, la morte ha scarso significato a parte l'idea dell' "essere via" o dell' "essere scomparso"* (Freud A. et al., pag.61). L'autrice ha descritto i vissuti di rabbia, paura, senso di spaesamento che i bambini provano durante l'ospedalizzazione, cui reagiscono sviluppando difese in modo reattivo e patologico o sentendosi puniti per chissà quali colpe nei confronti delle persone significative per loro. *"Vi è nella mente di molti bambini la credenza, fermamente radicata, che le malattie siano autoindotte, ben meritata punizione per ogni sorta di cattiverie, disobbedienze, trascuranza delle regole, delle proibizioni, di illecite pratiche fisiche"* (Ibidem, pag. 62). Contrastare la paura legata alla morte di sé impegna i bambini in ritualizzazioni difensive, in compulsività che magicamente tengano lontani i pericoli e facciano in modo che non succeda niente di brutto; spesso i bambini sviluppano tratti depressivi importanti che li portano a ritirarsi, ad autocontenersi, avendo perso la fiducia nell'aiuto dei caregivers. D. Winnicott, R. Spitz, G. Raimbault si sono occupati dei bambini ospedalizzati sottolineando come la perdita della sicurezza prima garantita dalle persone di riferimento generasse vissuti anche potentemente aggressivi

auto ed eterodiretti. G. Raimbault rileva nei bambini malati di malattie incurabili una certa chiaroveggenza: la morte che verrà è consequenziale al fatto che, pur curati in ospedale, non guariscono. Ella ritiene che, a differenza dei bambini sani che hanno una progressione del concetto di morte in relazione all'età, i bambini gravemente malati, essendo stati colpiti nel proprio corpo, hanno dovuto costruire pensieri e rappresentazioni della malattia e della morte sovrapponibili al pensiero degli adulti.

Tra i 5 e i 9 anni la morte dell'altro è riconosciuta come evento inevitabile, ma collegata alla vecchiaia per cui il confronto con il suo pensiero viene rimandato: "è presto per pensarci". L'immaginario della morte è quello di una vita sbiadita, senza colori, attutita. L'irreversibilità compare un po' alla volta: a 6/7 anni i bambini pensano che se il morto viene scaldato e o gli si dà da mangiare possa risvegliarsi (vedi favole come "Biancaneve" o "La bella addormentata"); a 7/8 anni l'irreversibilità della morte è concettualmente chiara e il bambino riconosce la cessazione delle funzioni vitali quali il respiro e il battito cardiaco; a 9/10 anni riconosce anche l'universalità dell'evento, dovuto a cause diverse (vecchiaia, malattia, incidente, assassinio) che riesce ad indicare. In questa fascia d'età progressivamente aumenta la comprensione del dolore e della perdita; il bambino capisce la sofferenza dell'altro e si responsabilizza facendosene carico, spesso sviluppa precoci adultizzazioni (il "falso Sé" di

D. Winnicott), schiacciando le emozioni e i bisogni propri più autentici per compensare le carenze dell'altro. Marco, 8 anni, di fronte alla grave malattia oncologica del fratello più piccolo aveva reagito con un ritiro scolastico non perché non gli piacesse andare a scuola o non avesse buoni risultati, ma per controllare che papà e mamma stessero bene e per essere presente di fronte all'emergenza di un urgente ricovero del fratello. I sentimenti di rabbia per la situazione familiare e i suoi personali bisogni non avevano possibilità di accesso di fronte al bisogno dell'altro.

Solo dagli 11 anni in poi il pensiero del bambino rispetto alla morte reale è equiparato a quello dell'adulto, per cui i vissuti di perdita possono essere elaborati attraverso il normale lavoro del lutto. J. Bowlby parla della crescita come di un continuum di costruzione e rottura dei legami affettivi che vanno costantemente riconosciuti e integrati nell'organizzazione del mondo interno. M. Mahler introduce l'importanza del processo di separazione-individuazione quale base dello sviluppo: man mano che il soggetto cresce lascia alle spalle qualcosa e si affaccia al nuovo col bisogno di rielaborare ed integrare il vecchio; qualcosa deve concludersi per lasciar spazio ad altro. Potremmo quindi dire che crescere è un costante lavoro di lutto, di trasformazione: vita e morte sono strettamente intrecciati, libido e distruttività sono sempre in relazione. Francesca, 12 anni, di fronte alla consapevolezza della malattia della madre, colpita da un tumore al seno, oscillava tra una miriade di sentimenti ed emozioni contrastanti: la paura di perderla e i vissuti di smarrimento, il bisogno di starle accanto per sostenerla nel dolore, la rabbia per "la fregatura" di avere un genitore malato, il bisogno di pensare a sé, permettendosi di investire sul cambiamento preadolescenziale. La psicoterapia per lei ha rappresentato un luogo dove elaborare con l'altro la possibilità di un lutto e dove integrare nel mondo interno una realtà esterna complicata e dolorosa (O. Kernberg).

In adolescenza, più ancora che alla fine della fase edipica, il ragazzo, chiedendosi chi è e spostando l'investimento dall'oggetto (i genitori) a sé, perde il senso della propria identità di cui comincia ad andare alla ricerca.

Emergono vissuti di spaesamento ed occorre un'importante elaborazione del lutto: *“Il senso di perdita dell'oggetto in rapporto al genitore dell'infanzia, cioè in rapporto all'immagine parentale, è sotto certi aspetti simile al lutto”* (Blos, pag. 240). Con la nascita del nuovo Sé il ragazzo matura pienamente il concetto della morte di sé e si confronta con esso o in termini di sfida, come se il ritorno del pensiero onnipotente dovuto alla riedizione pulsionale gli permettesse di negare ciò che sa, cioè le caratteristiche di irreversibilità e di universalità dell'evento, o in termini depressivi e catastrofici perché spaventato dal fallimento rispetto agli obiettivi specifici dell'età. L'adolescente sprofonda in un generale stato depressivo che può risolversi spontaneamente col tempo così come, in alcuni casi, può tradursi in atteggiamenti ad alto rischio, vissuti come autocura, quali uso di alcool e droga, negazione euforica e maniacale del proprio star male, suicidio. *“Chi ha avuto occasione di presidiare l'esperienza depressiva di qualche adolescente disperato s'è sicuramente reso conto dell'assoluta incompatibilità della vicenda depressiva con ciò che prescrive l'adolescenza come statuto, cioè di amare, di intercettare gli aspetti interessanti ed antinomia della vita e del mondo e di festeggiare assieme agli amici coetanei e contro i nemici interni ed esterni.....La perdita di iniziativa dovuta al disinvestimento radicale di qualsiasi rappresentazione di azione o di oggetto trasforma l'adolescente caduto in depressione nel monumento funebre dell'adolescente, un morto vivente che s'aggira per casa senza trovare se stesso che è l'obiettivo ovvio del processo adolescenziale”* (Pietropolli Charmet, pag. 121).

Stefano, 15 anni, in psicoterapia per un atteggiamento oppositivo-provocatorio, agiva imprese sempre più spericolate con il suo *skate* (ad es. saliva su alti e stretti muretti/cornicioni come se fosse immune dal pericolo non solo di farsi male, ma anche di morire per una caduta), ma di notte sognava di assistere al proprio funerale, attento a quale fosse la reazione di dolore dei suoi familiari. Il sogno della propria morte e la presenza al proprio funerale è un sogno molto frequente negli adolescenti, come se dovessero lasciare andare le parti di sé infantili e risorgere con nuove parti proprie, originali, altre rispetto al legame coi genitori. Anita, 16 anni, era tormentata da fantasie anticonservative dove la morte era vissuta in parte con grande angoscia, in parte quale soluzione: infatti, l'avrebbe liberata dal peso di fare i conti con una Sé vissuta come brutta, sola, incapace di creare relazioni significative, di avere successo nella vita e di andare bene a scuola.

La morte come soluzione e fuga da una realtà che sembra inaffrontabile è un pensiero molto frequente nei ragazzi in difficoltà nell'accettazione del nuovo Sé. Superato il periodo adolescenziale che può protrarsi anche a lungo, il pensiero della morte diventa comune e condivisibile, quale esperienza inevitabile, ma da tenere sullo sfondo in modo da non intralciare la vita: **giovinezza** e **adulità** investono tendenzialmente sul futuro, nella generatività personale e filiale. È con la **maturità** e la **vecchiaia** che il tema della morte ritorna centrale, ci si avvicina alla morte con consapevolezza sempre maggiore, le perdite dell'altro si fanno più frequenti e

il lasciare la vita genera vissuti di fragilità, paura, dipendenza dai legami affettivi. E' evidente come ciascuno possa, in tale frangente, esprimere vissuti diversi rispetto al lasciare, a seconda delle condizioni di salute o malattia (di qui le riflessioni sull'autodeterminazione rispetto al fine vita), delle caratteristiche della propria personalità e del maggiore o minore equilibrio raggiunto nel proprio mondo oggettuale interno. In generale, si tenderà ad investire sulla possibilità di trasmettere una traccia di Sé, genetica, affettiva, esperienziale, valoriale, culturale che resti al di là di sé quale testimonianza transgenerazionale.

Note

1. Psicologa-Psicoterapeuta Specialista in Psicologia, Consulente e Perito del Tribunale di Torino, Socio Fondatore e Vice Presidente dell'Associazione Psicoanalisi Contemporanea A.Psi.C.

Bibliografia

- Anzieu, D. (1985). *L'Io pelle*. Trad. it. Borla, Roma, 2005.
- Berti, A. E., Bombi A. S. (1985). *Psicologia del bambino*. Il Mulino, Bologna.
- Bion, W. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Trad. it. Armando, Roma, 1972.
- Blos, P. (1962). *L'adolescenza*. Trad. it. Franco Angeli, Milano, 1975.
- Bowlby, J., (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1982.
- Brenner, C. (1955). *Breve corso di Psicoanalisi*. Trad. it. Martinelli, Firenze 1976.
- Fonagy, P. (2001). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2002.
- Freud, A. e Bergmann T. (1946). *Bambini malati*. Trad. it. Universale scientifica, Boringhieri Torino 1974.
- Freud, S. (1915). *Pulsioni e loro destini*. OSF 8, Boringhieri, Torino, 1980.
- Freud, S. (1917). *Lutto e melanconia*. OSF 8, Boringhieri, Torino, 1980.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. OSF 9, Boringhieri, Torino, 1980.
- Kernberg, O. (1980). *Mondo interno e realtà esterna*. Trad.it. Bollati Boringhieri, Torino, 1985.
- Klein, M. (1921– 1958). *Scritti (1921– 1958)*. Trad. it. Boringhieri, Torino, 1978.
- Klein, M. (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. Trad. it. Martinelli, Firenze, 1969.
- Green, A. (1983). *Narcisismo di vita. Narcisismo di morte*. Trad. it. Borla, Roma, 2005.
- Laplanche, J. e Pontalis J-B. (1967). *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Trad. it. Laterza, Roma-Bari, 1984.
- Mahler, M. S. (1972). *Le psicosi infantili*. Trad. it. Boringhieri, Torino, 1972.
- Petter G. (1968). *Lo sviluppo mentale nelle ricerche di Jean Piaget*. Giunti Barbera, Firenze,

1968.

Piaget, J. (1926). *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*. Trad. it. Boringhieri, Torino, 1966.

Pietropolli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Raffaello Cortina, Milano, 2000.

Raimbault, G. (1975). *Il bambino e la morte*. Trad. it. La Nuova Italia, Firenze, 1978.

Segal, H. (1979). *Melanie Klein*. trad. it. Universale scientifica Boringhieri, Torino, 1981.

Spitz, R.A. (1965). *Il primo anno di vita del bambino*. Trad. it. Giunti, Firenze, 2009.

Winnicott, D. W. (1948). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, trad. it. Martinelli, Firenze 1975.

Freud, A. e Bergmann T. (1946). *Bambini malati*. Trad. it. Universale scientifica, Boringhieri Torino 1974.

Winnicott D. W., (1956). *Gioco e realtà*. Trad. it. Armando, Roma, 1974.

Winnicott, D. W. (1984). *Il bambino deprivato*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1986.

Rappresentazioni della separazione e dei fantasmi funebri attraverso le esperienze immaginative

Alberto Passerini ¹

INTRODUZIONE

Il presente lavoro si prefigge di affrontare un tema di imprescindibile importanza, sia nel percorso di analisi personale, affinché esso possa dirsi completato, sia, di conseguenza, per l'analista. Nel primo caso si tratta di confrontarsi con il tema esistenziale che riguarda tutti attraverso le separazioni che si possono incontrare nelle varie fasi della vita (Fabre 2002), quali: la nascita, prima separazione, che Otto Rank definisce uno shock, diversamente da Bernard This che non la considera un trauma ma sottolinea l'importanza della consapevolezza di essere "separati" fin dall'origine (Fabre 2016); la morte di persone care; gli amici che se vanno; gli amori che finiscono; la fuoriuscita dall'attività lavorativa; la propria morte. Quest'ultima, zona-ombra culturale e personale, merita una particolare attenzione nell'analisi dei nostri pazienti, specie dinanzi a malattie gravi come, ad esempio, il cancro. Nell'esplorazione dei vissuti profondi, quello funebre è quasi sempre espresso sotto forma di un sentito di separazione, distacco che ogni volta viviamo come se fosse la prima volta (Fabre 2016). Per l'analista, invece, il tema della separazione si esplica soprattutto nella fine dell'analisi, nel sapersi progressivamente congedare dal paziente, distacco i cui segnali si possono percepire, all'incirca, già dalla metà del percorso in poi (Passerini, 2019; Toller, Passerini, 2007). La pratica clinica da cui si attinge è quella con il metodo specifico dell'Esperienza Immaginativa², che può essere utilizzato in analisi, in psicoterapia o in *counseling*, a seconda dell'ampiezza e profondità necessarie (Passerini, 2009; Toller, Passerini, 2007; Passerini, Vegetti, 2012). Si tratta di un modello psicodinamico, post-freudiano, originato dal *Rêve-Eveillé* di Desoille (1890-1966) (2010 [1973]) all'interno di una cornice relazionale fenomenologica che, nel rapporto intersoggettivo, empatico, ricomprende il movimento transferale/contro-transferale, colto esclusivamente attraverso l'immaginario³.

LA SEPARAZIONE

La **separazione** è un processo che **prende avvio già a partire dalla nascita**. Inizia, fisicamente e psicologicamente, al momento del parto, un *trauma* che non verrà forse mai del tutto risolto, che ci accompagna per tutta la vita con il *Mito del Paradiso Terrestre* ovvero con la tensione verso un ideale originario, perduto con la *caduta*, con la cacciata di Adamo ed Eva, nascita mitologica dell'esistenza umana nel mondo. Tema importante, che ogni Analisi per potersi dire completata dovrebbe aver affrontato, e che presuppone una capacità di distacco, per noi tutti necessariamente incompleta, che si risolve probabilmente solo con l'**ultima separazione: la morte**.

Stimoli Percettivi, di avvio dell'E.I. proposti dal terapeuta, idonei ad esplorare questo vissuto possono essere (sottinteso *Immagina*): *Un ponte interrotto, Che ti portino all'acqua e non puoi bere* ed altri. Si tratta di immagini che simbolicamente favoriscono il contatto con l'emozione del distacco, del saper rinunciare, sapersi separare da un vissuto emozionale.

Jacqueline Brun (2015) in *Potenza dell'immaginario*, parlando della elaborazione della separazione, cita Nicole Fabre a proposito di come affrontare in analisi il tema della separazione: dapprima “*accompagnare i pazienti in una regressione profonda e aiutarli ad uscirne e raggiungere, come dice Nacht (1978), la zona non conflittuale che 'sarebbe quella in cui l'uomo si trova alla fine e trova anche gli altri dai quali non si sente più separato' [...]*”.

poi “[...] un accompagnamento per **uscire dalla fusione** ‘quando si realizza la de-fusione, possiamo dire che è stata resa possibile dalla tolleranza, la condivisione e l'espressione dei vissuti fusionali. Questa tolleranza, questa condivisione, l'ascolto della loro espressione hanno perso la caratteristica mortifera grazie al tipo di coinvolgimento del terapeuta che al tempo stesso si immerge col paziente e rimane sulla riva. In questo modo viene assicurata la possibile risalita, potendo il paziente al tempo stesso fondersi col terapeuta nell'immersione ed identificarsi con l'analista sulla riva. In questo modo diventa possibile l'attualizzazione di un vissuto di rottura non patogeno, diversamente da ciò che sono state le primitive rotture generatrici della nevrosi d'angoscia o abbandonica quando il paziente rimaneva bloccato. A partire dalla de-fusione si abbozzano e si vivono nuove situazioni transferali [...]” (Fabre 2002).

“Di fatto il terapeuta ha per funzione di garantire **non la fusione, ma l'illusione della fusione**, ovvero al tempo stesso, il vissuto di fusione e l'alterità che promette la de-fusione. [...] Parola sicura, avvolgente segno di una presenza rassicurante di madre buona – apparendo talvolta il terapeuta come una ‘presenza affettiva non localizzata nello spazio, materializzata unicamente dalla voce” (Ibidem). Nicole Fabre si ricongiunge così a M. Leguennec quando afferma: “La voce dello psicoterapeuta messaggero del mondo reale permette al sognatore di non perdere totalmente il contatto con il reale. In qualche modo, essa rappresenta per il sognatore la frontiera tra reale e immaginario, e così è per lui, una garanzia di non follia” (Ibidem).

Secondo un'altra definizione, la **voce del terapeuta** rappresenta, per il paziente, la rievocazione di ciò che fu, un tempo, il ponte, dato dalla voce della madre, che lo ricongiungeva con l'unità originaria, precedente alla separazione.

Nicole Fabre, sottolinea l'utilità di vivere delle **separazioni dolorose** per “aver delle occasioni per approfondire la natura dell'attaccamento”. Poiché è bene imparare a disfarsi dei legami che intrappolano. Anche se sarebbe rischioso vivere senza attaccamenti, fluttuando in balia degli eventi, delle ondate, dei getti. Non è forse imparando a separarsi che si impara a conservare l'essenziale? E ancora, aiuta ad essere consapevoli dell'importanza delle cose e degli esseri viventi” (ibidem).

Riprendendo il concetto della morte come ultima e definitiva elaborazione della capacità di separarsi si deve considerare la “Funzione magica della sequenza immaginativa della morte” (Rocca, Stendoro, Lucchetta 1992).

Per inciso, il **rapporto tra l’Uomo e la morte** può essere definito come:

- **ambivalente**, in quanto non può ignorarla come dato di fatto, “*nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità*” (Freud 1915);
- misterioso, sacro, non profanabile, là dove manca la conoscenza emotiva soggettiva, se ne ha solo una conoscenza intellettuale;
- l’**angoscia di base** dell’Uomo (Abadi 1984), investito di **aspettative**, speranza, completamento e trasformazione della vita (Von Franz, Frey-Rohn, Jaffré, Zoia 1984).

I **fantasmi funebri** emergenti dalle rappresentazioni dalle Esperienze Immaginative, non sono legati alla morte intesa come paura della fine della vita bensì all’**angoscia di separazione** dall’oggetto: rappresentazioni di “oggetto scomparso”; “rappresentazioni di separazione dall’oggetto, vissute come attacco al legame d’amore che implicano la morte dell’oggetto stesso o del soggetto; separarsi come “modo di morire”, in una confusione angosciosa con **azioni di tipo magico**, che evidenzia contenuti **abbandonici** di tipo primario.

Le **tipologie di rappresentazioni immaginative** che si sono riscontrate sono tipologizzabili come segue (Rocca, Stendoro, Lucchetta, 1992):

1. Sequenze Immaginative di separazione per intrusione di un terzo oggetto:

“... ora mi vedo a letto... la mamma entra e viene verso il mio letto, mi dà un bacio... e si allontana... però sono capace di vedere che è vicina a mia sorella... sono lì l’una accanto all’altra come due ladre... sono arrabbiato e disperato... mia madre non mi vuole bene... niente affetto... – piange –... sono come messo da parte... quando io sono ammalato poco affetto per me... tutto per gli altri... mi sento in questi momenti solo... angosciato... se potessi avvelenarle tutte e due...”

In questo frammento si possono osservare l’angoscia abbandonica collegata a contenuti di morte, di separazione, di vendetta.

2. Sequenze immaginative di imprigionamento:

“... è giù nel corridoio a sinistra... la prigione è buia... ma abbastanza comoda... ora non ha problemi di sostentamento, di successo... rimane lì tranquillo tranquillo... non ha problemi da paragonare con qualcuno... se ne sta lì bello bello... ci pensa lei a mandare avanti tutto... e

nessuno può pretendere niente da lui...”

Questa *sequenza immaginativa* soddisfa il bisogno di “sollecitudine materna secondaria”.

3. Sequenze immaginative di vedere il proprio funerale:

“... la stanza è piena dei miei fiori preferiti... sono tutti davanti... e di fronte al mio letto dove sono stesa morta... lui è in un atroce silenzio... non piange... ma vedo che sta soffrendo per la mia morte... vedo quanto mi amava...ora io non lo posso più amare...”

Si osservano delle aspirazioni affettive indifferenziate, la verifica dell'intensità e della capacità dei propri sentimenti, la verifica dell'amore da parte dell'oggetto.

4. Sequenze immaginative di “morte a due”:

“... stiamo scivolando... papà non riesce più a stare aggrappato... gli do la mano... ma il suo peso mi trascina giù con lui... precipitiamo e ci fracassiamo... il cervello di mio padre sprizza sangue ed il mio è tutto spappolato... siamo giù morti tutti e due... ora vedo i nostri funerali assieme... sono semplici... non ci possono più separare... vero papà?...”

Il soggetto annulla l'attacco al legame con l'oggetto rendendolo eterno ed insostituibile con una regressione ad un'unità fusionale perfetta ed indissolubile, un'adattività melanconica, la corrispondenza tra amore e morte come legame d'amore indissolubile ed eterno.

5. Sequenze immaginative di morte:

“... questo è il quarto scalino... sto dondolando...credo che la scaletta a chiocciola sia piccola... ho tanto caldo e vedo che l'aria mi sta mancando... ho ancora pochi attimi e poi sono sepolto nel loculo... nessuno mi sentirà più... lentamente mi sento perdere la vita... l'asfissia mi sta annebbiando la mente... aiuto... aiuto...”

Affiora un'angoscia primaria psicotica di impotenza, di abbandono subito in fase adualistica, vissuto in forma masochistica, di perdita definitiva dell'oggetto e del soggetto.

Il **fantasma funebre** può essere **rivelatore delle** relazioni esperite nelle **prime relazioni oggettuali** e può avere due valenze:

a) la minaccia al legame d'amore che **non lede la coesione del Sé**: appartiene ad un processo secondario, in cui ci sono sequenze immaginative di riparazione, di compensazione nei confronti della perdita;

b) la minaccia che comporta la **distruzione del soggetto** stesso: si osservano sequenze immaginative con assenza di dualismo (Toller, Passerini 2007), un Io poco organizzato, la disintegrazione del Sé, attraverso un pensiero magico nefasto, o l'amore eterno, attraverso un pensiero magico positivo.

CASO CLINICO

Roberto, 35 anni, coniugato, affetto da Desamiopsia e Cefalea Tensiva; personalità con tratto ossessivo (Passerini, De Palma 2021). A più riprese, nel corso dell'analisi, si scorgeva un'emergente angoscia di morte, oggettivata sulla possibile perdita dei genitori, la cui età avanzava, sulla futura propria morte nel ciclo di vita, sulla recente perdita di un figlio apparentemente concepito, con la propria moglie, ma poi rivelatosi una Mola Vescicolare. Ad un momento opportuno del percorso di terapia, si decise di affrontare il tema della morte/separazione e, per favorirne l'oggettivazione, fu proposto come S.P. il seguente dipinto, in base alla metodologia recentemente elaborata che utilizza anche alcune opere d'arte e non più solo gli Stimoli archetipici, che aveva proposto Desoille (Passerini, De Palma 2021):



17° E.I. – S.P. “L’isola dei morti” (Arnold Böcklin 1880)

“... la prima cosa che mi viene in mente sono le Grotte di Postumia... le ho viste da piccolino... nella mia vita ho visto spesso delle grotte... specialmente durante le vacanze... alcune le ricordo... anche di aver visto più che delle grotte, dei buchi profondissimi neri... immagino di scendere in una grotta... attraverso enormi buchi circondati da piante che rendono la cavità pericolosa... solo all'ultimo momento uno se ne accorge... ci vado solo perché degli amici l'hanno organizzato... sono appassionati di speleologia... fanno l'anniversario di matrimonio in grotta... ho trovato ogni scusa per non andarci... perché è al chiuso... ma non volevo essere l'unico a non andarci... o che qualcuno mettesse in dubbio il mio coraggio o la mia capacità di riuscire a farlo... la discesa è divertente... si va in corda doppia... mi ricorda la gioventù in montagna... tocco terra su un tappeto di muschio... mi spiace di camminarci sopra e rovinarlo... per prima cosa devo abituare l'occhio all'oscurità... prendo la pila... sono avvolto da un'oscurità umida... sto camminando verso la grotta per la celebrazione... vedo la delicatezza delle forme... il disegno che fanno sulla pietra... sento il rumore dei miei passi e delle voci... vedo che dal mio corpo si leva un vapore umido... vedo il mio fiato... mi chiedo perché ho paura... non me lo so spiegare... non dovrei averne... posso vedere... non sono solo... mi attende una festa... sto attento a come mi muovo... non so però ancora che per arrivare alla grotta della festa devo attraversare in un cunicolo... dico a tutti che nel cunicolo non ci vado... è un tubo stretto, buio... so che dopo qualche metro c'è una scivolata e si arriva da un'altra parte ma durante la scivolata non so controllare niente... ci sono persone sopra che chiamano... mi sento di essere costretto a ripensare alla mia vita... lì dentro non ci voglio andare... però mi si forma la fila come a militare quando si fa la puntura... ci sono un paio di amici più grossi di me... non si riesce a vedere ma sento le voci... mi incoraggiano... chiudo gli occhi e mi butto... è come quando in piscina si va nei tubi in cui scorre l'acqua... chiudo gli occhi e mi butto... attendo senza respirare... cado per terra... la pila mi sfugge e va in un altro cunicolo... ho perso qualcosa ma... non potrò più riprenderla... mi verrebbe d'istinto di andare a riprenderla per riportarla fuori... ripenso a quest'oggetto mentre mi rialzo... mi scuoto il fango... non vorrei più uscire... vorrei stare lì con la mia pila... poi penso che una pila è una pila... è un oggetto senza vita... un oggetto che è servito... ora ho altro da fare... raggiungo gli amici... chiedo 'non è che per tornare fuori dobbiamo rifare la stessa strada... mi dicono di no, che c'è un'altra uscita... in salita... non in discesa... ora dobbiamo dimenticare tutto... andare alla festa... dagli zaini escono vino, formaggi, salumi, coltelli... è strana una scelta del genere... ma l'amicizia... dà una gioia enorme... una voglia di stare insieme... che fa dimenticare tutto... lo scivolo... la pila... il fango... ce la faccio e guardo questo luogo strano... ascolto il silenzio... sarebbe un luogo morto se non fosse animato dalla nostra presenza... dalle luci e dalle risate... ora usciamo... non mi dispiace... ho voglia di tornare al caldo... alla luce verde del bosco... non riesco a capire perché mi rimane il fascino di quella paura e della perdita... quando rimetto il piede sull'erba... all'ultimo passo... mi riaffaccio... per vedere la lucina quasi spenta della mia pila... diminuisce l'angoscia per averla persa... so che ci può essere un risultato bello dalle cose perse... non rifarò mai più una cosa del genere... ma mi viene in mente che una cosa che penso è che dietro alle paure ci sono momenti belli... lo racconto a casa ma non mi soffermo sulle

paure... né sulla storia della pila... ma sulle rocce trasparenti e sulla bellezza dei luoghi... da vedere insieme... in modo che traspaia la parte positiva..... (come è stata la cerimonia)... due amici che si tolgono le fedeli... le mettono sul sasso... tutti si mettono in cerchio per qualche minuto di silenzio... diciamo il Padre Nostro... viene fatta una lettura... durante il matrimonio e poi si dice che lui possa baciare la fede di lei e lei quella di lui e poi se le mettono al dito..... una cosa molto semplice... la scelta degli amici è stata così curiosa che in quella dimensione non si può portare dietro troppa roba... bisogna andarci asciutti... leggeri... c'è solo la loro unione... la fede che li accomuna... l'amicizia e quasi non più altro..."

Stato d'animo: *"tranquillo... quando non potevo più riavere la pila, ho avuto pensieri negativi come in altre questioni come quella del pallone, un momento negativo... più uno schiaffo che un mal di testa... è angosciato perdere qualcosa di me... per quanto sia inutile..... l'emozione più intensa è stata la bellezza di scoprire un mondo nel buio... che ha la sua forma, la sua bellezza naturale... con le rocce che sembrano delle tende di seta... sottili..."*

Osservazioni Semantiche (da parte del paziente) e **Proposizionali** (ruolo del terapeuta):

Come primo significato attribuito all'E.I. Roberto fa riferimento ad un **fatto reale, un ricordo**, di un matrimonio organizzato, da degli amici, in grotta.

Poi l'attribuzione di senso si orienta maggiormente verso l'auto-rappresentazione del mondo interiore: si dice **colpito dalla "grotta"** e dal **"cunicolo"**, dal **"tunnel buio... la perdita della pila"**, quando si crea un'atmosfera che prelude al successivo connotato angosciato. **"E"** dice **"un luogo in cui ho dimenticato o perso qualcosa"** e associa il **ricordo di varie perdite** realmente occorse in passato, tra cui la fede nuziale ed un pallone di un amico, legato ad un momento felice di una vacanza, episodio nel quale il **"nome"** era strettamente identificato con la **"cosa"**, secondo lo schema di un pensiero regressivo infantile.

Poi si focalizza sulla **"zona buia, profonda, che non riesco a raggiungere, in cui c'è qualcosa di me"**, **"un percorso discendente"**. Interviene la Proposizionale (del terapeuta) rilevando il rapporto tra l'**"occhio"** e l'**"oscurità"** come metafora del **"guardare dove normalmente non si vede"** ovvero della funzione dell'analisi. Il paziente converge sul senso dello **"sguardo interiore"**, come rappresentazione della trasformazione recepita in alcuni sogni recenti, in cui, a differenza di un po' di tempo prima, si manifestano azioni riuscite al posto di quelle impedita. La Proposizionale rileva che, nella rievocazione fatta a posteriori, ha **censurato** la barca e la bara. Quindi ci si addentra nel **contenuto del buio**, in particolare nelle forme dei disegni che si trovano sulle **"rocce trasparenti"** che ha incontrato e che lui definisce **"rocce a lasagne"**, **"delle specie di tende"**, che **"hanno una traslucenza tipo quella della Risonanza Magnetica"** [N.B.: esame che viene fatto nell'iter diagnostico della Mola]. In Proposizionale viene aggiunto **"e che si possono suonare"**. Egli commenta **"una bellezza naturale"**, **"sono rocce che non hanno vita ma hanno un dinamismo"**, affermazione nella quale si può cogliere una rappresentazione dell'**energia della materia** (Passerini 2022).

L'immagine del **"cunicolo"** viene associata, da Roberto, alla nascita, **"è come entrare in uno**

di quei tubi delle piscine poiché il bambino collabora attivamente alla spinta del parto". In Proposizionale viene razionalizzato come possibile rappresentazione di un **rito di trasformazione, un rito di passaggio**.

L'analisi dell'E.I. si conclude con la *sequenza immaginativa* finale, raffrontata con il concetto che quando si muore non ci si porta dietro nulla, e con il concetto del matrimonio come **unione indissolubile** (il paziente è cattolico credente e praticante) che esorcizza l'analogo tipo di legame con la morte.

CONCLUSIONI

È condiviso tra gli psicoterapeuti che praticano con l'Esperienza Immaginativa, il riscontro di *sequenze immaginative* rappresentative di fantasmi funebri, che facilmente si tenderebbe a identificare con l'angoscia di morte, intesa come paura/desiderio di fine della vita. In realtà, quasi mai ciò corrisponde al vero poiché si è visto che tali rappresentazioni sono espressive dell'angoscia/desiderio di separazione. Si potrebbe azzardare l'ipotesi che non esista una rappresentazione immaginativa dell'angoscia di morte se non sotto forma di angoscia di separazione. Vissuto emozionale che non si riferisce quindi solo alla fine della propria vita terrena bensì a tutte le separazioni a cui si va incontro fin dalla nascita. La rappresentazione immaginativa di un effettivo desiderio/angoscia di fine della vita, con il suo possibile corollario predittivo, si può invece riscontrare attraverso *sequenze* di deanimazione, di ritiro dell'investimento pulsionale dallo scenario immaginativo, di adualismo, come accade, per esempio, in gravi pazienti psicotici.

Note

1. Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta GIREP (Groupe International du Rêve Eveillé en Psychanalyse, Parigi), fondatore della SISPI (Milano). Istituzione di appartenenza: SISPI – Scuola Internazionale di Specializzazione con la Procedura Immaginativa, Via Lanzone 3l, 20123 Milano, info@sispi.eu, www.sispi.eu.
2. Il termine *Esperienza Immaginativa*, oltre a denominare il **modello psicoterapeutico**, si riferisce in senso stretto, alla **seduta dedicata all'evocazione dell'immaginario** del paziente, all'interno di un percorso, che si effettua dopo una iniziale fase biografica durante la quale si esplicita la domanda di aiuto e si dà avvio all'*alleanza terapeutica*. Nella seduta specificamente dedicata all'E.I., al paziente, sdraiato in penombra con il terapeuta al di fuori del campo visivo, viene chiesto di fare un rilassamento soggettivo, per raggiungere un'*acriticità* dell'Io e disporsi ad evocare una narrazione immaginativa a partire da una immagine iniziale (*Stimolo Percettivo* – S.P.) proposta dal terapeuta e scelta sulla base della teoria ma, a volte, anche empaticamente (Toller, Passerini, 2007). Viene data la consegna di produrre una storia con un inizio, un culmine ed una fine che il paziente comunicherà ad alta voce affinché il terapeuta possa trascriverla e possa fare degli interventi verbali (contro-transferali) definiti *Spostamenti* che hanno lo scopo di ampliare, aiutare, oggettivare o trasformare, lo scenario immaginativo. Questa narrazione, affinché sia tale, dovrà scaturire dalla creatività del soggetto, essere dotata di una sua “poetica” (Bachelard, 1988) per poter attivare il senso estetico del bello, rispecchiamento dell'armonia e via di accesso all'inconscio conflittuale, a quello energetico così come al trascendente. Nelle sedute successive si andrà ad analizzare quanto emerso attraverso il linguaggio simbolico dell'Esperienza Immaginativa, a partire da una prima decodificazione (*Semantica*) operata dal paziente, in interazione circolare con quella effettuata dal terapeuta (*Proposizionale*); questa gerarchia di ruoli permette di non ricorrere ad interpretazioni. Il susseguirsi degli scenari immaginativi, in senso diacronico, riconosce diverse fasi della terapia che a partire dall'iniziale *Disorientamento*, attraverso le fasi di *Manifestazione*, *etamorfosi*, *Rigenerazione* può raggiungere quella di *Lucidità creativa* (Passerini 2009) ovvero, in termini neuro-scientifici, da una “coscienza primaria” ad una “coscienza di ordine superiore” (Edelmann, Tononi, 2000). 1937.
3. Vedi pagina seguente.

