

Rivista  
del Centro  
Italiano  
di Psicologia  
Analitica

Istituto  
di Milano

# La Pratica Analitica

Rivista  
del Centro  
Italiano  
di Psicologia  
Analitica

Istituto  
di Milano

La Pratica Analitica - rivista annuale - nuova serie n. 6/2008-2009

- Redazione:* Cipa - Istituto di Milano  
via Donizetti 1/A - 20122 Milano  
tel/fax: 025513817  
e-mail: info.cipa@iol.it
- Comitato di redazione:* Rossella Andreoli, Giorgio Cavallari, Monica Ceccarelli,  
Susanna Chiesa, Silvia Di Lorenzo, Nadia Fina,  
Gianni Kaufman, Laura Vanzulli
- Sezioni della rivista:* RIFLESSIONI DI CLINICA JUNGHIANA, a cura di S. Di Lorenzo, L. Vanzulli  
I MODI DEL PENSARE, a cura di G. Cavallari, S. Chiesa, N. Fina, G. Kaufman  
INFANZIA E ADOLESCENZA, a cura di R. Andreoli, M. Ceccarelli  
RECENSIONI, a cura della redazione
- Segreteria di redazione:* N. Fina, G. Kaufman
- Direttore responsabile:* Angela Maria Frigerio
- Abbonamenti:* L'abbonamento alla rivista deve essere effettuato tramite un  
versamento sul conto corrente postale n. 38616462, intestato a:  
Associazione Vivarium, via Stoppani 12, 21014 Laveno M. (VA).  
- Abbonamento individuale € 12,00 (biennale € 22,00)  
- Abbonamento per Enti e Biblioteche € 15,00 (biennale € 28,00)  
- Abbonamento extra-Europa \$ 80,00
- Collaborazioni:* Si collabora solo per invito. Gli articoli e le corrispondenze  
vanno inviati alla Redazione. Per i contributi da pubblicare  
è richiesto l'invio tramite posta elettronica o su supporto  
informatico PC compatibile e su carta.  
La rivista presenterà ai lettori tutti i libri ricevuti che  
interessano il suo campo di studi e recensirà i volumi  
più significativi. È gradito l'invio regolare delle pubblicazioni da  
parte di autori ed editori italiani e stranieri

Registrazione Tribunale di Milano n. 468 in data 18/07/03

ISBN 978-88-95601-01-4  
© 2009 La biblioteca di Vivarium  
Milano, via Caprera 4

Ci ha lasciato il caro amico e collega  
**Gerolamo Crivelli**,  
redattore e cofondatore della *Nuova Pratica Analitica*.  
Vogliamo ricordarlo qui, con tutto l'affetto  
che gli portavamo, per la sua grande generosità  
e lealtà; per quanto apprezzavamo la sua passione  
professionale e il suo impegno civile,  
la sua benevola ironia, la sua ineguagliata capacità  
di ascolto, il suo rispetto per il dubbio  
ed il suo amore per la verità.  
Gli siamo grati per quanto di tutto questo ha saputo  
trasmettere a noi, ai suoi pazienti, ai suoi allievi.

Grazie Gerolamo.

*La redazione*



# Sommario

Editoriale	7
<i>Simona Vinci</i>	
Futuro	9
<i>Laura Vanzulli, Michela Adele Pozzi</i>	
SIB e adolescenza. Storia di una doppia terapia	13
<i>Giuseppe M. Vadalà</i>	
Il bambino che non volle morire. Un progetto di vita da un trauma infantile	37
<i>Maria Chiara Risoldi</i>	
Paura del futuro	57
<i>Daniela De Robertis</i>	
Alcune osservazioni sul tempo fenomenologico applicate al processo e alla cura analitica	79
<i>Simona Mazza, Dorella Scarponi, Ilaria Pugliesi</i>	
La diagnosi di malattia oncologica in età evolutiva	99
Autori	121



## Editoriale

Il sesto numero de *La Pratica Analitica* affronta i temi della paura del futuro nella società contemporanea, la vita senza progetto degli adolescenti di oggi, la narrazione del paziente in analisi come progetto di vita.

