

Alberto Lorenzini¹

Ricerca Psicoanalitica, 2006, Anno XVII, n.1, pp. 89-112

LA CRISI NECESSARIA

SOMMARIO

La terapia del paziente grave deve affrontare e sciogliere dei veri e propri “nuclei di follia”. Essi vengono attualizzati attraverso crisi che coinvolgono il terapeuta in situazioni letteralmente drammatiche. La concretizzazione (*concretization*) delle configurazioni esperienziali del paziente produce infatti degli psicodrammi che offrono possibilità preziose al terapeuta e, contemporaneamente, non gli lasciano scampo, perché in quei momenti cruciali la terapia passa attraverso la sua capacità di essere autenticamente se stesso.

SUMMARY

The needed crisis

The treatment of the seriously ill patient must face and dissolve “cores” of sheer folly. They are acted out through crises involving the psychotherapist in truly theatrical situations. The concretization of the patient’s experiential configurations produces actual psychodramas that offer precious chances to the psychotherapist who, at the same time, cannot be helped, because in those crucial moments, the treatment passes through his/her capacity of being authentically himself.

Introduzione

Il peggioramento in corso di terapia non è sempre segno che le cose vadano davvero male: tutti noi riscopriamo quasi ogni giorno, nella nostra pratica, la verità dell’antico adagio per cui “non tutto il male viene per nuocere”. A pensarci bene, il concetto che la cura psicologica passi attraverso crisi, nelle quali il male si attualizza e si acutizza prima di scomparire definitivamente, è così antico da creare quasi una sensazione di sgomento. È un’esperienza, infatti, che la psicoanalisi ha ereditato dalla psichiatria dinamica, la quale godeva già di una lunga tradizione ai tempi di Charcot e di Bernheim, i maestri ipnotisti di Freud. Ellenberger fa risalire l’inizio della psichiatria dinamica a Franz Anton Mesmer, il quale, alla fine del Settecento, “magnetizzava” le persone malate e provocava in esse delle crisi catartiche. Ma, a sua volta, Mesmer aveva rubato lo scettro della psicoterapia a Gassner, l’ultimo dei grandi guaritori esorcisti (Ellenberger, 1970)... e non aggiungo altro; quindi, come si vede, la questione della crisi attraversa, in realtà, tutta la storia della psicoterapia e risale gli abissi del tempo.

Venendo in particolare alla psicoanalisi, lo sviluppo della nostra scienza è avvenuto fin dall’inizio come una continua lotta contro gli ostacoli e le complicazioni che si frappongono alla guarigione psicologica e

¹ Alberto Lorenzini è medico psicoterapeuta e membro dell’AipSé (Associazione Italiana Psicologi del Sé). Abita e lavora privatamente a Pisa. E-mail: alberto.lorenzini3@tin.it

sono ben note le tappe concettuali che segnano l'opera di Freud lungo questo faticoso percorso: la resistenza, il transfert, il controtransfert, la coazione a ripetere, il masochismo primario, la reazione terapeutica negativa...

Freud introduce la nozione di coazione a ripetere in *Ricordare, ripetere e rielaborare* (1914), presentandola come una forma agita del ricordare, alla quale, tutto sommato, l'analista poteva dare il benvenuto, soprattutto all'interno del transfert, dove essa, determinando l'insorgenza della nevrosi di transfert, agiva al servizio dell'analisi. Sei anni più tardi, però, in *Al di là del principio di piacere* (1920), la coazione a ripetere viene già da lui interpretata come un'espressione di quella forza psichica, diversa dal principio di piacere, che vuole riportare a zero ogni sviluppo psicologico e che, in definitiva, vuole riportare la vita alla morte. Alla fine poi del suo combattivo percorso intellettuale e professionale, Freud, in *Analisi terminabile e interminabile*, spiegando esplicitamente tutti gli ostacoli che si frappongono alla guarigione psicologica come altrettante espressioni dell'istinto di morte, non solo dà prova del suo cosiddetto pessimismo ma, in un certo senso, effettua anche un'operazione poco trasparente da un punto di vista scientifico, perché pretende di fissare una sorta di limite definitivo, sbarrando di fatto la via allo sviluppo futuro delle potenzialità teoriche e terapeutiche delle psicoanalisi: "(...) le manifestazioni derivanti dall'immanente masochismo di tanta gente, dalla reazione terapeutica negativa e dal senso di colpa dei nevrotici (...) costituiscono prove inequivocabili della presenza, nella vita psichica, di una forza che per le sue mete denominiamo pulsione di aggressione o di distruzione e che consideriamo derivata dall'originaria pulsione di morte insita nella materia vivente" (Freud, 1937: 525).

Freud arrivò, per l'appunto, a questa spiegazione definitiva, sviluppando la teoria delle pulsioni, cioè portando alle estreme conseguenze quel *leit-motiv* che ha accompagnato la sua ricerca dall'inizio alla fine: il tentativo di fondare la psicologia del profondo sulla biologia e non sulla relazione psicologica fra gli esseri umani. Egli era condizionato dal suo tempo, da una pretesa di scientificità vecchio stampo e forse anche da certe problematiche psicologiche personali che erano sfuggite alla sua autoanalisi: "(...) noi pensiamo che la teoria freudiana dello sviluppo psicosessuale serva non solo a spostare nel bambino la causa di ogni male, per assolvere la madre da ogni responsabilità, ma che serva anche a mantenere difensivamente separati gli aspetti buoni della madre da quelli cattivi, per arginare l'intenso conflitto inconscio d'ambivalenza che Freud aveva nei suoi confronti. Il presupposto freudiano di un istinto di morte innato, che fa dell'ostilità una necessità biologica piuttosto che una reazione al tradimento e alla delusione, può essere interpretato come il definitivo trionfo del desiderio di assolvere la madre" (Atwood and Stolorow 1984: 57-58).

In effetti, le cose sono andate un po' diversamente, rispetto alle pessimistiche previsioni di Freud. L'interpersonalismo americano, le scuole inglesi delle relazioni oggettuali, la psicologia del Sé e, per finire, l'attuale sfaccettata corrente della Psicoanalisi Relazionale hanno progressivamente e definitivamente spostato il fuoco della riflessione psicoanalitica dalle pulsioni agli affetti, cioè dalle cause biologiche a quelle psicologiche, e, contemporaneamente, dalla prospettiva psicologica della mente isolata a quella dell'interdipendenza e dell'intersoggettività (Stolorow e Atwood, 1992). Alla ribalta dell'interesse clinico sono salite le problematiche relative all'insicurezza, all'attaccamento, alla fragilità del Sé, ai bisogni d'oggetto-sé, ai principi inconsci che organizzano e leggono l'esperienza in maniera preconstituita e danno origine a previsioni pessimistiche e a schemi emotivi e comportamentali rigidi e ripetitivi. La teoria della cura, di conseguenza, si è maggiormente interessata alle relazioni oggettuali, ai bisogni di conferma, di sostegno e di sviluppo del Sé, al bisogno di costruire nuovi principi organizzatori inconsci che si affianchino a quelli vecchi e al bisogno di smentire determinate convinzioni patologiche, in modo da potere aprire la propria esistenza ad esperienze nuove. Ovviamente, si è infranto anche il monopolio terapeutico dell'*insight* conoscitivo che nella teoria classica era considerato come l'unico fattore curativo autenticamente psicoanalitico. Questo è successo perché non crediamo più che l'inconscio se ne stia là, dentro la mente del paziente, come una cosa che possiamo osservare nella sua datità, come se fosse un

oggetto del mondo fisico. Non pensiamo più che questa sia la natura della mente, né di quella conscia, né di quella inconscia. Inoltre, pensiamo che ci sia una particolare complessità in gioco: una dialettica intrapsichica e una dialettica intersoggettiva, le quali, a loro volta, interferiscono fra di loro.