Bibliografia

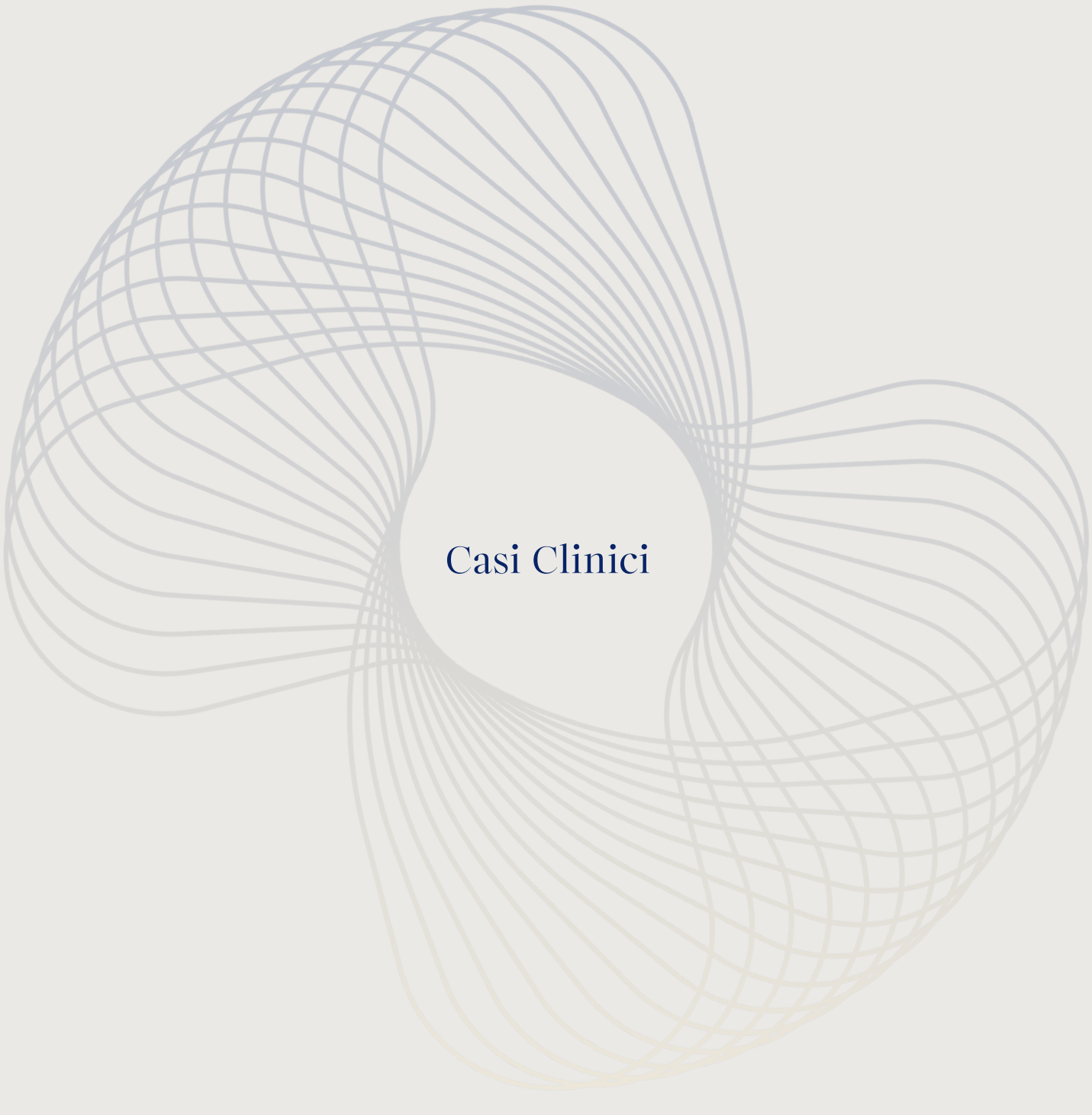
- Abadi M. (1984). Note psicoanalitiche di una fantasia chiave. In: Cavicchia Scalamonti A. (A cura di) *Il senso della morte*. Liguori, Napoli.
- Bachelard, G. (1988). *Psicoanalisi dell'aria*, RED, Como.
- Brun J. (2015). La libertà trasmessa dall'immaginario. In: Passerini A. (A cura di) (2015). *Potenza dell'immaginario*, Alpes, Roma.
- Desoille R. (2010 [1973]) (A cura di N. Fabre e A. Passerini). *Il Rêve-Eveill  Dirig  in Psicoterapia*, Alpes, Roma.
- Edelmann, G. e Tononi, G. (2000). *A Universe of Consciousness: How Matters Becomes Imagination*. Basic Books, New York.
- Fabre, N. (2002). *J'aime pas me s parer*. Albin Michel, Paris.
- Fabre, N. (2016). *La separation*. [Disponibile su YouTube](#) 1/10/2016.
- Freud, S. (1915). Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte. *OSF 8*, Boringhieri, Torino.
- Nacht S. (1978). *La presenza dello psicoanalista*. Astrolabio, Roma.
- Passerini A. (a cura di) (2009). *Immaginario: cura e creativit . L'esperienza immaginativa dal neurone alla psicoterapia*. Alpes, Roma.
- Passerini A., Vegetti F. (a cura di) (2012). *Esperienza Immaginativa: Counseling, Pedagogia e Psicoterapia*. Alpes, Roma.
- Passerini A., De Palma M. (2016). *Neuroestetica ed Esperienza Immaginativa*. Alpes, Roma.
- Passerini A. (2019). La fine della Psicoterapia con l'Esperienza Immaginativa. *Corso di Specializzazione in Psicoterapia*, SISPI, Milano 21/9/2019.
- Passerini A., De Palma M. (2021). *Perturbante Bellezza*. Alpes, Roma.
- Green, A. (1983). *Narcisismo di vita. Narcisismo di morte*. Trad. it. Borla, Roma, 2005.
- Passerini A. (2022). La via dell'estasi attraverso il corpo, l'energia della materia e il rito.

Conferenza Incontro con l'Essere attraverso il corpo, la Natura, l'Esperienza Immaginativa, SISPI, Milano 22/1/2022.

Rocca R., Stendro G., Lucchetta A. (1992). La funzione magica della catena immaginativa della morte. *Psychopathologia*, 10(1), pp. 23-28.

Toller G., Passerini A. (2007). *Psicoterapia con la Procedura Immaginativa. Metapsicologia e cenni metodologici*. Armando, Roma.

Von Franz M.L., Frey-Rhon L., Jaffré A., Zoja L. (1984). *Incontri con la morte*. 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.

Casi Clinici

L'origine traumatica del funzionamento al limite: Il caso di Alice

Marco Sciutto ¹

Alice è una paziente che vedo a partire dall'aprile 2017 nell'ambito del tirocinio di specializzazione che ho svolto presso un CSM fino alla fine del 2018. Ho seguito la paziente in questo contesto con una frequenza di due sedute alla settimana. Dall'ottobre 2019 ho iniziato a vederla nel mio studio con una frequenza settimanale. Il caso mi fu presentato dalla psichiatra del servizio come un disturbo alimentare piuttosto grave. Quando la incontro la prima volta, Alice è una giovane di ventitré anni da poco dimessa da un ricovero ospedaliero resosi necessario in seguito a un'eccessiva perdita di peso.

IL PRIMO COLLOQUIO

Puntuale, si presenta al primo colloquio una giovane magra, di statura media, capelli scuri, vestita di nero e con delle scarpe che la sollevano di almeno dieci centimetri.

Mi passa uno spesso plico di fogli, la documentazione sulla sua terapia farmacologica e sul recente ricovero in ospedale. Non voglio che si faccia parlare da resoconti altrui e le chiedo di raccontarmi la sua storia con la sua voce. Inizia spiegandomi che il suo problema è l' "emetofobia", la paura di vomitare e di veder vomitare.

Questa fobia si accompagna a delle forti crisi di angoscia che affronta procurandosi dei graffi profondi sul corpo, in particolare petto e braccia. Sottolinea che non sono graffi superficiali e accenna a prendere il telefono per mostrarmi delle fotografie che si è scattata, ma non la incoraggio a farlo e desiste. Mi dirà più avanti che i suoi genitori non hanno mai voluto vedere il suo malessere, anche quando si manifestava attraverso le evidenti lesioni che si infliggeva. Nessuno commentava, tutti "nascondevano la testa sotto la sabbia".

Mi racconta che tra l'ottobre 2016 e il febbraio 2017 ha vissuto il periodo più buio della sua vita, si è chiusa in casa nella sua stanza e ha smesso di nutrirsi fino ad arrivare a pesare 38 kg, momento in cui è stata ricoverata in ospedale. Il suo rapporto con il cibo non è condizionato da esigenze di magrezza, dice, ma dalla paura di essere "piena" di qualcosa che poi potrebbe "uscire" attraverso il vomito.

Questa paura ha origini antiche, tanto che il suo primo ricordo in assoluto – quando aveva 3 anni – è della madre che nutre la sorella minore finché questa improvvisamente vomita. Lei si spaventa, piange, scappa. Da allora l'emetofobia non l'ha più abbandonata.

Un anno dopo tornerà su questo ricordo, arricchendolo di dettagli. Era inverno, la TV della cucina era accesa su un canale che trasmetteva una gara di sci. La madre imboccava la sorella distrattamente, usando un cucchiaino troppo grande. Di fronte al vomito improvviso della sorella, Alice fugge gridando spaventata. Ricorda la madre che la insegue dicendole "non è un mostro, è tua sorella!".

Descrive la madre come estremamente distante, anaffettiva e depressa. "La ricordo seduta

sul divano, immobile, con gli occhi sbarrati, mentre mia nonna cucinava... avrò avuto cinque anni”; “ho ventitré anni e solo quando ero in ospedale a febbraio mia madre per la prima volta nella mia vita mi ha dato una carezza... qui sul ginocchio... dicendomi ‘fatti forza figlia mia’”. Di origine calabrese, la famiglia si sposta a Torino quando Alice ha quattordici anni. I genitori, un autista e un’impiegata, trovano a Torino gli stessi lavori. Il trasferimento non è dunque per migliorare la loro condizione sociale ed economica: Alice dice che il padre voleva che i figli, due femmine e un maschio, frequentassero “l’università al Nord”. Trovo che questo tempismo sia curioso, ma per ora la paziente non dà altre spiegazioni.

Mi parla delle sue crisi, della loro fenomenologia in questi vent’anni, di quello che sente – o non sente –, della paura di vomitare che segna il loro inizio.

Le chiedo che cosa, secondo lei, ha fatto peggiorare le sue condizioni lo scorso inverno.

Alice sembra congelarsi e dopo un attimo di sospensione, come chi è incerto del suo coraggio prima di un tuffo, esclama: “tanto prima o poi glielo avrei dovuto dire”.

Alice inizia a raccontare che fin da ragazzina è sempre stata affascinata dal mondo criminale. Mi racconterà che i film e i libri gialli sono l’unica passione che condivide con la madre. Studentessa di giurisprudenza, nel 2014 partecipa con l’università a un laboratorio teatrale in un carcere ed è qui che conosce Mohamed, un trentenne di origine nordafricana che ha scontato i primi dieci anni di una pena di trenta. I molti reati per cui si trova in carcere vanno dalla rapina a mano armata al tentato omicidio.

Mohamed quando incontra Alice la prima volta nota le cicatrici sulle sue braccia e le chiede chi le ha fatto del male. “A volte può non essere stata una persona...”, risponde Alice.

“Se è una o due non importa, posso ucciderle entrambe” replica freddamente Mohamed.

In quel momento Alice si innamora di lui.

Inizia una relazione epistolare, poi le visite in carcere. Alice conosce anche la numerosa famiglia di Mohamed. Racconta di quando la sorella di Mohamed l’ha accompagnata in auto a conoscere il fratello, in quel tempo latitante e sospettato di un omicidio. Racconta di come la sorella “scriveva su un taccuino di ‘non parlare’ a causa di possibili microspie in macchina” e di come per i mesi successivi a questo episodio Alice si sia sentita in pericolo, seguita, spiata. Questa famiglia antisociale sembra il negativo perverso della sua: iper-controllante (“come ti vesti, con chi eri in quella foto su Facebook...”) e in qualche modo “affettuosa” (“la sorella mi regalava sempre dei vestiti...”).

Mohamed e la sua famiglia la fanno sentire unica, controllata, protetta. Lei a tratti sembra intravedere le intenzioni manipolatorie di lui, che tenta di farle credere che non è il criminale che sembra. Alice, che ha una rappresentazione di lui molto ambivalente, ha la fantasia di redimerlo.

All’inizio della terapia Alice non va più a trovarlo da mesi e lui le ha rispedito indietro tutte le sue lettere; lei tuttavia si rende conto che allontanarsi da Mohamed non è mai stato il suo desiderio, ma che è stata condizionata a farlo da una psicoterapeuta che l’aveva in carico

prima di me – una terapia durata un anno – la quale le avrebbe chiesto di “chiudere con quel mondo”. Eppure, Mohamed ha una funzione importante per Alice, che senza di lui precipita in un baratro depressivo e autodistruttivo dal quale si riprende stentatamente solo dopo un intero inverno.

Alla fine di questo primo colloquio sono turbato. Faccio pochi passi fuori dal CSM quando improvvisamente mi viene in mente che Alice assomiglia al personaggio interpretato da Juliette Lewis nel film “Natural Born Killers”.

L'INIZIO DEL TRATTAMENTO

Alice si presenta al secondo colloquio con i capelli rossi. Torneranno scuri dal terzo colloquio. Una caratteristica di Alice è quella di mostrare un'immagine di sé varia e instabile.

Per lungo tempo mi è capitato di impiegare qualche secondo a riconoscerla ogni volta che le aprivo la porta del mio studio. Cambia la pettinatura e il colore dei capelli, a volte ha gli occhiali, si veste in maniere totalmente differenti, passa dall'essere estremamente trasandata al mostrarsi curata. La difficoltà nel farsi riconoscere va al di là del nostro rapporto: “la settimana scorsa ho incontrato la mia vicina di casa che mi ha chiesto perché stessi portando a spasso il cane di Alice”.

Nei primi tre colloqui conoscitivi Alice si presenta vestita in maniera molto provocante. Dirà: “sono brava ad attirare l'attenzione degli uomini... anche se poi non riesco ad avere relazioni”. È di buon umore, dice che era tanto che non stava così bene. Nei giorni successivi al primo colloquio è andata al canile e ha adottato un cane, Stella, di cinque anni. L'ha scelto perché secondo lei nessun altro l'avrebbe voluto: “era sola, triste, abbandonata”. Con l'inizio della psicoterapia la paziente ha iniziato a volersi prendere cura di quella parte di sé “triste e abbandonata” come “un cagnolino che nessuno vuole”.

Figlia di una donna gravemente depressa, una “madre morta” (Green, 1992), Alice dice che fin dall'infanzia solo il padre le è stato vicino durante le sue crisi: “quando non riuscivo a dormire in preda all'ansia, lui mi portava fuori a fare una passeggiata”.

Allan Schore, come vedremo, sottolinea la natura strutturante e fondamentale nello sviluppo sano del Sé di una presenza materna emotivamente responsiva e sintonizzata sugli stati del bambino. Quando queste qualità materne vengono meno, si aprono le brecce del trauma e della psicopatologia.

“Partendo dalla fase simbiotica, un significativo disturbo della dissincronia della diade si verifica quando la madre, in uno stato di depressione, deve affrontare l'elemento stressante di un bambino disregolato. Durante questi episodi [...] [la madre] letteralmente abbandona emotivamente il bambino, cosicché lei cessa di partecipare alle funzioni psicobiologicamente regolatorie sé-altro. Questo impedisce al bambino la fusione simbiotica con la madre che porterebbe a entrare in un affetto strutturante che amplifica l'esperienza del mirroring. In questo caso, il bambino può dirigere il suo attaccamento verso il padre” (Schore, 1994, pag. 418).

Il legame d'attaccamento di Alice con il padre è stato protettivo e fondamentale per scongiu-

rare un esito psicopatologico più grave. Se un altro caregiver non fosse stato disponibile le sue parti malate e mortifere avrebbero potuto prevalere definitivamente su quelle vitali.

Della sua infanzia in Calabria inizia con il raccontare due avvenimenti importanti. Quando aveva tre anni scopre il fratellino piccolo in bagno gravemente ustionato dall'acqua bollente del bidet. Viene trasportato in un ospedale per gravi ustionati in elicottero, in pericolo di vita. Si salverà, ma Alice è rimasta estremamente turbata oltre che dal fatto in sé, da tutte le domande che gli hanno rivolto gli adulti. Ancora oggi ha il dubbio, accompagnato da un enorme senso di colpa, che forse è stata lei a bruciare il fratello, anche se non ha alcun ricordo in merito. Siamo di fronte a un altro esempio dell'inadeguatezza e dell'assenza della madre.

L'altra questione riguarda la sua pre-adolescenza. Di fronte all'assenza di limiti imposti dai genitori, frequentava persone più grandi, tornava a casa alle cinque del mattino, fumava, beveva. A dodici anni ha avuto una relazione con un ragazzo di venti. Ricorda di come il padre, una volta scoperto il fatto, ribaltò rabbiosamente il tavolo della cucina.

Forse non siamo nella totale "confusione delle lingue" (Ferenczi, 1932c) tra adulti e bambini, ma siamo certamente sul terreno dell'abuso. Racconterà dei suoi dodici anni come un momento di cesura: infatti, proprio in quel periodo il padre parte per Torino, precedendo di due anni la famiglia. Allontanare la figlia da un ambiente inadeguato è una delle ragioni del trasferimento.

A Torino Alice si iscrive a un prestigioso liceo classico, frequentato con grande fatica e risultati modesti dove, racconta, gli insegnanti non facevano altro che umiliarla dandole della "stupida" e dell'"incapace". Dopo quell'esperienza – che lei riporta come traumatica e che sembra aver minato per sempre la sua autostima, oltre ad aver nutrito un Super-io severissimo – vive l'università studiando in maniera ossessiva e ai limiti del masochismo: prepara gli esami studiando più libri di quelli consigliati dai docenti e li sostiene solo quando è certa di prendere trenta e lode.

Intanto si rende improvvisamente conto che le sue coetanee torinesi non sono come lei. Sono più "piccole", non hanno avuto le sue esperienze, in particolare con l'altro sesso. Questa consapevolezza accende in lei un senso di colpa e una vergogna insostenibili. Si sente "sporca". Questi sentimenti aumenteranno dopo la fine della prima "relazione seria" con un ragazzo, durata tra i sedici e i diciotto anni, quando lui le rinfaccerà tutto il suo passato. Durante questa relazione si sentiva "soffocata" e dopo non avrà che incontri occasionali o brevi relazioni di "giorni, settimane, due mesi al massimo". Con l'eccezione di Mohamed.

"Mi fa sentire protetta... la prigione è il luogo di Torino che io vivo come il più sicuro... anche durante gli attentati in Francia, stando con lui in prigione sapevo che non poteva succedermi nulla". Alice ammette che con lui è "protetta" anche dalla dimensione del sesso, che lei vive con estrema ambivalenza.

Sorprendendomi, nel corso delle prime sedute, dirà che la sua paura di vomitare è la paura di "tirar fuori" qualcosa, un'emozione: "la rabbia": lei non si arrabbia mai con gli altri. Siamo di fronte a un "ipercontenuto" ingestibile e indigeribile in un contenitore inadeguato (Ferro, 2002).

Di fronte alle umiliazioni subite dai suoi docenti delle superiori reagiva ridendo e il giorno dopo si presentava in classe con dei graffi sul volto in modo che tutti vedessero: la rabbia si può agire direttamente solo su di sé.

Ritengo che una delle funzioni di Mohamed sia quella di far le veci della sua rabbia, esternalizzata in questa persona a sua volta rinchiusa in una gabbia da cui non può uscire. L'unico contenitore che può reggere una rabbia così grande deve avere le mura spesse di una prigione. Poche ore dopo il secondo colloquio mi scrive un messaggio dicendo che durante la seduta ha cominciato ad avvertire un malessere come quello che anticipa le sue "crisi". Mi spiegherà nel terzo e ultimo colloquio conoscitivo che lei non sopporta di essere "vista" quando sta male. Vista la sua ambivalenza sul farsi "vedere" le propongo di usare il lettino, cosa che lei accetta con sollievo, dicendo "io quando sto male mi metto sempre sdraiata... sono abituata, preferisco".

Le avrei proposto comunque l'uso del lettino, essendo la mia modalità preferita. Ogden (1997) sostiene che cambiamenti quantitativi del setting come lo scarso numero di sedute, o anche solo una seduta alla settimana, non debbano influenzarne la qualità. Trovo questa posizione più comoda per ascoltare, sentire e pensare. Con Alice una ragione ulteriore sta nel fatto che fin da subito ha usato il suo corpo in maniera seduttiva, vestendosi in maniera provocante e talvolta fuori luogo. Evitare il vis à vis è anche stato un mio agito a contrastare quello che all'epoca ho vissuto come eccesso di seduttività.

Le comunico anche che inizieremo una psicoterapia con una frequenza di due sedute alla settimana che durerà fino al dicembre del 2018, quando finirà la mia collaborazione con l'ASL.

ETICHE

Nell'estate del 2016 Alice si invaghisce di un suo compagno di corso: "la sua figura mi affascinava... poi quando ho scoperto il lavoro che fa ho cominciato a pensarci spesso...".

Si tratta di un maresciallo dei carabinieri con il quale Alice ha una breve storia, interrotta da lui di fronte alla fermezza con cui lei voleva mantenere anche il rapporto con il detenuto. "Mohamed mi fa sentire protetta e il carabiniere mi ha fatto sentire protetta da Mohamed". Da una parte il criminale rabbioso, dall'altra chi combatte e reprime la violenza sregolata.

Come futuro avvocato, Alice vorrebbe occuparsi della condizione dei detenuti nelle carceri e del loro reinserimento nella società.

Alice dice di essere attraversata da un'"etica interna" e un'"etica esterna".

La prima è quella che la vuole più libera e libertina, seguendola si troverebbe a sedurre uomini con il fine di ricevere un'effimera gratificazione narcisistica.

La seconda è un'istanza superegoica estremamente colpevolizzante e mortificante, che la giudica severamente impedendole non solo di vivere gli eccessi della prima, ma di vivere tout court: "questa parte, anche se la chiamo esterna, è quella più profonda e radicata".

Si può ipotizzare che i suoi genitori, di fatto assenti – con parziale eccezione del padre – sia sul piano dell'affetto sia su quello della norma, non avendo introdotto un limite strutturante

ai desideri dell'Alice bambina, abbiano impedito l'integrazione di un Super-io maturo, lasciandola in balia di queste due polarità estreme.

La "madre morta" ha anche nutrito l'istinto di morte della paziente: "il mio periodo buio mi piaceva... ritirarmi da tutto... non so se voglio guarire, non so se voglio vivere". Chiusa nella sua stanza, al buio dell'inverno, Alice si sentiva in pace, libera da conflitti e paure. Arriva a dire che se la terapia resolvesse le sue crisi emetofobiche – e relative aggressioni al corpo – lei potrebbe tornare in pace a sprofondare nel suo "buco nero".

Due anni dopo, nell'ottobre 2019, riproporrà la dicotomia tra queste due "etiche" con una connotazione differente: "l'etica esterna" va a sovrapporsi al falso Sé della paziente, consistendo in tutto ciò che secondo lei "deve fare" per essere apprezzata, ovvero un certo percorso di studi, avere certe ambizioni sociali, un elevato livello culturale e la necessità di sedurre gli uomini per affermare il suo "valore"; "l'etica interna" invece diventa la sua parte più autentica, il punto di vista dal quale è in grado di riconoscere ciò che le è alieno e dunque di dire "in realtà non desidero davvero fare il magistrato" o "non mi interessa davvero leggere questo saggio di filosofia".

Dopo circa un anno di terapia le crisi ansiose ed emetofobiche sono cessate e l'umore della paziente oscilla tra la depressione più nera, dove Alice sembra trovarsi a suo agio, e una condizione mal tollerata di "piattezza" priva di emozioni, che la paziente imputa agli psicofarmaci. La psichiatra dell'ASL le ha prescritto antidepressivi e ansiolitici che la paziente assume in maniera irregolare.

"Lo chiamo buco nero come quello di *Alice nel paese delle meraviglie*, nel cartone lei però in fondo trova il paese delle meraviglie... io invece... forse quello è il mio paese delle meraviglie, a me piace, vorrei stare sempre così [...] Ora prevale la parte che 'sta bene', ma in realtà sono vuota, quando ero nel mio buco nero almeno sentivo qualcosa... nessuno lo sa a parte lei, tutti mi vedono in giro, sorridente, fisicamente mi muovo...".

Nell'estate del 2017, poco prima della ripresa delle sedute, mi scriverà in un messaggio dei suoi pensieri suicidari. La sua fantasia era quella di gettarsi dal quinto piano del suo palazzo. Il messaggio arriva alla quinta settimana di interruzione della terapia. Per quanto la coincidenza sui piani del palazzo e sul numero di settimane possa essere un caso, ritengo che questa crisi sia stata anche conseguenza della prima pausa estiva che Alice ha percepito come un abbandono.

Un anno dopo, nel settembre 2018, salterà le prime due sedute dopo l'interruzione estiva poi, la notte prima di presentarsi in seduta mi scriverà un lungo messaggio in cui, lamentandosi della futilità dell'esistenza, mi dirà che ha cercato su internet metodi per suicidarsi. L'umore particolarmente depresso di Alice in questo periodo dell'anno sembra ancora una volta correlato alla separazione estiva, oltre che alla fine dell'estate e dunque

"l'inizio di un altro anno", che la paziente vive con angoscia. Come vedremo, ottobre è storicamente il mese più difficile per Alice.

Il transfert si è dispiegato rapidamente su più livelli. Da una parte l'idealizzazione e la seduzione, dall'altra sentimenti di indegnità coerenti con l'inadeguatezza del *caregiving* materno. Alice si svaluta e si preoccupa eccessivamente dell'altro, in questo caso me, che potrei “annoiarla”, trovare che lei non sia “una paziente interessante”. Teme che potrei “addormentarmi” se mi “ammorba” con le sue questioni. “Io sono un peso”, “spero che lei sia pagato”, “quante ore *deve* fare per specializzarsi?”, “stavo uscendo per venire da lei e già pensavo ‘poverino ora mi deve ascoltare un’ora’”. Cerco di sottolineare questo suo pregiudizio facendole vedere come si ripete in tutte le sue relazioni – crede ad esempio che sia il suo attuale fidanzato, sia il carabiniere e probabilmente anche Mohamed non l'abbiano mai amata – oltre a esplicitare che sembra ci sia qualcosa in lei che ritiene essere “insostenibile per gli altri”.

La propensione della paziente a preoccuparsi del terapeuta prima che di se stessa è parte di ciò che Green (1992) ha definito come sindrome della madre morta, ovvero l'aver avuto come oggetto di accudimento primario una figura gravemente depressa.

In questi casi il bambino smette di occuparsi di sé e della propria mente e inizia a occuparsi della mente del caregiver, da cui dipende la sua sopravvivenza fisica. Se ogni madre avrà inevitabilmente dei momenti di assenza o indisponibilità a tenere in mente il figlio, sarà solo se queste lacune nell'accudimento emotivo sono eccessive che il bambino imparerà a occuparsi più della mente dell'altro che della propria.

Questa dinamica si ripete per gran parte delle sedute del primo anno di terapia. Di fronte al suo ennesimo “spero di non annoiarla”, ho provato a fare un intervento di questo tipo: “forse la sua paura di rendermi indisponibile o di annichilirmi è la paura di scoprirmi come la madre depressa che non ha avuto la forza di vederla e di occuparsi di lei”.

Lei sembra accettare acriticamente qualsiasi cosa io dica, tant'è che questa interpretazione non ha sortito effetti. Mi sono chiesto quanto possa essere utile fornire interpretazioni saturate con pazienti di questo tipo. La consapevolezza di una dinamica transferale è poca cosa di fronte al buco nero che la presenza assente della madre ha creato: nessi e informazioni forniti da un'interpretazione restano su un piano cognitivo senza avere un potere trasformativo rilevante.

Muovendomi ancora a tentoni, a metà del nostro percorso, decido di comunicare alla paziente quello che è il mandato del mio tutor di tirocinio: vedrò sì la paziente per venti mesi, ma non significa che a dicembre 2018 dovremo necessariamente interrompere. Questo sembra averla sollevata. Era qualcosa che avrei dovuto dire fin dalla prima seduta, se lo faccio ora mi rendo conto che è effettivamente per sollevarla dal suo timore che io sia “costretto ad averla come paziente”, a costo però di intaccare questa linea di transfert. Non escludo che questo intervento potrebbe anche essere stato un mio movimento seduttivo nei suoi confronti nato dalla mia scarsa sicurezza come terapeuta alle prime armi: assicurare la paziente significava cercare di scongiurare un'irrazionale paura – speculare a quella della paziente – di “perderla” e dunque di essere realmente “inadeguato”.

L'altra parte del transfert è quella idealizzante, seduttiva, isterica, che pare si sia messa in moto ben prima che io e la paziente ci incontrassimo. Durante la quinta seduta, non senza imbarazzo, Alice mi comunica di aver chiesto alla psichiatra del servizio di avere un terapeuta uomo “nonostante la paura di innamorarmi”. Mi dice che lei ha la tendenza a “creare rapporti morbosi con certe figure” e io potrei essere tra quelle.

Tutto quello che dico viene preso come “oro colato”, durante i nostri silenzi lei dice di ripercorrere nella mente cosa ho detto per “fissarlo” e poi scriverlo su un quaderno appena torna a casa.

Riporto alcune frasi che Alice mi ha detto nel corso dei primi due anni di lavoro: “lei è fidanzato?”, “spero che lei abbia una relazione soddisfacente”, “lei è felice?”, “vorrei che lei mi vedesse anche in un'altra sede, così capirebbe meglio come sono”, “vorrei conoscerla fuori di qui, magari prendere una birra”, “non l'ho trovata su nessun social network, non usa il suo vero nome?”, “vorrei sapere cosa fa nella sua vita fuori...”, “quanti anni ha? È sposato?”, “devo aspettare la fine della terapia per bermi una cosa con lei?”.

Da una parte seduce, dall'altra mostra un bisogno ambivalente di essere rassicurata sul fatto che io sia capace di tenere i giusti confini.

Istintivamente, ho cercato di raffreddare il clima emotivo del campo. Riportandola sul piano di realtà, ho spiegato il senso di regole e limiti, dunque che “no, non ci vedremo per una birra” e che il nostro rapporto è e sarà esclusivamente “professionale” anche quando arriveremo alla fine del percorso. Il mio controtrasfert prevalente nei primi mesi di trattamento era caratterizzato anche da un senso di gratificazione narcisistica, un fatto sufficiente ad allarmarmi e a farmi prendere provvedimenti.

Credo che Alice abbia cercato di ripetere una situazione di abuso, che, come vedremo, non si esaurisce con la relazione che aveva a dodici anni. All'inizio del lavoro ha ripetuto più volte che ha paura di “esplorare certe cose”, mostrandosi davvero preoccupata che entrambi potremmo non reggere.

Diversi mesi dopo, nella primavera del 2018, nei minuti finali di una seduta mi racconterà due episodi traumatici. All'età di cinque anni, passeggiando nella campagna calabrese, incontra un anziano pastore che la prende in braccio e le “mette la lingua in bocca”. Alice, spaventata, corre via e va a lavarsi la bocca e la faccia. Non racconterà mai a nessuno cosa è successo.

Due anni dopo l'incontro con il pastore, all'età di sette anni, Alice si reca a casa di una compagna di scuola. Il fratello dell'amichetta, un adolescente, le mostra dei video pornografici attraverso i quali lei impara che cos'è la masturbazione. Alice non tornerà più su questi racconti.

Per Alice il sesso è una merce di scambio, il mezzo attraverso il quale attira gli uomini e si sente da loro voluta, ma da cui non sa trarre alcuna soddisfazione. Almeno fino all'estate 2017, quando subito dopo la seduta in cui consolido i confini del setting esplicitandoli, Alice inizia a frequentare Luca.

Racconterà che è uscita da quella seduta delusa e arrabbiata con me in quanto l'avrei “rifiutata”. Contemporaneamente, ritiene che io mi sia arrabbiato con lei a causa dei suoi tentativi

di sconfinamento. Per questo motivo ha deciso di accettare l'invito di un'amica a una festa di compleanno, cosa che normalmente avrebbe rifiutato per rimanere chiusa in casa. Qui conoscerà un ragazzo con il quale intratterrà una relazione di pochi mesi, nella quale però, per la prima volta, racconta di riuscire a vivere il sesso in maniera piacevole e soddisfacente.

Alice continua di tanto in tanto a fare domande personali ma, autonomamente, ha descritto con questa consapevolezza il suo movimento e i risultati del mio, collegandolo alla sua relazione con Mohamed: "a me piace attirare l'attenzione degli uomini... e ora mi viene da farlo con lei forse anche perché mi ha fatto capire che lei è 'off-limits', un po' come Mohamed che è in prigione".

Poi espone una dialettica "astratto" – "concreto" dove io, insieme al detenuto e altre figure "off-limits fisicamente" cado nella prima categoria, mentre il "concreto" consiste nella vita quotidiana con persone "reali", la dimensione in cui lei "sta bene" in apparenza, ma anche quella che lei vive come "vuota" e "superficiale". Mi spiega un po' seccata che, esplicitando chiaramente questi limiti, io avrei messo freno alle sue fantasie su di noi rischiando di portare il nostro rapporto solo sul piano del "concreto". Questo mio intervento ha effettivamente tolto ossigeno al transfert, tuttavia, comportandomi in maniera del tutto differente rispetto agli oggetti maschili del passato e presente di Alice, penso di aver creato un contenitore più solido e sicuro per la paziente. Inoltre, ritengo che quello di Alice non sia il transfert erotico di una donna adulta nevrotica, ma qualcosa di più primitivo legato ai traumi degli abusi subiti, all'"abbandono" da parte della figura paterna a dodici anni e infine – o meglio al principio – alle gravi carenze nelle cure materne. Da qui l'esigenza di fare un lavoro che non sia semplicemente interpretativo, ma che fornisca alla paziente un'esperienza trasformativa come quella che può avvenire nella relazione con un oggetto significativo quale è il terapeuta.

Significativo è il racconto di un sogno, avvenuto dopo i movimenti appena descritti, dove sono evidenziate chiaramente l'ambivalenza della paziente verso di me e le conseguenze nefaste di un possibile agito collusivo con le sue fantasie: "ho sognato che eravamo fidanzati. Lei fuori di qui era diverso, più simpatico e solare [Alice mi disse in altre circostanze che mi ha immaginato nella mia vita privata come "arrogante", "stronzo", "freddo", "di destra"], stavamo bene insieme. Poi poco prima di avere un rapporto sessuale lei si trasformava, diventava un nano mostruoso tipo quello di *Twin Peaks*, io continuo a ripetermi 'non è lui! Non è lui!', poi rimango paralizzata e penso che sto per impazzire."

Dopo circa un anno di terapia, Alice ha iniziato una relazione con Paolo, un coetaneo proveniente da una famiglia benestante che si preoccupa molto per il suo benessere, svolgendo un'importante funzione di sostegno pratico ed emotivo. Sostenitore della psicoterapia, spesso è intervenuto per ricordarle di non saltare le sedute.

Un giorno, all'inizio del secondo anno di terapia, Paolo accompagna in seduta Alice la quale lo fa inaspettatamente entrare in studio. In questo momento la paziente è molto depressa e ha bisogno di qualcuno che la "trascini" in seduta. Con questo enactment voleva farmi conoscere il fidanzato, il quale a sua volta voleva parlarmi per condividere la sua preoccupazione per le condizioni di Alice. Parliamo pochi minuti prima che io lo congedi per iniziare la seduta.

Mi stupisce un mio pensiero che segnala la natura del mio controtransfert in questa fase: “avessi una figlia mi piacerebbe uscisse con un ragazzo così.”

Alice, poco dopo, racconterà proprio che sta con Paolo anche per fare contento il padre. Non prova particolari sentimenti verso di lui e quando ne parla non si intravede particolare trasporto emotivo. Tuttavia, le dà sicurezza e lo usa come un supporto affidabile. Insieme a lui ha iniziato a osare a mangiare cibi per lei nuovi. Significativo il racconto in cui Alice, per la prima volta, riesce a “mischiare” tipi diversi di vino, rosso e bianco, senza il timore di vomitare.

CONFINI

Gli *enactment* e i tentativi di Alice di violare i confini della relazione terapeutica non si esauriscono nello spazio fisico e mentale dello studio dove ci incontriamo, ma continuano extra-seduta nel mondo virtuale di internet. Come segnala Gabbard (2017) il cyberspazio va a modificare in maniera significativa la cornice in cui lavoriamo. È normale oggi ricevere dai pazienti *e-mail* o messaggi su *WhatsApp*, ma la conseguenza più grande della normalità di internet nelle nostre vite consiste nell'erosione del tradizionale anonimato del terapeuta.

Sebbene noi ci presentiamo ai pazienti come individui con un certo aspetto, un certo gusto nel vestire o arredare lo studio, una maniera di esprimerci, per non parlare della scelta di soffermarci su certo materiale del paziente piuttosto che altro, si ritiene importante ridurre al minimo necessario l'esposizione di noi stessi.

Google e i social network rendono questo compito particolarmente difficile, per non dire impossibile.

Nella relazione terapeutica con Alice, i movimenti a violare il setting tradizionale grazie a *Internet* sono avvenuti in entrambe le direzioni. Nel momento in cui la paziente mi comunica il nome completo di Mohamed, decido incautamente che cercherò informazioni su questo personaggio.