Nel contributo di apertura di Simona Vinci la vita senza futuro dell'adolescente è paragonata a quella degli *inuit* che, "intrappolati nei ghiacci", spesso non vedono altra via di uscita che l'autoestinzione.

Laura Vanzulli e Michela Adele Pozzi evidenziano che, in un contesto relazionale privo di rituali socialmente condivisi e legittimati, il corpo dell'adolescente diventa un rifugio in cui sperimentare, attraverso pratiche di *self injury*, il controllo onnipotente della propria appartenenza e della propria identità. Il trauma dell'ambiente assente e violento, che ha dilatato l'adolescenza di Angela bloccando il processo evolutivo, è ripreso nel caso clinico di Giuseppe Vadalà. La prolungata ospedalizzazione di Franco all'età di tre anni è stata l'esperienza traumatica che ha impedito la progettazione del futuro. Solo in età adulta l'analisi consente il recupero della fiducia nella vita.

Di taglio più generale, ma senza perdere di vista la coppia paziente e psicoterapeuta, è l'articolo di Maria Chiara Risoldi: la paura del futuro, che si concentra sul "male della guerra", porta con sé la paura delle cause di una guerra e, quindi, la paura del presente.

Secondo Daniela De Robertis, concepire il futuro come spazio del divenire significa riconoscere nel paziente un movimento progettuale, scoprire il suo bisogno, attraverso la relazione analitica, di conoscersi non solo per come è, ma anche per come potrebbe divenire. E questo lo aiuta a sviluppare le risorse latenti.

Simona Mazza, Dorella Scarponi, Ilaria Pugliesi presentano come problema della contemporaneità la malattia oncologica di un bambino. La comunicazione della diagnosi dà la sensazione che venga interrotto il ciclo della vita, le terapie invasive modificano l'aspetto fisico: solo dopo un anno di terapia il bambino e la sua famiglia possono riprendere a sperare e a vivere.





Come ci si deve sentire a essere un adolescente in un posto in cui non esistono cinema né teatri, negozi di dischi o di vestiti e l'unico luogo di ritrovo è una via di mezzo tra una cartoleria e una gelateria, un posto in cui non ci sono autobus, corriere né treni con i quali scappare da qualche parte, anche solo per cambiar aria un giorno? A Tasiilaq, distretto di Ammassalik, Groenlandia dell'est, per andare lontano si può partire solo con l'elicottero, se il tempo lo permette. Altrimenti, in inverno ci si sposta lo stretto necessario sulle slitte con i cani e le motoslitte, e in estate, quando a giugno arriva il break-up e il ghiaccio finalmente si scioglie, con le barche a motore. A Tasiilaq è come essere chiusi in una morsa: a sud-est il Mar Glaciale Artico ghiacciato che guarda l'Islanda e a nord-ovest la distesa dell'Inlandis, l'immenso corpo di ghiaccio che costituisce l'80 per cento della superficie della Nazione. Per andare a Nuuk, la capitale, ci vogliono un elicottero e due, tre ore di aereo. Attorno, certo, c'è la Natura, maestosa e incredibile, montagne meravigliose e mare ricamato da *iceberg* e isole di ghiaccio, ma si sa, agli adolescenti dei panorami non è che gliene importi un granché, a quell'età le cose pressanti sono altre e la Natura può rivelarsi di una noia micidiale. Eppure, in fondo essere adolescenti qui è come esserlo in qualsiasi altro posto, o almeno, ci si prova: si studia, si fa musica, si va ai *party*, si naviga in internet, si vedono dvd di film dell'orrore e *action movie* e ogni tanto ci si ubriaca e si fuma qualche canna. Tutto normale. È normale anche che in questa cittadina solo cinque o sei abitazioni, su millenovecentotre abitanti, abbiano l'acqua corrente e gli scarichi fognari in casa. Qui convivono passato e futuro, e in mezzo ci sta il presente, un po' confuso, a dire la verità. I ragazzi e le ragazze che escono da scuola portano i *jeans* e le cinture con le borchie, hanno i capelli tagliati a spazzola e ascoltano radioline portatili mentre camminano per le vie del paese. Non ho idea di cosa pensino, di cosa vedano. Si com-