A proposito della dialettica intrapsichica, James Grotstein si è spinto provocatoriamente ad affermare quanto segue: “L’Es che Freud aveva scoperto venne contrapposto all’Io e Freud assegnò all’Io, ma non all’Es, la consapevolezza delle percezioni. Di conseguenza, l’Es divenne, fra le altre cose, un oggetto di osservazione da parte dell’Io. Ciò che Freud sembra avere ignorato è che anche l’Es, a sua volta è un osservatore. La mia teoria a doppio binario è un tentativo di perorare la causa di una co-soggettività, in modo che l’Es possa essere considerato un osservatore tanto quanto l’Io: un osservatore che osserva empaticamente, cioè attraverso l’introspezione empatica, mentre l’Io potrebbe essere l’agente di un’osservazione distaccata” (Grotstein 1983: 167).

Risale al 1968 la pubblicazione degli *Studi sulla tecnica psicoanalitica*, nei quali Heinrich Racker (1968) ha sviscerato l’argomento del controtransfert in maniera estremamente dettagliata e, da allora in poi, lo studio della dialettica intersoggettiva è stato sempre più al centro dell’interesse di autori provenienti da scuole diverse (tra i più attuali, basti citare Seinfeld, Ogden, Weiss, Mitchell, Stolorow e coll.). Attualmente essa è oggetto di particolare attenzione nell’ambito della Relational Psychoanalysis, dove il concetto di controtransfert tende ad essere abbandonato e sostituito con quello, puro e semplice, di soggettività dell’analista (Renik, 1993).

Questa diversa prospettiva che si è venuta a creare, un cambiamento filosofico complessivo, originato come una spinta dal basso proveniente dal lavoro quotidiano di tanti analisti di orientamenti e scuole diverse, non ci consente più di credere nella possibilità o nell’utilità di isolare e di esorcizzare il male (le manifestazioni dell’inconscio) attraverso delle polarità identificatorie simili a quelle che caratterizzano la medicina organica, che tendono a separare nettamente la salute dalla malattia (e, di conseguenza, il medico sano dal paziente malato), per separare, a sua volta, il paziente in una parte sana (fatta di razionalità genericamente condivisa) e una parte insana (irrazionalità e distorsioni inconscie da smascherare e ricondurre alla norma). Perciò, Hoffman afferma che: “(...) il pensiero dicotomico è inerente all’oggettivismo, come il pensiero dialettico è inerente al costruttivismo. Pensare in maniera dicotomica (...) fa parte dell’idea oggettivista che l’analista possa scoprire con precisione dove finiscono il suo contributo e l’effetto dell’interazione attuale. Al contrario, vedere il transfert e il controtransfert in relazione dialettica fra loro crea una zona d’irriducibile ambiguità e indeterminatezza circa la natura della loro interazione e della reciproca influenza, una zona che è spesso aperta a molteplici possibili costruzioni interpretative” (Hoffman, 1998).

Grazie a questo cambiamento generale di prospettiva, possiamo oggi accostarci alla coazione a ripetere, alla reazione terapeutica negativa e a tutte le sopra citate manifestazioni del presunto istinto di morte in maniera decisamente più fiduciosa, e nel corso degli anni sono state avanzate diverse nuove ipotesi per spiegare le complesse dinamiche emotive che hanno luogo quando le dimensioni psicopatologiche più basilari si mobilitano nella relazione e investono la coppia analitica.

Secondo la scuola kleiniana, il paziente proietta nell’analista quei contenuti mentali che non è in grado di gestire autonomamente, allo scopo (inconscio) che questi li elabori e li restituisca trasformati in qualche forma più abbordabile: “La tecnica terapeutica per gestire l’identificazione proiettiva (...) è intesa *per mettere a disposizione del paziente in una forma lievemente modificata ciò che era già suo, ma che in origine non era utilizzabile ai fini dell’integrazione e della crescita psicologica*” (Ogden 1991, trad. it. 1994: 48).

Jeffrey Seinfeld riprende da Searles la concezione di uno sviluppo del processo psicoanalitico, nella terapia del paziente grave, che passa attraverso quattro fasi: la fase senza contatto, la simbiosi ambivalente, la simbiosi terapeutica e la risoluzione della simbiosi. La reazione terapeutica negativa è tipica

della simbiosi ambivalente, cioè della fase in cui si concretizza una lotta, a tratti anche molto violenta, fra l'“oggetto cattivo” che domina il mondo interno del paziente e presiede agli equilibri patologici che hanno caratterizzato la sua sopravvivenza psicologica e l'“oggetto buono” che viene attivato nel rapporto con il terapeuta: “la paziente cominciò a pensare, tra una seduta e l'altra, a quello che le avevo detto sulla sua paura dei sentimenti positivi e si sentì turbata (...) inoltre cominciò a provare contemporaneamente sentimenti positivi e negativi verso di me. Questa temporanea ambivalenza la colpì come un fatto strano e sconvolgente; si sentì come se stesse impazzendo” (Seinfeld, 1990).

Secondo la Psicologia del Sé, il paziente grave avanza dei bisogni narcisistici di rispecchiamento e di idealizzazione che hanno qualità arcaiche e fusionali. L'analista deve accogliere tali bisogni durante una fase anche molto prolungata di comprensione empatica, allo scopo di poterli, solo successivamente, trattare in maniera interpretativa: “(...) nell'analisi di pazienti gravemente traumatizzati, lo stadio della comprensione deve restare l'unico per un periodo molto lungo del trattamento” (Kohut, 1984).

Secondo la scuola americana di *Mount Zion Hospital*, il paziente mette inevitabilmente a dura prova l'analista, a causa del suo impellente bisogno di smentire determinate convinzioni pregiudizialmente pessimistiche e, di conseguenza, patologiche: per questo motivo, *quando si sente sufficientemente al sicuro* nella relazione con l'analista, comincia a coinvolgerlo in intense drammatizzazioni, dando per scontato il rifiuto, l'abbandono o la ridicolizzazione di sé, allo scopo inconscio di poter fare un'esperienza diversa e di arrivare a smentire e a smantellare i propri soffocanti paradigmi emotivi. “Il paziente mette alla prova le sue credenze patogene attraverso azioni sperimentali, con un comportamento che, in base a tali credenze, dovrebbe avere un determinato effetto sull'analista; spera tuttavia che tale effetto non si verifichi” (Weiss, 1993). “(...) il terapeuta non deve essere neutrale, ma deve diventare alleato del paziente nello sforzo di disconfermare le sue credenze patogene e di perseguire i suoi obiettivi. Non deve evitare di utilizzare la rassicurazione o l'autorità in situazioni in cui possono essere d'aiuto. L'interpretazione non è quindi la condizione *sine qua non* della terapia” (Weiss, 1993). Da questo punto di vista, la crisi è inevitabile e, nella migliore delle ipotesi, rappresenta un peggioramento solo apparente, ossia un indispensabile emergere di contenuti emotivi inconsci che investono la relazione e si rendono finalmente disponibili per la cura.

Stolorow e Atwood, esponenti della corrente dell'intersoggettività (che hanno sviluppato a partire dalla psicologia del Sé), si spingono ad affermare che “le *impasse* terapeutiche, se analizzate dal punto di vista dei principi che organizzano a livello inconscio le esperienze del paziente e del terapeuta, rappresentano un'occasione unica, una *via regia* per raggiungere l'obiettivo della comprensione psicoanalitica” (Stolorow e Atwood, 1992). Gli stessi autori, in collaborazione con Bernard Brandchaft, presentano, in effetti, la terapia del paziente grave come una tormentosa e inevitabile successione di crisi. Nel caso di Anna, una ragazza psicotica di 19 anni, la prima *impassa* s'incentrò intorno alla sua pretesa, apparentemente assurda di essere picchiata dall'analista. Voleva essere picchiata perché, emotivamente, questa le sembrava l'unica possibilità di essere raggiunta nel suo ritiro difensivo (nella “caverna isolata, dentro la mia mente”), ma fu duro arrivare a questa spiegazione. La seconda *impassa* fu la conseguenza di avere inglobato l'analista nel proprio sistema delirante, per cui percepiva “raggi bloccanti” che partivano dai suoi occhi e “costruivano muri” dentro al proprio cervello. Concretizzandola, esprimeva così l'emozione sopraffacente di sentirsi bloccata, quando l'empatia del terapeuta veniva meno. La terza *impassa* si manifestò come richiesta impellente e intransigente di essere totalmente compresa: “Tu puoi comprendere tutta la mia vita, non è vero? Sbrigati! Dai, forza, fallo subito, fai luce su tutta la mia vita!”.