Questo fa nascere un problema: che fare delle informazioni che ho trovato – l'accusa di stupro e altri dettagli cruenti della sua carriera criminale – che la paziente non ha mai portato in seduta? In che modo queste informazioni possono influenzare i miei interventi? Comunicare alla paziente che io so qualcosa che lei ha omesso metterebbe a rischio la nostra alleanza terapeutica e la spingerebbe a parlare prematuramente di cose che per ora vuole tenere nascoste. Da parte sua, Alice ha cercato a lungo di trovarmi sui *social-network*, comunicandomi nel tempo i suoi tentativi vani. Io sono iscritto a *Facebook* e *Instagram* senza utilizzare il mio nome o immagini visibili pubblicamente in cui compaio.

Mi sento dunque tranquillo e al sicuro, finché nell'estate 2018 una notifica del telefono mi comunica che “Alice ti sta seguendo su Instagram”. Visto il mio scarso utilizzo dell'applicazione non mi sono reso conto che chiunque può vedere le foto che ho caricato nel tempo senza nemmeno dovermi chiedere un'autorizzazione.

Nella seduta successiva, Alice non farà alcun commento su questa invasione. A fine seduta

decido quindi di menzionare io la sua intrusione, che lei spiega dicendomi che ha aggiornato il telefono e che quindi “Instagram deve aver aggiunto automaticamente il suo contatto perché ho il suo numero”. La dinamica tecnica di questa circostanza non mi è affatto chiara, tuttavia le spiego la necessità di “bloccarla” impedendole di continuare a curiosare. Nella seduta successiva mi dirà che ha fatto in tempo a vedere una mia foto che mi ritrae insieme alla mia compagna, oltre ad alcune immagini di certi locali e luoghi che le avrebbero fatto intuire alcune cose sul mio conto.

“Pensavo che lei fosse un conservatore e invece la pensiamo uguale!”.

Capiterà nel corso delle sedute successive che lei faccia commenti sulla situazione politica attuale, parlandomi con fare complice. La parte di transfert in cui mi vede come un”arrogante, stronzo, di destra” svanisce.

Tenendo conto che i suoi problemi principali non ruotano attorno a conflitti riguardanti l'autorità e la norma, l'evaporazione di questo pezzo di transfert non mi sembra cosa grave, anche perché ora la paziente si sente meno sola e più compresa, cosa che ritengo fondamentale.

Mi chiedo, inoltre, quanto questi suoi severi giudizi su di me siano stati pure proiezioni della paziente e quanto il risultato di un certo mio atteggiamento artificiale e freddo che ritenevo necessario per proteggere il mio anonimato, mantenere l'astinenza e la neutralità di fronte al materiale portato dalla paziente. Ora mi rendo conto che nella prima fase della terapia questo mio atteggiamento – che definirei come “caricatura di uno psicoanalista” potrebbe essere stato una difesa utile ad abbassare la temperatura emotiva.

Nei due anni di terapia che Alice ha svolto nell'ambito del mio tirocinio al CSM, le perturbazioni del setting sono state frequenti. Oltre ad agiti quali l'ingresso del fidanzato in studio, Alice saltava non poche sedute, spesso senza preavviso, oppure arrivava in ritardo.

Caratteristica peculiare della nostra cornice era la gratuità della terapia, che, come abbiamo visto, turbava la paziente facendola sentire in colpa, un “peso” che secondo lei per me sarebbe stato difficile da sostenere. Un altro esito del non pagare la terapia era l'assenza di conseguenze concrete nell'eventualità di sedute saltate senza preavviso adeguato. Solo nell'ottobre 2019 Alice ha deciso di riprendere il percorso terapeutico accettando, come vedremo, un nuovo contratto che prevede il pagamento di tutte le sedute con una frequenza scesa a un incontro a settimana.

Nella prima *tranche* di terapia presso il CSM Alice si è quasi sempre presentata alle sedute con un puntuale ritardo di dieci minuti, resistendo quasi sempre a interpretazioni che andavano a sondare la sua rabbia nei miei confronti. In generale, Alice non sembra interessata a cercare spiegazioni delle sue violazioni del setting che vadano al di là della sua esperienza soggettiva di “confusione” e “disorientamento”; a volte, immobilizzata a letto dalla sua angoscia depressiva, sembra non ricordarsi che giorno sia, capire che ore sono, riuscire a tenere a mente coordinate temporali. Credo che Alice abbia avuto ragione e io torto: con una paziente “al limite” non è decisivo il classico lavoro interpretativo alla ricerca dell'*insight*, ma il potenziale trasformativo della relazione terapeuta- paziente.

Dopo i primi mesi di terapia si instaura un rapporto di dipendenza, come è chiaro dall'ango-

scia e dalla rabbia causate dalle inevitabili separazioni che Alice percepisce come abbandoni, soprattutto in estate. È proprio durante la seconda pausa estiva che inizia a scrivere un diario in cui cerca di mettere su carta sensazioni, emozioni, impressioni. La forma che sceglie di usare è quella del dialogo con il terapeuta assente concretamente, ma ormai presente nel suo mondo interno. Nei suoi scritti si rivolge a me chiamandomi “capo”. Lei vorrebbe che io avessi una funzione paterna di guida, ma credo sia possibile interpretare questa sua curiosa espressione anche in una chiave materna: “testa”, “mente”, dunque “contenitore”. È proprio nel mettere a disposizione del paziente la propria capacità di contenere, trattare, elaborare, regolare affetti e contenuti mentali più o meno grezzi che a mio avviso sta il cuore della cura psicoanalitica.

LA RELAZIONE COME FATTORE DI MALATTIA E DI CURA

Secondo Cremerius (1985) all'interno della comunità psicoanalitica si possono distinguere due modi di intendere la tecnica e la cura. La tecnica classica, o *terapia della “comprensione interna”*, è rivolta essenzialmente a quei pazienti che si trovano nel campo edipico, in tensione tra desiderio incestuoso (con una madre vista come compagna del padre) e angoscia di castrazione, e che hanno bisogno di essere aiutati a raggiungere lo stadio genitale dell'organizzazione libidica. Lo strumento principale dell'analista è l'interpretazione, il cui oggetto è il *contenuto* in sé, il rimosso, le difese, le resistenze, la riproposizione della nevrosi nel transfert. Proprio l'esperienza del transfert, nella misura in cui consente una migliore comprensione interna e una modificazione strutturale dell'Io – dunque dei rapporti di forza nel conflitto tra le tre istanze – è la chiave della cura.

Contrapposta alla “tecnica classica” vi è quella che Cremerius citando Alexander (1948) chiama *terapia dell’esperienza emotiva correttiva*, definizione che a mio avviso trascina con sé una connotazione troppo normalizzante e alla quale preferisco *esperienza emotiva trasformativa*. Gli analisti di questo gruppo allargano le indicazioni terapeutiche della psicoanalisi e situano l'eziologia del disagio psichico nelle fasi pre-edipiche dello sviluppo, mettendo al centro l'importanza della relazione del bambino con la madre. La diade madre-bambino de-tronizza Edipo e diventa centrale anche come metafora che descrive il rapporto analista-paziente. Questo è il caso dei pazienti con funzionamento “al limite” come Alice. Se per la teoria classica il transfert è inteso come ripetizione di desideri pulsionali i cui oggetti non corrispondono a quelli reali ma a fantasie su di essi, ora il transfert è riconosciuto come la ripetizione di relazioni precoci vissute e iscritte nelle dimensioni non rimosse dell'inconscio: il “conosciuto non pensato” di Bollas (1987), l'inconscio pre-riflessivo (Stolorow e Atwood, 1992) e le varie accezioni della memoria procedurale e implicita (Mancia, 2006).

Da qui la sensazione della paziente di potermi annichilire “ammorbandomi” con i suoi discorsi, retaggio di memorie pre-verbali in cui sentirsi “un peso eccessivo” è effettivamente accaduto. Con pazienti “al limite” non si tratta più di risolvere un conflitto intrapsichico ma di riparare, attraverso la relazione con il paziente, al *deficit* conseguente a relazioni oggettuali

disfunzionali. Il focus non è più – o non più esclusivamente – sull'*insight*, ma sulle modalità con le quali l'analista può mettere la sua mente al servizio del paziente per aiutarlo a sviluppare quegli strumenti mentali che presentano carenze: nel caso di Alice la capacità di riconoscere e regolare gli affetti, gravemente minata da una prima infanzia con una madre depressa, non responsiva, non accudente, incapace di sintonizzarsi con gli stati emotivi della figlia. Assumendo quest'ottica diventa chiaro come, ad esempio, la mia insistenza nell'interpretare i ritardi della paziente come espressioni della sua aggressività non poteva essere molto utile, per lo meno nelle prime fasi del lavoro, quando Alice non era ancora in grado di riconoscere, contenere e parlare la sua rabbia. Quello di cui ha bisogno la paziente è una relazione significativa che consenta la graduale introiezione del contenitore e della capacità di pensare/so-gnare del terapeuta, ovvero la sua funzione α (Bion 1962). Questo può avvenire se la paziente, nel tempo, si sente vista e riconosciuta nei suoi stati emotivi – esperienza rarissima nella vita di Alice –, oltre che aiutata nell'identificare e regolare le emozioni. Per usare un linguaggio bioniano, nella terapia i “fatti indigeriti” (Bion, 1962) possono trovare la possibilità di venire trasformati/alfabetizzati per la prima volta in pensieri ed emozioni. Queste trasformazioni non possono avvenire attraverso le classiche interpretazioni volte a *decodificare* o *tradurre* ciò che *in realtà* sta dicendo o facendo il paziente, ma attraverso interventi per lo più “insaturi” – ovvero che lascino un'apertura di senso – atti a cogliere, riconoscere, comprendere e condividere le emozioni sottese al racconto del paziente, con il fine a lungo termine di allargare le sue capacità creative, ovvero la sua capacità di creare quella “poesia della mente” che è il frutto della funzione psicoanalitica della personalità (Civitarese, 2014).

Nel caso di Alice siamo di fronte a un deficit della funzione α , conseguenza di una indisponibilità e incapacità della mente del *caregiver* di contenere e metabolizzare gli elementi α della figlia (che si traduce nell'interiorizzazione da parte di quest'ultima di una funzione α carente).

Questa indisponibilità materna si configura come *trauma*: sensorialità in eccesso che supera la capacità di significazione di una funzione α deficitaria e, seguendo Ferenczi, disconoscimento da parte del *caregiver* di parti della soggettività del bambino.

Ferenczi individua già nel 1908 una serie di disposizioni genitoriali potenzialmente traumatiche che si possono sintetizzare nella definizione di “noncuranza” o trascuratezza emozionale (1908), fatta di disattenzione, lontananza, insensibilità, indifferenza, svalorizzazione, non-rispetto dei limiti, tirannide e sfruttamento (Borgogno, 1999a); atteggiamenti che, intimamente legati all'incapacità del genitore di riconoscere le specificità del bambino, non forniscono l'Io di un ambiente adeguato al suo sviluppo, che rimane coartato e privo dell’“immunizzazione” necessaria a proteggersi dallo scivolamento verso l'inesistenza e l'*assenza di forza vitale* (Ferenczi, 1929a), quel “buco nero” in cui talvolta Alice ha timore e voglia di scivolare.

Il *bambino* di Ferenczi, così come quello descritto da Winnicott qualche decennio dopo, ha bisogno di un contesto ambientale che sappia venirgli incontro, che non lo forzi ad adattarsi all'altro attraverso i disconoscimenti provocati dalla “noncuranza” traumatica ma, al contrario, che si adatti a lui nella misura di un riconoscimento del suo essere separato e del suo

essere bambino.

Compito essenziale del terapeuta è, a mio avviso, quello di fornire al paziente un ambiente adeguato per “realizzare il suo potenziale”, ovvero l’espressione del suo vero Sé. L’unicità e la specificità di ogni soggetto sono qualcosa di fragile e prezioso, che può svilupparsi solo in un ambiente fatto di soggetti capaci di riconoscere e accettare l’alterità.

Che la mente sia risultato di un incontro intersoggettivo è assodato e riconosciuto da prospettive differenti. Bion, introducendo la dialettica contenitore–contenuto già afferma la matrice necessariamente intersoggettiva della capacità di pensare i pensieri e di riconoscere e regolare gli affetti – e ovviamente dei relativi deficit. La natura fondamentale relazionale della soggettività, del Sé e della qualità degli strumenti mentali che ognuno di noi ha a disposizione è riconosciuta ormai dalla quasi totalità degli orientamenti psicoanalitici, oltre che da discipline che negli ultimi decenni tanto hanno contribuito alla nostra comprensione dello sviluppo normale e patologico del sistema mente–corpo quali l’*Infant Research* (Riva Crugnola, 2006), le neuroscienze e la neuropsicoanalisi (Damasio 1999; Gallese 2009; Schore, 2003a, 2003b; Solms, Turnbull, 2002).

Le interazioni madre bambino nel primo anno di vita – fondamentali per lo sviluppo degli stili di attaccamento – stabiliscono la base per i processi regolatori – neuropsicobiologici – tra madre e figlio e “*determinano l’ottimale o disfunzionale crescita dell’emisfero destro del bambino, con la complessa rete di sviluppo neuronale e sinaptico e il derivante processo di mielinizzazione [...]. L’emisfero sinistro riceve input maggiori in fase critica di crescita dopo il secondo anno di vita, in combinazione con l’intervento, solitamente, di un secondo caregiver, che assume maggiore importanza affettiva a questa età*” (Mucci 2020, pag. 9).

SCISSIONE E INTEGRAZIONE

Seguendo i criteri proposti da Kernberg (1975) non è difficile diagnosticare il funzionamento al limite di Alice.

Con un esame di realtà sostanzialmente intatto, la paziente riesce a differenziare le rappresentazioni del Sé e dell’oggetto mostrando tuttavia difficoltà nell’integrare immagini contraddittorie di Sé e degli altri. La normale sintesi delle introiezioni e delle identificazioni, che produrrebbe una stabile identità dell’Io, è impedita da un uso patologico della scissione (Ibidem).

Il risultato è la diffusione dell’identità, evidente anche solo dall’apparenza cangiante di Alice. La difesa primitiva essenziale alla base di queste dinamiche è la scissione, ampiamente utilizzata.

Questa difesa va differenziata ovviamente dalla rimozione nevrotica – che si accompagna a un lavoro di simbolizzazione che emerge con il ritorno del rimosso – ma anche dalla scissione che produce la frammentazione che concerne la psicosi (Green, 1976). La specificità della scissione nei casi-limite consiste nel fatto che si sviluppa su due livelli: il primo tra mondo

interno ed esterno, il secondo all'interno della sfera psichica. Il primo livello di scissione definisce i contorni dell'Io, le cui frontiere negli stati-limite si presentano mobili e precarie, seguendo un movimento di espansione e contrazione che risponde alle angosce di separazione e di intrusione. Questa barriera mobile a protezione contro la disintegrazione avvolge un Io vulnerabile, allo stesso tempo rigido e privo di coesione.

Il secondo livello di scissione – o dissociazione – opera nel mondo psichico interno, creando un arcipelago di nuclei isolati. Nessuna isola è in contatto con le altre, producendo la sensazione di un insieme di relazioni contraddittorie, restituendo l'immagine di un Io non coeso e incoerente (Ibidem). Come è facilmente riscontrabile entrando in relazione con i casi-limite, l'incoerenza è determinata dalla presenza di pensieri, affetti e fantasmi contraddittori, mentre l'assenza di coesione si esprime nel sentimento di distacco, di disinteresse che cela una perdita di vitalità, nell'impressione di futilità generalizzata e nella difficoltà di sentirsi esistere e di essere presente per gli altri. Si tratta di manifestazioni del vuoto fondamentale di cui fa esperienza il soggetto. Ognuno di questi nuclei, secondo Green, sarebbe investito di narcisismo positivo e mantenuto isolato dagli altri da un investimento narcisistico negativo, mentre nella nevrosi si è di fronte a un investimento narcisistico unificato contrapposto a investimenti oggettuali positivi o negativi (Ibidem). La funzione di legame svolta da Eros è sovrappiù dall'istinto di morte, di cui la scissione, insieme al disinvestimento radicale causato dalla depressione primaria, è espressione.

Pensieri, affetti e rappresentazioni permangono contrapposti senza nessuna possibilità di sintesi. Nei pazienti come Alice si manifesta chiaramente la difficoltà di Eros nel svolgere la sua funzione di legame: *“il discorso sul caso-limite non è una catena di parole, di rappresentazioni o di affetti; è più paragonabile a una collana i cui fili sono rotti”* (Ibidem). L'assenza di unità implica un'assenza di coesione della soggettività che si traduce in un sentimento di disinteresse, distacco, tendenza verso “il grado zero dell'eccitamento”, difficoltà nel percepirsi presenti a se stessi e per gli altri, dunque in una generale impressione di futilità: *“per il navigatore che consulta le carte, le isole dell'arcipelago, che sono abitate, contano più del mare circostante. Per i casi-limite avviene il contrario: questi nuclei isolati dell'Io assumono minore importanza del vuoto che li circonda”* (Green 1991, p. 218).

Alice nel giro di poco tempo può passare dal vedere Mohamed come oggetto parziale cattivo, ad esempio un persecutore che la costringe a uscire di casa con la paura di poter essere sfregiata con l'acido da qualcuno dei suoi complici – timore durato alcune settimane –, al ritenerlo totalmente buono, amorevole e protettivo. In una seduta nel primo anno di terapia, dove Mohamed veniva narrato come oggetto parziale buono, è stato sufficiente ricordare alla paziente le minacce che questi aveva mosso verso suo padre per provocare una precaria integrazione delle parti che veniva segnalata da un'improvvisa evoluzione dell'umore in senso depressivo, a cui poco dopo seguiva un ulteriore cambio di registro sul versante isterico, una sorta di fuga che di fatto spezzava la seduta in un prima e un dopo.

DISCONOSCIMENTO TRAUMATICO E ISTINTO DI MORTE

La clinica freudiana ruota attorno alla questione del desiderio, della pulsione e della sua soddisfazione. A partire da *L'interpretazione dei sogni* Freud delinea una metapsicologia che vede l'apparato psichico come un campo di battaglia in cui pulsioni e difese lottano nei confini tra inconscio e coscienza. Tuttavia, prima del 1897 Freud accordava un'importanza fondamentale all'ambiente e al suo impatto nell'eziologia della psicopatologia. Egli riteneva che la natura del trauma infantile fosse di carattere essenzialmente sessuale, descrivendolo secondo due momenti principali: una prima scena di seduzione in cui il bambino subisce un approccio sessuale da parte di un adulto e una seconda scena, durante la pubertà, che rievocando la prima causa un surplus di eccitazione che travolge le difese dell'Io. Successivamente, in una lettera a Fliess (22/9/1897), Freud scriverà di aver compreso grazie all'esperienza dell'analisi clinica che il trauma sessuale della seduzione in realtà appartiene al mondo della fantasia e risponde alla soddisfazione dei bisogni pulsionali dei pazienti.

L'abbandono dell'ipotesi della seduzione reale orienterà l'interesse degli analisti verso una clinica del conflitto intrapsichico e della rimozione, ritardando però l'affermarsi di un modello che dia sufficiente importanza all'ambiente e all'*interpsichico*, dunque al trauma (Albasi, 2006). Un'importante eccezione è rappresentata dal lavoro dello psicoanalista ungherese Sándor Ferenczi il quale riteneva che la cura attraverso l'abreazione di cui parlava Freud negli Studi sull'Isteria non fosse sufficiente, reputando indispensabile anche un'esperienza relazionale riparatrice:

“Pare che i pazienti non possano credere, o almeno non completamente, alla realtà di un avvenimento se l'analista, unico testimone del fatto, mantiene un atteggiamento freddo, anaffettivo e, come i pazienti lo definiscono, puramente intellettuale, mentre gli avvenimenti sono di natura tale da suscitare in qualsiasi spettatore sentimenti e reazioni di rivolta, di angoscia, di terrore, di vendetta, di lutto, e propositi di un aiuto sollecito onde rimuovere o distruggere la causa o il responsabile [...] Si può dunque decidere di prendere veramente sul serio il ruolo di osservatore benevolo e soccorrevole, vale a dire di lasciarsi effettivamente trasportare con il paziente in quel dato momento del suo passato (pratica che Freud mi ha rimproverato come proibita), con il risultato che entrambi, noi e il paziente, crediamo in questa realtà, cioè in una realtà presente e non, per ora, collocata nel passato...” (Ferenczi, 1932a, pagg.75-76)

La cosa più importante di tutto ciò è il fatto che l'abreazione di quantità traumatiche non basta, la situazione deve diventare differente da ciò che è propriamente traumatico per rendere possibile una diversa soluzione favorevole (Ibidem, pag. 182). Ferenczi, nel 1932, comprende l'importanza di ciò che oggi chiamiamo sintonizzazione emotiva, rispecchiamento, partecipazione emotiva attiva:

“Per la prima volta l'analista è in grado di collegare alcuni sentimenti con l'evento originario e di conferire così all'accaduto il sentimento di un'esperienza reale. Nel medesimo tempo la paziente riesce ad acquisire una convinzione molto più profonda che nel passato della realtà di quegli eventi tante volte ripetuti sul piano intellettuale” (Ibidem, pag. 62).

La partecipazione affettiva del terapeuta può restituire al paziente il senso di una verità emotiva di ciò che è effettivamente accaduto nelle sue esperienze con le figure di accudimento,

ma anche, attraverso il ruolo del terapeuta come testimone, un pezzo di realtà emotiva viene nuovamente acquisita e riconosciuta, nel senso di andare oltre quel disconoscimento che è la cifra del “non sapere” traumatico, caratterizzato da buchi dissociativi. Il corpo sa, mentre la mente e le emozioni non possono toccare quella realtà finché un altro significativo non consenta di ricucire le parti dissociate attraverso la sua partecipazione emotiva. Se ciò non accade, la distruttività di sintomi e comportamenti viene continuamente riproposta (Mucci, 2020). In questi contesti il ruolo tecnico dell’interpretazione passa in secondo piano: *“poiché lo stato traumatico non può essere rappresentato, esso è immutato dall’interpretazione. [...] Ciò che si richiede inizialmente nella terapia non è un’elucidazione del conflitto psichico, ma una ristrutturazione della relazione interna tra sé e altro”* (Laub, Auerhahn, 1989; in Mucci, 2020, pag.203).

Il “ricordare” di cui parla Freud in “Ricordare, ripetere, rielaborare” (1914) resta importante ma oggi non possiamo più ritenere che si tratti di un processo fondamentalmente intrapsichico. Questo processo è infatti possibile solo nell’incontro tra due soggettività, in un rapporto dialogico di due sistemi corpo-mente in relazione (Schoore, 2019).

Nel caso di Alice il trauma si situa nella relazione con una madre disturbata probabilmente da depressione post-partum, la quale non è stata mai in grado di *vedere e rispecchiare* la figlia. Una madre mentalmente assente non è capace di sintonizzarsi con gli stati mentali della figlia e di riparare le naturali dissintonie. Secondo Schoore (2019), si può parlare propriamente di trauma relazionale infantile quando nei primi 18 mesi di vita del bambino non si stabilizza (o se non viene ripristinata in tempi adeguati) la fondamentale sintonizzazione tra gli emisferi destri della diade madre-figlio. Questa situazione configura ciò che Mucci (2013) definisce “trauma relazionale di primo livello”.

“[...] il caregiver non riesce a compiere in modo ottimale la funzione regolatoria da cui dipendono il funzionamento e il mantenimento ottimale dei parametri vitali del piccolo. La funzione regolatoria è anche alla base della corretta valutazione degli stimoli provenienti dall'esterno del corpo (esterocettivi) e della corretta valutazione degli stimoli propriocettivi (interni). [...] l'attaccamento sicuro dipende dalla sintonizzazione neurobiologica della madre non con la cognizione e il comportamento del bambino, ma piuttosto con le alterazioni dinamiche dell'arousal autonomico del bambino (ovvero con la dimensione energetica dello stato affettivo del bambino). Perché questa comunicazione interpersonale abbia successo, la madre deve essere psicobiologicamente sintonizzata con il crescendo e decrescendo dello stato interno del bambino basato sull'arousal del SNA e del SNC.” (Mucci, 2020, pag. 12).

Dunque, seguendo Mucci e Schoore (2019), attraverso il collegamento emisfero destro-emisfero destro e le comunicazioni non verbali visuo-facciali, tattili-gestuali e auditive-prosodiche, il caregiver e il bambino imparano ognuno la struttura ritmica dell'altro e modificano il loro comportamento per adattarsi a quella struttura, quindi co-creando un'interazione specificamente adattata, momento per momento.

Nella storia di Alice è probabile che la madre, depressa, assente e incapace anche di nutrire i figli con modalità adeguate, abbia più e più volte indotto nella figlia stati di *arousal* e di

dissociazione a causa di livelli inadeguati di stimolazione, oltre che lasciare Alice troppo a lungo in uno stato di mancanza di stimolazione e scambio, situazione che induce la risposta neurobiologica del *neglect*.

Anche André Green, da una prospettiva differente, ipotizza che la relazione con un *caregiver* primario inadeguato, quale la “madre morta”, sia alla base dei processi dissociativi espressione dell’istinto di morte, non più considerato innato, ma frutto di un’esperienza ambientale sfavorevole, in particolare di una grave carenza nelle funzioni materne di accudimento.

Nel caso di Alice l’istinto di morte, oltre che nell’attacco alle funzioni coesive e integrative che chiamiamo “Eros”

– dunque l’uso massiccio della scissione –, il disinvestimento depressivo e gli attacchi al sé-corporeo, si manifesta anche in una grande difficoltà ad abbandonare l’oggetto cattivo internalizzato. Inutile dire come questa dinamica renda arduo il processo di cura, spiegando il progredire stentato della paziente e i momenti di frustrazione e regressione:

“Nella mia esperienza, i passi indietro, le recrudescenze aggressive, i peggioramenti periodici dopo progressi notevoli, mostrano un bisogno di mantenere a qualunque costo una relazione con un oggetto interno cattivo. Quando l’oggetto cattivo perde il suo potere, non sembra esserci altra soluzione se non quella di farlo riapparire, di procedere alla sua resurrezione sotto forma di un altro oggetto cattivo. Che assomiglia come un fratello a quello precedente e al quale il soggetto si identifica. Più che di una indistruttibilità dell’oggetto cattivo o del desiderio di assicurarsene il controllo, si tratta qui della paura che la sua scomparsa lasci il soggetto davanti all’orrore del vuoto, senza che il tempo porti mai a una sostituzione da parte di un oggetto buono disponibile. L’oggetto è cattivo, ma è buono in quanto esiste, perfino quando non esiste come oggetto buono”. (Green 1991, pag. 84)

Essere in balia dell’oggetto cattivo – in questo caso la “madre morta”, o ciò che Mauro Mancia definisce come “oggetto traumatico” (Mancia, 2010) – sembra pur sempre preferibile che affrontare il vuoto dell’assenza dell’oggetto buono. Ancora Green:

“La successione delle distruzioni e delle riapparizioni, che fa pensare a un’idra dalle mille teste, sembra ripetere il modello di una teoria [...] della costruzione dell’oggetto, del quale Freud diceva che è conosciuto nell’odio. Ma questa ripetizione compulsiva è dovuta al fatto che il vuoto, qui, può essere investito solo negativamente: l’abbandono da parte dell’oggetto non porta a un investimento di uno spazio personale, ma a un’aspirazione torturante verso il nulla, che trascina il soggetto in un gorgo senza fondo [...]. Questa tentazione del nulla è, più che l’aggressività, che ne è solo una conseguenza, il vero senso della pulsione di morte. La carenza delle cure materne la favorisce: o forse la crea?” (Green 1991, pagg. 84-85, sottolineatura mia).

Secondo Green, la distruttività interna di questi pazienti non è necessariamente innata o temperamentale, come ritiene Kernberg (1975), ma deriva da relazioni reali caratterizzate da maltrattamento o privazione, relazioni primarie che oggi riconosciamo essere alla base dei fenomeni a suo tempo riconosciuti da Freud come pulsione di morte: *“la pulsione di morte scinde, Eros integra. Nell’opera di Freud, la scissione, come la intendo in questo lavoro, può*

essere riferita all'azione della pulsione di morte, che si oppone all'azione unificatrice di Eros" (Green 1991, pag. 111). Green ci aiuta a comprendere i nessi tra pulsione di morte – intesa come risultante di privazione di cure materne – dissociazione e vuoto: *"Nella rimozione, dove il ritorno del rimosso è simbolizzato, demandato ad altre rappresentazioni, agli affetti o ai loro derivati, l'energia psichica è legata. I legami sono intatti e possono essere utilizzati per altre combinazioni [...]. Nella scissione, invece, i termini sono oggetto di una distruzione o di un'alterazione tale che soltanto con uno sforzo considerevole di costruzione immaginaria un analista può tentare di ricostruire che cosa siano stati tali legami [...]. Le conseguenze della differenziazione tra rimozione e scissione sono cruciali. Il ritorno del rimosso dà il via a un segnale di angoscia. Il ritorno degli elementi scissi si accompagna, invece, a sentimenti di grave minaccia: smarrimento, Hilflosigkeit (Freud), annichilimento (Klein), disperazione senza nome (Bion) e disintegrazione o supplizio (Winnicott)".* (Green, 1991, pag. 113).

Una particolarità dell'inadeguatezza della madre di Alice sta nella difficoltà a toccare il corpo della figlia. Una difficoltà che ha dell'incredibile: la paziente non ha ricordi di contatti fisici affettuosi con la madre almeno fino all'età di ventitré anni quando, ricoverata in ospedale, riceve una carezza sul ginocchio. Un gesto simile si ripeterà solo nel 2018 in seguito a un'altra ospedalizzazione della paziente. In questo contesto ambientale è inevitabile pensare a come il corpo di Alice non abbia ricevuto il giusto investimento libidico da parte della madre.

Come ci ricorda Bollas (2001), l'origine dell'isteria va ricercata, oltre che nella cultura patriarcale della nostra società, nel mancato investimento erotico della madre verso il bambino, in particolare verso i suoi genitali. Nelle relazioni primarie che sfociano nell'isteria troviamo da parte della madre non più che una "prestazione manuale" nei confronti del figlio. La madre comunica un'ambivalenza verso il corpo sessuato del figlio, svilito per quanto riguarda i genitali e d'altro canto esaltato in parti del corpo alternative, zone erogene spostate che potranno servire da successivi canali di eccitamento. Non è difficile immaginare che qualcosa del genere sia accaduto con Alice. Tuttavia, ritengo che alcuni suoi tratti apparentemente isterici – su tutti la seduttività, la difficoltà a provare piacere nel sesso, una certa frivolezza pseudo-infantile che si intravede saltuariamente – siano più probabilmente frutto dell'internalizzazione di una diade vittima-aggressore seguita a esperienze traumatiche secondarie – consideriamo come primario il trauma della prima relazione oggettuale con la "madre morta" – che vedono come aggressore protagonista il maschile: il pastore anziano che la molesta quando lei ha cinque anni, il ragazzino più grande che la mette di fronte a filmati pornografici quando Alice ha sette anni, il "fidanzato" ventenne di una Alice dodicenne. Queste situazioni di abuso e disconoscimento configurano ciò che Mucci definisce "trauma relazionale di secondo livello" (Mucci, 2013).

IDENTIFICAZIONE CON L'AGGRESSORE

Il trauma relazionale di primo livello – come quello da "oggetto traumatico" subito da Alice – è di per sé alla base dei disturbi gravi della personalità e provoca processi dissociativi e dif-

ficoltà nella regolazione affettiva. Radicalmente incompatibile con un attaccamento sicuro, la relazione traumatica primaria compromette ogni possibile resilienza di fronte a eventi traumatici secondari, ciò che Mucci (2020) definisce il “trauma relazionale di secondo livello”. Ovvero, i maltrattamenti e gli abusi che hanno esito nell’“identificazione con l’aggressore”: un’identificazione del sé e del corpo che può avvenire sia con il ruolo della “vittima” sia con quello del “persecutore”. Ferenczi fu il primo ad intuire questa dinamica (1932a, 1932b).

L’identificazione con l’aggressore è la conseguenza fondamentale del trauma da abuso. Il bambino subisce ciò che Ferenczi definisce “frammentazione dell’anima”, con meccanismi dissociativi, internalizzazione e introiezione di affetti negativi provenienti dall’aggressore (senso di colpa e aggressività dissociate). Ciò crea in lui una parte “vittima” legata alla colpa e una parte “persecutore” del proprio sé o dell’altro, legata all’aggressività internalizzata: *“I bambini si sentono indifesi fisicamente e moralmente, la loro personalità è ancora troppo lontana dall’essersi consolidata perché essi siano in grado di protestare sia pure solo mentalmente; la forza prepotente e l’autorità degli adulti li ammutolisce, spesso toglie loro la facoltà di pensare. Ma questa stessa paura, quando raggiunge un certo livello, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell’aggressore, a indovinare tutti gli impulsi di desiderio e, dimentichi di sé, a seguire questi desideri, identificandosi completamente con l’aggressore. Con l’identificazione, diciamo meglio con l’introiezione dell’aggressore, quest’ultimo scompare come realtà esterna; l’evento da extrapsichico diviene intrapsichico. Ora tutto ciò che è intrapsichico soggiace, in uno stato onirico come è appunto la trance traumatica, al processo primario, il che significa che può essere modellato secondo il principio del piacere: trasformato in allucinazioni positive e negative. Il fatto che l’aggressore cessi di esistere come rigida realtà esterna, fa sì che nella trance traumatica il bambino riesca a mantenere in vita la situazione precedente, col suo carattere di tenerezza. Ma nella vita psichica del bambino il mutamento più importante, provocato dall’identificazione per paura col partner adulto, è l’introiezione del senso di colpa dell’adulto; questa introiezione fa apparire come un’azione colpevole un gioco considerato fino a quel momento innocente”* (Ferenczi 1932b, pag. 420, sottolineature mie).

Il bambino vittima di violenza si identifica con un sé vittima o con un sé persecutore dislocato nel corpo; questo spiega la frequenza degli attacchi al corpo (il proprio o quello dell’altro) nei pazienti al limite, corpo diventato vittima dell’aggressività persecutoria internalizzata. La diade vittima-persecutore viene quindi replicata in un ciclo che mette la vittima a forte rischio di ripetizione o rivittimizzazione (Mucci, 2013).

L’identificazione con l’oggetto traumatizzante sarà alla base della scarsa fiducia che il soggetto traumatizzato ha nelle proprie sensazioni, aderendo alla realtà dell’aggressore: *“Il bambino, sconvolto dallo shock dell’aggressione intempestiva e dallo sforzo di adattamento, non ha una sufficiente capacità di giudizio per condannare la condotta di tali persone autorevoli. I deboli sforzi fatti in questo senso sono brutalmente e minacciosamente respinti dal colpevole, e il bambino viene accusato di menzogna. Egli, inoltre, è intimorito dalla minaccia di vedersi privato dell’amore e persino di essere sottoposto a sevizie fisiche. Ben presto comincia anche a*

dubitare dell'attendibilità dei propri sensi oppure – cosa più frequente – si sottrae all'intera situazione conflittuale rifugiandosi in sogni ad occhi aperti e assolvendo d'ora in poi come un automa i compiti della vita di veglia" (Ferenczi 1932a, pagg. 289– 290).

Piuttosto che accettare la realtà intollerabile di non essere amato dal *caregiver*, il bambino nella posizione di vittima preferisce pensare che sia lui a sbagliare l'interpretazione di ciò che è accaduto, si adatta negando la realtà, dubitando dei propri sensi e convincendosi che la colpa sia sua:

"[la vittima] è inerme, confusa, vorrebbe combattere contro la volontà dell'autorità adulta, contro l'incredulità della madre etc. Naturalmente non può e si trova di fronte alla scelta: è il mondo intero che è cattivo o sono io nell'errore? Opta per l'ultima ipotesi. Conseguentemente, spostamenti e interpretazioni distorte delle sensazioni, che sfociano nei sintomi descritti" (Ferenczi 1932a, pag. 146, sottolineature mie).

Il bambino crede che *"non può essere vero che tutto ciò mi sia capitato, altrimenti qualcuno sarebbe venuto in aiuto"*, e il paziente "preferisce dubitare della correttezza del proprio giudizio" (pag. 76). La distorsione cognitiva ed emotiva – non è stato l'altro ad abusare di me ma è "colpa mia" – è la base della ripetizione del trauma, creando le dinamiche personali e le credenze che in età adulta portano alla ricerca di una nuova rivittimizzazione o a ripetere l'abuso sull'altro.