## Futuro

Simona Vinci

prano *online* dvd e videocassette di film dell'orrore americani e film d'azione taiwanesi, tutta roba che non richiede una grande conoscenza della lingua inglese. Armi, violenza e sesso: questi gli ingredienti più ricercati. Poi si siedono davanti alla tv per imparare i dettagli di una vita che molto probabilmente non potranno mai avere. Per sognare di essere altrove, di essere qualcun altro, senza grandi speranze che il loro sogno si avveri. Già negli anni trenta del Novecento Nanuk l'Eschimese scriveva nei suoi diari dettati all'esploratore ed etnologo francese Paul Emile Victor: *“molti molti inverni fa, gli inuit vedevano molte cose che ora non si vedono più. Andavano in molti posti dove ora non vanno più (...). All'inizio, gli inuit, quando non erano ancora molti ad esser stati battezzati, stavano su una grande lastra luccicante come piombo fuso, e tutto quello che c'era prima era nascosto da questa lastra. Da quando siamo stati battezzati ci sono molti meno angakut<sup>1</sup> e idizitsut,<sup>2</sup> e vediamo molte meno cose di una volta”*.

1. Plurale di ANGAKOK: mago.

2. Stregoni maligni.

Di sciamani, e sciamane, pare che non ce ne siano quasi più. E quando moriranno gli anziani, nessuno li sostituirà. Eppure lo sciamano, da queste parti, era una figura fondamentale, che ricopriva molti ruoli: era maestro, era medico, era consigliere spirituale, psicologo, oltre che tramite tra il mondo degli umani e quello degli spiriti, tra uomini e forze della natura. Una società senza consiglieri, senza maestri, senza figure di riferimento depositarie di qualche sapere, è una società povera. Nessuno ha sostituito lo sciamano, né i preti, né i maestri di scuola, né i tre medici dell'ospedale: i ragazzi in un certo senso sono degli orfani. Non è un caso che questo sia uno dei luoghi con il più alto tasso di suicidi e l'età media più bassa. Lo scorso anno, nel distretto di Tasiilaq si sono uccise 19 persone. 17 erano ragazzi entro i vent'anni. Qualcuno qui sostiene che il problema sia esclusivamente l'alcool. Io invece ho l'impressione che questo problema nasca dalla mancanza di una visione del fu-

turo. Non c'è futuro: nessun futuro da sognare con la speranza che si avveri. Intrappolati nel ghiaccio, a cavallo tra due culture, gli *inuit* spesso non riescono a vedere altra via di uscita che l'autoestinzione. Non sono soli, in questa prospettiva nebbiosa e incerta, in fondo anche gli adolescenti occidentali, e tra questi i nostri ragazzi, i ragazzi italiani, danno l'impressione di essere appiattiti sul presente. Sfumata definitivamente la certezza di un posto di lavoro fisso e sicuro, di un rapporto di coppia e di una famiglia che ci siano per sempre, l'atteggiamento più a portata di mano è l'edonismo, l'ossessione per la forma fisica, per la moda, per la celebrità. Tutto e subito. Tanto il domani non si sa neanche se arriverà. Ma senza un'idea di futuro, senza un orizzonte da contemplare, da sognare, da accarezzare con la mente, ci si inaridisce e si diventa vecchi in fretta. I ragazzi di Tasiilaq intanto passeggiano lungo l'unica strada del paese, con gli scarponi che pestano neve sporca e ghiaia, e a me sembra che non alzino mai lo sguardo verso l'orizzonte bianco là in fondo, dove il golfo si spalanca nel mare, tanto – sembra che pensino – non c'è niente di particolare da vedere.



“L’adolescenza accade”<sup>2</sup> sospira la giovane terapeuta in supervisione, dopo aver terminato il racconto dell’infanzia un po’ troppo silenziosa di Lorenzo trascorsa tra una madre depressa alcolodipendente, una presenza che si è andata progressivamente devitalizzando senza mai sparire dai suoi pensieri, e la vivace famiglia della zia.