Qui l'accento era sulla parola “tutta”, come arrivò a comprendere il terapeuta dopo molto penare: ciò significava il bisogno di essere tenuta insieme, di ritrovare l'unità del Sé, ora che la ragazza aveva abbandonato molte delle sue precedenti difese patologiche (Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1987).

Casi clinici

Riferirò adesso alcuni esempi di situazioni di crisi che si sono verificate nella mia pratica terapeutica, con particolare attenzione rivolta ad individuare il momento determinante di soluzione dell'*impasse*, nel tentativo di chiarire il fattore terapeutico che finalmente, entrando in scena, ha dato origine alla svolta. Il primo esempio è particolarmente drammatico.

Frank, un uomo di 25 anni, è entrato in terapia a causa di intensi e ricorrenti stati di depressione vuota, subentrati in lui dopo che al padre è stato diagnosticato un tumore incurabile al cervello. Ben presto risulta evidente un grave disturbo del Sé: c'è un falso Sé che si è sviluppato a scapito del vero Sé, manifestandosi come tendenza coatta a soddisfare le aspettative degli altri, ad essere esageratamente bravo, forte, coraggioso, responsabile e addirittura impavido, a scapito della spontaneità e del senso di essere più genuinamente se stesso nelle diverse situazioni della vita. Si tratta, per di più, di un falso Sé particolarmente pervasivo che, praticamente, non lascia spazio al vero Sé. Nei sogni, esso si presenta inizialmente come animale infernale, come gatto nero che ha preso il comando dei centri del piacere del suo corpo e che non può essere tirato via, perché, mentre con una zampa lo masturba, con le altre tre affonda tenacemente le unghie nella carne. In altri sogni appare un vampiro che ha la meglio su di lui, fino a sopraffarlo completamente e a morderlo canonicamente sul collo. Altri sogni adombrano una particolare somiglianza fra la nevrosi di quest'uomo e il tema letterario del patto con il diavolo. Con preoccupazione e sconcerto, assisto ad un progressivo peggioramento delle condizioni del paziente: la presa di coscienza lo porta alla disperazione. Ho la sensazione di avere ampiamente sottovalutato la gravità del caso. Le sue difese crollano troppo rapidamente e ciò produce uno sconfinamento di tipo psicotico. Solo a questo punto mi si rivela la reale estensione del fenomeno di alienazione nel quale ha sempre vissuto e il suo ritornello diventa: "Dottore, *non sento!* Non sento niente...". La tragedia di quest'uomo si può riassumere così: il ritiro emotivo da se stesso e, di conseguenza, dalla vita reale è tale che egli non ha, si potrebbe dire, la sensazione di esistere, o meglio non ha nessuna sensazione di provare emozioni e vive se stesso come una macchina umana, un *robot* al quale può comandare comportamenti e simulazioni. Non conserva neppure il ricordo di avere mai provato qualcosa, a livello emotivo. Dice che, da tempo memorabile, ha imparato a "guardare gli altri" e ad adeguarsi alle diverse situazioni, imitandoli: se le persone ridono, capisce che bisogna ridere e ride anche lui, se sono tristi, finge la tristezza, ecc.. Ancora oggi stento a credere ad una generalizzazione così totale del male e penso che, esprimendosi in questi termini, esagerasse un poco; fatto sta che, da quel momento, avendo messo a fuoco così impietosamente il proprio totale vuoto interiore, cominciò con la serie dei tentati suicidi. Il primo tentativo fu tramite l'assunzione di un'ingente dose di psicofarmaci. La spietatezza contro se stesso fu tale che, non morendo subito ma svegliandosi dopo alcuni giorni di sonno semi-comatoso, ebbe la disumana determinazione di tornare barcollando in farmacia e di procurarsene ancora. Viveva da solo e dovette intervenire io a salvarlo. Il seguito fu una serie di ricoveri e nuovi tentativi: con il tubo di scappamento, con l'accetta, strangolandosi, tagliandosi le vene... Sembrava chiaro che, dopo ogni nuovo ricovero in Psichiatria (dove, senza tanti complimenti, gli avevano fin da subito appioppato una bella diagnosi di schizofrenia), la sua situazione psicologica fosse peggiore di quella precedente e la madre (che, a partire dal primo tentativo, si era trasferita nella casa del figlio) prese insieme a me la coraggiosa decisione di non ricoverarlo più. Durante le sedute, alle quali veniva regolarmente, Frank era per lo più taciturno e sottilmente ostile. Si lamentava costantemente del fatto di "non sentire" e mi spiegò che soltanto quando progettava un suicidio e faceva i preparativi per togliersi la vita riusciva ad emozionarsi un poco e a sentirsi quasi vivo. Aveva dunque sviluppato una sorta di dipendenza dal suicidio: togliersi la vita era l'unico modo per dare un significato emotivo alla propria vita. Ricordo di essermi sentito piuttosto provato dalla situazione: ero costantemente in allarme e mi capitava anche di passare delle notti insonni. Non c'erano segnali di miglioramento, nonostante la regolarità delle sedute, e non avevo idea di come le cose sarebbero potute andare.

A questo punto, dopo lunga preparazione (ma vorrei dire dopo lunga macerazione), avvenne l'episodio

drammatico che dette una svolta alla terapia. Un giorno, Frank entrò puntualmente alla sua ora e si diresse macchinalmente verso la sua poltrona. Anch'io mi stavo dirigendo verso il mio solito posto quando, alle spalle dell'uomo, sbucò improvvisamente la madre, che si era introdotta nello studio come la sua ombra. Non mi ero affatto accorto di lei e la sua improvvisa comparsa mi fece l'effetto che la donna si fosse materializzata dal nulla. La madre si precipitò sul figlio, e, quasi gridando, ripeté più volte: "Fallo vedere, fallo vedere al dottore!". Contemporaneamente gli afferrò i polsi e sollevò con decisione le maniche. È qui che mancano le parole per descrivere l'esperienza che io feci in quel momento, nonostante che sia impressa ancora oggi in maniera vivida nella mia mente. Sapevo che, fra le altre pratiche autolesive, Frank usava coricarsi la sera provvisto di lametta, per tagliuzzarsi un po' le vene prima di addormentarsi e per cullarsi nell'idea consolatoria di morire dissanguato durante il sonno. Quindi mi aspettavo di vedere qualche taglietto. Vidi invece qualcosa di completamente diverso. L'avambraccio era totalmente martoriato ed essendo stato tagliato e ritagliato tante volte era diventato nero e l'unico modo per descrivere l'aspetto che aveva è dire che ormai era fatto di carne morta. Vidi questo orrore in uno stato di sogno, mentre la scena tragica che avevo davanti irradiava una sorta di potenza mitologica: mi trovavo di fronte alla Pietà e Frank era diventato il Cristo depresso dalla croce. So di non avere nascosto la mia emozione, anche se non ricordo esattamente le parole con le quali, al momento, devo averla accompagnata. Quel che è certo, è che in quell'attimo è avvenuto qualcosa di assolutamente determinante, tant'è che Frank, da allora in poi, non ha mai più tentato il suicidio. Da quel momento ha ripreso (a suo dire) per la prima volta gradualmente a sentire. Prima la paura e l'angoscia di sentirsi diverso dagli altri. Poi, nascostamente, inconfessabilmente, l'euforia di un piccolo successo personale (la costruzione di un sito internet). Poi, faticosamente, l'intera gamma dei sentimenti, attraverso un tormentato percorso di alti e bassi, che ha richiesto molto sostegno da parte mia e che, inizialmente, è stato segnato da altre difficoltà e da altre crisi (bastava che si sbilanciasse anche poco nell'interagire con altri, per riattivare un senso di persecuzione sempre in agguato). Ma, come ho detto, niente di paragonabile a quanto era avvenuto in precedenza.