Le vittime di abuso diventano dunque aggressori di sé stessi e del proprio corpo, con modalità che vanno dall'autolesionismo a comportamenti autodistruttivi quali abuso di alcool o sostanze, promiscuità sessuale, masochismo. In questi casi il proprio corpo è una sorta di altro che gioca la parte della vittima rispetto all'aggressore interiorizzato. Compito della terapia è quello di dis-identificare il paziente sia rispetto al corpo vittimizzato sia rispetto all'aggressore interno, cosicché possa liberarsi di queste parti insieme alle emozioni connesse (inferiorità, vergogna, impotenza, disperazione, schifo di sé, rabbia, odio, vendetta, aggressività). In caso contrario, le relazioni traumatiche continueranno a manifestarsi, se non con il persecutore reale come parti interne di vittima e persecutore nei sintomi e negli agiti.

Nel caso di Alice ritengo che gli abusi di tipo sessuale siano centrali per comprendere il suo modo di relazionarsi con il maschile e il proprio corpo. Ciò che ha subito a cinque e a sette anni non è stato mai riconosciuto da un adulto né ha potuto essere elaborato da Alice. Dopo la prima aggressione Alice scappa e cerca di sciacquarsi la bocca come a ripulire invano lo schifo che c'è stato, ma non dice una parola con nessuno. Il senso di colpa e la vergogna hanno preso il sopravvento: è lei ad essere "sbagliata". Dopo aver "scoperto la masturbazione" davanti a un video pornografico e a un ragazzo di quattordici anni, Alice racconterà – mostrando un enorme senso di colpa – che poco tempo dopo spiegherà alla sorellina più piccola come si fa a "toccarsi". La sua relazione con un ragazzo di vent'anni è già espressione della ripetizione del trauma, intrecciata inoltre a ciò che lei percepì come abbandono da parte del padre.

I tentativi di seduzione che Alice mise in atto all'inizio della terapia sono gli stessi che ha agito in tutti gli ambiti della sua vita con figure "più grandi", in qualche modo inaccessibili

oppure “proibite”: nel corso del primo anno di lavoro mi racconterà ad esempio di un suo flirt con un professore universitario.

La ripetizione nasconde la speranza segreta di un esito differente. Per questa ragione è importante, oltre che ripercorrere con la paziente i fatti traumatici offrendo la propria partecipazione emotiva e ciò che Mucci (2020) chiama *embodied witnessing* – la testimonianza incarnata di chi, in un secondo tempo, può sentire e restituire al paziente emozioni e affetti perduti – offrire ad Alice, così come a qualunque paziente al *limite*, l'esperienza emotiva trasformativa data da una relazione significativa con un oggetto che si rifiuta di giocare il copione che la diade vittima-persecutore del paziente ha previsto per lui.

Creare una nuova e differente relazione interiorizzata sé-altro (e relativi affetti) che possa farsi spazio nel teatro interno della paziente è stata una tappa fondamentale del lavoro con Alice. In Alice, oltre che la ricerca di oggetti abusanti, è stato possibile osservare una tendenza inconsapevolmente sadica e aggressiva diretta contro il maschile. Ad esempio, la paziente racconta che in occasione delle malattie terminali dei suoi nonni (paterno e materno), è scesa in Calabria per prendersi cura di loro e dei loro corpi sfiniti come un'infermiera dallo zelo eccezionale, provocando stupore in tutti i famigliari per la sua insolita energia e dedizione. L'aggressività di Alice, il principale degli *iper-contenuti* in carenza di *contenitore*, ciò che fatica ad esprimere o che teme di gettare fuori improvvisamente come il vomito di cui ha terrore, non si esaurisce nel ciclo della ripetizione traumatica o nei comportamenti sadomasochistici, ma può toccare dei picchi di distruttività pericolosi, espressione di quell'istinto di morte che ritengo essere originato e alimentato dal sovrapporsi del trauma relazionale primario con gli abusi successivi.

IL SUICIDIO NEL DISTURBO BORDERLINE E NEL NARCISISMO PATOLOGICO

Ottobre è un mese particolare per Alice. La fine dell'estate, l'inizio di un nuovo ciclo, di un nuovo anno accademico. È nell'ottobre del 2016 che Alice sprofonda per la prima volta nel baratro che la porta all'ospedalizzazione e al Centro di Salute Mentale.

Nell'ottobre 2017, dopo sei mesi di psicoterapia, Alice intravede l'inverno e manifesta il timore di poter “sprofondare ancora”. Durante l'interruzione per le festività natalizie mi scriverà del suo malessere chiedendosi se è opportuno continuare la terapia.

Una notte dell'ottobre 2018 ricevo una telefonata da un numero sconosciuto. È il fidanzato, mi comunica che Alice si trova con lui al pronto soccorso perché ha tentato un “gesto estremo” ingerendo una confezione di antidepressivi e di ansiolitici.

Nelle sedute immediatamente precedenti al suo tentativo anticonservativo, Alice mi ha raccontato a lungo di Eugenio, un ragazzo di quelli che definisce “astratti” in quanto fortemente idealizzati.

Eugenio è un viaggiatore, mai fermo per più di due mesi nello stesso posto, vaga per il mondo conducendo una vita varia e libera che si può immaginare agli antipodi di quella di Mohamed, rinchiuso nel grigio di una cella. Allo stesso modo di Mohamed però è inaccessibile. Eugenio

passa a Torino solo per brevi periodi, durante uno dei quali inizia una relazione con Alice. Poco prima che lui riparta per andare in Sud America, lei gli dichiara il suo amore. Non si tratta di un sentimento autentico, il suo esporsi è una mossa che mette in gioco tutto il suo “orgoglio” per riuscire a “conquistarlo”. Si tratta di un gioco di potere dove secondo Alice uno dei partecipanti deve “vincere” e l’altro necessariamente “perdere”. Eugenio in questa circostanza cerca di mettere un limite ad Alice e ai suoi sentimenti, percepiti come esagerati e inopportuni.

Venerdì, due giorni dopo la telefonata del fidanzato, è il giorno consueto della nostra seconda seduta settimanale, alla quale Alice non può partecipare essendo ricoverata presso il SPDC. Decido di andare a trovarla.

Mi stupisco nel vederla di buon umore. Mi racconta di Eugenio e di come, in preda ad emozioni che lei non riesce chiaramente a nominare ma nelle quali sembra che la vergogna, la rabbia e l’umiliazione siano confusamente in primo piano, ha deciso di “spegnere tutto”. Dopo aver assunto i farmaci ha telefonato immediatamente al fidanzato per farsi soccorrere. Una volta giunti al pronto soccorso ha insistito perché il fidanzato mi informasse. Alice non aveva davvero intenzione di uccidersi, ma di mettere a tacere emozioni insostenibili mandando allo stesso tempo una richiesta d’aiuto – alla famiglia, al fidanzato, a me – e un messaggio carico di aggressività verso l’oggetto idealizzato rifiutante. Durante i suoi giorni di permanenza in SPDC, infatti, informerà Eugenio del suo gesto e gli chiederà più volte di andare a trovarla, evenienza prontamente impedita dallo psichiatra del reparto.

Più volte nel corso della terapia Alice ha parlato di morte.

Nel commentare il suicidio di un suo conoscente – un ragazzo di 22 anni che viveva nel suo paese in Calabria – afferma: “quando l’ho saputo ero contenta. Ero contenta per lui perché è riuscito a farlo. Ora non deve più soffrire”.

Alice, nei momenti più depressivi, vede la propria morte come occasione di sollievo e in alcuni momenti particolarmente bui è arrivata a cercare su *internet* metodi per togliersi la vita. Sostiene che ciò che l’ha sempre trattenuta è l’evitare di dare un dispiacere troppo grande al padre.

Nel caso della paziente ritengo che nella sua suicidalità e autodistruttività siano visibili diverse modalità di funzionamento, una propriamente “borderline” e impulsiva, l’altra di natura narcisistica.

Nella vita mentale di Alice è sempre presente la paura della vergogna e dell’umiliazione – sentimenti disregolati e insostenibili – il non sentirsi all’altezza, la dinamica per cui “valere qualcosa” significa aderire ad aspettative altrui ed esserne l’oggetto del desiderio. Cresciuta in un ambiente emotivo quasi del tutto desertificato, si difende da frustrazioni e ferite antiche sviluppando un sé grandioso che coesiste con un’estrema vulnerabilità (Kernberg, 1975). La sua tensione perfezionista – ad esempio per quel che riguarda i risultati scolastici – non ha nulla a che vedere con quella dei pazienti ossessivi che affrontano richieste estreme da parte di un Super-io ingombrante e sperimentano il relativo senso di colpa. Nel caso dei pazienti con organizzazione borderline di personalità non si è mai arrivati alla normale risoluzione del

complesso edipico e possiamo parlare solo di precursori del Super-io (Mucci, 2020). Per Alice, costringersi a studiare con un impegno spropositato e sostenere gli esami solo con la certezza di ottenere il massimo dei voti è un mezzo utile a proteggersi dai sentimenti di vergogna e umiliazione: non può tollerare di essere seconda a nessuno. Il suo Ideale dell'Io la spinge a confronti impegnativi con compagni di università ed ex-compagni del liceo, la vuole proiettata in una carriera di Magistrato, nella posizione di chi infine avrà l'ultimo giudizio sull'altro. Il tempo perduto nella preparazione meticolosa degli esami la pone già in una posizione di svantaggio rispetto ai suoi "competitori", di volta in volta invidiati, idealizzati o svalutati. Per non parlare dei confronti impari che si trova a fare con i figli della borghesia torinese rispetto ai quali si sente irrimediabilmente in difetto. Non poter essere la migliore per Alice ha significato a lungo "non valere nulla". Questo è lo sfondo sul quale si staglia una depressione di natura narcisistica: il senso di colpa nevrotico è assente in favore di un senso di inadeguatezza spietato. In questo quadro, un gesto anticonservativo può configurarsi come presa di coscienza di un fallimento senza rimedio rispetto alle aspettative irrealistiche dell'Ideale dell'Io. Ma non è questa la dinamica che, in questa circostanza, spinge Alice al suo gesto.

Il rifiuto da parte di questo ragazzo provoca una ferita narcisistica fatta di vergogna, rabbia e umiliazione. Il vissuto di essere rifiutati, così come tutte le emozioni legate alla perdita e all'abbandono, provocano in Alice una tempesta emotiva impossibile da affrontare. Le sue stesse emozioni non sono chiare, ma sente che sono "troppo". Il suo gesto assolve la duplice funzione di "spegnere tutto" ciò che è incapace di regolare adeguatamente e di inviare un messaggio a chi l'ha ferita, una rivendicazione aggressiva attraverso il senso di colpa che il destinatario di questo gesto si suppone dovrà provare.

Gesti dimostrativi come quelli di Alice restano pericolosi nella misura in cui sono guidati da un'impulsività rabbiosa e possono avere esiti imprevedibili.

La suicidalità della paziente, a mio avviso, si muove su tre direttrici strettamente legate tra loro:

1. La reazione rabbiosa di fronte alla frustrazione, il gesto improvviso ed eclatante, non pianificato e pericoloso, tipico del funzionamento al limite.
2. Il lento strisciare di un istinto di morte costituito da processi dissociativi – alla base del sentimento di vuoto e del senso di futilità dell'esistenza – e alimentato da oggetti cattivi internalizzati.
3. Le esigenze irraggiungibili di un Ideale dell'Io fonte di costante invidia, frustrazione e umiliazione.

L'episodio di ottobre 2018, benché si sia espresso con modalità tipiche del soggetto borderline, non si può ridurre semplicemente a uno solo di questi aspetti, tutti esito dei traumi di primo e di secondo livello che la paziente ha subito e saldamente intrecciati nel plasmare il mondo interno e il funzionamento della paziente.

Alice riprenderà le sedute dopo una settimana di ricovero in SPDC. Lo psichiatra del reparto

ha deciso di toglierle tutta la terapia farmacologica, causando uno spostamento dell'umore in senso depressivo, ma allo stesso tempo consentendole di sentirsi "più in contatto" con sé stessa, per usare le parole della paziente. Comincerà, per la prima volta, ad essere puntuale e regolare nelle sedute. Nel quadro di questa rinnovata motivazione a prendersi cura di sé, la fine del mio tirocinio presso l'ASL ci impone un cambiamento del nostro contratto. Alice dovrà pagare le sedute, o meglio dovrà convincere i genitori a farlo per lei, non essendo in questa fase in grado di lavorare. Nonostante la mia proposta di un onorario contenuto, i genitori di Alice, da sempre incapaci di vedere, tollerare e comprendere il malessere della figlia nella misura in cui non sia evidente nel corpo, si rifiutano di pagare costringendoci a interrompere.

OTTOBRE 2019, RIPRESA E NUOVO CONTRATTO

Nell'ottobre 2019, circa dieci mesi dopo la sua ultima seduta, Alice mi scrive chiedendo di fissarle un appuntamento. Racconterà che dopo l'interruzione ha vissuto un periodo di relativo benessere in cui è riuscita a vivere "una vita quasi normale", sostenendo due esami universitari, continuando la sua relazione con Paolo, a volte osando uscire la sera per svagarsi "come le persone normali".

Questo precario equilibrio comincia a vacillare in estate durante un viaggio in Calabria. Una domenica mattina accompagna la madre in chiesa e lì comincia a sentire i segnali di una delle sue "crisi". Ripetendo vecchie modalità, l'angoscia si trasforma in paura di stare per vomitare, innescando un cortocircuito da cui la paziente cerca di uscire procurandosi del dolore fisico. A questo episodio ne seguono altri, sempre più ravvicinati, che portano la paziente a ritirarsi in una clausura a lei familiare. Smette di studiare, fatica a uscire di casa, si nutre solo di pochi cibi rigorosamente preparati da lei. Porta un sogno ricorrente: "sono in viaggio insieme ai miei genitori, ci stiamo allontanando dalla Calabria in nave per andare altrove, non so dove. Improvvisamente sento che sta per arrivare una delle mie crisi. Prima di partire avevo mangiato della carne cucinata da mia madre...". Il nutrimento di una madre morta è cibo tossico per la mente e il corpo di Alice, costretta a un viaggio che la allontana dalle sue radici. Il nuovo contratto prevede una cadenza settimanale delle sedute, decisione presa da Alice e motivata essenzialmente da questioni economiche.

Ora Alice arriva puntuale, anche quando i presagi di una crisi d'angoscia la vorrebbero immobile a letto. È capitato spesso che mi scrivesse poche ore prima della seduta manifestando i suoi timori di "non farcela", ma è riuscita sempre ad arrivare per poi tranquillizzarsi in pochi minuti. Per i primi mesi ha escluso la possibilità di ricorrere ad aiuti farmacologici, sostenendo che uno "stare bene artificiale" l'avrebbe distratta dall'affrontare i suoi problemi. Solo recentemente, dopo che la frequenza delle sue crisi ha cominciato a diminuire – imparando modalità di auto-contenimento – ha deciso di rivolgersi allo psichiatra che le ho indicato. Continua a non assumere antidepressivi ma accetta una terapia ansiolitica che utilizza al bisogno.

Il contenuto delle sedute in questa fase riguarda principalmente la narrazione delle sue crisi

d'angoscia. Con impegno cerca di scoprire quali sono le scintille che le fanno scattare. Quasi sempre riesce a individuare gli eventi interpersonali e le sensazioni somatiche alla base dell'angoscia. Il lento lavoro di metabolizzazione di elementi beta e di regolazione delle emozioni le sta permettendo, con fatica, di sentire nella mente ciò che a lungo è rimasto relegato nel corpo senza altri sbocchi.

Ora riesce a leggere la maggior parte delle sue crisi d'angoscia come qualcosa di psicogeno, attivato da particolari eventi ed emozioni. Riesce così a contenerle, quando non a prevenirle. Non capitano più gli episodi in cui si convinceva che il problema fosse corporeo, organico. Le circostanze peggiori per una "crisi" si verificano quando si sente "in trappola", ovvero in automobile con qualcuno, in coda in un negozio, in un luogo affollato, in un ristorante etc. La presenza di altre persone in un contesto di socialità, dove per la paziente sarebbe "inopportuno" allontanarsi per vomitare, innesca una sorta di *feedback* che alimenta l'angoscia. È lo sguardo dell'altro, con il suo portato di umiliazione e vergogna, ad essere pericoloso. Ci vorrà ancora del tempo perché comprenda – non solo a livello simbolico-verbale – che il suo vomito non mi fa paura.

Parallelamente, Alice si sta chiedendo che fare della propria vita. Un movimento molto importante sta nel suo osservare da prospettive differenti il senso del suo percorso di studi e le implicazioni per la sua autostima. Comincia ad osservare criticamente le richieste dell'Ideale dell'Io, in particolare il clima di estrema competizione, fatto di umiliazioni e di effimere soddisfazioni che ha caratterizzato gli anni del liceo. Per Alice, la "mentalità del liceo" implica l'imperativo di una carriera che assicuri ricchezza e potere. Raggiungere la perfezione, "essere la migliore", è il compito impossibile e frustrante che ora, per la prima volta, vuole mettere in discussione. A pochi esami dalla laurea triennale, decide che li sosterrà con calma senza intenzione di proseguire nel biennio magistrale. Sta valutando altre facoltà per capire se trova qualcosa di più consono a ciò che chiama la sua "essenza". È incuriosita dai corsi di studi in "Scienze dell'Educazione", le piace l'idea di poter essere d'aiuto a qualcuno, "magari all'interno delle carceri", oppure "lavorare con dei bambini".

Nell'estate 2020 decide di interrompere la relazione con Paolo, giudicata sterile e inautentica, senza sentire la necessità di trovare un altro partner a farle da sostegno. È in questo periodo che Alice sembra divenire più consapevole dei vantaggi secondari del suo malessere. Il suo sentirsi inabile alla vita, invalida a causa di potenziali crisi sempre in agguato, la preserva dal prendersi responsabilità da adulta, su tutte quella di identificare e seguire i propri desideri. Nel momento in cui scrivo Alice ha superato gli ultimi due anni in una condizione di relativa stabilità. Trascorrere l'inverno "senza sprofondare" è una novità che sembra spiazzarla. Oltre a scrivere la sua tesi di laurea ha iniziato a pagarsi le sedute senza l'aiuto del padre grazie a un lavoro come *baby-sitter* di diversi bambini che vivono nel suo quartiere, mostrando attenzione e curiosità per il loro mondo interno, nel quale cerca frammenti della sè stessa bambina. Uno di loro ha delle "crisi" di angoscia accompagnate da "nodi in gola che impediscono di deglutire": "quando sta male lo abbraccio e lui si sfoga piangendo. Io da piccola non ho potuto farlo con nessuno."

Note

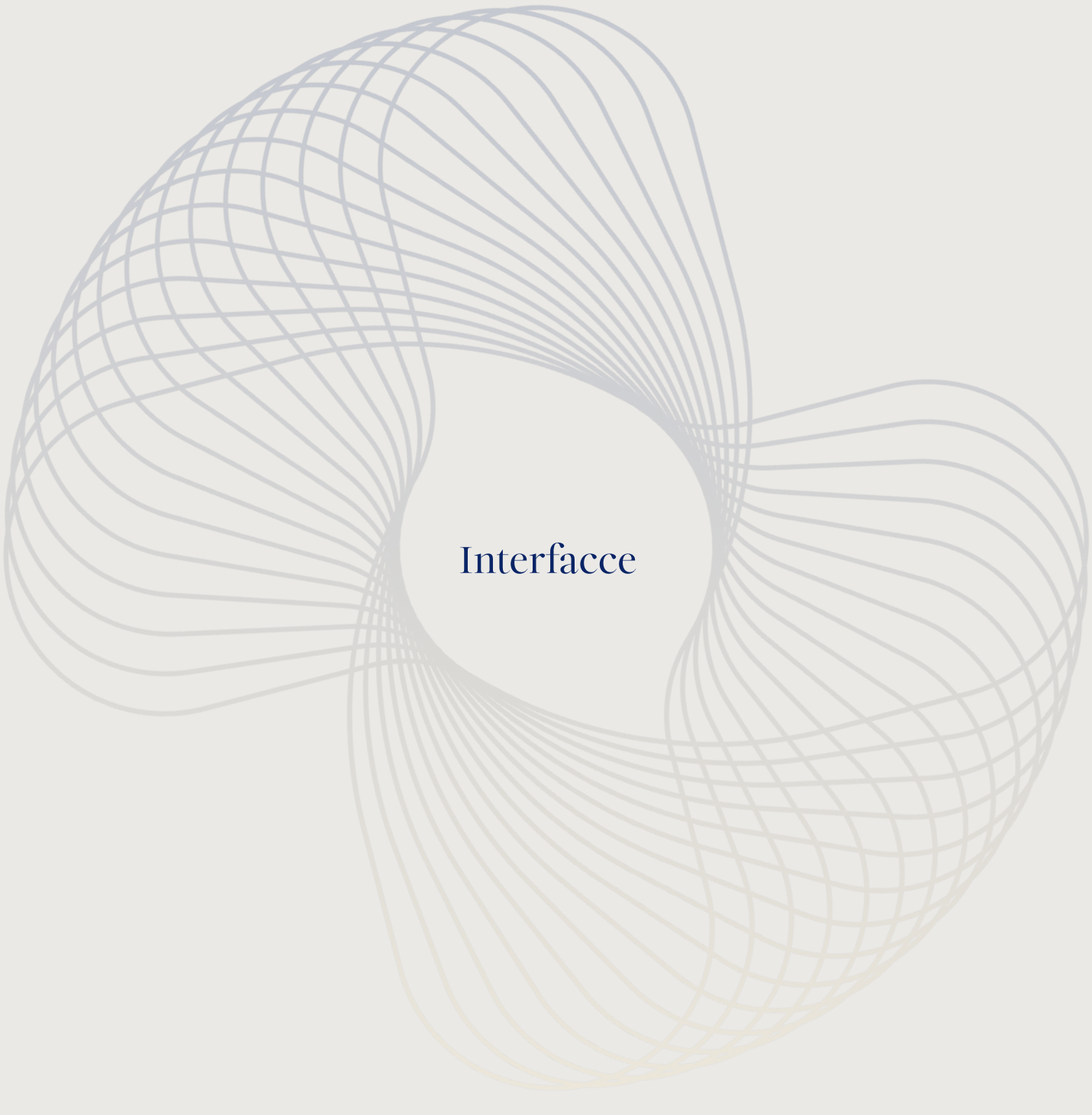
1. Psicologo Psicoterapeuta, marco.sciutto@gmail.com

Bibliografia

- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. UTET, Torino.
- Alexander, F. (1948). *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi*. Sansoni, Firenze 1969.
- Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
- Bion, W. R. (1963). *Elementi di psicoanalisi*. Armando, Roma 1979.
- Bollas, C.(1987). *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Borla, Roma 1989.
- Bollas, C. (2001). *Isteria*. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- Bonomi, C., Borgogno F. (A cura di) (2001). *La catastrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla teoria psicoanalitica del trauma* UTET, Torino.
- Borgogno, F. (1999). *Psicoanalisi come percorso* Bollati Boringhieri, Torino.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Civitaresse, G. (2014). *I sensi e l'inconscio*. Borla, Roma.
- Cremerius, J. (1985). *Il mestiere dell'analista*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Damasio, A.R. (1999). *Emozione e coscienza*. Trad. it. Adelphi, Milano, 2000.
- Ferenczi, S. (1908). *Psicoanalisi e pedagogia*, In *Opere*, vol. 1. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Ferenczi, S. (1929). *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte*. In *Opere*, Vol IV, Cortina, 2002.
- Ferenczi, S. (1932a). *Diario clinico. Gennaio-ottobre 1932*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1988.
- Ferenczi, S. (1932b). *Psicoanalisi delle abitudini sessuali e altri saggi*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, vol III, Guaraldi, Rimini, 1974.

- Ferenczi, S. (1932c). *Confusione delle lingue tra adulto e bambino*, in Opere, Vol IV, Cortina, Milano, 2002.
- Ferro, A. (2002). *Fattori di malattia, fattori di guarigione. Genesi della sofferenza e cura psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ferro, A. (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Raffaello Cortina, Milano.
- Freud, S. (1887-1904). Lettere a Wilhem Fliess. Trad. it. in Masson, J. M. (1986, A cura di). *Sigmund Freud*.
Lettere a Wilhelm Fliess (1887-1904). Bollati Boringhieri, Torino, 2008.
- Freud, S., Breuer J. (1892-95). *Studi sull'isteria*. OSF 1, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. OSF 3, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1904). *Psicoterapia*. OSF 4, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1914). *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*. OSF 7, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gabbard, G. (2017). *Violazioni del setting*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano.
- Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis of social identification. In *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 5, pp. 519-536.
- Green, A. (1976). Il concetto di limite. In *Psicoanalisi degli stati limite*, Raffaello Cortina, Milano, 1991.
- Green, A. (1991). *Psicoanalisi degli stati limite*. Raffaello Cortina, Milano 1991.
- Green, A. (1992). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Borla, Roma.
- Green, A. (2002). *Idee per una psicoanalisi contemporanea*. Raffaello Cortina, Milano 2004.
- Kernberg, O. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Bollati Boringhieri, Torino 1978.

- Mancia, M. (2006). *Psicoanalisi e neuroscienze*. Springer, Milano.
- Mancia, M. (2010). *Narcisismo. Il presente deformato dallo specchio*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Masson, J. M. (1986, A cura di). *Sigmund Freud. Lettere a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 2008.
- Mucci, C. (2013). *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Mucci, C. (2020). *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina; Milano.
- Ogden, T. H. (1997). *Reverie e interpretazione*. Astrolabio, Roma, 1999.
- Riva Crugnola, C. (2006). *Il bambino e le sue relazioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Schore, A. (2003a). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio, Roma, 2008.
- Schore, A. (2003b). *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Astrolabio, Roma, 2008.
- Schore, A. (2019). *Right brain psychotherapy*. W.W. Norton, New York.
- Solms, M. e Turnbull, S. (2002). *Il cervello e il mondo interno. Introduzione alle neuroscienze dell'esperienza oggettiva*. Raffaello Cortina, Milano 2004.
- Stolorow R. e Atwood G. (1992). *I contesti interpersonali dell'essere*. Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Winnicott D. (1960). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma, 2000.
- Winnicott D. (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.

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 elongated, 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

Psicoanalisi e Gruppi

Antonella Ramassotto

*L'accettazione della nevrosi universale
risparmia il compito di formarsi una nevrosi personale*

–S. Freud, *L'avvenire di un'illusione*, 1927

PER INIZIARE

Faccio la psicoanalista e nella mia professione ho sempre ritenuto importante affiancare al lavoro in studio quello in istituzione. Ho fatto parte di istituzioni diverse dove ho ricoperto funzioni differenti e tutte queste esperienze sono state per me arricchenti e formative, non soltanto perché favoriscono uno scambio costante e vitale con i colleghi, ma anche perché consentono di incontrare situazioni che difficilmente bussano alla porta di uno studio privato.

Chi bussa alla porta di un analista è già, in misura maggiore o minore, toccato da ciò che gli accade. Turbato, interrogato dal suo male-di-essere. È raro invece che chi bussa alla porta di un'istituzione abbia già compiuto questo passo. Qui è prevalentemente il sintomo a venire in primo piano, un disturbo di cui sbarazzarsi o, quantomeno, da ridimensionare. Ho ascoltato più di una volta pazienti bulimiche riconoscere che al tempo del loro ingresso in gruppo erano mosse più dal desiderio inconfessato di riuscire a tornare all'onnipotenza anoressica, che dalla volontà di emanciparsene. Ci vuole un lavoro, un lavoro che ha permesso loro di modificare la logica in cui si muovevano in quel tempo della vita, per arrivare a riconoscersi in ciò che non è più; in un tempo della loro storia.

Freud e Lacan erano d'accordo nel riconoscere all'analista la responsabilità di non offrire al paziente nulla che non fosse in condizione di ricevere. Nel rispetto dei tempi di ciascuno. Di ciascuno come figlio del suo tempo. In quest'ottica la clinica psicoanalitica applicata ai gruppi è un modo di essere nel tempo.

È una via che attraversa la massa per incontrare la singolarità. Una via che non rifiuta i modi che ciascuno mette in campo per fuggire la solitudine, ma li accoglie per accompagnarlo ad incontrarla come unicità.

In questa prospettiva introdurre la logica della psicoanalisi nei gruppi è un modo di essere nel tempo. Un modo di accogliere l'esigenza contemporanea di riconoscersi nell'immagine del simile, per dar tempo a ciascuno di incontrare il suo momento. Di trovarsi nel tempo in cui è pronto ad incontrare qualcosa di proprio attraverso la parola di un compagno, al di là dell'immagine in cui ci si cercava.

Vorrei partire da un episodio all'apparenza banale, uno dei tanti che possono capitare ogni giorno a chi lavora in un'istituzione, ma che mi è stato molto utile perché ha offerto un appoggio concreto alla riflessione che accompagna la mia pratica terapeutica nell'ambito di piccoli gruppi. Un giorno, mi viene riferito che una paziente mi cerca. Almeno così avevano intuito i colleghi, dal momento che la donna non aveva la minima idea di come mi chiamassi e chiedeva in giro di parlare con quella dottoressa piccola, bruna, con i capelli corti. È un frammento di vita quotidiana, ma fa riflettere. E ha fatto riflettere anche la paziente quando si è accorta di non conoscere nemmeno il nome di colei a cui si affidava per dipanare i fili della sua storia.

Invece, io non mi sono stupita più di tanto. Nella mia esperienza ho potuto constatare che è rarissimo che chi si rivolge a un'istituzione e sceglie di frequentare un gruppo esprima qualche curiosità su chi lo conduce. Ci si informa piuttosto sulla composizione del gruppo: sul numero dei partecipanti, sull'età. La scelta del gruppo orienta per sua struttura verso il simile, nel quale si cercano i segni di un'esperienza condivisa.

Questo breve spaccato mette in luce un aspetto fondamentale della clinica dei gruppi. Un aspetto che può dirci qualcosa del perché la domanda di questo tipo di percorso sia costantemente aumentata negli ultimi vent'anni e, di conseguenza, la psicoanalisi non abbia potuto fare a meno di farsi interrogare.

Al consolidarsi della spinta al consumo e della relativa massificazione, ha risposto il prevalere di sintomi che ci presentano soprattutto soggetti alla continua ricerca di un soddisfacimento pulsionale, piuttosto che di se stessi, della propria realizzazione soggettiva. In essi la questione esistenziale dell'essere, del *Chi sono?* è come messa in cortocircuito da una pratica. Da un fare che li pietrifica e al tempo stesso li condanna ad una ripetitività che non sfocia in un sapere fare. Il desiderio di riconoscimento rimane un motore fondamentale, ma non genera una domanda che spinge a rivolgersi a uno psicoanalista, un luogo dove il limite del proprio sapere soggettivo possa essere messo al lavoro. La ricerca di identità si chiude piuttosto sulla spirale del riconoscimento speculare che spinge inesorabilmente verso un simile in cui riconoscersi.

Su cosa si fonda questa similitudine? Cosa permette loro di riconoscersi vicendevolmente? Ce lo spiega Freud in *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, e al tempo stesso ci illustra la logica della massificazione: *“Una tale massa primaria è costituita da un certo numero di individui che hanno messo un unico medesimo oggetto al posto del loro ideale dell'Io e che pertanto si sono identificati gli uni con gli altri nel loro Io”* (pag. 304).

Un oggetto in comune permette di identificarsi. Un oggetto che sostiene una pratica e, in ultima analisi, un soddisfacimento pulsionale. Che cosa permette il raggruppamento tra simili? Un'insegna. Questo ha una conseguenza fondamentale nella clinica: ci dice che, per struttura, la clinica psicoanalitica applicata ai gruppi è una clinica che si svolge in istituzione. Può apparire paradossale, dal momento che la psicoanalisi si indirizza al soggetto singolo, è la

clinica dell'uno per uno, di fronte alla porta di uno psicoanalista si è soli. Al contrario nell'insegna di un'istituzione sventola più o meno esplicitamente il riferimento a questa o quella forma di disagio. È il sintomo a venire in primo piano, o come si preferisce definirlo oggi: un disturbo. Un disturbo che riunisce tutti nel suo nome. In questa prospettiva bussare alla porta di un'istituzione finisce per essere un po' come bussare alla porta di casa. Ci si aspetta di trovare qualcuno cresciuto negli stessi riferimenti. Soprattutto ci si aspetta che la differenza non abiti lì, che l'estraneo sia tenuto fuori dalla porta. Un'insegna, qualunque insegna, anche se in misura più o meno potente in ragione della portata esplicita del messaggio che propone, permette che ci si riconosca reciprocamente in un interesse, in un ideale, in una malattia, in un genere. In questa prospettiva l'istituzione tende, per struttura, alla massificazione. Portare la psicoanalisi in un contesto di questo tipo espone al paradosso di dover coniugare la spinta aggregante dell'associazione con la tendenza dissociativa della psicoanalisi. La psicoanalisi valorizza la differenza, punta al soggetto nella sua assoluta particolarità, che la cura si svolga individualmente o in gruppo. Questo non comporta naturalmente che ci si dissoci da un'insegna, o se ne misconosca la portata ideale, ma occorre tenere conto che avremo a che fare con le conseguenze. La sua presa, che ha condotto i pazienti fin lì, ne mobilita anche il transfert che converge sull'istituzione, non sul terapeuta. Il sapere che implicitamente promette si presenta come un sapere oggettivo, che mette in secondo piano chi se ne fa portatore. È questo che rende indifferente agli occhi del paziente chi conduce il gruppo.

A rigore è indifferente chi conduce il gruppo, ciò che fa la differenza è la funzione della parola messa in campo.

È a questo livello che si segna la demarcazione tra i gruppi orientati psicoanaliticamente e quelli che si muovono nell'ambito dell'immaginario.

“Quel che io cerco nella parola è la risposta dell'altro. Ciò che mi costituisce come soggetto è la mia questione” (Ibidem, pag.304).

Pensiamo ai vari alcolisti, giocatori anonimi e via dicendo. La consegna è quella di tacere il cognome. Si presentano invece, uno per uno, a partire dalla loro relazione all'oggetto. Così, con il patronimico, il soggetto si spoglia dei riferimenti che lo situano rispetto ad un'ascendenza simbolica, per ricevere il battesimo nel nome del consumo di un oggetto che gli garantisce un'identità al prezzo di perdersi nel simile. Non a caso chi entra come alcolista, nel migliore dei casi, se ne va tra gli applausi come ex-alcolista; con la benedizione del terapeuta. Corredato della fragile identità che lo mantiene inesorabilmente legato a un oggetto. Un oggetto di consumo, reperibile ovunque, ma perduto per un atto di rinuncia di cui si celebra il giorno in cui è avvenuta.

L'ascolto analitico non si situa alla fine della strada per restituire a chi parla un avallo o una traduzione. L'ascolto analitico determina un punto di torsione che possa permettere a chi parla di incontrarsi in quel che dice.

Cosa comporta quindi indirizzare la propria pratica in gruppo facendosi orientare dalla logica della psicoanalisi? Questa è certamente la questione generale che delinea l'orizzonte di questo lavoro, senza dimenticare che l'insegna e le sue promesse favoriscono lo strutturarsi di

una massa, mentre noi ci occupiamo di gruppi. In prima istanza il nostro compito è favorire il passaggio da un modo di fare legame massificante, sostenuto dal riferimento comune ad un ideale immaginario, al rapporto simbolico su cui si fonda la coesione di un gruppo a cui ciascuno partecipa a proprio titolo. Per giocare questa partita ci sono delle regole, che occorre siano chiare da subito.

ENTRATA IN GRUPPO

“Nella vita psichica del singolo l’altro è regolarmente presente come modello, come oggetto, come soccorritore, come nemico, e pertanto, in quest’accezione più ampia ma indiscutibilmente legittima, la psicologia individuale è al tempo stesso, fin dall’inizio, psicologia sociale”(Ibidem, pag. 304).

In altri termini Freud sottolinea come nella socialità nell’uomo, nel suo modo di fare legame, di tessere rapporti con i suoi simili, si rinnova la cifra del rapporto con un Altro originario. I sintomi contemporanei pagano un tributo pesante a un Altro che si sente chiamato a dover essere sempre all’altezza della domanda dei figli. Molte dipendenze trovano proprio in questo le loro radici, si fanno traccia della dipendenza da ciò che si è ricevuto. Quando si crede di dover avere per forza qualcosa da dire o da dare e si abdica alla funzione etica di aprire la strada alla ricerca, un oggetto può diventare l’unico appiglio in grado di comunicare un segno tangibile del proprio valore. In questa prospettiva l’efficacia della clinica con i sintomi contemporanei ha come presupposto di farsi occasione per un buon incontro con l’Altro.