“Ma chi è... chi pensa di essere... chi vorrebbe essere... questo quattordicenne mingherlino e schivo, che continua ad aggirarsi senza amore attorno a una *madre morta*<sup>3</sup> mentre contempla la terra promessa dell’età adulta? Non fa altro che eccitarsi e ottundersi con l’alcool, il fumo, l’*ecstasy* o il *crack*, si taglia di continuo, conosce solo il rito del rischio e le false soluzioni di cui parla Winnicott.<sup>4</sup> Lorenzo chiede aiuto nel momento in cui mi rifiuta, spinto dalle frustrazioni o dalla noia oppure quando l’angoscia si impossessa del suo corpo. Si connette con la terapeuta, poi preme il pulsante ‘cancella’ e si libera di me, proprio come nelle relazioni virtuali. È imprevedibile, instabile, *liquido*...”

Modernità liquida,<sup>5</sup> scrive il sociologo Bauman nella sua analisi della società postmoderna occidentale. La liquidità corrisponde a un’identità apparente, ubiqua e multiforme, in cui un *nickname* o l’essere un *writer* piuttosto che un *cutter* sono sufficienti per dare un corpo all’adolescente, per conferirgli un’esistenza incerta e senza spessore, dal momento che manca il rapporto con il mondo interno.<sup>6</sup>

L’amore di sé non sembra essere un elemento di base dell’istinto di sopravvivenza, ma ha uno *status* diverso: amore liquido<sup>7</sup> scrive ancora Bauman.

“L’amore di sé potrebbe *ribellarsi* al perpetuarsi della vita. L’amore di sé potrebbe spingerci ad *ambire* il pericolo e a ricercare la minaccia. L’amore di sé potrebbe indurci a *rifiutare* una vita che non è all’altezza degli standard del nostro amore [...] perché ciò che amiamo nel nostro amore di sé è un

# SIB<sup>1</sup> e adolescenza. Storia di una doppia terapia

Laura Vanzulli  
Michela Adele Pozzi

1. Self Injurious Behavior.  
2. “L’adolescenza accade. Una prima volta, e molte altre ancora. Per tutta la vita”. Così D. Munari Poda (2003) parafrasa J. L. Borges, *L’invenzione della poesia*, Mondadori, Milano 2001.

3. È una *imago* che si forma nella psiche del bambino in seguito a un crollo depressivo della madre che, pur essendo fisicamente presente, è psichicamente assente, una *presenza morta*: “Si potrebbe dire che il soggetto conserva in qualche modo l’oggetto vivo dentro di sé, anche se l’oggetto è morto; ciò costituisce un attaccamento ‘vivo’ alla morte dell’oggetto”, cfr. G. K. Kohon (1999), a cura di, *La madre morta. L’opera di André Green*, La biblioteca di Vivarium, Milano 2007, p. 110.

4. D.W. Winnicott (1984), *Il bambino deprivato*, R. Cortina, Milano 1986.

5. Z. Bauman (2000), *Mo-*

*dermità liquida*, Laterza, Roma-Bari 2002.

6. Si delinea uno specifico stile di adolescenza (*Puer Aeternus*), in cui il problema principale non è la mancanza di realismo, ma la mancanza di realtà psichica. Cfr. J. Hillman (1967), *Senex et Puer*, Marsilio, Padova 1973, p. 54.

7. Z. Bauman (2003), *Amore liquido*, Laterza, Roma-Bari 2004, pp. 110-111.

8. "Samoa conosce un solo modo di vivere e lo insegna ai suoi bambini. Noi che conosciamo molti modi di vivere perché non dovremmo permettere ai nostri figli di scegliere liberamente?", cfr. M. Mead (1928), *L'adolescenza in Samoa*, Giunti, Firenze 2007, p. 203.

