

Daniela Galardi

Ricerca Psicoanalitica, 2006, Anno XVII, n.2, pp. 247-252.

SISIFO FELICE

di **Maria Zirilli**

2003, Franco Angeli.

Perché Sisifo è felice? Questa domanda intrigante mi ha accompagnato come *life motiv* nella lettura appassionata, discorsiva e personale dell'opera della Zirilli, psichiatra-psicoterapeuta che ha indirizzato il suo lavoro soprattutto alle *patologie di frontiera* quali la psicosi degli adulti e l'autismo infantile.

Il testo, attraverso le avventure della vita dei bambini dei genitori delle famiglie e degli operatori incontrati nel bisogno di cura e coinvolti dal legame di una relazione di amore terapeutico, dipana il percorso e la realizzazione di una felicità possibile per i soggetti implicati.

Nel rapporto che si instaura tra chi soffre e chi si fa carico della sofferenza e del bisogno, nel gioco - a volte misterioso e caratterizzato da "un piede dentro e uno fuori" (137) - del pensare comune (12) emerge un insieme di attitudini, di qualità relazionali, di forme di comunicazione che rendono evidente come il dono sia il presupposto della logica/tecnica terapeutica per non tradire la parte più importante di ciascuno: l'amore "di sé prima, o comunque sempre premessa, dell'amore per l'altro" (137).

Nella ricerca della felicità esistenziale per ogni persona, il bambino definito malato è *segno concreto e tangibile di uno scacco*: qualcosa si è interrotto; il "suo tempo" si è fermato, la relazione tra sé e le persone che lo circondano è dolorosa. E se la prima diagnosi di malattia è data al bambino dallo sguardo della madre (19) che insieme al padre lo "colloca nel mondo" definendone l'appartenenza, risultano semplicistiche anche se utili formalmente, le classificazioni tassonomiche.

Nel prevalere della disfunzionalità della dimensione somatica, sociale e/o simbolica, non possiamo dimenticare che trattandosi di bambini - soggetti in costante evoluzione - come sottolineano tutti gli studi e le ricerche dell'Infant Research, "più che di interruzioni e fratture si tratta di *deviazioni, rallentamenti, blocchi del percorso evolutivo* tali da indurre una *dis-regolazione* all'interno del processo con conseguenti *distorsioni evolutive funzionali* che investono il bambino nella sua interezza"(44).

In quest'ottica l'Autrice si è soprattutto interessata e presa cura dei bambini con diagnosi di psicosi infantile (0-6 anni) connotata dall'intera gamma dei disturbi disregolativi dello sviluppo (emozionale, cognitivo comportamentale) distinguendo all'interno di questa categoria il disturbo autistico primario, le cosiddette psicosi simbiotiche e i disturbi alimentari.

Il disturbo autistico più frequente ha un'insorgenza precocissima - primi sei mesi di vita - e si caratterizza per il ritiro massiccio dell'investimento dall'oggetto quale fonte di gratificazione; è un disturbo che appare inattaccabile e fa vivere il bambino, apparentemente sano, in una grave chiusura emotiva che lo rende sordo e insensibile; la psicosi simbiotica, invece, che si instaura dopo l'ottavo mese ed è conseguenza del fallimento totale e parziale delle procedure di individuazione/separazione, è più rara e più difficile da diagnosticare per l'instabilità emotivo-comportamentale che determina alternanze di fasi di regressione e di progresso nel periodo di osservazione e quindi difficoltà per la conseguente proposta di trattamento.

I disturbi alimentari molto rari nell'infanzia - rispetto alla più frequente insorgenza nell'adolescenza -

esprimono il radicale e drastico rifiuto del bambino della relazione con la coppia genitoriale; nonostante la drammaticità del quadro clinico potendo lavorare sui ruoli e sui significati del legame, si possono ottenere buoni risultati in breve tempo.

Con la sensibilità e la professionalità di chi è consapevole di cosa possa significare il prendersi cura di una persona malata, la Zirilli identifica il tempo delicato del *procedimento diagnostico* come il momento in cui si può e si deve costruire una relazione innanzitutto di compagnia, di chi si mette accanto e inizia a “dare parole” al sintomo.

Con i bambini, piccoli pazienti, ancora più che con gli adulti, il momento diagnostico è il tempo del contratto di responsabilità tra tutti i soggetti che interagiscono perché possa essere decodificata la domanda di aiuto, perché possano essere date parole ai bambini ai quali e per i quali si parla, ai genitori con i quali ci si confronta. Da subito si evidenzia come il parlare ai bambini il più possibile presenti di quanto riguarda loro stessi e parlare con i genitori e per i genitori aiuta e favorisce nei soggetti in relazione la riappropriazione della propria storia.