In qualunque contesto si pratichi, la clinica psicoanalitica è una clinica sotto transfert: occorre quindi che lo psicoanalista ne sia fatto oggetto. Abbiamo visto prima, tuttavia, come il transfert inizialmente non converge sull’analista, ma da un lato sull’istituzione a partire dal potere suggestivo della sua insegna, e dall’altro sul gruppo stesso. D’altro canto ciascun componente di un gruppo si trova in un tempo soggettivo diverso, ha fatto il suo ingresso in momenti diversi per il gruppo stesso, e vi è arrivato dopo un breve percorso preliminare che gli ha permesso di fare quella scelta. Per parte sua l’analista entra in gruppo, prima di tutto, come corpo estraneo, al quale si fa garbatamente credito di un sapere in quanto delegato dall’istituzione. Un corpo che è bene prenda peso. Sta a lui condurre la cura. La cura, non il paziente.

A differenza dell’analisi individuale, che consente all’analista una maggiore libertà di manovra nella gestione dei tempi, in gruppo occorre tenere presente che chi entra è chiamato a prendere parte a una partita alla quale gli altri stanno già giocando. Non può essere lasciato allo sbaraglio. Ogni ingresso in gruppo è un momento delicato e si scandisce in tempi che non hanno nulla di protocollare, anche se seguono una scansione precisa. Una scansione in tre tempi che mira piuttosto a introdurre alla logica della cura. Il nuovo arrivato è invitato a prendere la parola. È importante che sia chiaro da subito a che gioco si gioca: *“La psicoanalisi non ha che un medium: la parola del paziente”* (Lacan, pag. 240).

Seguono le presentazioni e la riluttanza è il primo inciampo a presentare il conto. È importan-

te lasciare che il gruppo lo onori da solo. L'annuncio di un nuovo ingresso porta sempre con sé un certo fermento. Non soltanto per le aspettative che convergono sul nuovo venuto, ma soprattutto perché la filastrocca dei "Io sono" con cui viene accolto si trasforma, ogni volta e per ciascuno, in una sorta di prova della verità che lo porta a scontrarsi con il fatto che, in fondo, non sa cosa dire. Qualcuno se ne lamenta, qualcuno ci scherza, qualcuno stuzzica gli stereotipi dell'altro. Tutti modi per dire che l'immagine che si ha di sé sfuma nel momento in cui si tratta di dire l'essere. Un nuovo ingresso è sempre un momento delicato, in cui ogni volta si rinnova l'incontro con l'indicibile.

L'analista prende la parola per mettere un punto a questo giro. Non la prende per concentrare l'attenzione su qualcosa; per confermare o smentire quanto ha udito. La prende per dettare la regola del gioco: la regola fondamentale.

Invitare all'associazione libera mette un punto perché fornisce una risposta. Risponde alla richiesta di esperto, di uno che abbia il sapere dalla sua, con l'offerta di un'esperienza per la quale fornisce lo strumento e la regola. La consegna della regola fondamentale è un atto di parola. Dà la parola, non nel senso immaginario di farsi da parte perché l'altro possa parlare, ma perché fa leva sulla funzione della parola, che non è quella di dire il significato, ma è quella di articolarsi in una catena.

Un gruppo si fonda sulla parola. Non è il risultato di un fatto burocratico sancito a priori, ma si struttura in un processo che deve avvenire "a cielo aperto", in atto. Un gruppo si struttura nel movimento stesso che permette a ciascuno di incontrare nell'altro l'occasione di farsi carico, soggettivamente, del sapere a cui si riferisce. Questo è un processo che non avviene una volta per tutte, ma si rinnova grazie alla presenza dell'analista, che scandisce il discorso del gruppo e prende peso con tutta la portata sovversiva di un sapere enigmatico, che mobilita il transfert e riconsegna ciascuno ai suoi quesiti. C'è sovversione, infatti, tra l'esercizio del sapere nella logica padronale dell'esperto sottinteso nell'insegna, e il sapere in esercizio dove è l'inconscio a farla da padrone.

Il sogno di una paziente può aiutare a cogliere questo punto meglio di tante spiegazioni.

È in una camera gialla. Sulla parete ci sono dei grossi ideogrammi in rilievo. Neri. Non capisce nulla di cosa significhino. Ne tocca uno, poi vi si appoggia e inizia a tirarsi su. Pian piano, dall'uno all'altro, scala tutta la parete.

Mentre lo racconta precisa che a tutta prima il sogno l'ha divertita, ma non ci ha pensato più di tanto. È tornato di prepotenza nel momento in cui è entrata nella camera gialla dove si riunisce il gruppo. Allora le è stato chiaro che ha sognato niente altro che il lavoro che si svolge lì.

Nella cura c'è un momento importante ed è quello in cui il paziente inizia a raccontare i sogni. Può farlo da subito o può volerci molto tempo, ma il farlo comporta un doppio credito. Da un lato un credito al fatto che vogliano dire qualcosa, qualcosa di enigmatico che lo riguarda. È un atto di fiducia nell'inconscio. Dall'altro, il fatto stesso che lo racconti a un Altro dice di un

credito al suo sapere, al fatto che sappia penetrarne il segreto. Dice che il transfert si è spostato dal riferimento generico all'istituzione, all'analista.

IL LAVORO IN GRUPPO TRA INTERSOGETTIVITÀ E SOGGETTIVAZIONE

In “Funzione e Campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi” Lacan ci fornisce una metafora suggestiva, di cui approfitterò per affrontare questo aspetto del lavoro. Si riferisce alla parata delle rondini di mare per mettere in risalto come, passandosi il pesce di becco in becco, lo spoglino del suo valore di oggetto di consumo per attribuirgli un valore simbolico, rituale. Così ogni rondine trova il suo posto nella comunità che contribuisce a costruire, non soltanto per il fatto che rinuncia al consumo solitario di quel pesce, ma grazie al fatto che la compagna lo riceve (Ibidem, pag.265).

Come per la parata delle rondini di mare il tempo del gruppo rappresenta un momento ritualizzato, durante il quale ciò che passa di bocca in bocca è un oggetto che si fa oggetto di discorso e, come tale, non risponde più alle leggi del consumo, prevedibili, misurabili. Fatti parola il cibo, la droga, l'alcool aprono all'imprevedibilità dell'effetto di ritorno, divengono il fulcro di una rappresentazione in cui ciascuno può trovare la cifra del suo legame all'Altro.

L'associazione libera in gruppo si dipana lungo due assi: quello intersoggettivo, che inanella il filo del discorso passando dall'uno all'altro, e quello soggettivo che si articola nel discorso di ciascuno.

In gruppo, la dialettica intersoggettiva può manifestare tutta la sua portata, nella misura in cui ciascuno può farsi per l'altro il luogo attraverso il quale, anziché le risposte attese, incontra la sorpresa delle sue questioni.

In questo tempo chiunque raccolga il testimone della parola è automaticamente atteso nella posizione di chi ha qualcosa da dire su quanto ha appena ascoltato. In un gruppo non manca mai chi è propenso a installarsi in quella posizione. Tuttavia, il fatto stesso che abbia preso la parola dice che qualcosa l'ha toccato e questo qualcosa non mancherà di tessersi nelle parole che sceglierà per dirlo. C'è chi interviene dalla posizione di chi ha un capitale di verità in tasca, c'è chi esita a prendere la parola, ma in ogni caso c'è sempre qualcosa di proprio che anima le parole o i silenzi che ciascuno indirizza all'altro. Questo vale sempre: anima le polemiche, scandisce le sottomissioni, le prevaricazioni; torna nei passaggi di discorso, nei rimandi aggressivi o nei mutismi offesi.

In questo tempo è importante lasciare che l'argomento si sviluppi quel tanto da poter intervenire non tanto sul singolo, quanto piuttosto a partire dall'oggetto di discorso del gruppo. L'analista orchestra l'andamento del gruppo nell'alternarsi ritmico dei tempi di ciascuno, ne valorizza il discorso non nel merito, quanto piuttosto dando risalto alle parole-chiave, ai tratti simbolici che ne delineano la posizione rispetto al discorso che si svolge in gruppo. In questo modo la dimensione immaginaria trova il suo limite, e al tempo stesso il suo punto di articolazione, nel valore simbolico di una parola che permetterà al soggetto di incontrare l'altro nella differenza e non più l'identico dell'identificazione immaginaria. A questo punto il desiderio

di riconoscimento che cerca soddisfazione nella risposta dell'Altro, diventa riconoscimento di un desiderio, che sorprende il soggetto nella tessitura delle sue stesse parole.

Condurre un gruppo richiede che si giochi a una strana partita, con carte con le quali non si può fare che un gioco. Esse portano incisa, cifrata, la legge stessa che permette loro di circolare; sta allo stile di ogni giocatore trovare il modo di averci a che fare. Al conduttore è riservato il compito di tagliare il mazzo: ad ogni giro aprire, con la separazione, alla possibilità di articolazione.

Proseguiamo con il contributo di un esempio.

Monica è una giovane donna anoressica, il giorno stesso in cui si presenta al gruppo ci tiene a precisare di aver fatto questa scelta per accontentare i genitori. Quanto a lei ha poca fiducia che funzioni. Poco dopo, nel corso della stessa seduta, non appena Giulia prende la parola per lagnarsi della madre ne approfitta per passare ad una precisa dichiarazione d'intenti. Se la cura consiste nell'andare a cercare nei genitori la causa di quanto succede ai figli, non è sua intenzione seguire quella strada. Non ha nulla da rimproverare ai suoi genitori. Sono persone meravigliose. Meravigliose tra loro, meravigliose con i figli e con i nipoti.

L'atto di insubordinazione di Monica fa voltare di scatto tutte le teste verso di me. Si aspettano un richiamo all'ordine ed è quello che faccio, ma non nella logica padronale che si aspettano. Le parole con cui ciascuno denuncia la propria posizione vanno accolte, sempre, ma c'è una regola da rispettare. Ogni lavoro ha il suo strumento. Intervengo: "Come vuole. L'importante è che sia disposta a osservare la regola, e la regola non dice di parlare male dei genitori, ma di dire quanto passa per la testa". Monica si dichiara disposta a proseguire a queste condizioni. Per un po' tiene fede ai suoi intenti e il suo discorso non sfiora i genitori. Un giorno racconta di essere così stanca che ha addirittura chiesto alla madre di non fare nulla per il suo compleanno che cadrà di lì a pochi giorni. Sono anche arrivati dei parenti dall'estero e non ha alcuna voglia di trovarsi in mezzo alla confusione. Naturalmente la seduta successiva le compagne le chiedono come è andato il compleanno. Monica risponde, un po' irrigidita, che è andato bene. La madre le ha organizzato una festa a sorpresa, ma in fondo è andata bene così, è stata carina. A quel punto Giulia non perde l'occasione per commentare: "Ti ha proprio fatto la festa!!!". Cade un silenzio sospeso in attesa della reazione di Monica che tutte sanno essere decisamente tranchant quando si tratta di difendere le sue certezze. Dopo un attimo, a bassa voce, Monica accusa il colpo: "Quando sono entrata e tutti applaudivano e sul tavolo c'era ogni ben di Dio, sarei voluta scappare. Sono rimasta perché so che l'ha fatto con le migliori intenzioni, ma lì non c'era niente per me".

Quando l'offerta di un oggetto - un oggetto di consumo o un sapere-saputo, presunto oggettivo - invade lo spazio che potrebbe farsi dono d'ascolto, d'attenzione, il soggetto è abolito e si ritrova in presa diretta con l'oggetto. Non gli rimane altra scelta che accettare o rifiutare. È da una vita che Monica si nutre del cibo condito dal sapere dell'Altro. Un sapere assoluto, un sapere che sa che ai compleanni si fanno le feste. Ma in quel cibo non c'è niente di lei.

Finalmente Monica ha introdotto qualcosa della sua relazione con i genitori. Nessuno l'ha spinta a farlo se non il campo stesso, che ha le sue regole per giocare la partita. È in questo campo che Giulia ha fatto la sua mossa, che ha potuto andare a segno grazie a ciò che è realmente condiviso: la regola della partita.

Così Monica può accogliere qualcosa che le sue parole vogliono dire, ma qualcosa che dice di un volere che la supera. D'altro canto non è un caso che sia stata Giulia a raccogliere il testimone. Giulia che fatica a smarcarsi da una posizione di rivendicazione nei confronti dei genitori. È sua la questione che si fa sentire nella sua risposta, ma sono le parole che incontra nel discorso della compagna che le danno l'occasione di porla. Ciascuno riceve dall'Altro il proprio messaggio in forma rovesciata, ed è questo l'essenziale della comunicazione intersoggettiva, che non si serve della parola per suggellare il riferimento ad un'immagine con l'inevitabile effetto d'arresto che ne deriva, ma permette di incontrare nella risposta dell'altro tutta la portata delle proprie questioni.

Seguiamo questo passaggio facendoci aiutare da Elisabetta, una giovane donna bulimica di ventitré anni. Un giorno prende subito la parola per raccontare un fatto straordinario, che le è accaduto in una circostanza peraltro normalissima.

Stava litigando con la madre che furibonda le grida: "Sei piena di te!". "Hai ragione – risponde Elisabetta – sono piena di te".

Racconta che entrambe sono rimaste lì a guardarsi, interdette.

L'interdetto rimanda, al tempo stesso, a ciò che è proibito e a ciò che si dice tra le righe ed Elisabetta non poteva dirlo meglio. Non le serve altro per dire, alla lettera, ciò di cui si abbuffa al di là del cibo, per poi vomitarlo ed essere di nuovo pronta all'altezza di una madre che le offre tutta sé stessa.

È un passaggio questo che dice di un'etica dell'ascolto che non punta alla rettifica di un significato, ma detta ad Elisabetta la posizione da cui non soltanto si fa per la madre luogo vuoto attraverso cui il suo messaggio si ribalta per tornarle invertito, ma le permette di cogliere l'essenza di quel che la riguarda: che è l'indicibile di quel messaggio che si scrive, alla lettera, nel suo sintomo.

In gruppo è importante che il discorso abbia la possibilità di dipanarsi intorno al suo oggetto, di farne un oggetto di discorso. Interventi troppo frammentati, troppo centrati sul singolo, tradiscono l'ansia terapeutica di chi vuole risparmiare al soggetto la frustrazione di un mancato riconoscimento. Le parole che si rincorrono nel gruppo ritagliano il posto di un oggetto che non si lascia prendere altrimenti che come oggetto di discorso. È il posto da cui l'analista interviene per fare in modo che la frustrazione incontri il suo limite non nel soddisfacimento, ma nella castrazione. In quell'effetto di taglio che separa al tempo stesso ciascuno dal gruppo e da se stesso.

In gruppo, l'interpretazione dà il taglio particolare al discorso di ciascuno, sia in quanto lo rimanda ai riferimenti che lo rappresentano, sia in quanto ne specifica la posizione rispetto al discorso supposto comune.

Se la funzione dell'analista è, per un verso, quella di fondare il gruppo nella parola e far risaltare la particolarità di ciascuno rispetto al discorso comune, d'altro canto la sua responsabilità non si esaurisce in rapporto al gruppo. Sta all'analista fare in modo che sussistano le condizioni tali da permettere ad ognuno di compiere il proprio percorso, di uscire dal gruppo non solo come quando vi è entrato alla ricerca di un sostegno, ma pronto a un passo che non si può compiere che da soli. Per far questo l'interpretazione individuale è necessaria in gruppo, ma è sempre un'operazione delicata, che va somministrata con la dovuta cautela nei tempi e nei modi.

Freud ci ha insegnato che la psicoanalisi selvaggia non consiste soltanto nel fare la cosa sbagliata, anche l'intervento giusto nel momento sbagliato è rubricabile sotto questa voce. In gruppo questo rischio è sempre in agguato, soprattutto quando si tratta di intervenire individualmente. La congiuntura più favorevole si presenta quando nel discorso emerge un tratto di identificazione peculiare che permette di sottrarre gli altri componenti alla specularità immaginaria sempre in agguato, disinnesca l'effetto contagio, ma allo stesso tempo rende chiaro a tutti il vincolo che li lega. La comune sottomissione all'unica legge uguale per tutti: la legge del linguaggio.

Come è accaduto con Paola, la cui bulimia era stretta nella morsa di una parola.

Se Paola torna a casa e trova la madre arrabbiata, o di cattivo umore, non le passa nemmeno per la testa che forse ha litigato tutto il giorno con il marito, o con la nonna che vive con loro. Non riesce a fare a meno di pensare che sia colpa sua, che sia stata lei a innervosire una donna che dedica la vita a "Servire tutti fino in bocca". Allora si dà da fare per rimettere le cose a posto e fa la buffona finché non riesce a farla ridere. È un punto d'onore. Lei fa sempre la buffona, anche sul lavoro, anche con gli amici.

"Anche in gruppo", rincara Giovanna. "L'abbuffona?", rimando.

Sulla traccia omofonica di una parola, che la fissa nella posizione di chi si vota a farsi "servire fino in bocca", la paziente realizza un tassello della sua storia. Concretamente realizza una differenza che le permette non soltanto di seguirne le tracce, ma le permette anche di separarsene e di consegnarla alla storia. Una differenza che, dopo decenni, le permette di distinguere l'appetito dalla sazietà o di uscire con gli amici e godersi la cena. Per dirla con parole sue: le permette di "iniziare a mangiare".

E gli altri componenti del gruppo? Gli altri incontrano l'occasione di un autentico effetto di condivisione. Quella con-divisione che al tempo stesso le divide: le separa da Paola, dalla singolarità della sua storia, e riconsegna ciascuno alla propria. Una storia solo sua che rivela la trama immaginaria di un supposto esito comune.

Ma le accomuna nell'effetto di ritorno di un legame scandito da una legge universale, una legge che vale per tutti. La legge che regola la tessitura delle parole che, se ha permesso a Paola di sciogliere il nodo della sua storia, consentirà a ciascuno che voglia seguirne il filo di ripercorrere il ricamo della propria.

VIE D'USCITA

Ogni uscita dal gruppo è un momento delicato che non manca di avere conseguenze su chi parte e su chi resta. Ogni uscita, per quanto elaborata e attesa, ha un effetto di rottura sulla coesione immaginaria del gruppo e richiede un tempo di rielaborazione nel corso del quale il gruppo stesso e ciascuno possano confrontarsi con la perdita subita.

Per concludere vorrei isolare tre diverse logiche che regolano il momento dell'uscita dal gruppo.

INTERRUZIONE

Che un componente del gruppo interrompa il suo percorso è un evento che purtroppo accade nella vita di ogni gruppo. È l'effetto di un processo di chiusura che esclude ogni elaborazione e sfocia in un agito del soggetto o del gruppo stesso. In entrambi i casi si può dire che si tratta dell'effetto di un automatismo.

A volte è il gruppo stesso che si chiude, che rifiuta di accogliere un soggetto la cui particolarità è percepita come minacciosa. Si tratta di un movimento che può presentarsi in ogni momento: all'ingresso di un nuovo venuto, che viene rifiutato dal gruppo che si barriera nel rinnovo della propria compattezza immaginaria. Può anche presentarsi in corso d'opera, quando un evento o una posizione rivendicata da uno dei componenti risulta inassimilabile in quel tempo di elaborazione del gruppo. In questi casi è l'automatismo del riconoscimento immaginario a prevalere, e chi si fa portatore della differenza viene espulso.

In altri casi segna una rinuncia del paziente stesso che, preso nel meccanismo dell'associazione libera, ne riconosce il potere, ma al tempo stesso la minaccia alla stabilità del riconoscimento immaginario in cui si cerca. In questi casi è il tornaconto identitario del sintomo ad avere la meglio e il paziente lascia il gruppo.

EFFETTO TERAPEUTICO

Freud diceva che il fine di un'analisi non è l'effetto terapeutico, che ne è piuttosto un effetto collaterale.

Nella mia pratica mi è capitato molto raramente che i pazienti lasciassero il gruppo sulla scorta del puro e semplice effetto terapeutico. Il dato oggettivo della remissione del sintomo non passa sotto silenzio, ma non scandisce il momento dell'uscita. In genere si attende che un altro cambiamento ne avalli la portata. Può accadere che si cambi lavoro, casa, a volte si concluda un rapporto sentimentale, ma spesso si tratta di fenomeni meno macroscopici, nei quali tuttavia il soggetto percepisce del nuovo. È frequente che quello che prima sembrava insopportabile perda la sua incombenza e i rapporti di lavoro o di coppia si facciano più leggeri. Per alcuni quello è il momento in cui il percorso può avviarsi alla conclusione. Accade spesso che

il paziente si renda conto solo in questo tempo di elaborazione finale che non gli era passato neanche per la testa di uscire in concomitanza con la remissione del sintomo, come invece immaginava all'entrata in gruppo. Continuare il percorso è sembrato allora naturale, non alla ricerca di una conferma seriale, ma nell'attesa inconsapevole di qualcosa che per ciascuno, retroattivamente, si fa segno di un cambiamento di posizione.

Il lavoro in un gruppo orientato psicoanaliticamente sfocia su un effetto terapeutico che rimanda più a una terapeutica del rapporto con l'Altro, che non alla mera remissione del sintomo, che certo avviene, ma ne è un effetto collaterale.

Quanto all'oggetto, Freud ci ha insegnato che nella pulsione rappresenta l'elemento indifferente. Quando il discorso prende l'oggetto nelle sue maglie, ne regola la distanza dal soggetto nel fantasma, ne erode il valore identificatorio, il soggetto può incontrarsi altrove da dove si cercava. Nel suo andirivieni l'oggetto scivola inafferrabile nel discorso, non senza lasciare una traccia che permetta di trovarne un sostituto. In questi casi l'effetto terapeutico sfocia nella produzione di un nuovo sintomo, più egosintonico, che mette il soggetto sulla traccia della particolarità del suo desiderio.

L'uscita di Giulia si situa in questa serie.

Giulia è una giovane studentessa di medicina, bulimica. È stata una bimba grassa, umiliata, mortificata per questo da una madre obesa. La sottoponeva a tutte le diete possibili. L'imperativo era: perdere peso. La presenza di Giulia in gruppo è una presenza silenziosa. Ascolta, e lo si sente in quel che dice. I suoi interventi sono apprezzati dalle compagne perché sono sempre mirati, a proposito. Colgono nel segno, anche se partecipa poco al rimbalzare dei racconti. Per la maggior parte del tempo si gode il suo silenzio. Il sintomo scompare, ritrova il piacere di uscire con gli amici, ma non lascia il gruppo finché non realizza il desiderio che covava da anni: si iscrive ad un'associazione che assiste i malati terminali.

Questo la fa sentire libera, ma sa che non può essere la soluzione ai suoi problemi. Ci sono ancora tante domande che la agitano, ma sente che per lei questo non è ancora il momento di porle. Più avanti, forse.

In casi come questo, l'uscita viene preannunciata e apre a un periodo di elaborazione che permette di storicizzare il proprio percorso: dalla ricerca di risposte, all'aprirsi alla domanda. È importante che ciascuno sia messo in condizioni di cogliere come sia entrato alla ricerca di risposte che portava cifrate nel suo stesso sintomo, perché possa uscire arricchito dall'esperienza di tutta la potenzialità e la forza propulsiva della domanda.

Per Giulia, mortificata dalla madre per il suo aspetto, la morte è una compagna a cui si sforza di dare un volto. Studia medicina, sogna di assistere malati terminali, in gruppo fa il morto, ma un morto ben presente e che si fa sentire. Inconsapevolmente sa che assistere malati terminali ha tutta la stoffa di una risposta che non chiude la questione. Una risposta al desiderio di una madre che la cancella sotto la sferza delle sue parole. Una risposta sublimata, certo, che baratta la perdita simbolica con la prossimità alla morte reale. Ma esce con il bagaglio delle sue domande, che conserva preziose per il futuro, e tutta la capacità di porle.

DOMANDA D'ANALISI

Non tutto si può affrontare in gruppo. I pazienti lo dicono spesso: ci sono cose che è difficile dire a se stessi e in gruppo hanno imparato a farlo. Ci sono cose che vanno affrontate da soli. Quello che spesso si fa sentire come reticenza, altro non è che il riserbo che detta il tempo della presa in carico soggettiva. Non sono pochi i pazienti per i quali l'incontro con ciò che il sintomo mascherava solleva questioni che chiudono il tempo del gruppo, senza che questo comporti il termine del percorso, ma al contrario ne fa il motore di una domanda di analisi.

Per concludere seguiamo Germana in alcuni passaggi del suo ritorno all'impossibile.

Germana è una bella ragazza di ventisei anni. Dopo un esordio anoressico, soffre di bulimia dall'adolescenza. Per Germana l'Altro è presente come chi guarda a lei come La Preferita. In breve diventa la preferita del gruppo. Garbata, discreta, minimale e inossidabile. Puntuale, non manca mai a una seduta.

Un giorno annuncia che ha deciso di lasciare il gruppo. Le reazioni a quest'annuncio sono forti. C'è chi protesta, chi tace: "Tanto parlare non servirebbe a niente", chi applaude come a un traguardo finalmente raggiunto. Carla l'attacca con sguardo furibondo. Poteva fare a meno di venirlo a dire al gruppo dal momento che, come al solito, ha deciso tutto fuori e si limita a darne comunicazione a decisione presa. Ha fatto così quando ha cambiato lavoro, quando se ne è andata di casa e sta facendo così anche adesso. Germana è presa alla sprovvista, non si aspettava una simile reazione da parte di Carla, che anche nel gruppo ha sempre occupato il posto che le è stato assegnato in famiglia, quello della "brava bambina, tranquilla, che non si sente mai". Germana ammette: si è comportata come con sua madre. "Alla mia età – dice – ho ancora paura di mia madre. Cerco in ogni modo di compiacerla e impiego settimane a comunicarle una decisione che temo possa contrariarla". L'uscita è rimandata. Rimarrà ancora in gruppo a lungo.

Il giorno in cui Germana non si presenta all'appuntamento segna un tempo: non era mai mancata una volta. Se ne è dimenticata. Sarebbe comunque potuta venire, benché con molto ritardo, ma ha preferito accogliere la dimenticanza come un punto interrogativo su quell'imperativo che la portava ad essere presente "cascasse il mondo". Una dimenticanza prende tutto il suo valore di atto mancato, dove l'inconscio si fa strada a condurre il gioco. Inizia a pensare di rivolgere una domanda di analisi, cosa che farà di lì a poco.

In quello che doveva essere l'ultimo giorno, non si presenta. Le compagne sono esterrefatte: non è da lei, dev'essere successo qualcosa. Non è possibile che non si presenti alla sua ultima seduta di gruppo. Arriva molto in ritardo, livida e sudata, sta evidentemente molto male. Entra e esce dalla stanza per vomitare. È successa una cosa che, è sicura, ha a che fare con il fatto che quello è l'ultimo giorno e che sta per iniziare un'analisi. Ha mangiato delle fragole, il suo frutto preferito, e ha avuto una reazione allergica.

La Preferita ha confezionato ben altro mangiare e vomitare da mettere al lavoro in analisi.

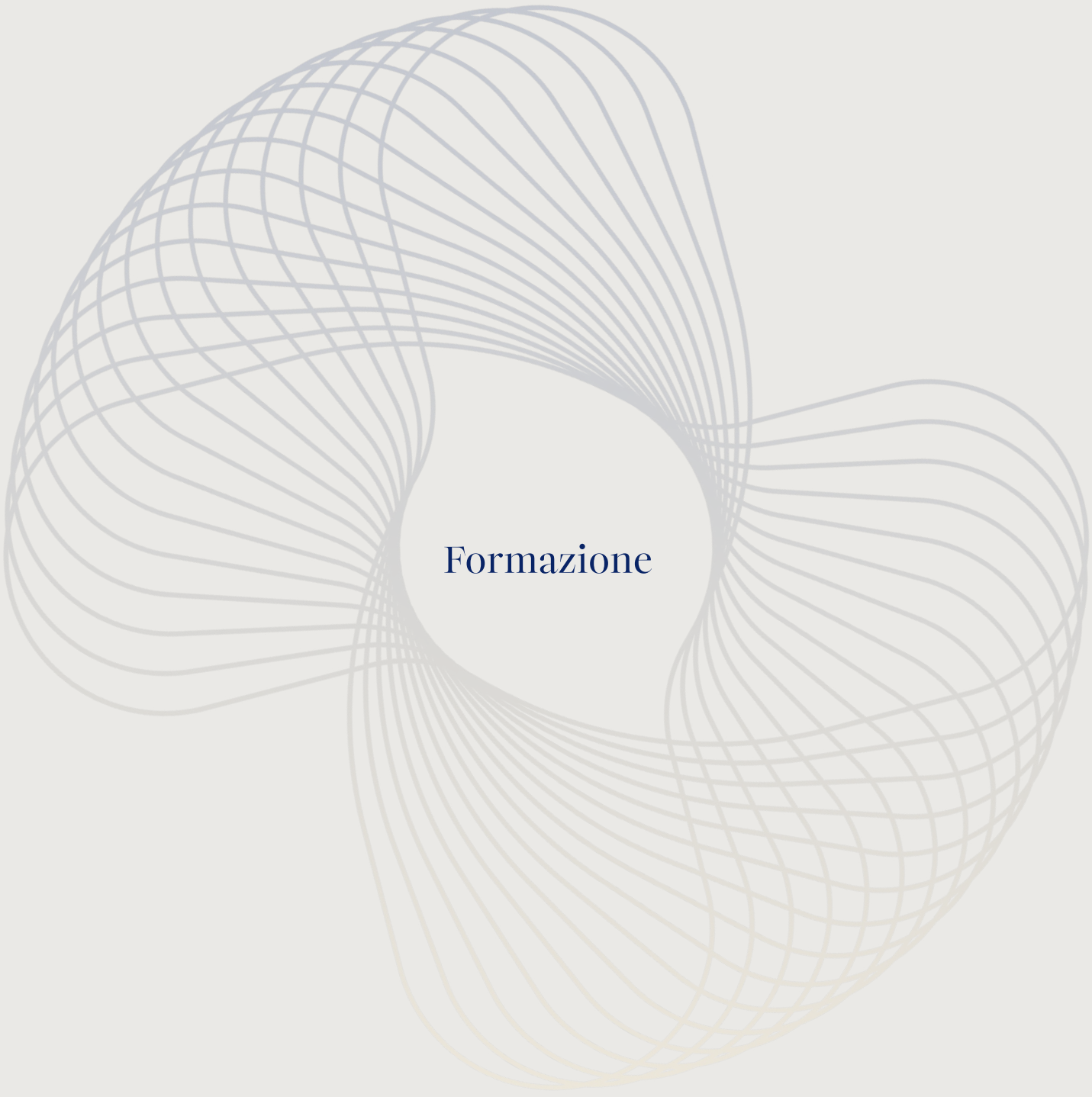
Note

1. Antonella Ramassotto è psicologa-psicoterapeuta. Didatta dell'Istituto di Ricerca di Psicoanalisi Applicata (IRPA) e Vicepresidente Centro Psicoterapeutico Te.C.O. (Terapie Consulenze Orientamento). Nell'ambito delle Istituzioni rivolte alle patologie contemporanee ha collaborato con il Centro Associato Jonas di Torino, responsabile del Centro ABA di Torino (Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari), presidente della sezione Piemonte e Valle d'Aosta di S.I.I.Pa.C. (Società Italiana di Intervento Patologie Compulsive).

Bibliografia

Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. OSF 9, Bollati Boringhieri, Torino.

Lacan, J. (1974). Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi. in *Scritti*, vol. I, Einaudi, Torino 1974.

An abstract graphic featuring a trefoil knot, a mathematical knot that is knotted and cannot be separated into two components. The knot is rendered with a series of thin, overlapping lines that form a grid-like pattern. The lines are colored in a gradient, transitioning from a light blue at the top to a light yellow 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

Psicodinamica e sociodinamica dei conflitti: educare al conflitto per imparare a gestirlo ¹

Mario Perini ²

Nel mondo delle organizzazioni così come nelle famiglie e nelle comunità per dialogare o negoziare con altri sistemi o sottosistemi o gruppi istituzionali è necessario prepararsi a gestire adeguatamente e possibilmente a risolvere gli inevitabili conflitti.

A questo scopo occorrono essenzialmente:

- a) una *teoria del conflitto*, che ne esplori le radici sociali, visibili e razionali, così come quelle soggettive, profonde, inconsce e irrazionali;
- b) una *cultura del conflitto*, che ne riconosca e ne accetti l'esistenza come processo naturale nelle relazioni umane, che dunque non lo neghi ma nemmeno lo demonizzi, e che operi per renderlo sostenibile, governabile e se possibile creativo;
- c) un *dispositivo istituzionale per la gestione dei conflitti*, che operando dall'interno (negoziazione) o dall'esterno grazie all'intervento di "terze parti" (mediazione, arbitrato) persegua dovunque possibile una soluzione di tipo "*win-win*", dove tutte le parti ottengano un sia pure parziale vantaggio.

L'assenza di una teoria del conflitto autorizza strategie improvvisate, incompetenti o buoniste, che salvano i buoni principi corretti e i buoni sentimenti a spese del destino effettivo degli individui e delle istituzioni.

L'assenza di una cultura del conflitto fa sì che questo si occulti, decorra carsicamente sotto la superficie e cronicizzi o erompa distruttivamente all'improvviso. Sul piano emozionale il conflitto finirà con l'essere gestito in termini totalmente inconsapevoli e con modalità fai-da-te per opera delle difese sociali disponibili nell'organizzazione (es. ricerca dei capri espiatori, paranoia istituzionale, burocratizzazione, burnout, delega verso l'alto) e di quelle individuali (scissione, negazione, proiezione della colpa ecc.).

L'assenza di un dispositivo di *conflict management* lascia i conflitti – evidenti o nascosti – sostanzialmente irrisolti, e tende ad esportarli (evacuarli) sia orizzontalmente su altri gruppi (conflitti tra settori) sia verticalmente verso l'alto (denigrazione e sabotaggio dell'autorità e della *leadership*) o verso il basso (micro-conflittualità endemica nei gruppi di lavoro sulla *front-line*). In particolare, i conflitti irrisolti al vertice istituzionale, ai livelli della mission e dei valori o a quelli delle relazioni tra agenzie e organizzazioni, tendono a scaricarsi sui livelli operativi sottostanti, che inconsapevolmente li assumono e li mettono in atto come guerre di religione tra pratiche o filosofie di lavoro, tensioni e rivalità interprofessionali o intergruppi,

scontri interpersonali e persino conflitti intrapsichici, cioè sviluppi nevrotici. In pratica, dei litigi “per conto terzi”.

TEORIE DEL CONFLITTO: IL CONFLITTO E LA PSICOANALISI

In psicologia il termine “conflitto” è variamente definito, ma l’accento è posto prevalentemente sull’individuo in quanto sottoposto a tensioni interiori o a disaccordi interpersonali per effetto della contrapposizione tra circostanze, motivazioni, scopi, impulsi, comportamenti, valori, interessi o sentimenti reciprocamente antagonisti o incompatibili, per lo più dotati di forza equivalente (Perini, 2007).

In ogni caso, è opportuno pensare al conflitto anche come una **relazione**, una forma di legame, anche se si tratta di un legame alimentato dal contrasto e spesso da invidia, rivalità e odio e quindi paradossalmente in grado di distruggere prima di tutto le relazioni con gli oggetti e poi gli oggetti stessi e lo stesso Sé.

Nella realtà sociale i conflitti si manifestano a tre diversi livelli:

- un livello *micro-sociale*, caratterizzato da relazioni “faccia a faccia” che coinvolgono i singoli individui: *conflitti interpersonali*;
- un livello *intermedio* dove gli attori del conflitto sono gruppi e organizzazioni: *conflitti di gruppo, intergruppi (intrasistemici), interistituzionali (intersistemici)*;
- un livello *macro-sociale*, dove i conflitti si manifestano su scala globale all’interno di grandi aggregati politico-sociali come società e nazioni e gli attori sono entità collettive come partiti, movimenti sociali, le forze armate, le grandi imprese multinazionali, intere collettività o gli stessi stati: *conflitti sociali, internazionali, interetnici e interculturali*.