9. M. Benasayag, G. Schmit (2003), *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano 2004.

10. M. Benasayag (2004), *Contro il niente*, Feltrinelli, Milano 2005, p. 47.

11. A. Van Gennep (1909), *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 1981, p. 5.

proprio io degno di essere amato. Ciò che amiamo è lo stato, o la speranza, di essere amati. Di essere *oggetti degni di essere amati*, di essere *riconosciuti* come tali, e di ricevere adeguata *prova di tale riconoscimento*".

L'antropologa statunitense Mead<sup>8</sup> si è domandata quanto l'*incertezza* che caratterizza l'adolescenza sia un fatto naturale o sia, piuttosto, effetto di una determinata formazione culturale presso una specifica società. E, confrontandola con l'adolescenza in Samoa, conclude che la complessa società a cui appartiene l'adolescente in Occidente se, da un lato, sembra offrire la libertà di scegliere quale rivestire tra i molteplici possibili ruoli, dall'altro non fornisce gli strumenti educativi, formativi ed esperienziali necessari per comprendere, scegliere e crescere.

Da un altro vertice di osservazione, Benasayag e Schmit<sup>9</sup> rilevano un sentimento di *soggettività straniata* rispetto a un mondo in cui conoscenza e cultura sono merce tra le merci e la moralità è diventata una maschera per il piacere e per il potere. Nell'aumento vertiginoso delle richieste di aiuto psicologico per i giovani e per i loro familiari, caratterizzate dall'urgenza, da un senso di destabilizzazione o da una tristezza diffusa, Benasayag<sup>10</sup> verifica che "si cerca sempre più di *rimediare alle emergenze* senza avere il tempo di programmare e di pensare".

Famiglia e società non sono in grado di accompagnare il processo di transizione all'età adulta offrendo all'adolescente quel contesto protettivo e strutturante garantito, in altre culture o in altre epoche, tramite i *riti di passaggio*. Van Gennep<sup>11</sup> ci ha lasciato una delle più esaurienti descrizioni di questi complessi rituali in cui *separazione* dalla condizione precedente, *marginalità* rispetto al contesto sociale e *ingresso* nella nuova identità, sono i tre momenti che sostengono, sanciscono e legittimano il cambiamento evolutivo:

"nascita, pubertà sociale, matrimonio, paternità, progressio-

ne di classe, specializzazione di occupazione, morte. A ciascuno di questi insiemi corrispondono cerimonie il cui fine è identico: far passare l'individuo da una situazione sociale determinata a un'altra anch'essa determinata".

Ma iscrivere l'esperienza individuale in un ordine socialmente condiviso si accompagna al *rispecchiamento* che il corpo umano individuale offre al corpo sociale collettivo, in un rapporto di reciproca influenza. I protagonisti dei riti di iniziazione alla pubertà sociale<sup>12</sup> percorrono, infatti, stadi simbolici e fisici spesso cruenti (causa di cicatrici indelebili), finalizzati a porre fine allo stato precedente in una sorta di *uccisione della vecchia personalità*.<sup>13</sup>

"[...] si cambiano i vecchi abiti e gli ornamenti con altri nuovi e il corpo viene dipinto o mutilato. Infine, i partecipanti sono solennemente reintrodotti nella vita normale".

Ma cosa accade nei contesti collettivi multi-etnici, sempre più indefiniti sul piano identitario, della nostra società globale, che è anche la società tecnologica analizzata da Galimberti,<sup>14</sup> i cui criteri operativi sono standardizzazione, velocità, efficienza e adattabilità?

Gli adolescenti vengono colti di sorpresa dal *corpo che cambia* con accelerazioni improvvise della crescita, sia in altezza che in peso e il più delle volte in maniera disarmonica, una vera e propria "potenza straniera" che minaccia i valori e le precarie relazioni precedentemente costruite e che, come segnala Pietropoli Charmet,<sup>15</sup> può diventare la sede dei sentimenti di vergogna, "il prolungamento della mente al quale sono appese e ben visibili tutte le brutture del Sé", oppure può essere oggetto di un iperinvestimento narcisistico fino a diventare il luogo elettivo del sentimento di identità.