Nessuna difficoltà incontrata intaccava il solido rapporto di fiducia che si era stabilito con me e la gravità delle ultime crisi, nel complesso, è risultata progressivamente decrescente. A distanza di anni, mi sento di dire che il cambiamento di Frank risulta stabile e definitivo.

Tornando al punto cruciale della storia, che cosa è realmente avvenuto in quel momento particolarissimo che ha segnato la svolta di una terapia così difficile? Per esprimermi nel modo più semplice e immediato, credo di aver percepito Frank per la prima volta; credo, cioè, che in quel momento io abbia potuto vedere per la prima volta fino in fondo al suo dolore. Per certi versi, ero anch'io, insieme a lui, nella condizione del "non sentire", ma in quel momento ho abbandonato anch'io le mie difese e *ho sentito* e Frank si è sentito e, da quel momento in poi, ha cominciato a sentire se stesso e a rapportarsi agli altri attraverso *la mediazione del senso di sé*. Per usare il linguaggio di Kohut, in quel momento è avvenuta l'integrazione del Sé nucleare.

Caterina si è presentata come una ragazza dai lineamenti piacevoli e dal fisico muscoloso e un po' robusto, in altri termini, una ragazza palestrata e leggermente sovrappeso. Aveva 21 anni all'inizio della terapia e un passato di anoressia, alla quale, col tempo, attraverso fasi alterne, si era andata sostituendo la bulimia. Manifestava seri problemi con la propria immagine corporea, ma sarebbe eufemistico dire che non si piaceva, perché i livelli di autodisprezzo e di auto-odio che era capace di raggiungere risultavano, a dir poco, spaventosi. Inoltre, per essere ancora più precisi, il vero problema si collocava ad un livello antecedente al piacersi o non piacersi. Si potrebbe parlare di non accettazione di sé, ma nemmeno questo renderebbe veramente l'idea. Ci si avvicina di più alla realtà delle cose, dicendo che non aveva un'immagine sufficientemente definita di sé, come se facesse molta fatica a metterla a fuoco e non fosse in grado di mantenerla stabile dentro di sé, e che questa mancanza di senso di sé la rendeva vulnerabile e disperata,

spesso incapace di affrontare il rapporto con gli altri, nonostante la validità intellettuale, la capacità lavorativa, il senso spiccato dell'ironia e la vivace curiosità per il mondo intorno. Caterina aveva due sorelle e tutte e tre vivevano in casa con i genitori. Il padre, grandioso e inconcludente, passava la vita a controllare ossessivamente i comportamenti degli altri membri della famiglia. La madre, insegnante di scuola elementare, viveva una vita di sopportazione e di sacrificio. I genitori non erano poveri, perché, per esempio, possedevano case, ma non concepivano di sostenere e aiutare le figlie nella loro formazione al di là della scuola dell'obbligo, per cui queste, se volevano studiare, dovevano contemporaneamente lavorare e auto mantenersi agli studi. Caterina aveva, di conseguenza, enormi problemi pratici, se lavorava non le restava tempo per studiare, se studiava non poteva pagarsi l'analisi, ecc.. Ma, al di là del mancato aiuto economico, Caterina non si era mai sentita *valorizzata come persona*. Nessuno si era mai interessato all'andamento dei suoi studi, pur essendo stata per molti anni una studentessa impegnata e brillante.

Nessuno era mai andato a parlare con i professori, di modo che sentiva che le sue capacità erano date semplicemente per scontate. Anche al di là della scuola, non aveva mai sentito una considerazione o un interessamento reali da parte dei genitori e, in certi casi, aveva la netta sensazione di risultare invisibile ai loro occhi. A posteriori, quando finalmente una valida capacità autoanalitica prese il posto dell'auto-odio e dell'autodisprezzo, mi mandò per *mail* alcuni lucidi sfoghi, da cui traggio quanto segue: "Questo ambiente mi fa impazzire, non un giornale, non un'idea, sempre e solo questa democrazia cristiana che papà mi diceva, quando ero piccola, che avrei dovuto votare da grande. Meno male che non c'è più. Non un viaggio, una curiosità, un quotidiano di cui discutere, notizie di cronaca, niente. Non leggono, non parlano, cos'è importante per loro? Come passare una serata in casa quando fuori piove? Io ho paura di essere come loro". Nessuno, in famiglia, era in grado di percepire il fatto che Caterina avesse dei seri problemi e un urgente bisogno d'aiuto. Il trattamento riservatole all'epoca dell'anoressia si basava sulle pressioni fisiche e morali e sullo svergognamento pubblico e sconfinava spesso nella violenza. Risulta superfluo aggiungere che nemmeno in seguito allo sviluppo puberale si era sentita vista, riconosciuta e, tanto meno, ammirata nella propria identità femminile, all'interno di una talmente apatica famiglia d'origine. Una famiglia, inoltre, totalmente ripiegata su se stessa e costantemente vittima del senso fantasmatico e persecutorio di ciò che pensavano "gli altri". Una famiglia che viveva in un appartamento dominato da un'enorme sala di ricevimento, dove nessuno poteva mettere piede, perché un giorno lì, fantasticamente, il padre avrebbe intrattenuto degli incontri ad alto livello e dove, per il resto, mancava lo spazio fisico, oltre a quello psicologico e risultava sempre impossibile delimitare e proteggere un minimo indispensabile di *privacy*. Pesava molto, a questo riguardo, l'intrusività del padre che frugava, spiava i comportamenti, ascoltava le telefonate e annotava ogni cosa, non si sa per quale scopo, per cui Caterina non aveva mai avuto la sensazione di potersi fidare o di sentirsi sufficientemente al sicuro in casa propria. In particolare, poi, aveva sempre avuto forte l'impressione di vivere in un *set* teatrale, piuttosto che in una vera casa, perché, intorno a lei, le cose immaginarie erano sempre risultate più importanti e più significative di quelle reali.

Dopo una luna di miele analitica durata pochi mesi, questo tema del vero e del falso segnò la prima inaspettata crisi di transfert che ci trovammo ad affrontare. Tipicamente, come ho imparato ad aspettarmi in seguito, le crisi di Caterina comportavano una preoccupante qualità di disorganizzazione e confusione mentali: un improvviso peggioramento generale, dopo un periodo all'insegna della sintonia e del progresso analitico, che ogni volta mi sorprendevo e mi spazzava, perché ogni volta sembrava raggiungere livelli di sofferenza peggiori della crisi precedente. Mi ero già vagamente accorto dello sguardo furtivo di ricognizione generale che la ragazza lanciava, all'ingresso e all'uscita dallo studio. Ma non potevo immaginare che Caterina, intimamente, identificasse il mio studio in una sorta di *set* teatrale che io allestivo prima delle sedute e smontavo subito dopo: come mi rivelò in seguito, era seriamente convinta che fosse tutto finto. Temeva che ogni mio atteggiamento fosse una finzione e che anche lo studio fosse solo una parvenza. Perciò, ogni volta controllava che le cose fossero tornate tutte al loro posto, nel timore che io