Anche nella realtà psichica il conflitto può essere osservato su tre livelli differenti:

- *Conflitti intrapsichici* (ambivalenza, amore/odio, Io/Es/Superlo, principio di piacere/principio di realtà, sé/altro, ma anche persona/ruolo, identità/appartenenza, dipendenza/autonomia, collaborazione/competizione ecc.).
- *Conflitti interpersonali* (tipicamente quelli che si manifestano nella vita familiare, nei rapporti di lavoro, nelle controversie commerciali e nei reati contro la persona e la proprietà).
- *Conflitti gruppi e istituzionali* (implicati nelle dinamiche psico-sociali dei piccoli e grandi gruppi e in quelle dell’organizzazione).

Le teorie sistemiche e psicodinamiche riconoscono nel conflitto elementi di universalità, inevitabilità e vitalità, insieme ai rischi della trasformazione violenta e dell’evoluzione distruttiva. In particolare la **psicoanalisi** ha fatto del conflitto un caposaldo della sua teorizzazione e il bersaglio cruciale della sua filosofia di trattamento dei disturbi psichici. Dimensione ineliminabile della condizione umana, il conflitto è per **Freud** essenzialmente lo scontro tra diver-

se “forze” psichiche, consce ma soprattutto inconscie, che operano nella mente dell’individuo. Si tratta dunque essenzialmente di conflitti intra-personali o intrapsichici, la cui mancata risoluzione conduce alla comparsa e alla strutturazione dei sintomi nevrotici. Il lavoro terapeutico, aiutando il paziente a giungere al riconoscimento e ad una comprensione profonda dei conflitti emersi nel corso dell’analisi, gli permette di affrontarli con meno sofferenza e in maniera più matura.

La comparsa della psicoanalisi nel panorama culturale europeo del ‘900, con la nuova enfasi sulla soggettività e la “scoperta” dell’inconscio, ha contribuito a spostare la riflessione sulla conflittualità da un asse prevalentemente storico-politico ed etico-sociale all’area del funzionamento mentale e delle caratteristiche dinamiche della personalità. Tuttavia, nonostante l’evidente primato del vertice osservativo intrapsichico, dal pensiero psicoanalitico emerge una concezione di “individuo” tutt’altro che solitario e isolato, ma, al contrario, necessariamente implicato nell’identificazione con i suoi simili e nel legame sociale con organismi e istituzioni del mondo esterno; identificazioni e connessioni sociali che fungono non solo da matrici per l’identità e lo sviluppo, ma da generatori di quei legami emotivi che – come auspicava Freud in *Perché la Guerra?* (1932), possono contrastare e mitigare la naturale distruttività umana. In questo senso si può affermare che è soprattutto nella mente dell’uomo che la pace va costruita.

Un aspetto di grande rilievo, già implicito nelle formulazioni di Freud ma sviluppato soprattutto dai suoi continuatori, è quello che sottolinea, accanto ai pericoli di cui il conflitto è foriere (la nevrosi in primo luogo), anche la sua funzione necessaria per lo sviluppo e la crescita. La migrazione del paradigma psicoanalitico dalle sue origini freudiane deterministiche, pulsionaliste e radicalmente intrapersonali agli approcci più recenti, maggiormente orientati alla dimensione relazionale e all’intersoggettività, hanno ulteriormente spostato anche l’asse del conflitto facendolo oscillare tra il mondo interno, il contesto interpersonale e gruppale, la realtà sociale e l’ambiente ecologico. E in ogni caso è evidente come la dimensione del conflitto percorra trasversalmente tutte e tre le professioni che Freud definiva “impossibili”: educare, governare e analizzare (Freud, 1937).

Del resto, questa oscillazione tra mondo interno e realtà esterna è già chiaramente presente nella concezione freudiana del *conflitto edipico*. Crocevia tra mito di popolo e destino biologico individuale, la storia di Edipo non riguarda solo la lotta interiore tra le pulsioni: è anche lo scenario sociale della lunga serie di conflitti che oppongono genitori e figli, individuo e gruppo, tradizione e innovazione, lealtà familiari e spinte esogamiche, natura e cultura, conoscenza e negazione, competizione e collaborazione o anche, se vogliamo, la guerra e la pace. Con Kohut e l’evoluzione della cosiddetta “psicoanalisi del Sé” vi è un chiaro viraggio dal tradizionale modello della psicopatologia basato sul conflitto verso una psicologia del deficit, dei difetti del Sé e degli arresti dello sviluppo. *“Negli ultimi lavori comunque – scrive ad esempio Eagle – Kohut e altri psicologi del Sé tendono a concettualizzare sempre di più tutta la patologia nei termini di difetti del Sé, con poco o nessuno spazio per i conflitti intrapsichici; parallelamente al viraggio di enfasi dai conflitti ai deficit, vi è un viraggio dai desideri ai*

bisogni” (Eagle, pagg.33-34)

Una conseguenza indiretta di questo ridimensionamento del ruolo del conflitto nell’area della psicopatologia individuale è stato un accentuato interesse di alcuni psicoanalisti per la sua dimensione psico-sociale e le sue valenze relazionali. La successiva ricerca socio-psicoanalitica su conflitto, distruttività e guerra – da Bion a Rickman, Segal, Moses, Volkan, Kernberg, Fromm, Erlich, Eisold, e in Italia Fornari e Pagliarani – dedicherà un’attenzione sempre maggiore ai modi in cui l’elaborazione del conflitto possa generare arricchimento di esperienza e di pensiero creativo per gli individui, i gruppi e le organizzazioni, e viceversa a come l’evitamento o la mancata gestione ne innalzino le potenzialità distruttive.

Già nel 1948 Wilfred **Bion**, scrivendo sulla “psichiatria in tempi di crisi” e rifacendosi a Toynbee – che definiva la nostra società come “una civiltà sofferente”, rilevava come ad uno straordinario sviluppo della tecnologia non fosse seguito anche un equivalente sviluppo emotivo, in grado di lenire la sofferenza propria della civiltà. Gli uomini, abbastanza competenti quando devono regolare le vicende relazionali esterne, spesso falliscono quando cercano di trattare le tensioni emotive inconscie che rappresentano l’aspetto più complesso e profondo delle relazioni umane e nello stesso tempo una matrice di conflittualità e una minaccia per la nostra civiltà.

La sfida alla distruttività umana di cui Bion³ si fa interprete riguarda proprio l’attenzione a questi aspetti emotivi inconsci; perciò egli si rivolge a psicologi e psichiatri in quanto professionisti della vita mentale che potrebbero dare un contributo in due modi:

- fornendo un adeguato addestramento psicologico ai leader della comunità, la cui incompetenza emotiva e relazionale non solo ne compromette la creatività ma rischia di farli diventare quella “minoranza oppressiva” e distruttiva di cui parla Toynbee;
- offrendo opportunità per un adeguato sviluppo emotivo anche a individui e gruppi.

Con le note ricerche sui gruppi, Bion (1961) fa un passo ulteriore nell’esplorazione “dall’inter-no” del conflitto sociale. Egli osserva come il gruppo, con i suoi funzionamenti psichici, sia una rappresentazione esterna “drammatizzata” di una gruppaltà interna dei suoi membri, che in tal modo possono dare espressione a parti della personalità in conflitto con i compromessi necessari alle relazioni interpersonali, di coppia, familiari, gruppali e sociali. Il conflitto individuo-società, dunque, è per Bion in primo luogo intrapsichico e come tale può essere rivelato, affrontato e risolto nel lavoro del gruppo.

Partendo da un punto di vista ispirato soprattutto alle teorie kleiniane, Franco **Fornari** è stato tra i primi – e sicuramente il primo in Italia – ad applicare l’insegnamento psicoanalitico, sulle tracce degli studi di Money-Kyrle (1951) relativi al rapporto tra psicoanalisi e politica), al campo sociale e in particolare alla guerra. Nel 1964, in occasione del venticinquesimo Congresso degli Psicoanalisti di lingua romanza tenutosi a Milano, Fornari presentò una relazione intitolata “La psicoanalisi della guerra”, che suscitò molto interesse ed ebbe grande risonanza nel mondo psicoanalitico europeo, e fu poi ripresa e ampliata nel volume *Psicoanalisi della guerra atomica*, pubblicato nello stesso anno (Fornari, 1964).

Nel suo libro, che potrebbe essere sottotitolato *Riduzione all’inconscio del fenomeno guerra*

e responsabilità individuali della guerra, Fornari si chiede come accada che le motivazioni “razionali” della guerra – politiche, economiche, demografiche – possano degradarsi a pura insensata distruttività. La sua ipotesi è che la guerra abbia il compito di esprimere e nello stesso tempo di eliminare certe angosce psicotiche profonde, di natura sia depressiva che persecutoria, innate nell’uomo come una sua dimensione di follia originaria; in questo senso essa svolgerebbe paradossalmente per gli individui e per i gruppi una funzione difensiva che consentirebbe loro di alienare la colpa proiettandola sul “nemico” attraverso l’elaborazione paranoica del lutto e di vivere la folle criminalità bellica come una normale necessità etica e come la salvaguardia di un comune oggetto d’amore minacciato.

Le riflessioni sull’esperienza clinica portano Fornari alla paradossale conclusione “*che la guerra è un’organizzazione di sicurezza non già perché permette di difenderci da nemici reali, ma perché riesce a trovare e al limite a inventare dei nemici reali da uccidere, in caso contrario la società rischierebbe di lasciare gli uomini [...] senza difesa di fronte all’emergenza del ‘Terrificante’*”, le loro angosce profonde, il “*nemico interno*”. (Fornari 1966, pag.12).

Ora, se la guerra può esser definita, in base alle evidenze cliniche emergenti dalla psicoanalisi, come un “*delitto individuale fantasticato individualmente e consumato collettivamente*” (Ibidem, pag.160), allora la responsabilità della sua origine e delle sue conseguenze sembra riconducibile sia al singolo individuo che agli uomini organizzati in gruppi e istituzioni.

Ma se le angosce individuali possono essere trattate con una terapia, il problema cruciale è se sia possibile disporre di istituzioni che curino le angosce psicotiche collettive senza utilizzare la guerra.

Il contributo di Fornari al superamento della guerra non fu solo di tipo teorico, ma si tradusse in un vero e proprio impegno politico, prima nei Gruppi anti-nucleari, sorti nel 1965, e successivamente nell’*Istituto Italiano di Polemologia*, i cui scopi istituzionali erano di svolgere ricerche sul tema del conflitto nell’era atomica. (Riva Crugnola, 1985).

Gino **Pagliarani**, muovendo dalla lezione di Bion e dagli studi di Fornari, di cui era stato inizialmente collaboratore, porta l’attenzione in particolare sul rapporto individuo-istituzione e da questa prospettiva mette un’enfasi particolare sulla necessità di sviluppare un lavoro di “educazione sentimentale”, ovvero lo sforzo di promuovere nelle persone (e soprattutto nei *leader*) una competenza emotiva che li aiuti ad affrontare le realtà complesse e ad elaborare creativamente la conflittualità (Pagliarani. 1998).

A proposito di conflittualità, egli sottolinea l’importanza di essere “abili, capaci, all’altezza” per poter elaborare il conflitto con modalità intelligenti (Pagliarani, 1993) e al binomio pace-guerra sostituisce la triade pace-guerra- conflitto, che permette di evidenziare come:

- a) “*guerra*” sia sinonimo di “*conflitto*” e nello stesso tempo la sua negazione,
- b) *lo stato di pace non sia pacifico, bensì altamente conflittuale.*

La pace, dunque – sia per gli individui sia per i gruppi e le nazioni – non è una condizione pacifica, ma si presenta come una realtà caratterizzata da ambiguità e complessità. Il conflitto appartiene alla quotidianità dell’individuo e risulta quindi essere una componente inevitabile della sua vita, anzi un’occasione da cui può generarsi creatività e un arricchimento per l’in-

dividuo, per i gruppi e per le istituzioni.

Viceversa la guerra, secondo Pagliarani, è una forma patologica, insana della conflittualità. *“Con la pretesa di ritoccare la formulazione di Fornari – che teorizza la guerra come elaborazione paranoica del lutto – mi azzardo a sostenere che la guerra possa essere vista come l’elaborazione paranoica del conflitto”* (Pagliarani 1998, pag. 49). Essere “capaci” di elaborazione positiva, “intelligente” del conflitto, significa quindi in primo luogo accettare la complessità della realtà; l’abilità principale richiesta è quella della creatività, indispensabile per far coesistere gli opposti senza negarli. La guerra produce un dolore intenso insieme a laceranti paure; tuttavia continua ad essere la soluzione che l’essere umano privilegia per dirimere i conflitti, in effetti per negarli, affermando un solo punto di vista e seppellendo la differenza e la conflittualità sotto un cumulo di morti e di macerie. Ma anche la pace è pratica costosa e non priva di sofferenza, perché richiede rinunce, compromessi, comprensione dei punti di vista altrui, e tuttavia il dolore dell’affrontare la conflittualità nella sua realtà è generativo e produce quello che altrimenti non sarebbe mai stato. (Pagliarani, 1993).

Tra gli analisti contemporanei che hanno affrontato sistematicamente la dimensione del conflitto va segnalato Vamik **Volkan**, che è noto non solo per i suoi contributi alla psicoanalisi clinica e alla cura delle psicosi, ma anche e soprattutto per i suoi contributi interdisciplinari sui gruppi allargati e sui sistemi istituzionali, nei quali ha avvicinato la psicoanalisi alla storia, alla politica, alla sociologia, con particolare riferimento alle relazioni internazionali, alla diplomazia, alla guerra, ai conflitti etnici e al terrorismo. (Volkan 1988, 1997, 2004; Volkan, Julius e Montville, 1990-91; Varvin e Volkan, 2003)

Per Volkan l’esigenza del *riconoscimento*, che ha radici solide negli individui, nei gruppi ed anche nelle nazioni, è cruciale per comprendere un grande numero di conflitti. Il bisogno di riconoscimento si traduce in pratica sia nella necessità di trovare amici e alleati, sia nel bisogno di “coltivare” relazioni di ostilità e inimicizia (Volkan, 1988). Il suo lavoro nel settore della “psico-politica” ha portato allo sviluppo di nuove teorie sul comportamento dei grandi gruppi in tempo di pace e di guerra.

Volkan però non è solo un teorico: negli ultimi trent’anni ha condotto vari *team* interdisciplinari in luoghi turbolenti in ogni parte del mondo ed è riuscito a far incontrare “nemici” di alto profilo – esponenti delle comunità greco- e turco-cipriote, bosniache, israeliane e palestinesi – in esperienze di dialogo non-ufficiale che sono durate parecchi anni.

L’attentato alle Torri Gemelle dell’11 settembre 2001 ha cambiato il volto del pianeta, disegnando nuove visioni del conflitto, rilanciando divisioni manichee e letture religiose del bene e del male, e confrontando le rigidità della politica internazionale con il terrore divenuto diffuso, “apolitico”, tecnologico e mobile tra i consueti scenari turbolenti del mondo (Balcani, Africa, Medio-Oriente) e la vita quotidiana delle società occidentali, fino agli eventi più recenti come la guerra in Ucraina.

Come ha risposto la comunità psicoanalitica?

Contemporary Psychoanalysis, nel primo numero del 2002 dedica un articolo scritto a più mani – *“Voci da New York: 11 settembre 2001”* – che riguarda il problema del trauma nell’a-

dulto e riporta in forma libera e discorsiva le riflessioni di sei psicoanalisti che si sono incontrati alcune volte subito dopo i fatti dell'11 settembre 2001. *“I racconti di questi sei colleghi toccano i temi più diversi: come i tragici fatti dell'11 settembre hanno influenzato il comportamento e i sogni dei loro pazienti, come le loro vite sono cambiate da quel giorno, come si sono comportati concretamente in seduta pazienti e terapeuti al momento esatto del disastro, chi l'ha detto per primo, perché e come, cosa hanno fatto, se hanno interrotto la seduta, se hanno fatto (o fatto fare) delle telefonate oppure no, se hanno ascoltato le telefonate oppure se hanno rispettato reciprocamente la privacy, se si sono confortati a vicenda e come, se è stato possibile analizzare le implicazioni transferali, e così via. È questo un documento toccante, tra i tanti che in quel periodo sono stati prodotti a New York, come tentativo potremmo dire di auto-aiuto (self-help), per categorie professionali maggiormente esposte al rischio di disturbo post-traumatico da stress e quindi maggiormente bisognose di una elaborazione terapeutica”*. (Psychomedia, 2006) Nello stesso anno, a Londra, Karnac Books pubblica *“Terrorism and war: Unconscious dynamics of political violence”*, a cura di Colin Covington, Paul Williams, Jean Arundale and Jean Knox, un libro che Anton Obholzer nella sua prefazione raccomanda non solo a psicologi e psicoanalisti, ma soprattutto ai politici, ai giornalisti e agli *opinion maker* (Covington & al, 2002).

Dopo gli eventi di New York incontri di studio, seminari e convegni su guerra, terrorismo, fondamentalismi e distruttività si sono moltiplicati in tutte le associazioni psicoanalitiche, sempre più o meno direttamente incentrati su una cruciale domanda: “se e come possa la psicoanalisi contribuire alla convivenza civile e alla pace”. E oggi, con la guerra in Ucraina che preme alle porte dell'Occidente e minaccia la stabilità e il benessere del pianeta, la domanda si è fatta ancora più urgente.

Come mostrano gli esempi che ho fin qui citato – sicuramente tralasciando molti altri coraggiosi contributi di colleghi più o meno noti – nel corso degli ultimi decenni la psicoanalisi ha saputo spostare il proprio centro di interesse dal focus esclusivo del conflitto intrapsichico all'attenzione per la conflittualità tra persone, gruppi e popoli, esplorando le vicende dell'aggressività umana e la loro relazione con la distruttività individuale e collettiva (cfr. il noto testo di Erich Fromm, 1973). Il suo prezioso contributo alla conoscenza del problema – e anche in questo si è rivelata un mestiere “impossibile” – certo non ha finora generato apprendimenti e cambiamenti culturali significativi nelle applicazioni pratiche al campo dell'educazione, della vita sociale e delle relazioni internazionali.

L'educazione alla pace è ancora un traguardo lontano, ma possiamo egualmente chiederci se il modello psicoanalitico, accettando la contaminazione con il pensiero sociologico, non abbia in definitiva qualcosa di utile da insegnare (e insieme da imparare) anche rispetto alle strategie e alle tecniche di “*gestione del conflitto*” oggi più comunemente raccomandate nel mondo dei conflitti sociali, della scuola, della diplomazia internazionale, dell'impresa e delle trattative d'affari, della pedagogia della convivenza civile. Sebbene non ne rappresenti un vero e proprio filone specifico – come la polemologia per le scienze sociali –, quest'area della “psicoanalisi applicata” sembrerebbe tendere ad un progetto per una psico-pedagogia della

pace più realistico e sostenibile, basato sulla consapevolezza e sullo studio delle zone d'ombra della natura umana più che sui buoni principi e sul “pensiero desiderante”.

CULTURE DEL CONFLITTO

Sia gli approcci psicologici che quelli sociologici sottolineano, accanto ai rischi della deriva distruttiva dei conflitti, le loro evidenti potenzialità costruttive.

“Il conflitto è una proprietà costitutiva di ogni relazione e di ogni processo di conoscenza [...]. Conflitto perciò è incontro, con esiti generativi o degenerativi a seconda delle modalità di evolversi delle diverse posizioni nella relazione. Ogni conflitto può esprimersi in una situazione antagonistica o cooperativa, in base alla relazione che lo genera e che ne è generata. Gli aspetti rilevanti dell'evoluzione di ogni incontro sono tra gli altri l'antagonismo, la cooperazione e il conflitto” (Morelli e Weber 2006, cit. in Mori, 2010, pagg.52-53).

Inoltre il conflitto dei poteri è un elemento centrale della democrazia, sia come fattore di equilibrio tra i poteri dello Stato, sia per la natura inevitabilmente conflittuale della partecipazione dei cittadini agli eventi sociali, che caratterizza la loro relazione con il governo come una oscillazione tra delega e confronto.

Anche per effetto dei rischi già ricordati – la deriva violenta e l'evoluzione distruttiva – la cultura attuale è intrisa di **ambiguità** nelle sue modalità di interpretazione del conflitto. Da un lato ne riconosce la dimensione vitale, perché ad esso sono inerenti l'idea della differenza, la tensione dialettica verso una meta, la dinamica della vita psichica, l'esistenza di un pensiero divergente e non-conformistico, la costruzione dell'identità, l'etica della responsabilità e della scelta con i suoi costi emotivi, il desiderio che si confronta con la legge, il vincolo, il limite e l'impossibilità.

Dall'altro, però, le correnti culturali prevalenti si caratterizzano per una tendenza all'evitamento e all'*inaccessibilità al conflitto*⁴ che appare ormai un tratto costitutivo dell'esperienza relazionale contemporanea insieme alla concomitante crisi della capacità di mediazione delle istituzioni, e che si connette con la rimozione sociale delle differenze e con la negazione delle asimmetrie di responsabilità nei ruoli educativi, di governo e persino di cura (Weber 2006).

È cruciale resistere alla tentazione di demonizzare il conflitto, vedendone solo le zone d'ombra. **Il conflitto è naturale e “vitale” perché la natura è conflitto e la vita è conflitto.** Nel mondo fisico ci sono innumerevoli differenze e polarità, come quelle elettriche, che generano la differenza di potenziale, quelle magnetiche, ioniche, biologiche, genetiche ecc., tutte connesse con lo sviluppo e lo scambio di energia.

Sul terreno della politica la storia ci ha insegnato come i conflitti di classe, nonostante i costi elevati che hanno comportato, abbiano restituito dignità umana e contrattualità sociale a milioni di persone che in precedenza non avevano voce e non contavano nulla.

Nella sfera mentale e nella vita di relazione i conflitti sono “fisiologici”, a partire dal conflitto edipico, e sono per lo più connessi con aspetti sani, e dunque semmai è la loro assenza che

può evidenziare aspetti o processi di tipo patologico.

L'assenza di conflitto tra desideri istintuali e divieti del Superlo è alla base dello sviluppo perverso o delinquenziale della personalità, la mancanza di conflitti nel rapporto genitori-figli è un ostacolo alla crescita dei secondi e alla loro separazione dai primi; un gruppo di lavoro in cui i conflitti siano assenti, perché evitati o negati, tende ad entrare in una stasi creativa e a funzionare secondo una modalità conformistica o a "pensiero unico"; in un sistema teorico l'assenza di conflitto porta al dogmatismo e al blocco dell'innovazione.

Ciò che genera il conflitto sono soprattutto le **differenze**: quelle tra le personalità, i generi, le età, le professioni, il censo, le provenienze geografiche, le appartenenze etnico-religiose, le fedi politiche ecc. ed anche quelle tra desideri e possibilità, tra obiettivi e risorse disponibili, tra capi e collaboratori. Sono anche ciò che lo rende potenzialmente creativo, proprio perché le differenze sono ricchezze potenziali, a patto naturalmente che il conflitto venga **governato** e che le sue energie siano sottratte ad un impiego distruttivo.

I conflitti a tutti i livelli tendono a modellarsi secondo schemi e paradigmi provenienti **dall'universo emotivo, sociale e simbolico della famiglia**, ossia secondo il peso che la storia personale e familiare esercita sullo sviluppo della personalità e del comportamento sociale adulto. Tra i modelli più comuni possiamo annoverare:

- *Il conflitto madre-bambino*, che riguarda le questioni della dipendenza e dell'autonomia, della protezione eccessiva o al contrario difettosa, dell'abbandono, della possessività e del controllo, della paura delle responsabilità ecc.; è il paradigma dei conflitti tra capi e collaboratori, insegnanti ed allievi o stato e cittadini.
- *Il conflitto madre-padre-bambino o conflitto edipico*, che coinvolge le alleanze a due contro il terzo, i conflitti coniugali sull'educazione dei figli, le questioni della gelosia, dell'invidia e delle relazioni preferenziali ecc.; è il paradigma dei conflitti sociali e istituzionali nel registro dell'esclusione, dell'ingiustizia, della disparità e delle collusioni.
- *Il conflitto genitori-figli o conflitto adolescenziale*, che comprende le sfide all'autorità, il bisogno di collaudi trasgressivi, il controllo degli impulsi sessuali e aggressivi, il dilemma tra la dipendenza infantile, l'iper-autonomia adolescenziale delle "mani libere" e la conquista adulta di un'autonomia basata sull'interdipendenza; è il paradigma dei conflitti basati sul rifiuto o sull'attacco o sulla messa in discussione dell'autorità e dell'ordine sociale.
- *Il conflitto tra fratelli*, che si traduce in manifestazioni di rivalità, confronto e concorrenza, genera organizzazioni strutturate come bande o come tribù, oppone ruoli di leadership e ruoli gregari, è dominato dalle dinamiche narcisistiche e dal dilemma tra competizione costruttiva e competizione distruttiva; è il paradigma dei conflitti tra pari, delle tensioni tra dominanza e sottomissione e dell'incapacità di collaborare in un gruppo.

Il nucleo emozionale centrale di ogni conflittualità rimane comunque l'incontro tra la **paura di essere o di cadere sotto il potere o il controllo altrui e il bisogno di esercitare sull'altro quel potere e quel controllo**. Da questo incontro/scontro emerge la maggior parte dei processi distruttivi che rendono i conflitti un rischio rilevante per la salute degli individui e delle organizzazioni e in generale per la pace sociale.

GESTIONE DEL CONFLITTO

Il destino di un conflitto – se sarà antagonismo o cooperazione, guerra o pace – dipende dunque, come si è visto, in larga misura dal modo in cui esso viene gestito, cioè dalle teorie, dalle culture, dalle forme, dalle strutture e dagli strumenti che ne consentono l'elaborazione piuttosto che l'*escalation* distruttiva.

“Gestione”, “elaborazione”, sono qui i termini-chiave: dunque, non si parla di “risoluzione”. Il tempo ha visto succedersi differenti modelli di approccio al conflitto e varie scuole di pensiero. È prevalsa in un primo tempo (ma è tuttora molto popolare) la filosofia della “**risoluzione del conflitto**” (*conflict resolution*), centrata sul concetto-chiave dei bisogni delle parti in gioco e sull'idea che si possa giungere a chiudere o almeno a depotenziare definitivamente un conflitto, usando varie tecniche comunicative e comportamentali in modo un po' meccanico e rigido ed evocando non poca retorica e qualche idealizzazione.

Negli ultimi decenni si è affermato – anche per le sue efficaci applicazioni al mondo delle imprese e delle trattative d'affari – un approccio alternativo, detto della “**gestione del conflitto**” (*conflict management*), centrato sui concetti di potere, controllo, responsabilità e valori e sulla presenza di dinamiche che possono orientare il conflitto verso “intese” pensate, negoziate con più realismo e controllate dall'esterno rispetto alle parti coinvolte. (Blake e Mouton, 1964; Rahim, 2002)

Infine, una terza e più recente scuola, che fa capo a Johan Galtung, si propone anch'essa un obiettivo realisticamente “gestionale”, ma preferisce parlare di “**trasformazione non-violenta del conflitto**”, mettendone in evidenza più che le soluzioni definitive e statiche, la natura relazionale prettamente dinamica, provvisoria ed eternamente mutevole. (Galtung 1996) Le sue applicazioni – che non vanno confuse con forme di pacifismo “ingenuo” – si adattano particolarmente ai conflitti politici e sociali e a finalità educative nella scuola e nei contesti urbani, ma anche alle situazioni di conflitto armato.

Gli approcci di tipo “conflict resolution” sono per lo più basati sull'**assunto** – ingenuo e purtroppo continuamente smentito dall'esperienza – **che l'uomo tenda naturalmente alla pace e all'armonia delle relazioni**. Essi si rivelano molto spesso fallimentari perché sono:

- psicologicamente infondati (si basano su visioni dell'uomo astratte, superficiali e poco realistiche)
- semplicistici (evitano gli aspetti più complessi della mente e della vita di relazione)
- ottimistici (vedono il mondo come si vorrebbe che fosse e non com'è in realtà)

- inefficaci (producono risultati effimeri e instabili)

In particolare i modelli “pacifisti” di risoluzione del conflitto presentano una grave debolezza perché puntano quasi esclusivamente sul **dialogo tra le parti**, che ritengono in grado di produrre la fiducia e la comprensione necessarie a rimuovere il conflitto, il che di solito non accade. In effetti dialogo, comunicazione e condivisione tra le parti in conflitto sono senz’altro necessari, ma non sono sufficienti: per incidere sul conflitto devono accompagnarsi ad un lavoro sulle sue componenti relazionali ed emotive inconscie, e specificamente:

- sulle scissioni e sulle proiezioni, che devono essere riconosciute e re-integrate
- sui pregiudizi, sugli stereotipi e sulle fantasie che è necessario svelare e sottoporre all’esame di realtà
- sui sentimenti dello stato mentale paranoide (odio, persecuzione, diffidenza, evacuazione della colpa, creazione del nemico o del capro espiatorio), che devono poter virare su un registro più depressivo, dove diventino possibili l’assunzione della responsabilità, il rimorso e il dispiacere, l’elaborazione del lutto, la consapevolezza dei limiti e degli errori e la riparazione del danno

In definitiva l’esperienza dimostra che un conflitto non si risolve quasi mai completamente, ma che si può il più delle volte apprendere come gestirlo; la gestione del conflitto implica alcune tappe obbligate:

- riconoscerlo
- accettarne l’inevitabilità
- accettarne le componenti di dolore, di ansia, di umiliazione, di rabbia e di paura
- affrontarlo con le parole (approccio dialogico e “non-violento”)
- distinguere gli aspetti personali (di relazione) dagli interessi concreti (di contenuto)
- riconoscere il proprio personale contributo al conflitto (posizione depressiva, non-ricorso all’idea del “nemico”, consapevolezza che i conflitti “si fanno in due”)
- riconoscere accanto alle proprie ragioni quelle dell’interlocutore (che ci sono sempre)
- negoziare – con o senza l’aiuto di una “terza parte” – il punto di incontro sostenibile tra le ragioni proprie e quelle altrui
- rinunciare all’illusione di “vincere tutto”
- riconoscere che il conflitto non può essere completamente risolto, che la pace è uno stato transitorio e che le intese e gli equilibri raggiunti possono in ogni momento essere rimessi in discussione

È possibile utilizzare vari meccanismi di gestione costruttiva e non coercitiva del conflitto come la **negoziiazione** (trattativa tra le due parti) e la **mediazione** (trattativa facilitata da una terza parte) e talvolta anche la gestione delegata ad un terzo, come l’**arbitrato** o le **procedure**

giudiziarie. Lo stesso diritto in sé può essere considerato un mezzo assai sofisticato per gestire i conflitti all'interno delle società.

La mancanza di forti legami associativi e l'assenza di un monopolio legittimo dell'uso della forza fa sì che a livello internazionale i conflitti esplodano nella forma più violenta, la **guerra**. Anche a livello internazionale, tuttavia, si è registrata negli ultimi decenni una intensa attività di ricerca e sviluppo sulle forme di gestione costruttiva dei conflitti: negoziazione, mediazione, diplomazia multilivello (*multitrack*) sono alcuni degli strumenti impiegati negli ultimi anni in particolare per la trasformazione, in senso costruttivo, dei conflitti a carattere etno-politico.

La gestione e la trasformazione dei processi conflittuali richiedono tecniche e tattiche appropriate ma soprattutto una “*scienza dei conflitti*”, ossia una solida base teorica su cui poggiare: un modello operativo che sembra si stia affermando include elementi del metodo psicoanalitico, dell'approccio sistemico e della sociologia della complessità, analizzando le condizioni che possono facilitare oppure ostacolare l'emancipazione dell'individualità e della gruppaltà, l'accettazione delle differenze, l'elaborazione di metodi e strategie per affrontare problemi globali e controversi che non ammettono soluzioni lineari, non sono riconducibili ad una sola causa e manifestano esiti potenziali imprevedibili (Morelli e Weber 2006).

Ma comunità e gruppaltà, oltre a mettere in gioco dimensioni complesse, caotiche e non-lineari, coesistono tutt'altro che pacificamente con la nostra individualità; esse pongono l'individuo in una situazione di conflitto apparentemente irriducibile, in parallelo con la tensione tra collaborazione e competizione di riscontro così frequente nel mondo del lavoro.

E qui occorre sgombrare il campo e la mente da illusioni confortanti quanto rischiose. La pace non è affatto pacifica, come si è già detto. L'essere umano non inclina facilmente all'armonia e alla convivenza e, quindi, la collaborazione e la fiducia nei rapporti interpersonali non sono affatto “naturali” né spontanee.

L'ubiquità delle forme violente di elaborazione e di evoluzione del conflitto, il fatto che da sempre gli uomini distruggono e uccidono volentieri, può essere interpretata come un rituale culturalmente appreso e consolidato, e non solo come un destino naturale, che può evolvere verso forme non distruttive o persino creative a patto di imparare a fare un uso appropriato e consapevole della conflittualità ⁵, per cominciare evitando di demonizzarla o di annegarla in un bagno di buoni **sentimenti**.

E, tuttavia, ci sono dei miti duri a morire. Scrive Daniele Novara nel suo articolo “*L'alfabetizzazione al conflitto come educazione alla pace*”:

“Quello della pace come bontà, come armonia, come volersi bene è uno dei più duri in assoluto. È un mito deleterio, perché sostanzialmente autodistruttivo, che contiene al suo interno un'impossibilità operativa che lo rende del tutto inutile sul piano pratico e storico.

L'educazione alla pace è un movimento che parte da lontano. Fin dagli inizi del XX secolo si hanno delle tracce, dei reperti documentari, però sempre con questo fervore filantropico. L'educazione alla pace finiva con l'attenere al rafforzamento delle zone di luce dell'essere umano e quindi a tutto ciò che riguardava il miglioramento dei buoni sentimenti. (...)

Il quadro era piuttosto desolante. Permanevano impostazioni pedagogiche fondate sull'idea dello "star buoni", dell'implementare la bontà nei bambini cattivi, dell'enfatizzare tutto ciò che richiamasse alla tranquillità, all'armonia, al benessere assoluto, a una dimensione di fraternità totale. Su questo leitmotiv si registravano a livello scolastico le programmazioni didattico-educative più incredibili, con delle digressioni che poi ovviamente non potevano che scivolare su toni soporiferi senza alcuna attinenza con la realtà. In Italia ancora oggi succede di trovare mostre sulla pace piene di poesie e filastrocche ricche di tutti i buoni sentimenti che qualsiasi terrorista o mafioso potrebbe sottoscrivere senza mezzi termini" (Novara, 2006, pagg.1-2).

Sebbene la psicologia sociale contemporanea sappia ormai distinguere tra forme maligne e benigne dell'aggressività, nella pratica quotidiana permangono ancora incertezze e resistenze, si tende a considerare il conflitto come qualcosa di negativo e da evitare a tutti i costi, per conseguire una generica condizione di concordia che in realtà maschera i conflitti esistenti e ci rende impreparati quando essi esplodono all'improvviso. A maggior ragione, nel linguaggio abitualmente usato dai media, il conflitto è considerato sinonimo di guerra e questa ambiguità semantica contribuisce a creare confusione, frustrazione e senso di impotenza.

Da questo punto di vista, la convinzione diffusa che la psicoanalisi sia una chiave per risolvere il conflitto umano non solo non è appropriata, ma induce la pericolosa illusione che i conflitti siano sempre risolvibili, purché si trovi il mix ideale di competenza tecnica e buona volontà. Per evitare di infilarsi in missioni impossibili, il cui esito è spesso quello di far esplodere la violenza o di bruciare sforzi generosi sull'altare del velleitarismo onnipotente, forse sarebbe più corretto dire che l'approccio psicoanalitico cerca di rendere il conflitto più decifrabile, più "sostenibile" e in qualche misura più regolabile, senza pretendere di spegnerlo e con l'umiltà di sapere che probabilmente prima o poi si riaccenderà.

Come sempre lo sforzo della conoscenza e il coraggio della consapevolezza sono le "armi" più efficaci del metodo psicoanalitico. In questo senso una mappa aggiornata del problema è fornita dal volume di Diego Garofalo *"Psicoanalisi per la pace. La scelta strategica di relazioni vitali"* (Garofalo, 2005), che intende rilanciare il discorso psicoanalitico sull'utopia "realistica" della pace in questi anni segnati dal terrorismo globale. Oltre che le radici della guerra, già da tempo oggetto di studio, l'Autore esplora le radici della pace: quelle intrapsichiche (il riconoscimento della naturale aggressività e del suo impiego per lo sviluppo o per la distruzione, l'accettazione del conflitto, ecc.), quelle interpersonali (il riconoscimento delle differenze e dei bisogni, la rinuncia alle generalizzazioni, ai pregiudizi e alla creazione del "nemico" o del capro espiatorio, ecc.) e quelle socio-sistemiche (la promozione dei diritti e della democrazia, la valorizzazione degli aspetti di globalità e multiculturalità della società contemporanea, l'accettazione dell'interdipendenza e della complessità, lo sviluppo del pensiero creativo-simbolico, la costruzione di legami tra popoli e stati basati su interessi affettivi profondi e non semplicemente economici, la crescita di una mentalità ecologica).