Di fatto, entrando nella pubertà, ragazzi e ragazze si rivolgono al proprio corpo in trasformazione manipolandone l'aspetto esteriore con abiti e accessori nuovi, tatuaggi anche vistosi, *piercing* o *branding*, ri-

12. "Sono riti di separazione dal mondo asessuato a cui fanno seguito riti di aggregazione al mondo sessuale, alla società ristretta costituita da tutti gli individui di entrambi i sessi e che interseca tutte le società generali e speciali". Cfr. A. Van Genep, *op. cit.*, p. 59.

13. M. Harris (1987), *Antropologia culturale*, Zanichelli, Bologna 1990.

14. U. Galimberti, *Psiche e technè. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano, 1999.

15. G. Pietropoli Charmet (2000), *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Cortina, Milano 2000, p. 141.



16. Secondo P. Carbone "l'intima necessità di una cesura profonda, di un rito di morte e resurrezione, che pure permane nella nostra cultura, è espressa [...] nell'immaginario collettivo, come testimonia quella forma letteraria volta all'adolescenza che è il romanzo d'avventura. [...] Il protagonista è un adolescente indotto da pressanti circostanze esterne a compiere un viaggio, di cui è trasparente il significato iniziatico, e da cui tornerà trasformato in adulto" e porta ad esempio il successo editoriale di Harry Potter. Cfr. P. Carbone (2005), *Adolescenze. Percorsi di psicologia clinica*, Ma.Gi., Roma, pp. 238-239.

17. La volontà è generalmente associata a valori positivi: "è bene avere una volontà propria, seguire il proprio indirizzo, resistere alla volontà altrui. La volontà si accompagna al fatto di essere un agente attivo, di farsi strada nella vita [...] spesso volontà è associata a potere, padronanza, ambizione, autostima". Cfr. M. Eigen (2001), *Legami danneggiati*, Astrolabio, Roma 2007, p. 19.

18. "Vediamo l'eccesso di colpa come patologico: colpa nevrotica o psicotica. Cerchiamo di ridurre la stretta mortale della colpa eccessiva, della colpa per crimini che non abbiamo commesso, della colpa che inibisce il Sé,

schiose restrizioni dietetiche, liposuzioni, *body building*, per renderlo conforme ai canoni estetici del contesto culturale/gruppo di appartenenza: menti e corpi in transito, in cui *il rituale*<sup>16</sup> *si concentra solo su aspetti decorativi, di superficie*.

Di fronte ad adulti che cercano sempre più strenuamente (e goffamente), spesso ricorrendo al bisturi del chirurgo plastico, di mescolarsi ai gruppi di *teenagers*, e a una progressiva posticipazione dell'assunzione di un ruolo attivo e produttivo nella società – indispensabile per il conseguimento di un'immagine di sé positiva, volitiva<sup>17</sup> e autoefficace – l'adolescente si trova in balia di vissuti di inadeguatezza, paura del futuro o sensi di colpa. Ma essendo questi sentimenti negati a livello collettivo<sup>18</sup> prima ancora che individuale, in quanto contrastano con il modello dominante di persona di successo (a tutti i costi!), l'adolescente si ritrova sguarnito di un alfabeto emotivo che gli consenta di interpretare, elaborare e integrare a livello soggettivo e contestuale i suoi vissuti.

E così accade che dal linguaggio dell'emozione e del sentimento passi a quello della *sensazione* e dell'*azione*, che si avvale di un codice corporeo idiosincratico e spesso autodistruttivo.

"IL MIO CORPO RACCONTA IL MIO DOLORE"<sup>19</sup>

Nella sua lunga esperienza clinica con adolescenti Pietropolli Charmet<sup>20</sup> ha verificato che:

"in nessun'altra fase dello sviluppo può succedere di amare o odiare con tanta passione il proprio corpo, né succede di usarlo con tanta devozione e competenza come luogo ove forgiare un proprio sentimento di identità o utilizzarlo come ambito su cui incidere i messaggi da inviare al mondo sulle rappresentazioni di sé che si stanno mettendo a fuoco".