avessi dimenticato qualche particolare, nel timore di scoprire qualche conferma della sua angosciata convinzione persecutoria e nella speranza inconscia di poterla smentire. Ma non è di questo primo episodio che vorrei parlare. E nemmeno vorrei dilungarmi sulla successiva serie di drammatizzazioni e ridimensionamenti di un lungo elenco di paure (Weiss parlerebbe, probabilmente, di una serie di *test* che la paziente mi ha fatto e che io, bene o male, sono riuscito a superare), perché vorrei arrivare direttamente alla crisi culminante che si verificò dopo quasi due anni di terapia, quando, alla fine, ci trovammo alle prese con la paura più grande di tutte. La paura, voglio anticipare, che, se l'avessi conosciuta più intimamente di quanto non fosse ancora avvenuto fino a quel momento, se avessi ascoltato le cose che ancora non aveva avuto il coraggio di confessare, sicuramente io avrei reagito con il più assoluto ribrezzo e non avrei potuto fare a meno di rifiutarla e di volerla allontanare definitivamente da me. Entrando in questa fase, Caterina avvertì un senso di completo abbattimento e di disperazione terrorizzante e cominciò a condurre attacchi feroci a se stessa e al legame. Ripetutamente dichiarò la sua sfiducia totale nella psicoanalisi e mi accusò di averla privata delle difese che le avevano consentito fino a quel momento di vivere. Ventilò più volte l'ipotesi del suicidio come unica soluzione possibile e, alla fine, minacciò di interrompere l'analisi, poi lo fece veramente. A questo punto, dopo avere sperimentato la solita altalena di preoccupazione, impotenza e angoscia, io mi sorpresi di essermi calmato completamente e, quando, dopo una decina di giorni, Caterina mi telefonò per chiedermi se la sua ora era sempre disponibile, le risposi tranquillamente di no, che l'avevo assegnata ad un'altra persona. Le proposi un'alternativa, che accettò senza battere ciglio e, da quel momento, fu evidente per entrambi che qualcosa era davvero cambiato. Caterina ritrovò quasi per magia un approccio più realistico ai suoi diversi problemi psicologici ed economici e riprese a collaborare nel dialogo analitico. Da allora in poi non ci sono più state crisi degne di questo nome, anche se, naturalmente, hanno continuato a presentarsi dei momenti difficili, ma qualcosa era definitivamente cambiato nel modo di essere di Caterina. Direi che ha compiuto un "salto quantico" nella relazione con se stessa e, di conseguenza, con me e con gli altri. Il suo modo di essere ha acquistato stabilità e corporeità: la sento meno in balia degli opposti, meno imprevedibile, più collaborativa e anche più affettuosa. Il disturbo alimentare è quasi completamente scomparso, ma, soprattutto, si è dissolta la carica esplosiva di autodisprezzo e di auto-odio, al posto della quale si è stabilito un rapporto riflessivo e autoanalitico con se stessa, fatto di curiosità e di scoperte, di percorsi e di traguardi, capace di dare alla sua vita una carica motivazionale totalmente nuova.

Matteo, 25 anni, un passato remoto di *enfant prodige* e un passato prossimo di autoreclusione, viveva nella casa dei genitori, dove per intere settimane era capace di restare asserragliato nella propria cameretta in compagnia del computer, uscendone solo di notte per procurarsi da mangiare. Ciò nonostante, frequentava le sedute in maniera assidua e puntuale. Questo allontanamento dal mondo era un provvedimento difensivo, dovuto all'estremo grado di vulnerabilità nelle relazioni interpersonali. La sua vita procedeva nell'alternanza fra timidi tentativi di socializzazione e inevitabili traumatizzazioni che lo riconducevano al suo rifugio, nell'isolamento. Il principale fantasma persecutorio era rappresentato dalla cattiveria di chi voleva prendersi gioco di lui e si divertiva ad umiliarlo. Secondo lui, il solo fatto di manifestare disagio in tali circostanze e qualsiasi tentativo di reagire avrebbero costituito una ammissione di debolezza che inevitabilmente sarebbe andata a vantaggio dell'avversario, il quale ne avrebbe goduto, rincarando la dose. A questo proposito, ricordava di essere sempre riuscito a mantenere un certo prestigio personale fra i compagni di scuola, ma di non essersi mai sentito tranquillo: temeva che, prima o poi sarebbe stata smascherata la sua debolezza e sarebbe diventato lo zimbello della classe. Inoltre, Matteo era spaventato dal rischio di liberare la propria rabbia vendicativa, dalla quale temeva di essere, prima o poi, sopraffatto, con la conseguenza di diventare un mostro. Nei contesti sociali, la crisi era scatenata, alcune volte, dalla paura conseguente all'essersi espresso in maniera assertiva, per esempio avendo rivolto

un'opinione critica all'interno di un gruppo di amici che, di conseguenza, potevano essere rimasti feriti al punto da non volere più saperne di avere a che fare con lui. Ricordo che una crisi fra lui e il resto della famiglia cominciò con quella che Matteo sperimentò come una pesante violazione del suo spazio privato, cioè della sua camera-rifugio: in sua assenza, la madre, inorridita dal disordine, non resistette alla tentazione di togliere le bottiglie vuote che Matteo aveva ammassato sotto il letto. Ne rimase sconvolto e sollevò il "ponte levatoio". Mi disse che non era rimasto offeso dalla violazione dello spazio fisico, ma dal fatto che la madre, considerandolo pigro e sostituendosi a lui, si fosse mostrata preoccupata per il disordine materiale e non per la sofferenza emotiva che egli chiudeva dentro di sé (di cui il disordine materiale costituiva una sorta di concretizzazione, di rappresentazione artistica da biennale – che la madre, noncurante, aveva spazzato via). Fu duro arrivare a questa spiegazione, perché, tipicamente, Matteo trasferiva il sentimento di offesa direttamente nel rapporto con me e ogni crisi diventava inevitabilmente una crisi con me. Infatti, mio malgrado e con mio rammarico, riuscivo anch'io ogni volta a farlo sentire offensivamente frainteso o non compreso. Per molte volte si verificò, identica come un *cliché*, la stessa circostanza traumatica ricorrente: Matteo compariva in seduta mutacico, quasi completamente chiuso in se stesso, trasudante angoscia e diffidenza, mentre io, con il passare dei minuti e delle decine di minuti, sentendomi sempre più impotente e preoccupato, cominciavo ad abbozzare ipotesi su come si sentisse e sul perché si sentisse così. Egli ascoltava con espressione gradualmente sempre più attonita e, alla fine, si chiudeva definitivamente nel suo silenzio, traumatizzato. Erano poi necessarie numerose sedute di riavvicinamento per arrivare alla spiegazione dell'esperienza che aveva fatto: interrompendolo (nel suo silenzio) e mettendomi a parlare al posto suo lo avevo invaso, mi ero dimostrato (come la madre) incapace di comprendere il suo vero bisogno, insensibile al suo dolore e, oltre tutto, immemore delle volte precedenti, incapace d'imparare dall'esperienza fatta, ragione per cui, di nuovo, si convinceva di non potersi fidare di me, come di nessun altro al mondo. L'episodio culminante cui vorrei accennare si inquadra perfettamente in questo genere di contesto ripetitivo. Matteo era chiuso nel suo isolamento da due o tre settimane, dopo che un amico in visita lo aveva ripetutamente "preso in giro". La crisi con l'amico era subito diventata una crisi con il resto del mondo e, in particolare, con me. Questa volta però il clima mi era parso, fin dall'inizio, più pesante del solito. Per diverse sedute consecutive Matteo restò muto, esprimendo rabbia sorda e disperazione, abbandonando la seduta dopo 15 o 20 minuti, dato che non riusciva a reggere la tensione. Ricordo che, durante una di queste faticose sedute, osservando l'espressione contratta e truce del suo volto dopo mezz'ora di ostinato silenzio, pensai con spavento che forse stava per diventare pazzo. Non avevo la più pallida idea di come saremmo usciti da questa drammatica *impasse*, tuttavia, consapevole del paradigma ripetitivo che si era di nuovo così spietatamente concretizzato, decisi di resistere a qualsiasi tentazione di "aiutarlo", cioè di stimolarlo a verbalizzare, cosa che lo avrebbe fatto sentire definitivamente invaso. Un bel giorno, poco dopo l'inizio della seduta, mi accorsi che la mia preoccupazione era diventata, come dire, più teorica che realmente sentita, allora commentai la cosa ad alta voce nei seguenti termini: "Mi rendo conto che, data la situazione, io dovrei essere parecchio preoccupato, ma la realtà è un po' diversa, perché oggi non provo nessun disagio a stare qui con te, tacendo". Era la verità e vidi che Matteo, tirando un grosso respiro di sollievo, si rilassò alquanto e, incredibilmente, riprese il dialogo più o meno da dove l'avevamo lasciato un mese prima.