Per promuovere questo cambiamento di prospettiva occorre una visione più realistica – o se si

vuole più “pessimistica” – che parta dal riconoscimento che la mente umana è piena di ambivalenze ed è naturalmente incline al conflitto. Questa visione si rivela di fatto più utile perché più adatta a comprendere il significato di un conflitto, a riconoscerne le fonti, a preoccuparsi delle conseguenze e ad individuare possibili strumenti per gestirlo ed elaborarlo. Inoltre è molto più vicina alla “verità psicologica”

I **risultati** che è possibile attendersi da un approccio che si ispiri a questa visione sono

1. Più comprensione, dove capire le ragioni dell'altro e sentirsi capiti attenua la forza del conflitto;
2. Più fiducia reciproca, perché basata su esperienze realistiche, con meno rischi di delusione;
3. Consapevolezza delle difficoltà e instabilità dei cambiamenti e della tendenza alla riaccensione del conflitto che permette di restare vigili e di lavorare per la prevenzione;
4. Consapevolezza che pace e armonia non sono stati naturali ma parentesi di quiete tra due fasi conflittuali, mantenute a prezzo di uno sforzo di elaborazione e adattamento che permette di tenere aperto il dialogo e, quando il conflitto riemerge, di essere attrezzati per contenerlo;
5. Consapevolezza della necessità di individuare e affrontare gli elementi emotivi inconsci che generano ansia negli individui e senso di minaccia nei gruppi.

In ambito giudiziario, se pensiamo alla **mediazione** come una delle modalità per gestire il conflitto, dobbiamo riconoscere che la sua potenziale utilità consiste essenzialmente nel fatto di essere un **confronto emozionale** in cui l'offensore viene messo a contatto con la natura e l'intensità dei sentimenti (di dolore, rabbia, disperazione, paura ecc.) che il suo comportamento ha suscitato nella vittima.

Perché sia emotivamente sostenibile e utilizzabile, occorre che questo confronto sia mediato da una “terza parte” e che avvenga in un “contenitore” (materiale, procedurale, relazionale) capace di assicurare:

1. un certo grado di **contenimento e protezione** (dall'ansia, dall'odio, da eccessivi sensi di colpa) sia della vittima che dell'offensore;
2. uno spazio di **elaborazione dell'esperienza**, sottratto alle logiche della vendetta, della rivendicazione o delle scuse e delle riparazioni sbrigative a corto-circuito che evacuano troppo rapidamente il senso di colpa.

Alla base della mediazione efficace sta la possibilità di sviluppare stili di relazione che si familiarizzino con il conflitto; i conflitti riconosciuti come “normali” nella cultura di appartenenza fanno meno paura, sono automaticamente depotenziati perché l'esperienza ci rassicura

che sopravviveremo e con noi le relazioni d'amore da cui dipendiamo.

In questo percorso di confronto consapevole con l'esperienza conflittuale, il ruolo della famiglia è cruciale, perché è lì che fin dall'infanzia è possibile “educare al conflitto” e “insegnare a litigare”.

Nel suo articolo “*L'odio nel controtransfert*”, Winnicott (1958) spiega che la madre, quando si arrabbia con il proprio bambino, può svolgere una funzione preziosa, quella di “insegnargli l'odio”, ossia di aiutarlo a decifrare questo sentimento, insegnandogliene la grammatica e abituandolo a non averne paura, che sono le basi emotivo- cognitive per potere imparare a governarlo nella vita di relazione.

“L'educazione alla pace – concluderò con le parole di Novara – non significa altro che un processo di apprendimento di un'arte della convivenza più raffinata della semplice tolleranza, del semplice controllo della diversità. Un'arte della convivenza che diventa un addestramento continuo, incessante, una vera e propria alfabetizzazione che ci porti ad acquisire al livello primario, relazionale, la capacità di stare dentro il conflitto e la diversità come un momento di crescita, e non più come un fattore di paura o di minaccia” (Novara 2006, pagg.3-4).

APPENDICE – UN MODELLO DI GESTIONE DEL CONFLITTO

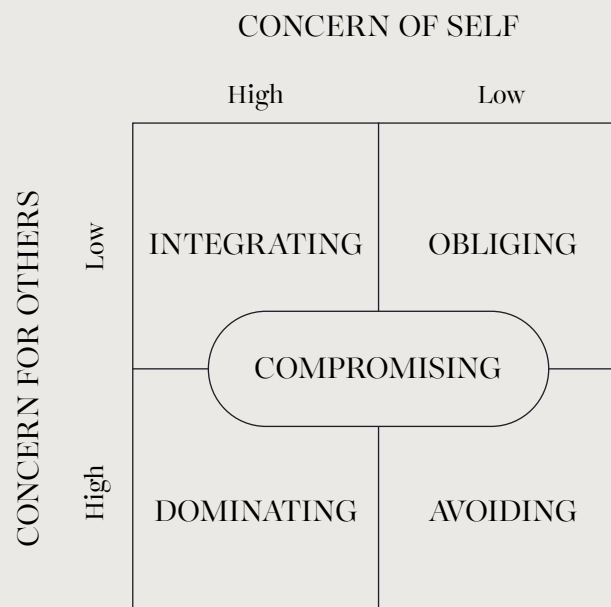


Fig. 1 A two-dimensional model of styles handling interpersonal conflicts
Rahim, M.A – A Strategy for Managing Conflict in Complex Organizations.
Human Relations 1985; 38; (p.83-85)

M. Afzalur Rahim (1985) esamina i diversi stili di gestione dei conflitti interpersonali utilizzando un diagramma (cfr. fig. 1) che li esplora a partire da due dimensioni: la preoccupazione per se stessi e la preoccupazione per gli altri ⁶. Le combinazioni di gradi alti o bassi di queste due dimensioni individuano cinque stili differenti:

- *Integrativo* (alta preoccupazione per sé e per gli altri): implica apertura, creatività, scambio di informazioni e considerazione delle differenze per cercare soluzioni efficaci accettabili per entrambe le parti. Molto utile quando i problemi sono complessi, questo stile è adatto a gestire questioni strategiche e problemi a lungo termine, ma richiede molto tempo, pazienza e competenza, e la rara qualità di avere un'apertura mentale alle "ragioni dell'altro". Il rischio è che, mentre il tavolo delle trattative si trascina, là fuori continui a scorrere il sangue: "*Dum Romae consulitur Saguntum expugnatur*" (T.Livio).
- *Accondiscendente* (bassa preoccupazione per sé stessi ed elevata per gli altri): è associato con la minimizzazione delle differenze e l'enfasi sugli aspetti comuni o la rinuncia di una parte ad alcune aspettative per trovare una soluzione che vada incontro agli interessi dell'altra parte. È uno stile utile quando si ritiene di aver torto o quando il problema appare molto più importante per l'altro. Può essere usato come una strategia di scambio quando si valuta che rinunciare a qualcosa non rappresenti un danno o una sconfitta e possa indurre poi l'altra parte a fare delle concessioni.
- *Dominante* (alta preoccupazione per sé stessi e scarsa per gli altri): identificato con la posizione "*win-lose*", consiste nel far di tutto per far prevalere i propri obiettivi ignorando i bisogni e le aspettative dell'altra parte. Stile per lo più autoritario e inappropriato, può tuttavia essere utile quando le questioni in gioco sono poco importanti, quando la posizione che intende predominare interpreta effettivamente l'attenzione per il bene comune o quando si richiedono decisioni rapide o impopolari.
- *Evitante* (bassa preoccupazione per sé stessi e per gli altri): associato con la tendenza a ritirarsi o ad aggirare gli ostacoli proponendo una sorta di "patto di non-aggressione", questo stile – a lungo andare controproducente – può essere utile quando i problemi sono di tipo tattico o di scarso rilievo o quando i potenziali effetti negativi del protrarsi del confronto con l'altra parte superano largamente i benefici derivanti dalla soluzione del conflitto.
- *Compromissorio* (posizione intermedia rispetto alle preoccupazioni per sé e per gli altri): implica una relazione di dare-avere e una posizione "*win-win*", dove ciascuno rinuncia a qualcosa per ottenere una soluzione reciprocamente accettabile. È utile quando gli obiettivi delle due parti si escludono a vicenda o quando le parti hanno un eguale potere; appropriato alle situazioni strategiche, questo stile diventa inefficace se vi si ricorre con troppa frequenza, e persino controproducente nei casi in cui l'accordo è solo apparente (nel segno di "un colpo al cerchio e uno alla botte") e in realtà maschera un evitamento degli aspetti cruciali del conflitto. In questo caso l'aspetto più rischioso sta nella creazione dell'"illusione di aver raggiunto un accordo", mentre la realtà è quella

di un evitamento: le parti, illudendosi, abbassano la guardia e la riemergenza del conflitto le può trovare impreparate e più vulnerabili.

Il punto cruciale di questo modello è che non esiste uno stile giusto o migliore degli altri: ogni stile può essere quello appropriato in una data situazione, ma se questa cambia un altro stile può rivelarsi più efficace. In generale lo stile integrativo e in qualche misura quello compromissorio sono indicati nelle questioni strategiche e nei contesti complessi, mentre gli altri sono adatti a gestire problemi tattici e le piccole conflittualità quotidiane.

I gruppi e le organizzazioni più sani e meglio attrezzati a gestire i conflitti non sono “fissati” su questo o quello stile ma sono in grado di spostarsi dall’uno all’altro a seconda delle circostanze e delle risorse disponibili.

Note

1. L'articolo riprende con alcune revisioni una relazione presentata al Seminario "Educare all'(im)possibile" organizzato dall'Associazione Freudiana a Torino il 31 marzo 2007 e pubblicata nel volume "Lavorare con l'ansia" per l'editore Franco Angeli, (Milano, 2013).
2. *Mario Perini*, psichiatra, psicoanalista e consulente d'organizzazione, membro SPI, IPA e ISPSO, socio fondatore delle Associazioni IL NODO Group e Sloweb, consulente di aziende sanitarie, imprese, enti pubblici e del Terzo Settore, si occupa da vari anni di supervisioni istituzionali, formazione manageriale e gruppi Balint. Docente presso la Scuola di Psicologia della Salute dell'Università di Torino e coordinatore della Commissione sul disagio lavorativo dell'Ordine dei Medici di Torino.
3. Nell'ultimo periodo della sua produzione, poco prima di morire, Bion si stava interessando al problema dell'esercizio dell'autorità e della leadership e ai temi del potere, essendosi convinto della necessità di coniugare la prospettiva psicologica con quella sociale per integrare la dimensione individuale con quella del gruppo e dell'istituzione e nel tentativo di affrontare il sottosviluppo emozionale che affligge la "civiltà sofferente". Egli era così giunto ad individuare due forme di gestione del potere: la forma buona, caratterizzata dalla triade "globalità, integrazione e coerenza", e quella cattiva nella quale prevalevano invece monopolio ed esclusione (Trist, 1985).
4. La stessa guerra e la violenza paradossalmente sono particolari modalità di evitamento del conflitto – come ha sottolineato Pagliarani (1998) – perché cercano di spazzare via gli interlocutori-antagonisti visti come nemici e con essi un corno del dilemma o una ragione del contendere.
5. In una scuola elementare situata nel "Bronx" di una grande città, alcuni insegnanti hanno varato un programma per l'educazione alla convivenza civile e la prevenzione della violenza individuale e di gruppo: momento cruciale di quel programma era una serie di giochi in cui i bambini venivano prima invitati a mimare la lotta, la rabbia e il confronto aggressivo tra loro ("la guerra!" decretava l'insegnante) e poi incoraggiati a cambiare atteggiamento ("e adesso la pace!"), ad abbracciarsi e ad esprimere sentimenti amichevoli. In un centro africano per il recupero dei bambini-soldato una parte preliminare fondamentale del trattamento consisteva nel farli giocare

alla guerra tra loro con armi di legno, un modo per aiutarli a re-simbolizzare l'esperienza distruttiva e avviare poi un'elaborazione del trauma.

6. La preoccupazione per se stessi non è necessariamente egoistica o autoreferenziale: il Sé può contenere le ragioni dell'altro o rappresentare il “bene comune” e rilevanti interessi sociali. Così analogamente la preoccupazione per l'altro non è necessariamente altruistica, può essere intollerante, settaria o espressione di interessi lobbistici o di clan.

Bibliografia

- AA.VV. (2002). Voices from New York – September 11, 2001. *Contemporary Psychoanalysis* 38(1): 77-99.
- Bion, W.R. (1948). Psychiatry in a time of crisis. *Brit.J.Med.Psychol.*, 21, 2: 81-89. (Trad. it. La psichiatria in tempo di crisi. In: E.Cassani e G.Varchetta (a cura di) *Psicosocioanalisi e crisi delle istituzioni*. Quaderni di Ariele. Guerini e Associati, Milano 1990).
- Bion, W.R. (1961). *Experiences in groups*. Tavistock Publications, London. Trad. it. *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1971.
- Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1964). *The Managerial Grid*. Houston: Gulf Publishing. Trad.it. *Gli stili di direzione*. Etas Kompass, Milano 1969.
- Covington, C. et al. (A cura di, 2002) *Terrorism and war. Unconscious dynamics of political violence*. London, Karnac.
- Eagle, M.N. (1991). I cambiamenti clinici e teorici in psicoanalisi: dai conflitti ai deficit e dai desideri ai bisogni. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1991, XXV, 1: 33-46.
- Fornari, F. (1964). *Psicoanalisi della guerra atomica*. Edizioni di Comunità, Milano.
- Fornari, F. (1966). *Psicoanalisi della guerra*. Feltrinelli, Milano.
- Freud, S. (1932). *Warum Krieg?*, GW 15. Trad.. it. Perché la guerra?. OSF 9, Boringhieri, Torino 1979.
- Freud, S. (1937). *Die endliche und die unendliche Analyse*. Trad. it. Analisi terminabile e interminabile. OSF 11, Boringhieri, Torino 1979.
- Fromm, E. (1973). *The anatomy of human destructiveness*. New York, Holt, Rinehart and Winston. Trad.it. Anatomia della Distruttività Umana. Mondadori, Milano 1975.
- Galtung, J. (1996). *Peace By Peaceful Means: Peace and Conflict, Development and Civilization*. International Peace Research, Oslo. Trad. it. *Pace con mezzi pacifici*. Esperia, Milano, 2000.
- Garofalo, D. (2005). *Psicoanalisi per la pace. La scelta strategica di relazioni vitali*. Edup, Roma.

Money-Kyrle, R. (1951). *Psycho-Analysis and Politics*. London, Duckworth. Trad.it. *Psicoanalisi e Politica*. Loescher, Torino, 1982.

Morelli, U. e Weber, C. (2006). *Affetti e cognizione nell'apprendimento e nella formazione*. Guerini e Associati, Milano.

Mori, L. (2010). *Appunti sulla comunicazione*. [Disponibile on-line](#).

Novara, D. (2006). *L'alfabetizzazione al conflitto come educazione alla pace*. Ed. Centro Psicopedagogico per la Pace e la gestione dei conflitti. [Disponibile on-line](#).

Pagliarani, L. (1993). *Violenza e bellezza: Il conflitto negli individui e nella società*. Quaderni di Ariele, Guerini e Associati, Milano (3a Ed. 1999).

Pagliarani, L. (1998). La sfida di Bion, oggi più che ieri: Psicosocioanalisi del potere e dei conflitti. *Psicoterapia e Scienze umane*, 2, 29-51 (Relazione presentata. alla *Bion Centennial Conference*, Torino 16-19 luglio 1997); e in Castiglione B., Harrison G., *Identità in formazione*. Cleup, Padova, 1999.

Perini, M. (2007). *Si vis pacem para bellum*: Educare al conflitto per promuovere la relazione. Relazione alle Giornate di studio dell'Associazione Freudiana su "Psicoanalisi e domanda sociale. Educare all'(im)possibile?", Torino 30 marzo e 1 aprile 2007. (www.associazionefreudiana.org/dossier1.asp)

Psychomedia (2006). Recensione di "Voices from New York - September 11, 2001". *Contemporary Psychoanalysis*, 2002. www.psychomedia.it/pm-revs/journrev/contpsy/contpsy-2002-38-1-b.htm

Rahim, M.A. (1985). A Strategy for Managing Conflict in Complex Organizations. *Human Relations*, 38; 81-89.

Rahim, M.A. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict. *The International Journal of Conflict Management*. 13 (3): 206-235.

Riva Crugnola, C. (1985). *Simbolo e conoscenza*. Raffaello Cortina, Milano.

Trist, E.L. (1985). Working with Bion in the 1940s: The group decade. In M. Pines (ed.)

Bion and Group Psychotherapy. London, Routledge & Kegan Paul (Trad.it. Il lavoro con Bion negli anni '40: il decennio dei gruppi. In: M.Pines (A cura di) *Bion e la psicoterapia di gruppo*. Borla, Roma 1988).

Varvin, S. – Volkan, V.D. (Eds) (2003). *Violence or Dialogue? Psychoanalytic insights on Terror and Terrorism*. London, International Psychoanalytic Association Publ. (Tr. it. Violenza o Dialogo? Borla, Roma 2006).

Volkan, V.D. (1988). *The Need to have Enemies and Allies: From Clinical Practice to International Relationships*. Northvale, NJ, Jason Aronson.

Volkan, V.D. (A cura di 1997). *Bloodlines: From Ethnic Pride to Ethnic Terrorism*. New York, Farrar, Straus & Giroux.

Volkan, V.D. (2004). *Blind Trust: Large Groups and their Leaders in Times of Crises and Terror*. Charlottesville, Va: Pitchstone Publishing.

Volkan, V.D., Julius, D.A. e Montville, J.V. (A cura di, 1990-91). *The Psychodynamics of International Relationships* (2 Vol.). Lexington, MA: Lexington Books.

Weber, C. (2006). Conflitti generativi. Istituzioni e crisi della capacità di mediazione. Relazione tenuta al Convegno Internazionale “Il Bambino Ir-Reale”, promosso dal Coordinamento Genitori Democratici (Castiglioncello, 5-7 maggio 2006)
www.polemos.it/paper/cwilbambino.doc

Winnicott, D.W. (1958). Hate in countertransference. In *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Hogarth Press. (Trad. it. L'odio nel controtransfert. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975).

Cosa succede agli adolescenti?

Il corpo sotto attacco: connessioni con la società e le sue trasformazioni

Nadia Benedetto ¹

Il corpo è al centro dell'attenzione ossessiva degli adolescenti. Nell'ambulatorio a loro dedicato di neuropsichiatria infantile territoriale che si occupa di metà della popolazione cittadina (afferente ad un'importante ASL torinese, ndr), durante il biennio 2020/2022 si sono visitati e si stanno visitando un numero eccezionale di pazienti con attacchi di panico, tentati suicidi, depressioni gravi, autolesionismo, fobie sociali, disturbo ossessivo compulsivo grave, spesso in associazione tra loro. Una buona percentuale di pazienti proviene da ricoveri ospedalieri o dai pronto soccorso cittadini. Molti adolescenti ed i loro genitori chiedono ricoveri o si rivolgono al pronto soccorso ripetutamente. Questa richiesta di un contenitore forte quale l'ospedale o il pronto soccorso ha investito anche le scuole superiori. Esse hanno cercato di contenere il fenomeno con l'intervento dello psicologo scolastico. Molte richieste di visita presso il servizio di neuropsichiatria territoriale riguardano pazienti inviati dallo psicologo della scuola o da psicoterapeuti privati.

La pandemia si è trasformata in un detonatore sociale del disagio profondo degli adolescenti e di conseguenza delle loro famiglie.

L'accesso al pronto soccorso spesso avviene dopo aver allestito una presa in carico psicoterapeutica o al termine di colloqui di accoglienza; insomma, quando si è dimostrato, nei fatti, di essere in ascolto. Come leggere questa fuga verso la patologia?

Alcuni pazienti sono in chat con amiche/amici che sono ricoverate/i e questo gruppo di "pressione" per ottenere un posto in ospedale, spesso, ha la meglio sul costante lavoro di medici e psicologi che naturalmente ne vorrebbero evitare l'utilizzo spesso improprio. Il ricovero non diviene esperienza vissuta e quindi elaborabile ma, a mio parere, diviene un atto collettivo, gruppale, che assume i connotati di una manifestazione di un fenomeno oserei dire biopolitico. Biopolitico in quanto legato ad una mentalità che vede nella patologizzazione una sorta di immunizzazione dal tollerare il dolore mentale che l'adolescenza deve mettere in conto.

La manipolazione del corpo e /o il suo attacco, già presente prima del Covid, si è dimostrata l'unico strumento per comunicare, in assenza di esperienze condivise. Il corpo, se non rinchiuso in categorie meramente biologiche, è attrezzato per parlare/parlarci, osservare, imparare dagli altri. La reclusione involontaria ci riporta alle immagini presentate: l'aspetto masochistico e di mistica della sofferenza di un mondo distopico che è l'orizzonte di senso di molti adolescenti e giovani adulti.

La chiusura delle scuole per i ragazzi dagli 11 ai 18 anni (la fascia di età di cui tratta questo lavoro), dei luoghi di aggregazione, la limitazione della libertà e dei movimenti hanno espanso in modo esponenziale il mondo virtuale.

Al contrario, paradossalmente, i ragazzi inseriti in comunità educative, socioterapeutiche o

terapeutiche hanno mantenuto un equilibrio sconosciuto fino ad ora. L'isolamento forzato e totale ha portato le comunità, che erano collettività artificiali, ad una limitazione degli stimoli esterni e ad un concentrarsi su un ritmo quotidiano di vita. Nelle comunità si è condivisa una direzione comune che ha coeso e rafforzato l'identità dei singoli. Un contenitore forte che ha fatto da barriera alle costanti oscillazioni tra speranza e disillusione che "il fuori" subiva. Nelle comunità l'esperienza del corpo vissuto in relazione agli altri ha continuato a funzionare, ha continuato a rendere sostenibile l'isolamento. La collettività comunitaria dava un ritmo attraverso il quale gli ospiti potevano coltivare una certa continuità, che è mancata a noi tutti. Questi i macro fenomeni osservabili: la richiesta di contenitori forti che dovrebbero immunizzare dal dolore mentale e le comunità diventate oasi di stabilità mi hanno spinto a cercare delle chiavi di lettura rispetto a come la società risponde alle trasformazioni veloci e come, in una situazione di emergenza e di trauma, i contenitori istituzionali vengano investiti di aspettative che ipotizzo siano da comprendere in una visione più ampia.

Lo scotto che gli adolescenti hanno pagato e pagano ci porta alla consapevolezza che i soli strumenti clinici a nostra disposizione non reggono all'impatto a cui i presidi sanitari sono stati e sono ancora ad oggi sottoposti. All'interno dei microsistemi di cura ed educativi (ambulatorio, scuola, famiglia) si verifica un cortocircuito: le parole non sono sufficienti, anzi a volte aumentano la recrudescenza del disagio.

Possono concorrere diversi fattori, non in contrasto tra loro:

- a) la potenza persuasiva dei social in concorrenza (sleale) con i genitori, gli operatori, le istituzioni;
- b) il bisogno di essere un paziente che necessita di cure *ad hoc*, rivelando aspetti narcisistici ed egosintonici con il proprio disagio e quindi la ricerca di una "platea" simile a quella dei social;
- c) un atteggiamento mentale, sempre più diffuso, che porta a cercare risposte nella tecnica, in questo caso medica, che dovrebbe dare immediato sollievo in concorrenza con i colloqui psicoterapeutici dove è il legame che fa la differenza, un legame da approfondire, da coltivare, da curare e che quindi non risponde ai parametri delle relazioni sui social, rapide ed evanescenti.

Nella mia pratica clinica mi sono da sempre occupata del sostegno ai genitori che, come i clinici, si sono trovati ad affrontare situazioni quali:

- a) l'attacco al corpo con tentativi di suicidio attraverso psicofarmaci o farmaci comuni (tachipirina in particolare), con *cutting* ripetuti ed in *escalation* per la profondità dei tagli;
- b) la ricerca ossessiva e in continua trasformazione di una autodiagnosi su più fronti, in par-

ticolare di una diagnosi psicopatologica e della identità sessuale (disforia di genere);

c) la domanda anch'essa reiterata di psicofarmaci o di ricoveri.

Sia l'uso eccessivo di psicofarmaci che il ricorso al ricovero sottraggono ai clinici e ai genitori la co-costruzione del senso del malessere ponendo un *diktat* che in quanto tale impone degli agiti.

Le famiglie che si sono incontrate hanno espresso da subito una forte alleanza con i curanti che comunque rappresentano anche le istituzioni le quali, per varie ragioni, in emergenza, non hanno potuto svolgere il loro ruolo di punto di riferimento.

Il clima familiare, dopo il trauma dovuto alla pandemia, si è caratterizzato da uno stato di tensione e confusione con la difficoltà caratteristica di capire le priorità per una buona riuscita dell'intervento di presa in carico. Si è rivelato difficile sostenere la ripresa del ritmo quotidiano che nella pandemia si era sfasato/sfasciato, sfasciando (in senso figurato: togliendo le fasce contenitive) il ruolo genitoriale. Soprattutto per rispondere all'impennata degli abbandoni scolastici e/o fobie scolari/sociali, la tenuta dell'obiettivo del ripristino di una continuità, il sostegno al ruolo genitoriale in alleanza con il personale docente è il cardine su cui ruota la possibile ripresa della frequenza scolastica. Nella prassi clinica ho attivato incontri tra genitori, figli e curanti che hanno avuto un buon esito qualora la dimensione di sistema, di gruppo ha avuto un impatto più incisivo, più vicina al sentirsi degli adolescenti come una comunità connessa.

I genitori si sono confrontati con l'attenzione dei loro figli verso il corpo come un'esigenza imprescindibile proveniente dall'"oltremondo" (come A. Baricco definisce il mondo virtuale dell'online). Quell'oltremondo degli adolescenti reso ancor più "reale" dall'isolamento forzato. Una comunità dispotica online che è connessa per comunicarsi che si è ricoverati, che c'è un posto libero perché c'è un paziente in dimissione. Un oltremondo distopico che entra nelle famiglie con una potenza difficile da contrastare.

Uno strumento quale l'identificazione e la controidentificazione del genitore ma anche del clinico ha perso d'incisività: il processo imitativo e identificatorio tra adolescenti e adulti è andato in cortocircuito. Il potenziale contributo dell'adulto che si può immedesimare nelle difficoltà del figlio per crescere assieme è azzerato dalla presenza virtuale di altri referenti e dalla velocità delle trasformazioni.

Tornando al corpo e alla sua collocazione evolutiva tipica dell'adolescenza, credo che esso possa essere letto come un oggetto transizionale da costruire e distruggere, mancando, tuttavia, la funzione simbolica, immaginativa. Un corpo che non è in transizione da un luogo psichico ad un altro, ma su cui l'adolescente costruisce una identità fittizia (gli *alter*, le multi-personalità, le multidiagnosi) che poi distrugge attraverso l'autolesionismo o i tentativi anticonservativi. La rimozione dei corpi in pandemia li ha resi un portale tra la realtà e il virtuale. L'area transizionale non è più costituita dalle esperienze trasformative e il corpo non è più una area intermedia tra sé ed il mondo relazionale: esso viene giocato in modo au-

to centrato con un' enfasi ossessiva sui sintomi, le diagnosi, le terapie possibili e sulla scelta di genere.

S. Mareca Serra nella recensone della mostra di Gina Pane svoltasi a Rovereto nel 2012 dal titolo *“Oltre il tabù della sofferenza e del sangue”* scrive: *“Grazie alla sua sensibilità, (di Gina Pane, n.d.a.) le sue azioni hanno un forte aspetto emotivo più che cruento: sono atti calibrati in cui il sangue esce misuratamente, sono gocce... Nelle sue azioni colpisce l' incredibile calma e compostezza contrapposta agli abiti macchiati di sangue, il dolore come strategia di perdita d' identità, come rivolta corporale...”*. Dalle parole dell' artista stessa: *“Nel mio lavoro il dolore era quasi il messaggio stesso... La sofferenza fisica... diventa un problema di linguaggio... Il corpo diventa l' idea stessa mentre prima era solo un trasmettitore di idea”*. E noi possiamo aggiungere che era un trasmettitore di simboli cioè un ponte tra il corpo e la mente. Forse non è più solo così.

La massiccia esposizione dei corpi per medicalizzarli e di conseguenza immunizzarli dal dolore psichico con il farmaco mi ha portato ad avventurarmi in discipline diverse per darmi un senso ad un costante sentimento d' impotenza e di responsabilità nei confronti di questa generazione di adolescenti.

Le mie riflessioni hanno radici nel mio impegno politico e nella tradizione della cultura del femminismo che aveva indagato il significato politico e sociale del corpo, in questo caso delle donne; si tratta di una scuola di pensiero che mi serve ancora oggi nella mia professione. Anche la politica a livello di governo guarda sovente alla società come ad un corpo, biologizzandola e medicalizzandola, ricercando una immunizzazione della società e dei suoi cittadini per difenderli dalle forze autodistruttive insite in ciascun organismo.

R. Esposito in *“Immunitas: protezione e negazione della vita”* scrive: *“...Anziché adeguare la protezione all' effettivo livello di rischio, il potere di governo (n.d.r.) tende ad adeguare la percezione del rischio al crescente bisogno di protezione, facendo così della stessa protezione un fattore di senso”*. (pag. 16) Esposito nei suoi scritti ci parla di fatti storici come il nazismo e la sua ricerca di purezza attraverso l' immunizzazione dello stato da corpi estranei, ma in specifico ci interessa osservare come la società post-moderna si ispiri più alla biologia che alla filosofia come invece avveniva nel Novecento.

L' articolo è in parte una rielaborazione tratta dal paper da me presentato al 21esimo *Congresso Internazionale dell' International Association of Group Psychotherapy and Group Processes* nel luglio 2022 a Pescara.

Note

1. Psicoterapeuta e Gruppoanalista. Già Psicologa Dirigente per la Asl Città di Torino dal 1983 al 2022. Specializzata nella diagnosi e nella psicoterapia di adolescenti e nella consulenza ai genitori. Formatrice per psicoterapeuti per la diagnosi e la psicoterapia in età evolutiva e nella consulenza/sostegno ai genitori. Socia Apragi. Docente per la Scuola di Specializzazione Coirag dal 1993, dove insegna nella materia “Psicologia clinica e psicoterapia nell’infanzia e adolescenza”.

Bibliografia

Benedetto, N. e Traveni A.M (1988). *Connessioni tra gruppoanalisi e sistemi sociopolitici* – Relazione presentata al Congresso Internazionale dello IAGP, Londra, 1988.

Esposito, R. (2004). *Bios*, Einaudi, Milano.

Esposito, R. (2020). *Immunitas*, Einaudi, Milano.

Traveni A.M. e Benedetto N. (1996). Memory functions in the group. *Rivista semestrale dello IAGP Forum*, vol. 5, n. 1.

Alcune riflessioni sulle tematiche contenute nell'articolo di Nadia Benedetto

Daniela Cassano, Direttrice Responsabile della Rivista

In questo prezioso contributo vengono affrontati alcuni aspetti di criticità del lavoro con gli adolescenti in un servizio pubblico territoriale di neuropsichiatria infantile nel periodo post-pandemico. Il ricorso spesso improprio e reiterato alle cure urgenti del pronto soccorso in adolescenza si è fatto via via sempre più frequente. Anche quando il lavoro di presa in carico da parte dei servizi territoriali in rete con la famiglia e la scuola era stato già avviato si è assistito a molte repentine richieste di accudimento in ospedale. Perché tutto questo? E, altro paradosso messo in luce dalla dott.ssa Benedetto, perché in questo periodo gli adolescenti accolti in comunità (e quindi le situazioni più gravi nelle quali è già venuta a mancare una rete familiare sufficiente) non hanno modificato in modo significativo i loro comportamenti e sono sembrati altresì i meno sofferenti? L'impressione è che l'istituzione (ospedale, comunità) con le sue regole, le sue barriere nei confronti dell'esterno appaia come un luogo veramente più contenitivo e protettivo rispetto alla realtà esterna. Il servizio di zona ad una certa ora del giorno chiude i battenti, non funziona nei giorni festivi; l'istituzione invece deve essere operativa per 24 ore al giorno, il personale turna, ma non ti lascia mai solo. L'abitudine rituale delle attività ospedaliere o di comunità costituisce evidentemente, per questi ragazzi in grande difficoltà, una garanzia di stabilità e sorveglianza protettiva. In tale contesto, come sottolinea l'Autrice, è come se l'istituzione svolgesse il ruolo di barriera immunizzante contro la sofferenza psichica. Al pari del vaccino, essa cerca di annullare il rischio di contrarre la malattia. Ma la malattia in questo caso rappresenta un disagio singolare che solo se viene compreso a fondo può essere adeguatamente sciolto e superato. Lo spazio dedicato alla crisi adolescenziale, all'accoglimento della fatica del cambiamento, alla costruzione di un senso nuovo viene negato in favore della ricerca di un nursing di tipo medico e farmacologico. L'ansia di essere contenuti viene sentita come implacabile e prioritaria: è come un soddisfacimento pulsionale che non può essere differito.

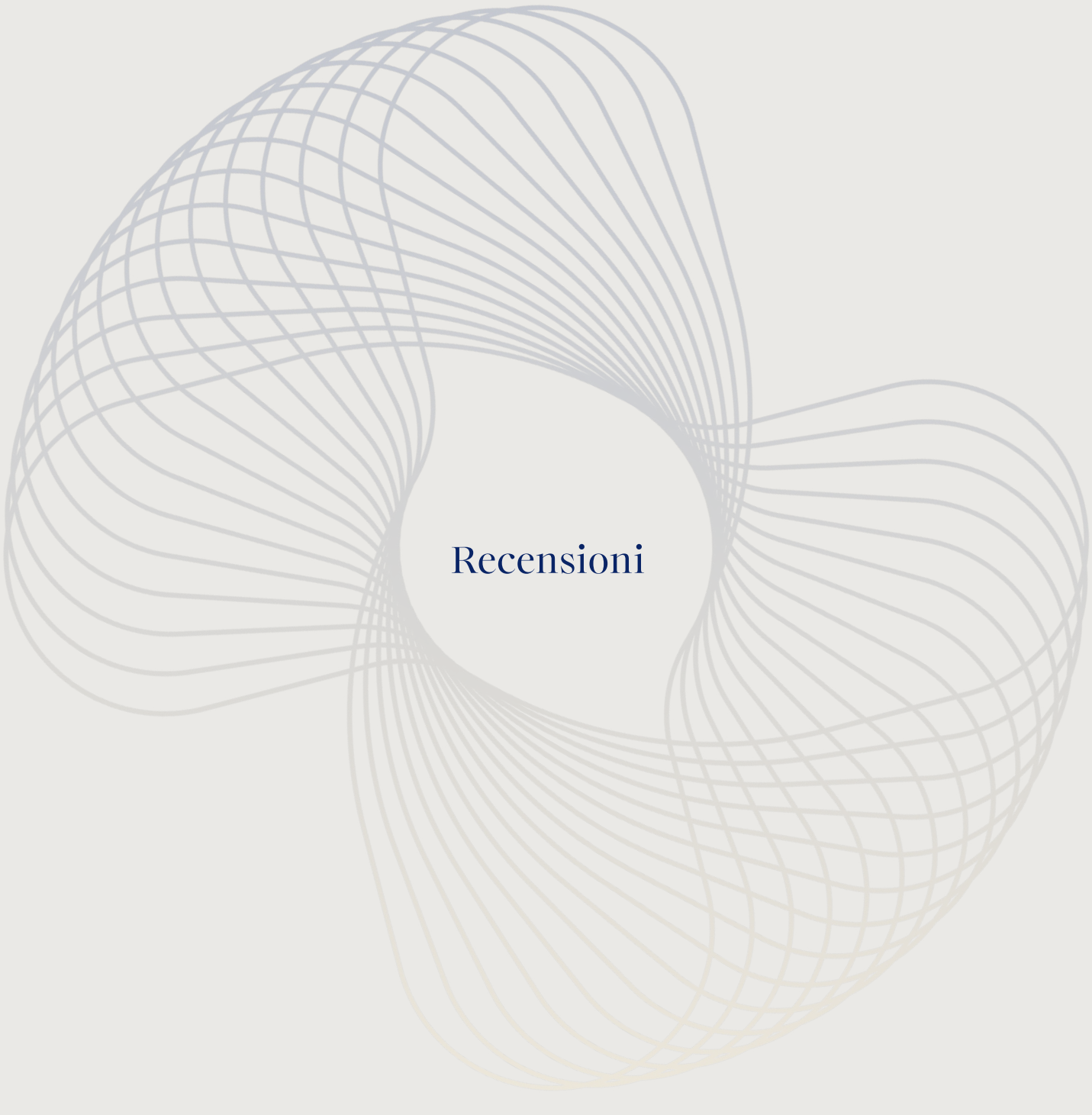
Un'altra riflessione riguarda il ruolo del corpo in adolescenza. L'area transizionale non è più rappresentata dal corpo virtuale di esperienze, sperimentazioni, nuove relazioni tipica di questa fascia d'età. È il corpo reale stesso, con tutta la sua concretezza, a divenire il teatro delle rappresentazioni (come nelle opere di Gina Pane). Quindi vari sintomi, spesso in combinazione tra loro, coinvolgono massicciamente la dimensione corporea (attacchi di panico, tentativi di suicidio, autolesionismo, disturbi ossessivo-compulsivi, fobie sociali...). La manipolazione del proprio corpo sembra diventare l'unico canale comunicativo nei confronti degli adulti e dei coetanei. In queste situazioni, lungi dagli scenari del trionfo di bellezza, fascino e successo del corpo bello ed invidiato sui social, ci troviamo nell'area del corpo martoriato e sofferente. Il disagio psichico può essere espresso visivamente in modo assai efficace da un corpo smagrito, trascurato, tagliato, offeso, non ascoltato... Quale immagine più impressio-

nante e convincente di un corpo che soffre vi può essere? Come si può ignorarla o non prenderla sul serio? L'allarme generato da certe pratiche autolesive degli adolescenti ottiene, senza lunghe e inutili mediazioni, l'effetto immediato di una generale mobilitazione del mondo di riferimento (adulti, coetanei, scuola, psicologi...). In questo modo, però, si saltano le tappe fondamentali della crisi che porta alla crescita. È la tolleranza dell'incertezza, del dubbio, della sofferenza di doversi confrontare con un mondo che non è (o non pare) sufficientemente comprensivo ed accogliente verso le proprie istanze a permettere il lavoro che porta ad un passaggio compiuto all'età adulta. Al contrario, il talismano per non dover affrontare il lutto e le contraddizioni della crescita diventa il ricorso all'istituzione totale.