Ma quando questa dimensione comunicativa viene meno prevale un comportamento autolesionistico

segreto e solitario, veicolo di *significati* importanti *solo a livello individuale*, in cui il dolore fisico serve a padroneggiare temporaneamente la sofferenza e l'angoscia di una transizione che confronta l'adolescente con la perdita, con l'indefinito e con il vuoto, che segna una nuova frontiera e va oltre gli aghi anestetizzati del *piercing* o il ronzio delle macchinette per i tatuaggi, recuperando coltelli, rasoi, forbici, qualsiasi lama affilata, in un vortice di violenza autodistruttiva, come testimonia una giovane adolescente nel film *Perversioni femminili*,<sup>21</sup> che si ispira a un caso clinico dell'omonimo saggio della Kaplan.<sup>22</sup>

L'acronimo SIB (*Self Injurious Behavior*) inquadra questi e altri comportamenti che provocano una "lesione deliberata del proprio corpo".

A partire dal lavoro di Menninger,<sup>23</sup> fino agli studi clinici più recenti di Yates,<sup>24</sup> appare con evidenza che non tutti gli atti di autolesionismo originano da un'intenzione suicidaria, ma possono veicolare un significato altro e specifico, spesso individuabile in un tentativo di auto-guarigione, in cui la lesione o mutilazione di una parte circoscritta del proprio corpo sostituirebbe il suicidio o l'autodistruzione psichica.

Pattison e Khan<sup>25</sup> hanno sviluppato un primo modello di classificazione clinica utilizzando tre dimensioni:

- SIB *diretto/indiretto*: il *self-injury* diretto, agito nel deliberato intento di farsi del male, si verifica in un breve arco di tempo nella piena consapevolezza degli effetti; nella forma indiretta (ad esempio, bulimia e abuso di sostanze psicoattive) è assente l'intenzionalità di provocare un danno fisico e il comportamento autolesivo si prolunga nel tempo, senza consapevolezza delle conseguenze

- SIB *letale/non letale*
- SIB *ripetitivo/non ripetitivo*.

Winchel e Stanley<sup>26</sup> precisano che il *self-injury* è sempre connesso con l'intento di provocare *dolore fisico*<sup>27</sup> senza la partecipazione di altri, in modo suffi-

che deforma, impedisce o perfino arresta il vivere [...] ma la colpa ha una funzione sociale utile. Aiuta a unire le persone [...] ci aiuta a modulare il modo in cui ci trattiamo a vicenda". Cfr. M. Eigen (2005), *Età di psicopatia*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 14.

19. La frase proviene da uno dei vari siti *internet* consultati: <http://gabriele.self-injury.net>.

20. G. Pietropolli Charmet, *op. cit.*, p. 133.

21. "Cosa ti scrivevi sulla gamba con la lametta ieri sera? perché l'hai fatto?" La ragazza, senza mostrare un minimo d'emozione, risponde: "Volevo incidermi odio nell'osso".

22. L. J. Kaplan (1991), "Mutilazioni", *Perversioni femminili*, R. Cortina, Milano 1992, pp. 185-223.

23. L'esperienza clinica di K. Menninger (1937), *Man against himself*, è riportata in M. Strong, *Un urlo rosso sangue*, Frassinelli, Milano 1999.

24. T. M. Yates (2004), "The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in post-traumatic adaptation", *Clin. Psychol. Rev.*, 24: 35-74.

25. E. M. Pattison, J. Khan (1983), "The deliberate self-harm syndrome", *Am. J. Psychiatry*, 140: 867-872.

26. R. M. Winchel, M. Stanley (1991), "Self-injurious behavior: a review of the behavior and biol-

ogy of self-mutilation", *Am. J. Psychiatry*, 148 (3): 306-315.

27. La sensazione dolorosa può anche essere talmente localizzata e racchiusa nella ferita che la zona dolorante si rende autonoma, *distaccata dal corpo oltre che scissa dalla mente*: il dolore non è nella ferita, è nel Sé.