Che cosa era successo? Che finalmente mi ero fidato di lui. Non mi ero sostituito a lui e, sopportando il timore (che diventasse pazzo), lo avevo lasciato chiuso nel suo nascondiglio per tutto il tempo necessario. In questo caso, sembrerebbe piuttosto appropriata la teoria della cura sviluppata da Weiss: abbiamo creato uno psicodramma nel quale si è concretizzata la principale convinzione patologica di Matteo, quella che nessuno avesse fiducia nella sua salute mentale, e poi l'abbiamo smentita. Come nei casi precedenti, anche questa crisi è stata la peggiore e l'ultima della serie e ha dato seguito ad un cambiamento stabile: si è sciolta la diffidenza e si è creato un legame valido e collaborativo, di grande fiducia, qualcosa di cui c'era

assolutamente bisogno.

Discussione

La prima considerazione che sento il bisogno di anteporre a tutte le altre riguarda il fatto che, in tutti e tre i casi che ho presentato, la parte più importante del mio contributo, nel momento di soluzione della crisi, è stata quella emotiva. Vorrei anche sottolineare il carattere di *assoluta genuinità* della mia risposta emotiva. Mi sono trovato coinvolto in forme di psicodramma d'intensità quasi sopraffacente, spaventato dalla gravità delle situazioni e spiazzato dal precipitare degli eventi. A parte che non ne sarei mai stato capace (non credo di essere un attore così bravo), non riesco proprio a credere che se io avessi finto, o mi fossi sforzato di emozionarmi di più di fronte alla disperazione di Frank o di sentirmi tranquillo in relazione ai comportamenti di Caterina e di Matteo ciò avrebbe funzionato.

Ho descritto situazioni di crisi che rientrano probabilmente fra quelle che Freud, a discolpa del terapeuta, avrebbe denominato "reazioni terapeutiche negative": come dire che l'analista ha fatto bene il suo lavoro, ma, ciò nonostante, il paziente peggiora anziché migliorare. Sono situazioni caratterizzate da una dimensione psicologica di intensa drammatizzazione di angosce basilari e arcaiche e ciò le rende qualitativamente diverse da qualsiasi genere di "normalità" che ci aspetteremmo di trovare anche negli scambi emotivi che avvengono all'interno di una relazione d'aiuto così particolare. Mai come in queste circostanze abbiamo la sensazione di seguire il paziente fino in fondo all'inferno nel quale si trova imprigionato e, in verità, questo compito ci spetta, poiché esso caratterizza specificamente la psicoanalisi e la distingue dalle altre forme di psicoterapia. Tale inferno corrisponde al manifestarsi di veri e propri nuclei di follia. Così come sarebbe impossibile curare un delirio spiegando al delirante che la realtà non è brutta come lui la vede, risulta altrettanto impossibile uscire da un'*impasse* del tipo che ho descritto minimizzandola o restando fuori dal gioco. I fantasmi, che si attivano in questi casi, sono delle spaventose realtà per il paziente. Al sopraggiungere di tali angosce, che sono vere e proprie forme di panico, egli si sente spacciato e non gli servirebbe a nulla, anzi si sentirebbe abbandonato e potrebbe anche reagire infuriandosi se, da parte dell'analista, fosse fatto oggetto di una forma di partecipazione più distaccata. In questi casi, temo che la neutralità e il distacco dell'analista classico produrrebbero una spirale maligna e sono d'accordo con quanto sostengono Stolorow e coll. relativamente alla natura iatrogena della "reazione terapeutica negativa" (Stolorow e Atwood, 1992).

Inoltre, sono perfettamente d'accordo con Kohut, quando afferma: "Se l'analista è capace di *sopportare il calore*, se continua ad allargare la sua osservazione empatica anziché allontanarsi dal paziente dichiarandolo *non analizzabile* - come se questo termine connotasse una realtà oggettiva nella quale l'analista stesso non è incluso - potrà essere ricompensato dall'assistere al modo in cui un caso al limite diventa un disturbo narcisistico della personalità (cioè una nevrosi grave, ma analizzabile)" (Kohut, 1984). Soltanto che, in questi casi, credo che l'unico modo per "allargare l'osservazione empatica", cioè l'unico modo da parte dell'analista per mettersi nei panni del paziente e quindi nella condizione di comprendere le sue terrificanti esperienze emotive *dall'interno* della sua prospettiva psicologica soggettiva, sia proprio quello di lasciarsi coinvolgere, suo malgrado, nella poco agevole spirale di una circoscritta follia a due. In un precedente lavoro, ho sviluppato la tesi di una relazione di complementarità fra empatia e controtransfert (Lorenzini, 2004), qui però sto andando un poco oltre, perché, in sintonia con gli autori delle diverse scuole che ho precedentemente citato, anch'io mi sono convinto che la crisi sia non solo inevitabile (fallimento dell'empatia), ma, in certi casi, anche indispensabile nella terapia del paziente grave (accompagnamento nell'inferno di un nucleo psicotico).

Il crollo psicologico che dà inizio alla crisi sembra corrispondere, nella maggior parte dei casi, al crollo di una difesa primitiva, alla perdita traumatica di un'illusione, d'una idealizzazione di se stessi o del partner analitico, all'improvviso venir meno d'una speranza di onnipotenza, alla quale il paziente era aggrappato.

Tale crollo si verifica nell'impatto con i limiti della relazione, in quanto relazione con una persona reale, cioè con l'effetto inevitabilmente prodotto dall'analista in quanto persona reale, e quindi separato, diverso ed esterno rispetto al Sé del paziente. È inevitabile, per esempio, che si manifesti qualche forma d'inadeguatezza o d'imperfezione nello svolgimento di quelle funzioni di comprensione, di spiegazione e di sostegno del Sé, delle quali l'analista è stato incaricato. Così come è inevitabile che falliscano determinate strategie di controllo onnipotente o che, con l'importanza che viene progressivamente ad assumere il legame, entri in crisi la possibilità di mantenere un marcato ritiro emotivo. In analogia con la classica spiegazione freudiana che paragona la depressione alla condizione affettiva del lutto, potremmo arrivare a pensare che anche il paziente in crisi sta vivendo il lutto di una perdita ma, siccome non si tratta della perdita di un oggetto ma di una difesa onnipotente (Sé grandioso) o di un oggetto-sé onnipotente, possiamo capire come mai egli patisca spesso degli affetti simili a quelli di una grave ferita narcisistica, come la confusione, l'intensa vergogna, l'angoscia di annientamento e di frammentazione, e, in certi casi, la rabbia vendicativa.

Secondo la psicologia del Sé, la cura avviene attraverso l'esperienza ripetuta di "frustrazioni ottimali": il paziente passerebbe attraverso una lunga serie di mini-crisi e in questo modo interiorizzerebbe le funzioni psicologiche precedentemente attribuite all'oggetto-sé arcaico (onnipotente). Ma quello che rimane più difficile da capire, ed appare semmai in contrasto con questa teoria della cura, è un percorso fatto di episodi ricorrenti e ingravescenti, fino ad una crisi culminante che dovrebbe essere la più traumatica di tutte e che, invece, dà luogo ad una svolta terapeutica decisiva.