Altro aspetto peculiare è il massiccio rifiuto da parte dei giovani di identità con chiare connotazioni. Spesso vengono preferite identità poco definite (multipersonalità, fluidità nel gender, apoliticità, ecc.) per non doversi collocare, per non dover affrontare troppo presto il trauma della scelta e, quindi, della separazione e della rinuncia.

Come sottolinea N. Benedetto nel suo lavoro con i genitori, il loro ruolo è fondamentale per il lavoro di rete terapeutica. Senza un coinvolgimento genitoriale attento e attivo nel progetto terapeutico il ricorso alla richiesta di ricovero diventa spesso difficilmente ovviabile.

Molto rilevante è il ruolo dei social network. Da un lato esso favorisce una tendenza sempre più diffusa, che noto molto spesso anche negli adulti, di procedere prima di tutto ad un'autodiagnosi. Partendo dal sintomo, il soggetto si documenta sulla rete e consultando i gruppi di pazienti; ne ottiene generalmente una diagnosi con la quale tende a definirsi da quel momento in poi. Il potere di autoconvinzione che si riscontra è veramente molto forte ed è decisamente avvalorato dalle conferme e dai riscontri che puntualmente vengono reperiti sui gruppi social. E' arduo mettere in discussione queste forme di autoconvincimento e colui che osa farlo, anche se esperto nel campo, viene visto con sospetto quando non con riprovazione. I compagni della chat divengono un gruppo di pressione, una "comunità dispotica" come la definisce l'Autrice ("sappiamo che c'è un posto letto in ospedale perché nel reparto c'è stata oggi una dimissione" ...). Voci contrarie possono divenire niente più che un brusio di fondo, la vera autorità è costituita dal gruppo. Ciò, credo, spieghi in una certa parte le difficoltà incontrate nell'approccio di tipo psicoterapico a queste situazioni. Prima avviene l'accoglimento del corpo sofferente e solo dopo si cerca, tra molti ostacoli, di portare il discorso su un piano simbolico.

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 pattern is symmetrical and has a complex, woven appearance. The colors of the lines are a mix of light blue, light green, and light yellow, creating a soft, ethereal effect.

Recensioni

Franco Borgogno, Una vita cura una vita. Inizi, maturità, esiti di una vocazione.

Bollati Boringhieri, Torino, 2020.

Edizione americana tradotta da A. Elgar: *One Life Heals Another: Beginning, Maturity, and Outcomes of a Vocation*. International Psychoanalytic Books, New York, 2021, p.169.

Recensione di Sofia Massia ¹

Molte sono le opere apparse in quest'ultimo periodo che propongono riflessioni importanti e approfondite sulle *trasformazioni* che avvengono all'interno della stanza d'analisi. In alcune di queste le trasformazioni sono illustrate in dettaglio attraverso materiale clinico utile per *arrivare* ² alla teoria, la quale pur nella sua solida importanza, come quadro di riferimento deve tuttavia restare *sullo sfondo* di ogni percorso analitico, come ha recentemente ribadito Franco Borgogno nell'ultimo seminario del Centro Torinese di Psicoanalisi della SPI ³.

Mi riferisco qui in particolare a due opere: Prendere vita nella stanza d'analisi di Thomas Ogden (Milano: Raffaello Cortina, 2022), traduzione di *Coming to life in the consulting room. Toward a new analytic sensibility* (New York: Routledge, 2021) e, soprattutto, a *Una vita cura una vita. Inizi, maturità, esiti di una vocazione di Franco Borgogno* (Torino: Bollati Boringhieri, 2020) tradotto ed edito negli Stati Uniti con il titolo *One life heals another. Beginning, maturity, and outcomes of a vocation* (New York: International Psychoanalytic Books, 2021). Si possono rinvenire alcuni *fil rouge* che legano questi libri. Innanzitutto, per i due autori, l'aver ricevuto il *Mary Sigourney Award*, il prestigioso premio attribuito per meriti allo studio e alla diffusione a livello mondiale della psicoanalisi: Borgogno nel 2010 e Ogden nel 2012. Questo dato ci segnala la caratura mondiale di questi clinici, psicoanalisti conosciuti ed invitati a tenere seminari teorici e supervisioni in tutto il mondo, come fu già per la generazione precedente, per Winnicott e ancor più per Bion e ancor prima, come non ricordare il famoso viaggio negli *States* di Freud nel 1908 quando colà portò *la peste*?

Questi testi *legano* in modo creativo la clinica e la teoria avvicinando con sensibilità i pivot *essenziali* perché avvenga un percorso di trasformazione richiesto e necessario al paziente. Essi poi hanno nel titolo la parola vita con una sfumatura differente: il titolo di Ogden pone maggiormente l'accento sulla rivitalizzazione del paziente e sul luogo dove questo avviene. Da notare l'immagine iconica scelta per la copertina del testo. Quello di Borgogno rimanda immediatamente alla dimensione relazionale e alla necessità di un profondo e passionale coinvolgimento dell'analista indispensabile nel processo di cura, alla necessità di porsi al *"passo dell'altro e con l'altro"*, come ci raccomanda Borgogno stesso.

In questa sfumatura possiamo intravedere, in filigrana, i padri elettivi principali di questi due analisti: Winnicott e Ferenczi, con un peso maggiore del primo per Ogden e dell'unghe-rese per Borgogno.

Scelgo ora di focalizzare maggiormente le mie riflessioni su *Una vita cura una vita*.

Cosa causa qualsivoglia trasformazione emotiva e psichica? Come permettere e come favorire il passaggio da uno stato emotivo ad un altro? Che posizione assume l'analista nella relazione terapeutica? E, più a monte o più a valle, cosa spinge un giovane ad avvicinarsi alla psicoanalisi? Questa utile *spinta* primigenia continua poi ad essere presente nel percorso di ogni analista?

Nel tentare di rispondere – sicuramente in modo non esaustivo – alle profonde questioni che il libro di Borgogno prospetta, mi è d'uopo ricordare quanto ribadisce Bolognini nel 2019. Egli afferma che, nonostante i cambiamenti della psicoanalisi conseguenti a nuove forme di psicopatologia, “*l'essenza psicoanalitica viene mantenuta intatta nella sua sostanza*” (2019, pag. 811). Affermazione importante che funge da lente e da *trait d'union* storico tra il tempo lineare e il tempo circolare.

Da sempre Borgogno ⁴ esorta i suoi studenti e coloro che si formano con lui a leggere i *classici* nel percorso di vita e di evoluzione del loro pensiero, immedesimandosi (pag. 12 ⁵) con gli autori stessi.

Assi cartesiani questi – vita e pensiero, che sono intimamente interconnessi e che offrono una ricchezza di lettura e una comprensione profonda e luminosa laddove i *life events* forgiavano inscindibilmente pensiero e persona.

Doveroso raccogliere il suddetto invito nel tentativo di avvicinarmi al pensiero espresso in questo libro dell'autore torinese che – preannuncio, merita un posto d'eccezione all'interno della *famiglia* psicoanalitica.

Di famiglia appunto parla il libro. Di famiglia, ma non solo. Di famiglia personale, biografica e di famiglia acquisita: colleghi e istituzioni; ed infine di famiglia teorica. Parla inoltre di molte vite di pazienti al fine di esporre un metodo personale ed insieme rigoroso, ortodosso ma creativo per evocare concetti, strutture, *frames* che a vario titolo fanno parte del *corredo* emotivo, della consanguineità, ossia della *sostanza* incarnata di Borgogno.

Alla famiglia l'Autore rivolge i suoi ricordi (i suoi *mindscapes* direbbe Lingiardi) nel primo capitolo, indirizzandoci da subito ad uno dei suoi cardini epistemologici: ogni persona, ogni paziente è alla *ricerca di un ambiente che lo riconosca*. Riconoscimento che permette *crescita e pensiero*, il rispecchiamento negli occhi della mamma, per come sottolineato da Winnicott. E Borgogno ha appreso sulla sua *pelle* la *conditio* indispensabile affinché si attui una vera comunicazione: il *passo verso l'altro* affinché l'analista *provveda* e non solo *faciliti* (pag.10). Questi aspetti – ricerca e ambiente in senso lato – uniti a un profondo interesse per la speculazione filosofica tutt'altro che scevra da sorgiva passionalità, spingono già in adolescenza Borgogno a cercare instancabilmente risposte alle cause del *disturbo* emotivo (pag. 5).

Erano quelli gli anni (1970/1980 e più) in cui vigeva nella gran parte dell'*establishment* psicoanalitico la richiesta di assolvere all'ortodossia adottando la posizione di osservatore esterno, in una sorta di distanza ritenuta salvifica e in grado di contenere *senza memoria e desiderio*

– di bioniana memoria – il paziente. Posizione che ha forse contribuito – ci dice l'Autore, a ingessare e congelare la spontanea affettività degli analisti, fino a renderli meticolosamente rinchiusi in una sorta di armatura medievale, come se fossero moderni Don Chisciotte ⁶? Posizione sorta dalla necessità (anche troppa) di non influenzare e non condizionare il paziente con i credo e le teorie mentali del terapeuta. Posizione che è stata una giustificata reazione al comportamentismo e al *behaviorismo*. Del *disturbo*, appunto, si occupa in quegli anni Borgogno. Del disturbo provocato dall'*inevitabile* incidenza del soggetto nel processo osservato. *L'Illusione di osservare* ⁷ è il libro che pubblicato nel 1978 presenta *in nuce* alcuni aspetti di un *cavallo di battaglia* che porterà lo psicoanalista torinese alla ricerca di *padri* che potessero avvalorare e sostanziare le sue intuizioni e percezioni di professore universitario non ancora trentenne che desiderava essere accreditato a livello internazionale anche come psicoanalista, come giustamente è avvenuto. Padri, dunque, non solo *discesa alle madri*. Ascesa ai Padri e alle Madri che progressivamente individuerà, tra gli altri, in Paula Heimann e Sándor Ferenczi, laddove la lettura di questi autori sostanzierà il ritrovare alcune percezioni personali che prenderanno forma originale nella clinica da lui esperita.

Procedendo, cito come l'Autore consideri oggi quel testo: “*L'Illusione di osservare è un libro sull'importanza del controtransfert nella scienza e, in particolare, sull'intenso coinvolgimento di idee e affetti nell'osservazione psicologica*” (pag.10). Riconoscimento quindi ex-post e valutazione del disturbo in quanto coinvolgimento relazionale, cioè controtransfert.

Coevi gli scritti *Osservazione: disturbo, preoccupazione, responsabilità* ⁸ e *Brevi cenni storico-epidemiologici sul metodo dell'osservazione madre-bambino* ⁹ in cui continua la sua indagine e la sua speculazione teorica “*sul complesso rapporto che si instaura tra osservatore e osservato*” (1981, pag. 14). Rapporto complesso, e *mutuo* egli dirà poi.

Dalla lettura sensibile e dettagliata di Freud, Borgogno resta affascinato da un aspetto interessante del fondatore della psicoanalisi relativo al sorgere del metodo psicoanalitico, aspetto che corrisponde alla domanda che finora si è posto: che relazione, che legame c'è tra conoscenza e affettività? Egli mette in forma scritta le sue intuizioni a questo riguardo in: *Charcot oggetto di valore per Freud* ¹⁰.

Cito: “*la conoscenza stessa nasce attraverso un rapporto, fatto di contatto approfondito e di intensa partecipazione personale*” (1982, in 1999, pag. 22) e più avanti riporta con ammirazione la posizione di Charcot, “*il suo porsi sempre nei confronti dei fatti e delle idee altrui, come allievo oltre che come maestro*” (1982, in 1999, pag. 23). Interessante come Borgogno valorizzi una modalità di relazione flessibile e reciproca, quasi una sorta di *rovesciamento di ruoli*. In più – per chi lo conosce personalmente e ha avuto la fortuna di ricevere la preziosità della sua presenza fatta di silenzi eloquenti e di parola incisiva e dosata – sarà facile per costoro riconoscere uno dei suoi *mantra*: la duttilità costante nel passare lui stesso, con l'umiltà dei *grandi*, da allievo a maestro di vita e viceversa. Nel secondo capitolo di *Una vita* riprende

alcuni *pivot* della sua tecnica raccontati nella fruizione degli incontri con i maestri ¹¹ e con i pari ¹² ed espone quindi il prendere forma – con coraggio e libertà – del suo pensiero autonomo sostenuto dalla *clinica*. Clinica che rappresenta per tutto il testo una *chicca* impagabile: punto di partenza e contemporaneamente punto di arrivo del sorprendente processo che va dal contatto preconscious con il paziente all’attesa dell’emersione dell’autenticità di questi.

Nel 1987 Borgogno presenta al centro Milanese di Psicoanalisi *Separatezza, working through e falsificazione tra analista e paziente al lavoro nella vicenda analitica*. Un lavoro ¹³ in cui espone l’interconnessione tra l’*bic et nunc* e l’*onda lunga* (pag. 14, 26, 45, 46, e soprattutto 47, poi anche 97): pregnante metafora poetica, l’onda lunga, individuata per rappresentare il movimento costante del processo analitico e del lento ed eterno ritorno della storia del paziente anche attraverso un’attenta significazione dei sogni. Sogni che, come ricorda qui ed in seguito, sono una *preziosa occasione psichica di narrazione e di integrazione della persona e dei suoi molteplici incontri* (1999, pag.186). Nel lavoro testé citato si preannunciano già riflessioni sulle attribuzioni di ruoli transferali che rimandano alla sua successiva lettura di Paula Heimann e del *Diario Clinico* di Sándor Ferenczi. In esso scopriamo anche *in nuce* i prodromi di un concetto che oggi ci è familiare: l’*enactment*. Concetto vissuto all’epoca come *trasgressione ma che se riconosciuta* – anticipava già allora Borgogno – è uno dei “*punti di partenza per il cambiamento psichico*” (1987 in 1990, pag. 132) come via via ci hanno detto fra gli altri gli americani Jacobs, Ogden, Renik e molti altri. Concetto, questo, che in filigrana il nostro Autore intravedeva in relazione all’*onda lunga* (pag.46) nell’articolo meno conosciuto che qui ho voluto commentare. Concetto che attualmente egli considera “*un’azione interpersonale inconscia, ignota allo stesso analista mentre la pone in atto*” (pagg. 28, 95).

L’*onda lunga* – ci chiediamo ancora – non deriva forse inizialmente dalla percezione di Borgogno che il paziente si porta dentro una storia *lunga*, sfaccettata e poliedrica di cui man mano mostra degli aspetti? E le “quattro W”, nella rivisitazione personale (1992 in 1999) che egli fa della Heimann, non possono forse essere nella loro flessibilità e mutevolezza, proprio derivate dal rapporto *onda lunga/storia*? L’*onda lunga* è proprio il percorso che sta compiendo l’Autore stesso.

Il lavoro *Separatezza, working through e falsificazione tra analista e paziente al lavoro nella vicenda analitica* accenna anche – riferendosi a una paziente – ad ansie claustrofobiche. A cosa si riferisce Borgogno? Gli sta forse stretto il panorama culturale nazionale, cui aderisce comunque con rispetto, e non è quindi già partito alla ricerca di visioni di più ampio e libero respiro?

Attento alla *feconda contaminazione* del pensiero psicoanalitico, che sente generatrice di sempre nuovi stimoli interni ed anche col generoso intento di diffondere e valorizzare l’originalità italiana all’estero, dedica in anni recenti nel 2017 il suo impegno (coadiuvato da Alberto Lucchetti e Luisa Marino-Coe) a un testo che può essere considerato quasi una summa

enciclopedia della psicoanalisi italiana: *Il pensiero psicoanalitico italiano. Maestri, idee e tendenze dagli anni '20 ad oggi* (FrancoAngeli, Milano). Testo che è stato preceduto dall'edizione inglese per Routledge.

Andiamo ora agli *spoilt children*. Altro concetto chiave di Borgogno, la cui origine pare intimamente interconnessa alla comprensione delle radici del disagio emotivo. È superfluo ricordare che l'interesse per la ricerca delle cause del disturbo psichico ha animato da sempre la scienza psicoanalitica tanto da porre in questo modo sempre maggior valore alle relazioni precoci. In più, la capacità di immedesimazione, di cui si diceva all'inizio, pare uno *skill* naturale dell'Autore, un talento di cui fin da bambino – ci ha confessato – si è giovato nella quotidianità.

Nel 1994 presenta a Torino ¹⁴ un'affascinante relazione dal titolo *Affetti e pensieri di un analista sull'origine e sul trattamento di alcune forme di distruttività* in cui espone con originalità creativa alcuni casi clinici di cui nel passaggio significativo tra *pragmatica e semantica* (pag. 45 ¹⁵) ci comunica le sue conoscenze sull'estrazione e sulla sottrazione di elementi fondamentali del soggetto, e di concomitante omissione di nutrimenti mentali indispensabili per la crescita emotiva.

Chi sono gli *spoilt children*? Cito (1994, pag. 29): “*persone cresciute in un ambiente in cui (...) è stata sottratta quella necessaria esperienza che permette l'accesso alla pensabilità dei bisogni e che invece sono nutrite di 'estratto'*”. Dove “*l'estratto non rinvia a un sostanzioso condensato di elementi nutrienti, bensì all'estrazione di vita compiuta continuamente*” (1994, pag. 30).

Sono quelli gli anni in cui si appresta a passare da analista ordinario ad analista con funzioni di *training*. Passi questi – il divenire ordinario e analista con funzioni di training – che segnalano un naturale istinto epistemofilo e una *vis* nei confronti dell'approfondimento e che lo sollecitano a ripensare alle sue precedenti concettualizzazioni. Per esempio, nello scritto sugli *spoilt children* incluso poi in *Psicoanalisi come percorso* (1999), ne rielabora il concetto sottolineando maggiormente le dinamiche interpersonali ambientali a volte *difficili da considerare* rispetto a “*come un bambino possa essere violato in modi sottili e spesso impercettibili*” (1999, pag.96).

Sottolineatura dello specifico ambiente in cui un bambino cresce che è già ben presente nel 1995 nella sua prefazione all'edizione italiana de *Gli Indipendenti nella psicoanalisi britannica* di Rayner. Nel presentare ai lettori italiani il testo, di cui ha fortemente sostenuto la traduzione, chiosa l'*ambiente* nelle sue poliedriche sfaccettature e funzioni: nell'offrire significati, nell'attivare o disattivare la vita psichica e nell'*intrusione ed estrazione- espropriazione causa di patologia* (1995, p. XVII). Il pensiero di Borgogno si appoggia naturalmente sulla necessità di approfondire i processi di trasmissione della vita psichica e *sulla questione della "significatività"* (1995, p. XVI). Ambiti d'indagine, questi, messi in luce anche dai fautori del *transgenerazionale* ¹⁶⁻¹⁷.

Con questo *humus* teorico-emotivo di fondo ben si capisce il rinvenire in Ferenczi da parte dell'Autore un *padre* teorico fondamentale. È altresì importante qui segnalare che Borgogno, come ci dice nel primo capitolo di *Una vita cura una vita*, si fosse avvicinato alle operazioni ambientali che mutilano gravemente le caratteristiche e le proprietà vitali dei figli, fin dalla sua tesi di laurea in Filosofia, del 1970/71 intitolata *Considerazioni metapsicologiche sul tema dell'aggressività*, quando – partendo dalla sua lettura de *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte* di Ferenczi (1929) – riflette in merito alla seria ricaduta del pessimismo e della non volontà di vivere della madre sul bambino piccolo.

Segnalazione che egli riproporrà nel 1981 osservando come l'effetto di queste mutilazioni diventino con lo sviluppo “*aspetti non riconosciuti di sé, tensioni, eccitazioni intollerabili, angosce senza nome e sintomi che l'individuo affronterà evacuandoli negli altri o in sé, o circoscrivendoli nel proprio corpo o, da qualche parte, nella propria mente ma fuori da ogni consapevolezza*” (1981a, pag. 19).

Ecco, quindi, come il filone di pensiero e di indagine sull'ambiente estrattivo e non responsivo lo porti – suffragato dalla sua esperienza clinica – allo studio della dissociazione e del trauma, riabilitando a livello internazionale le fondamentali conoscenze di Ferenczi al riguardo. Non mi fermo qui sul contributo a tutti noto e da tutti riconosciuto che egli ha dato al rinascimento ferencziano, ma passo ai capitoli 3 e 4 espressamente dedicati al suo lavoro analitico. Se finora l'Autore ci ha accompagnato e disvelato com'è avvenuta la costruzione del suo metodo, con addentellati teorico-clinici, in questa parte del libro ci descrive come *una vita cura una vita*, rendendo i pazienti i veri protagonisti per illustrare metodo, punti nevralgici di esso e tecnica e mostrandoci sia “*le condizioni necessarie perché possano aver luogo interpretazioni significative per la coppia psicoanalitica*” (pag. 49) sia come l'impegno analitico stesso possa divenire un *campo* di pensiero libero e giocoso atto a permettere il rientro “dall'esilio”. Propongo qualche pensiero legato alla paziente – schizoide gravemente deprivata – la cui analisi è stata oggetto dell'elaborato per il Didattato; materiale che Borgogno ha rielaborato e pubblicato nel 2011 in *La signorina che faceva Hara-Kiri* e altri saggi. Il testo¹⁸ si avvale del dialogo con molti analisti internazionali. Questo è sicuramente un *manuale* clinico sui diversi effetti della deprivazione genitoriale (2011, pag. 36), sulle enormi difficoltà che hanno questi pazienti nei confronti del cambiamento (2011, pag. 39), sul *working through* mutativo e sulla costruzione del senso di *agency* (2011, pag. 125), per citare solo alcuni temi. Segnalare questo testo ci è utile per sottolineare la maturità raggiunta da Borgogno dai tempi del Didattato e proseguita fin ad ora nella sua pratica quotidiana.

Come ho accennato all'inizio riferendomi alla circolarità con cui procede Franco Borgogno, egli ne riprende nel terzo capitolo (pag.49) – in *après coup* – i cardini e illustra le modalità con cui l'analista crea le condizioni affinché si attui l'incontro con il paziente. Affinché si attui – cioè – una sorta di dialogo socratico, etico, con accesso al processo secondario, con la con-

sapevolezza sapiente di sapere di non sapere che fa accedere alla conoscenza trasformativa. Sotto questa luce riprende alcune situazioni cliniche (Rosso Borgogno – Rosso Bordeaux, Parlantina e Casca l'asino) e dà nuova e dettagliata lettura al materiale clinico. Cito: “*è per questa via che si verrà ad articolare una nuova configurazione del campo e l'asino nel tempo ci permetterà di trovare una terra, di accamparci e di uscire dal bosco attraverso piccoli passi, dimostrandosi così metafora fertile di condivisione di significati*” (pag.54).

Lascio al lettore il piacere di disvelare il senso profondo delle metafore, significative e condivise coi pazienti. Mi preme però sottolineare ancora l'uso che Borgogno fa del verbale: un uso insaturo, condiviso che *raccoglie* e crea contatto e *spazio* di *gioco*. Insomma: potremmo definire un *giocosso campo transizionale*, uno *squiggle game* rivisitato, libero e spontaneo, il *luogo* dove la presenza e l'assenza di significati e di apporti personali si intrecciano tra passato e presente, tra Borgogno e paziente: un nuovo *ponte simbolico* (pag. 60).

La clinica che Borgogno ci offre è sapida, sagace e spesso sorprendente nel *movimento* emotivo che provoca nel paziente e nella conseguente emozione che suscita nel lettore (ve l'assicuro!). L'attesa, calma e ricettiva dell'analista si accompagna spesso a quello che Borgogno chiama *ringhio* (pag. 79); l'autore ci spiega cioè in dettaglio come *metafore fertili e condivise* (pag. 54) prendano forma – nella – coppia e si facciano *ambasciatrici di nuovo pensiero* (pag.74) e di nuova *autenticità* (pag. 57) in seguito all'attento *working through* delle emozioni presenti in ogni situazione e alla progressiva costruzione del senso di agency che mette in opera l'analista senza molte volte sapere il peso e la portata di quanto egli sta facendo. Sotto questa luce anche i sogni sono indicatori interessanti dello *stato e della dinamica del rapporto analitico* (pag. 58).

Questa visione di *campo analitico* prende forma quando l'analista attua pienamente le precondizioni descritte nel *venire da lontano* e nel modo lento e circolare dell'attuarsi di esse. Nel 2008, unitamente a Massimo Vigna- Taglianti, Borgogno riflette ancora sulle condizioni necessarie per permettere l'alfabetizzazione emotiva e la *nascita* alla vita dei pazienti con parti del sé scisse, allontanate, *morte*. In quel lavoro Borgogno e Vigna-Taglianti sottolineano la funzione di testimonianza dell'analista che attraverso un “*rovesciamento di ruoli (...) deve incarnare in vivo all'interno del dialogo inconscio il bambino sofferente*” (2008 in 2011, pag. 253).

È chiaro in questi numerosi esempi clinici (di adolescenti, di giovani adulti, di adulti e anziani), che denotano un'affettività umana, viscerale, sanguigna e profonda, raffinata e non comune che non è solo il paziente che viene da lontano. È lo stesso analista, infatti, come ripetutamente ci dice l'Autore, che deve riconoscere questa indispensabile precondizione emotiva, non spaventandosi se protempore si *trova in braghe di tela* e imbrigliato lui stesso in qualche manovra difensiva.

La distanza si deve fare vicinanza. Ma chi viene da lontano? Il paziente? Certo, sicuramen-

te. Ma anche l'analista ha una lunga e sfaccettata storia ed è proprio questo assunto, questa epistemologia che Franco Borgogno ha ribadito in lavori recenti come *“Venire da lontano” e diventare temporaneamente il paziente a propria insaputa*: due assunti della mente psicoanalitica di Ferenczi al lavoro (2015). *Venire da lontano* significa contatto libero con la propria storia di vita, preconditione emotiva da sempre presente in Franco Borgogno giovane analista ed ora, irrobustita con la maturità apportata dall'esperienza e dal *working through*. In tutti gli esempi clinici, molti e singolari nella loro variegata specificità: adolescenti, giovani adulti, adulti e anziani, troviamo descritti in dettaglio i *passi* dell'analista; passi che precedono e preparano il contatto con il paziente, passi talora sospesi, passi animati dal bisogno di trovare una via per raggiungere i pazienti, *“passi di avvicinamento e di incontro, magari un po' impacciati e rudi ma (...) messi in atto senza ripudio e riserve alcune”* (pag. 63), passi che *“sgorgano da terreno già curato”* (pag. 77) per molto tempo e che denotano un'affettività umana, viscerale, sanguigna e profonda, raffinata e non comune, insomma.

Ripensando a sé, Borgogno mette a nudo alcune caratteristiche importanti proprie dell'*analista adulto e maturo* che sa essere vicino ai pazienti. Tra le altre, cito: *“l'analista anziano non sente usualmente come una minaccia alla sua identità di analista ciò che pro tempore lo mette in “braghe di tela” e neppure sono per lui una minaccia le sue défaillances”* (pag. 94). Non so se il *fil rouge* che va dall'osservazione agli *spoilt children*, nell'onda lunga che avvicina distanze lontane, vi abbia permesso di *immedesimarvi* in modo anticipatorio nella lettura di questo testo che invita ciascuno a proprie personali *rêverie*. Dal canto mio ho voluto omaggiare il valore di un analista che tutta la vita ha dato valore agli altri, ai pazienti, per permettere loro di trovare un proprio modo di stare individualmente insieme nel *luogo* complesso, complicato e sovraffollato che è la vita.

Tutto ciò ce lo racconta Borgogno in modo semplice, appassionato, vibrante con la sensibilità di chi ama la profondità e non teme di fronteggiare il dolore. Un libro, insomma, di un analista vero *Indipendente* internazionale.

Note

1. Psicologa psicoterapeuta, socia SIPEP-SF (Società Italiana di Psicoanalisi e Psicoterapia Sándor Ferenczi), docente a contratto presso l'Università di Torino, socia e responsabile scientifico di Area G-Torino, docente SPP (Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica). Fa parte del Comitato di Redazione della rivista *AeP – Adolescenza e Psicoanalisi*.
2. La discesa alle madri, di classica memoria.
3. Centro Torinese di Psicoanalisi, sabato 21 maggio 2022: *L'interpretazione in una "personale" prospettiva di campo*. Relazione discussa da Giuseppe Civitarese.
4. Professore ordinario di Psicologia Clinica all'Università degli Studi di Torino, fondatore e primo Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica della stessa Università; Psicoanalista con Funzioni di Training SPI (IPA); Segretario scientifico e presidente del Centro Torinese di Psicoanalisi e Segretario dell'Istituto di Training di Milano; Editor di molte riviste italiane ed internazionali; Autore di oltre 400 pubblicazioni tradotte in moltissime lingue.
5. I numeri di pagina senza data si riferiscono al testo *Una vita cura una vita*. I numeri di pagina con una data ad altri testi citati e riportati in bibliografia.
6. Sull'*eroe solitario* e il *pensiero* si vedano le interessanti riflessioni di pag. 18.
7. *L'illusione di osservare* del 1978 ristampato da Rosenberg & Sellier nel 2020 merita un'attenta rilettura.
8. In *L'osservazione*, Quaderni di Psicoterapia infantile n. 4, Borla, Roma, 1981.
9. Giappichelli, Torino, 1981.
10. Lavoro presentato come relazione a Roma nel 1982 al V Congresso Nazionale SPI in un panel guidato da Lina Generali Clements cui presero parte: Ferro, Tirelli, Serrati e Boccardi. Pubblicato poi nel 1999 in *Psicoanalisi come Percorso*, Bollati Boringhieri, Torino.
11. Luciana Nissim Momigliano, Giuseppe Di Chiara, Stefania Manfredi Turillazzi ed altri.
12. Antonino Ferro, Stefano Bolognini, Parthenope Bion Talamo ed altri. Per entrambi, mentori e pari, è interessante il *dare a Cesare quel che è di Cesare*, attribuendo genealogia e trasformazione al pensiero.
13. Lavoro pubblicato poi nel libro: *In due dietro il lettino. Scritti in onore di Luciana Nissim Momigliano*. Castrovillari: Teda, 1990.
14. Nell'ambito di due Giornate di Studio su *Agire per non pensare, non crescere e non*

vivere. Atti e fantasie distruttive in adolescenza, organizzate dalla Cattedra di Neuropsichiatria Infantile dell'Università degli Studi di Torino. Parteciparono insieme a Franco Borgogno, Alvarez, Giaconia, Vigna-Taglianti, Bertolini, Arfelli ed altri.

15. Attualmente l'Autore ribadisce che “*ogni messaggio di contenuto è sempre un messaggio di relazione per cui ogni semantica è pragmatica e ogni pragmatica è semantica*” (pag. 45).
16. La concettualizzazione del transgenerazionale è popolare nella psicoanalisi francese (Kaës, Faimberg tra gli altri) e in Italia è vicina al pensiero di Nicolò.
17. Grazie al permesso accordatogli da Judith Dupont decide di ripubblicare (2009) il lavoro di Alice Balint su *L'identificazione* (1943) utile per riprendere e approfondire la questione della trasmissione della vita psichica tra gli adulti e i bambini.
18. Testo tradotto ed edito in inglese presso l'editore Routledge nel 2013: *The girl who committed bara-kiri and other clinical and historical essays*.

Bibliografia

- Bolognini, S. (2019). Nuove forme di psicopatologia. *Rivista di Psicoanalisi*. 4-797/813.
- Borgogno, F. (1978). *L'illusione di osservare*. Giappichelli, Torino.
- Borgogno, F. (1981a). *Brevi cenni storico-epistemologici sul metodo dell'osservazione madre-bambino*. Giappichelli, Torino.
- Borgogno, F. (1981b). Osservazione: disturbo, preoccupazione, responsabilità. In *L'osservazione. Quaderni di Psicoterapia infantile n. 4*. Borla, Roma.
- Borgogno, F. (1990). Separatezza, working through e falsificazione in Bartoli G. (a cura di). *In due dietro il lettino. Scritti in onore di Luciana Nissim Momigliano*. Teda, Castrovillari.
- Borgogno, F. (1994). Affetti e pensieri di un analista sull'origine e sul trattamento di alcune forme della distruttività in *Agire per non pensare, non crescere e non vivere. Atti e fantasie distruttive in adolescenza*. Torino, 13/14 maggio 1994. p. 25/38. Atti. Minerva Medica, Torino.
- Borgogno, F. (1994). "Spoilt children". L'intrusione e l'estrazione parentale come fattore di distruttività. *Psicoanalisi come percorso*. Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Borgogno, F. (1995). Prefazione a Rayner, F. *Gli Indipendenti nella psicoanalisi britannica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Borgogno, F. (1999). *Psicoanalisi come percorso*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Borgogno, F. e Vigna-Taglianti M. (2008). Una particolare forma di ripetizione nel transfert-controtransfert. In Borgogno, F. *La signorina che faceva Hara-Kiri e altri saggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011.
- Borgogno, F. (2009). Perché ri-pubblicare *L'identificazione* di Alice Balint? In Borgogno, F. e Vigna-Taglianti, M. (2009, A cura di). *Identificazione e trasmissione psichica tra gli adulti e il bambino*. Borla, Roma.
- Borgogno, F. (2011). *La signorina che faceva Hara-Kiri e altri saggi*. Bollati Boringhieri, Torino.

Borgogno, F. (2015). “Venire da lontano” e “diventare temporaneamente il paziente a propria insaputa”: due assunti della mente psicoanalitica di Ferenczi. In *Rileggere Ferenczi oggi – Contributi italiani*. Borgogno F. (a cura di). Borla, Roma.

Borgogno, F., Luchetti, A. e Marino-Coe, L. (A cura di, 2017). *Il pensiero psicoanalitico italiano. Maestri, idee e tendenze dagli anni '20 ad oggi*. Franco Angeli, Milano.

Ogden, T. (2021). *Coming to life in the consulting room. Toward a new analytic sensibility*. Routledge, New York. Trad. it. *Prendere vita nella stanza d'analisi*. Raffaello Cortina, Milano, 2022. *il bambino*. Borla, Roma.

Borgogno, F. (2011). *La signorina che faceva Hara-Kiri e altri saggi*. Bollati Boringhieri, Torino.