Nel panorama scientifico di ricerca sul bambino e della sua relazione con i genitori *in primis*, il lavoro della Zirilli si colloca a pieno titolo come esempio di un concreto percorso psicoterapeutico con bambini in gravi difficoltà. Il testo, infatti, raro nel suo genere e nella sua impostazione, svela e descrive i due volti reciproci e complementari dell'esperienza terapeutica: attraverso la narrazione della storia peculiare e unica dei bambini e del loro contesto familiare (genitori, insegnanti, caregiver, ambito familiare allargato e sociale in senso lato) si partecipa alla passione del terapeuta che sa cogliere e amministra la speranza dei soggetti implicati e si riflette sulla logica creativa della follia che si esprime nello stile, nel setting, nella capacità di “stare al gioco” dei soggetti implicati in un pensare e procedere in continua dialettica (25).

Ma, come sottolinea più volte l'Autrice nel rendere partecipe il lettore della sua lunga esperienza lavorativa, una buona relazione terapeutica con gli adulti schizofrenici e ancor più con i bambini psicotici può essere possibile solo attraverso un lavoro di gruppo non impostato sulle suddivisioni di compiti, ma concepito quale ambito di appartenenza e di riflessione, dimensione spazio-temporale di un pensare comune.

E qui mi sembra emerga la difficoltà e la risorsa dell'approccio terapeutico proposto nel testo.

La tecnica del prendersi cura viene, infatti, dedotta a posteriori dalla clinica grazie alle revisione sistematica delle registrazioni e dei videotape delle sedute all'interno del gruppo terapeutico che riflette sull'esperienza soggettiva - intesa come esserci ed essere per l'altro - per cogliere la molteplicità dei significati che ogni singolo individuo introduce nella relazione.

Nel rapporto circolare che si instaura tra ogni soggetto e il gruppo che riflette su quanto accade si può ricostruire la possibilità di un nuovo incontro, di un nuovo ordito.

Questa diversa concezione del “fare terapeutico” implica, quindi, la valutazione e la creazione di strategie adottate in funzione della loro reale aderenza ai bisogni del bambino in quel determinato momento della vita e la costante verifica di quanto accade nell'interazione perché si possa distinguere quanto fa parte della storia personale di chi cura e quanto è considerato il bambino/paziente come “ente in sé” (49) di cui prendersi cura.

Pensare il bambino con i propri desideri, sogni, bisogni e non come oggetto ri-compensatorio (20), bambino “bene” (81), bambino conteso, bambino programmato vuol dire guardare il bambino agente la ricerca della propria identità nel processo interattivo dinamico.

In quest'ottica mi sembra molto interessante e reale l'esperienza di dignità riconosciuta al piccolo paziente nel momento della comunicazione della diagnosi che contempla anche la decisione di occuparsi di lui e di come farlo.

La restituzione ai genitori da parte del terapeuta è, infatti, sempre e soltanto alla presenza del bambino stesso adeguandosi sul piano formale, “livellandosi” sul piano linguistico per “*restituirgli tutto*, ma proprio

tutto, quanto si è soggettivamente elaborato” (56). Per quanto piccolo possa essere, usando anche di un linguaggio a lui più prossimo, il bambino è sempre in grado di comprendere ciò che lo riguarda riconoscendo nel piccolo paziente compresenti due identità tra loro antitetiche (ibidem): una adulta potenziale implicita ed una infantile immatura ma strutturalmente in grado di capire.

Nell’esperienza della Zirilli il gioco, considerato come reale mediatore tra il corpo - che assume la forma del dolore di questi piccoli incapaci di trasformare in parole il trauma da loro vissuto - e la mente perché il mondo possa essere dal bambino rinominato e ricreato, ha permesso l’avvio del lavoro terapeutico con questi bambini incomprensibili.

“Mi stimolava l’idea di trattare i bambini come persone al di là di qualsiasi diagnosi e/o definizione di livelli di sviluppo, nonché la possibilità di assecondare la mia profonda inclinazione all’uso e al piacere della parola” (26)

La relazione psicoterapeutica con i bambini psicotici inizia giocando con loro, sempre in presenza del genitore (la madre soprattutto), attraverso la messa a disposizione della persona del terapeuta come strumento di interazione e non di osservazione. Gioco come evento, processo di prassi condivisa perennemente in fieri (64) perché si instauri nel tempo e con grande rispetto e capacità di ascolto da parte del terapeuta la possibilità di ristabilire con il bambino *“una produzione bilaterale di senso”* (64).

Invece del gioco *“attrezzato”* in cui viene privilegiata l’osservazione e l’interpretazione si propone al bambino l’uso e il piacere dei diversi linguaggi corporei per poter giungere all’uso e al piacere della parola in uno scambio di sguardi, di contatti e di conversazioni alla pari rispettando le regole della comunicazione fatta anche di attese, di silenzi, di ascolti, di grida, di risate...