È forte l'impressione di un processo che si svolge nel tempo, o meglio che ha bisogno del suo tempo, sia per quanto riguarda la serie delle crisi, sia per quanto riguarda la dinamica di ogni singola crisi. Quando, dopo un tempo caratteristicamente prolungato, la risposta emotiva dell'analista sembra presentarsi all'improvviso come una chiave di volta, ciò potrebbe semplicemente significare che, improvvisamente, c'è una serratura nella quale, con un po' di abilità, non è difficile introdurre una chiave. È possibile che l'inconscio di Frank, inscenando lo psicodramma, abbia generato l'immagine del dolore (la pietà) di modo che io potessi riconoscerla e il Sé di Frank, rispecchiandosi nella mia risposta emotiva, potesse finalmente riconoscere se stesso? In altri termini, che il suo inconscio abbia predisposto le cose come un abile regista, allo scopo che Frank ritrovasse il proprio Sé? In effetti, ciò mi sembra non solo plausibile, ma anche altamente probabile. In questo caso, la serratura sarebbe comparsa *prima* della chiave. Matteo, la notte *dopo* lo sblocco ha sognato di essere stato a lungo rinchiuso in un *bunker* antiatomico. La catastrofe tardava, il tempo passava e, alla fine, dopo avere aperto qualche finestra, la gente si decideva ad uscire e Matteo scopriva che fuori dalla porta qualcuno aveva lasciato dei conigli e un neonato nella culla. Non penso che Matteo fosse in grado di simbolizzare lo stato autistico nel quale si era rifugiato, quasi uno stato protratto di "non esperienza"¹, prima che si verificasse lo sblocco improvviso durante la seduta che ho descritto. In questo caso, pare che la serratura si sia materializzata in risposta all'offerta di una chiave. Per quanto riguarda Caterina, il cambiamento ha avuto un carattere di *simultaneità*: quando mi ha telefonato, mi ha trovato tranquillo e penso che ciò sia stato determinante per il corso successivo degli eventi, ma lei stessa si era già calmata, dopo avere trovato il coraggio d'interrompere l'analisi. Volendo utilizzare la terminologia di Searles e di Seinfeld, perché, arrivati ad un certo punto della simbiosi terapeutica, è necessario regredire alla simbiosi ambivalente o alla fase senza contatto, per potere solo successivamente procedere nella via della guarigione? Si può forse rispondere che ciò accade per la necessità di fare emergere e di elaborare determinati nuclei psicopatologici precedentemente scissi. In mancanza di ciò, il progresso sarebbe soltanto apparente e si baserebbe su una patologia di falso sé, su una forma di compiacenza verso l'analista e non su un vero processo di guarigione.

Winnicott predisponeva per i pazienti gravi un particolare ambiente di *holding*, atto a facilitare e a contenere la loro regressione, cosa che per lui era molto faticosa. Egli aveva formulato un'illuminante

distinzione fra la madre che è capace di *fare* e la madre che è capace di *essere*, nell'accudimento del bambino: "*Essere*, unitamente a *identità tra il Sé e l'oggetto*, sono secondo Winnicott caratteristiche dell'elemento femminile presente in entrambi i sessi, mentre *fare* e *separatezza* sarebbero tratti dall'elemento maschile. L'elemento femminile (...) costituisce la base del senso di esistere e il fondamento del Sé. Se la madre non gli offre un seno che è, ma un seno che *fa*, il bambino tenderà a sviluppare una capacità deficitaria di *essere*" (Bacal e Newman, 1990). Sarebbe quindi in gioco, da parte del paziente, la difficoltà di regredire fino a quel modo di essere arcaico dal quale deve ripartire, se vuole realizzare il suo vero Sé. Ogni crisi sarebbe un tentativo di spingersi in quella direzione e ogni nuova crisi si avvicinerebbe un po' di più al compito necessario. All'analista, invece, si richiederebbe un'analoga "capacità di essere (se stesso)", soltanto in presenza della quale, come in presenza di un catalizzatore indispensabile, il paziente troverà il coraggio per riprendere il contatto con il proprio vero Sé.

Kohut ha definito l'empatia, nel suo aspetto attivo di metodo osservativo, "introspezione vicariante", cioè una forma vicariante dell'osservare, per cui, per contrapposizione, si potrebbe definire quest'altro indispensabile aspetto dell'empatia verso il paziente bloccato nella crisi, cioè la capacità di essere se stesso da parte dell'analista, come una "forma vicariante del sentire". Per esercitare l'"introspezione vicariante" l'analista compie un esperimento mentale: ascolta il paziente e ricorda o immagina alcune esperienze personali analoghe a quelle di cui sente parlare. In altri termini, ricrea *attivamente* nel proprio pensiero la rappresentazione di un'esperienza emotiva analoga e, successivamente, la porge in forma simbolica al paziente, nel tentativo di ricreare un po' per volta, entro se stesso, determinati aspetti del mondo interno del paziente, finché non ha luogo la cosiddetta "risonanza empatica" e il paziente afferma di sentirsi pienamente compreso. Ma tutto questo funziona, *finché le emozioni accettano di farsi rappresentare dai simboli*. Quando il mare dell'inconscio è troppo agitato e le emozioni sono così violente da urtare e squassare la fragile imbarcazione del Sé, il simbolo, questo duttile riflesso della realtà interiore, appare come un appiglio troppo elusivo e inconsistente. A questo punto, la seduta analitica si trasforma in psicodramma e le emozioni si presentano, inevitabilmente, in una forma agitata e concreta. La pesante richiesta che viene fatta all'analista nelle situazioni di crisi è quella di stare al gioco quando il gioco si fa più duro; proprio allora deve spogliarsi di ogni suo potere di ruolo e conservare il coraggio di essere semplicemente se stesso.

Questo "vero Sé in azione" sembra l'essenza del metodo utilizzato da Renik nelle situazioni di crisi e da lui denominato *self-disclosure*. Nel seminario romano del 20 novembre 2004, organizzato dalla SIPRe, Renik ha parlato di un caso che ebbe un'importanza cruciale nello sviluppo del suo metodo. All'inizio della professione, infatti, egli si trovò imprigionato in un'*impasse* con una paziente che avanzava richieste fusionali alle quali non sapeva come rispondere. La crisi si protraeva e ormai, pur dispiacendosi, pensava, sulla base del training e degli insegnamenti ricevuti, di dovere interrompere il trattamento, quando si risolse a parlare francamente delle proprie difficoltà e dei propri dubbi con la paziente stessa e questo ebbe il potere di sbloccare la situazione. Di lì è nata la sua convinzione riguardo all'utilità di "giocare a carte scoperte".

Mi sembra che Weiss, affermando la necessità del paziente di sottoporre l'analista a *test*, abbia proposto una spiegazione plausibile non solo dell'inevitabilità, ma anche della *necessità della crisi*, con l'unico limite che si tratta di una spiegazione molto pragmatica, utile nella pratica clinica, ma non del tutto soddisfacente in ambito di teoria della clinica.

Stolorow e coll. hanno elaborato il prezioso concetto di concretizzazione (*concretization*) e l'hanno messo in connessione con la gravità del disturbo del Sé, perciò sono andati più avanti nel comprendere le vere ragioni e il linguaggio della crisi: "Noi non teorizziamo il cosiddetto *acting out* sessuale o aggressivo nei termini di un *apparato mentale* difettoso e incapace di *controllare gli impulsi*, ma piuttosto nei termini del *bisogno di compiere degli agiti comportamentali allo scopo di puntellare un mondo soggettivo pericolante*"

(Atwood, Stolorow, 1984).

Esiste quindi un rapporto di proporzionalità diretta fra la gravità della condizione psicopatologica e la “necessità” dell’agito (e della crisi come unica via d’accesso per conoscere e curare gli aspetti peggiori del male). La comunicazione simbolica cede il posto all’agito quando il senso di sé vacilla, perché in questo modo si può prendere a prestito la solidità di elementi comportamentali o di percezioni sensoriali intensificate, allo scopo precipuo di sostituire con esse e di tamponare la perdita di coesione del Sé.

Può apparire suggestivo avvicinare la concretizzazione al processo della *simulazione incarnata*, messo recentemente in luce dalla ricerca neurofisiologica sui neuroni specchio. Si è scoperto, infatti, che determinati neuroni motori si attivano non solo quando compiamo i gesti che tali neuroni sono predisposti a innescare, ma anche quando *vediamo compiere* o immaginiamo di compiere gli stessi gesti.

Pare che la mente, al livello neurofisiologico, funzioni attraverso un’incessante processo di simulazione che ha il sistema motorio come base unica comune: “L’osservazione di un oggetto, pur in un contesto che con esso non prevede alcuna interazione attiva, determina l’attivazione di un programma motorio che impiegheremmo se volessimo interagire con l’oggetto. Vedere l’oggetto significa evocare automaticamente cosa faremmo con quell’oggetto. Significa immaginare un’azione potenziale: *l’oggetto è l’azione potenziale*. Le cose, gli oggetti acquisiscono la piena significazione solo in quanto costituiscono uno dei due poli di una diadica relazione dinamica con il soggetto agente, che di questa relazione costituisce il secondo polo” (Gallese, 2000). Possiamo forse intuire che l’indebolimento del soggetto agente, cioè del Sé, significhi, a livello neurofisiologico, un indebolimento o un’incapacità di organizzare determinate azioni potenziali, nelle quali si esplica la forza e la coesione del Sé. Ecco allora la necessità di reagire a questo venire meno, surrogando le azioni potenziali con azioni reali e, con esse, riguadagnare un certo tipo di presa sugli oggetti e (forse anche solo illusoriamente) rafforzare quel “secondo polo” dell’azione che è il soggetto agente, restituendo quasi per magia coesione al Sé indebolito.

Conclusioni

La crisi getta l’analista in una condizione gravosa, delicata e di grande responsabilità. Rifacendomi a Fosshage (2004), potrei dire che, in una prima fase della terapia del paziente grave, il mio tentativo di essere empatico in senso kohutiano (la prima delle tre modalità di ascolto di cui parla Fosshage) mette in moto un processo che è fatalmente (fisiologicamente) destinato a fallire. La crisi alla quale puntualmente si va incontro è una verifica sperimentale del fatto che la cosa (al di là di una certa gravità psicologica) risulta impossibile: l’empatia in senso kohutiano è un’idealizzazione di ciò che l’analista può fare, perché in realtà nessuno può provare emozioni (cosa indispensabile, d’altra parte, per ascoltare in maniera emotivamente partecipe e per restituire un’eco emotiva attraverso il proprio ascolto), senza essere personalmente (e imprevedibilmente) coinvolto e, quindi, *essere se stesso e non l’altro* della relazione (Mitchell, per esempio, esprime apertamente questa obiezione). Essere personalmente coinvolto, sostiene articolando più sottilmente Fosshage, comporta due livelli: diventare in maniera controtransferale l’altro del paziente (il “vecchio oggetto” di cui ha parlato Altman nel corso del seminario SIPRe del 2004) o, più autenticamente, essere se stessi: “prospettiva centrata sul sé dell’analista” (“nuovo oggetto” di Altman o self-disclosure di Renik). Il mio lavoro riguarda l’intergioco di queste diverse modalità di ascolto e l’effetto terapeutico che ne può derivare. Nella crisi, il paziente vive la disperazione del fatto che io non posso essere lui, cioè la necessità di rompere una simbiosi. Nella svolta si realizza una specie di morte e rinascita, avviene cioè una trasformazione psicologica, o una nuova delimitazione del sé nucleare, per usare il linguaggio della psicologia del Sé, per cui il paziente diventa improvvisamente capace di autoriflessione e di riconoscere e di accettare il fatto che io non sono lui, pur non essendo nemmeno il suo vecchio oggetto. Sulla base dell’esperienza che fa di me come oggetto nuovo, ricostruisce improvvisamente un senso di sé nuovo che gli consente di riorganizzare, in forma non più patologica, determinate esperienze emotive che non poteva

precedentemente integrare con il vecchio senso di sé che era mantenuto fisso nella ripetitività della relazione con il vecchio oggetto. Il punto cruciale perché questa operazione avvenga resta però difficile da individuare e vorrei che queste riflessioni stimolassero i colleghi a dibattere ulteriormente l'argomento. Lo sforzo empatico prolungato che io faccio seguendo Kohut porta il paziente a sbilanciarsi, nel senso di osare di vivere la sua illusione simbiotica (appassionatamente e disperatamente conservata nascosta nel suo intimo) che qualcuno possa finalmente essere lui. La strada che si imbecca in questo modo è inevitabilmente quella della ripetizione del trauma. Qualcosa però fa sì che nel momento massimamente (e giustamente) temuto dell'avverarsi della delusione traumatica non succeda realmente né l'avverarsi dell'illusione, né l'avverarsi della delusione, ma un nuovo modo di essere in relazione con l'altro e con se stesso e quindi un nuovo modo di essere se stesso e, per così dire, un nuovo Sé. Come riesce questa operazione? Dobbiamo accontentarci di credere che sia in gioco una forma di arte terapeutica, di sensibilità particolare che si sviluppa soltanto con l'esperienza e che consiste nel saper abilmente dosare i tre diversi elementi (empatia, oggetto vecchio e oggetto nuovo) in maniera terapeutica e opportuna e non in maniera dannosa e fatale, oppure possiamo sperare, col tempo, di arrivare a comprendere questo procedimento in maniera ancora più accurata e scientifica di quanto io non sia riuscito a fare, rendendolo più maneggevole e meno "eroico" da parte dell'analista che intenda impegnarsi nella terapia dei casi gravi?

NOTE

¹ Si tratta di un concetto che Ogden ha ripreso da Bion e utilizzato a proposito della terapia degli schizofrenici: "Il paziente schizofrenico in uno stato di chiusura psicologica di non-esperienza si è reso incapace di generare significati di qualsiasi tipo, compreso quello di esistenza vuota e senza senso" (Ogden 1991, trad. it., 1994: 23).

BIBLIOGRAFIA

- Altman N. (2004) *Il modello relazionale in psicoanalisi* Seminario tenuto a Roma il 5 giugno 2004, all'interno degli *Incontro-Confronto* organizzati dalla SIPRe.
- Atwood G. E. and Stolorow R. D. (1979) *Faces in a cloud. Intersubjectivity in personality theory* Jason Aronson inc., Northvale, N. J.
- Atwood G., Stolorow R. D. (1984) *Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Bacal H. A., Newman K. M. (1990) *Teorie delle relazioni oggettuali e psicologia del sé* trad.it., Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Ellenberger H. F. (1970) *La scoperta dell'inconscio* trad. it., Torino, 1976.
- Fosshage J. L. (2004) *I rapporti tra la psicologia del sé e la psicoanalisi relazionale*, *Ricerca Psicoanalitica*, 2: 135-176.
- Freud S. (1937) *Analisi terminabile e interminabile*, OSF, Boringhieri, vol. 11, Torino, 1979.
- Freud S. (1914) *Ricordare, ripetere e rielaborare*, OSF, Boringhieri, vol. 7, Torino, 1975.
- Freud S. (1920) *Al di là del principio di piacere*, OSF, Boringhieri, vol. 9, Torino, 1977.
- Gallese V. (2000) *Il senso dell'azione: un approccio neurofisiologico*, in *Le tattiche dei sensi* I libri di Montag, Manifestolibri, Roma.
- Grotstein J. S. (1983) *Some Observation on Selfpsychology*, in *The future of psychoanalysis* International Universities Press, Inc., New York.
- Hoffman I. (1998) *Rituale e spontaneità in psicoanalisi* trad. it., Astrolabio, Roma, 2000.

- Kohut H. (1984) *La cura psicoanalitica* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1986.
- Lorenzini A. (2004) *Il legame fra empatia e controtransfert: Kohut e alcuni orientamenti attuali*, Ricerca Psicoanalitica, 2: 177-192.
- Ogden T. H. (1991) *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica* trad. it., Astrolabio, Roma, 1994.
- Racker H. (1968) *Studi sulla tecnica analitica* trad. it., Armando, Roma, 1970.
- Renick O. (1993) *Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity* Psychoanalytic Quarterly, 62: 553-571.
- Renick O. (2004) *Desiderio e potere nell'intervento psicoanalitico* Seminario tenuto a Roma il 20 novembre 2004 all'interno degli *Incontro-Confronto* organizzati dalla SIPRe.
- Seinfeld J. (1990) *L'oggetto cattivo* trad. it., Astrolabio, Roma, 1995.
- Stolorow R. D., Brandchaft B., Atwood G. (1987) *Psychoanalytic treatment, an intersubjective approach* The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Stolorow R. D. e Atwood G. E. (1992) *I contesti dell'essere* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Weiss J. (1993) *Come funziona la psicoterapia* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1999.