Questo *“mettersi in gioco”* non è un far finta: nel testo si coglie come l’autenticità dell’esserci del bambino e del terapeuta permettono la co-costruzione di simboli, la creazione di un spazio variabile e nuovo di condivisione del proprio mondo interno.

Gioco come esperienza speciale, ma così naturale, che predispone al riappropriarsi della possibilità di un diverso modo di pensare e di essere pensati, di stare insieme da protagonisti, riscoprendo l’allegria premessa indispensabile perché si realizzi l’accesso al simbolico (11).

Un bambino privo di allegria anche se autonomo e fisicamente sano non è un bambino che sta bene; e i bambini troppo spesso rinunciano al poter ridere irrigiditi nel loro guscio di staticità e dolore. Quando al bambino nessuno ha tradotto in parole la grande sofferenza da lui sperimentata e si è vissuto solo con *“intense sensazioni di contatto”* (39), deluso dalla mancata sintonizzazione con l’altro da sé, si confonde, non sa più riconoscere l’oggetto desiderato, non è più felice perché non sa più godere di quanto ha intorno percepito *“troppo pieno”* ma *“troppo vuoto”* di senso.

Attraverso il gioco si instaura un dialogo a tre voci tra terapeuta che interagisce con il bambino e con il genitore che commenta, spiega e narra la sua storia. E in questa disponibilità a vivere insieme l’agire, i luoghi e i tempi del bambino, anche per i genitori, che si presentano spesso profondamente delusi dalla valutazione pronostica negativa ricevuta alla diagnosi grave del figlio, si prospetta il rilancio di una sfida e di una reale speranza.

Aiutati a *“ritradurre”* i bambini ai loro occhi, i genitori riacquistano la competenza del *“rimettersi in gioco”* con il proprio figlio, divenendo, come il terapeuta, *“il corpo che non usa e la voce che non emette”* (74), quasi obbligati essi stessi a *“venir fuori”* dallo scacco dell’immobilità del figlio.

Il *“pacchetto terapeutico”* proposto dal gruppo di lavoro, di cui il testo in esame è espressione e documento, esplicita la continua preoccupazione di coloro che si assumono la cura a non dar niente per scontato, tesi con creatività alla ricerca di quanto più rispondente al bisogno/desiderio del bambino.

Un terapeuta capace di giocare con il bambino - le cui sedute registrate diventano oggetto di supervisione nel gruppo per estrapolare strategie più adeguate con il bambino stesso - ma anche le terapie individuali familiari e/o di gruppo (66) in cui rielaborare anche con i familiari gli *imput*, i contenuti e i

significati emersi dal “giocare” con il bambino, definiscono questo particolare “laboratorio” tutto da inventare giorno per giorno.

E quanto più le strategie di intervento sono state intense e tempestive - al di sotto dei tre anni - quanto più l’esperienza terapeutica ha facilitato un miglioramento del benessere dei bambini e delle loro famiglie con il recupero anche del linguaggio, nel suo significato relazionale e semantico.

Ma perché Sisifo è felice?

Se è vero che chi soffre - come credo ed è convalidato anche dalla mia esperienza terapeutica - è agente della propria sofferenza e del processo di cura, anche chi cura è (o dovrebbe essere) consapevole della propria sofferenza e del proprio desiderio di curare.

Di fronte all’urgenza posta dalla domanda di aiuto a volte lacerante, il rischio, quanto più il grido è forte e assordante, è di un voler rispondere al bisogno dell’altro “facendo” senza permettersi di “riflettere” su quanto si fa e coinvolgendosi totalmente, con tanta buona volontà, nel desiderio di dare risposta e significato al dolore dell’altro.

L’autrice richiama i terapeuti ad “essere consapevoli e tener conto” della propria tensione desiderante (57) per sapersi mantenere “*al limite*” e “*sul limite*”, operatori “marginali”, di confine (137), che nel percorso terapeutico con adulti, bambini, adolescenti sono consapevoli di poter offrire il proprio *umile* contributo in un processo di cambiamento che - come per ognuno di noi - verrà portato avanti da altri.

Soprattutto il prendersi cura con amore e professionalità di persone con gravi patologie psicotiche rende evidente quanto il poter giocare “con un piede dentro ed uno fuori” nello spazio condiviso con il gruppo di lavoro utilizzando tutta la propria persona e tuttavia potendosi dare il tempo e la distanza per riflettere su quanto sta accadendo, favorisce - e mi sembra sia la condizione - la proposta di una vera libertà verso se stessi e verso i pazienti nel loro realmente essere considerati altro da noi.

Con gratitudine.