28. A. R. Favazza, D. Simeon, "Self-mutilation", in E. Hollander, D. Stein (1995), a cura di, *Impulsivity and Aggression*, Wiley, New York.

cientemente grave da causare un danneggiamento dei tessuti, in assenza di intenzione suicidaria conscia e di comportamenti legati a pratiche sessuali sadomasochistiche.

La classificazione attualmente più condivisa è quella proposta da Favazza e Simeon,<sup>28</sup> che hanno distinto in tre categorie osservabili la vasta gamma di condotte riassunte nell'acronimo SIB in base al grado di *danneggiamento dei tessuti corporei* e al *pattern comportamentale*:

- SIB *maggior*: comprende atti relativamente infrequenti e isolati che provocano un danneggiamento dei tessuti grave e permanente (ad esempio castrazione, amputazioni parziali a un arto) e si manifestano, solitamente, durante stati di intossicazione da alcool e/o droghe o episodi psicotici acuti

- SIB *stereotipico*: si riferisce ad atti ripetuti in modo costante e ritmico, potenzialmente letali, privi di rimandi simbolici (ad esempio, battere ripetutamente la testa contro un muro), tipici di disturbi neurologici evolutivi quali autismo grave e sindrome di G. de La Tourette

- SIB *moderato/superficiale*: si tratta di atti episodici o ripetuti che comportano un lieve danneggiamento dei tessuti corporei, solitamente ricchi di significati simbolici (ad esempio, tagliarsi, bruciarsi, incidere lettere o parole, disegni o simboli sulla pelle di braccia, gambe, addome o torace, interferire con la guarigione di ferite precedenti, inserire aghi nella cute, strapparsi i capelli), riscontrabili in una grande varietà di situazioni cliniche, ma prevalentemente in soggetti che presentano un disturbo nel controllo degli impulsi, con o senza co-diagnosi psichiatrica.

Nel tentativo di esplorare i significati associati a questa terza ampia categoria, è stata proposta un'ulteriore suddivisione in:

- SIB *compulsivo*: ogni giorno vengono ripetuti più volte atti ritualizzati; nel DSM-IV-TR questo com-

portamento viene codificato come Disturbo del controllo degli impulsi

– SIB *impulsivo*: il soggetto si ferisce per alleviare tensioni intollerabili, riacquistando rapidamente un senso di padronanza e controllo; il *self injury* può presentarsi in associazione con Disturbi dell'umore, Disturbi dissociativi, Disturbi d'ansia e Disturbi di personalità (in particolare borderline, antisociale o NAS)

– SIB *ripetitivo*: la pratica autolesiva assume le caratteristiche di una preoccupazione opprimente per il soggetto, che si descrive come dipendente dal proprio comportamento fino a farne un criterio costitutivo della propria identità (“sono un *cutter*”); si sovrappone alla *repetitive self mutilation sindrome (RSM)*, che si manifesta nella prima adolescenza, persiste con andamento altalenante per alcuni decenni e può coesistere con disturbi del comportamento alimentare o da abuso di sostanze psicoattive.

I giovani pazienti riferiscono un aumento della tensione (*arousal*) prima del passaggio all'atto autolesivo e un immediato sollievo da un insieme di pensieri ed emozioni disturbanti, quali angoscia, rabbia, depersonalizzazione, senso di vuoto e di abbandono. L'autolesionismo viene organizzato in rigide sequenze di gesti predeterminati, che possono prolungarsi anche per ore; con il passare del tempo cresce in frequenza e intensità, a testimonianza dell'avvenuto instaurarsi di una vera e propria *addiction*.

“SOFFRO DUNQUE SONO”<sup>29</sup>

La descrizione delle varie tipologie di SIB dovrebbe prendere in considerazione, oltre agli aspetti fenomenici, la dimensione simbolica a lungo misconosciuta dai clinici, che le identificano come condotte suicidarie *tout court*. Secondo Favazza:<sup>30</sup>

“Suicide is an exit into death, but self-mutilation is a re-en-

29. D. Anzieu, riferendosi alle dolorose mutilazioni della pelle come “tentativi drammatici di conservare dei limiti del corpo e dell'Io, di ristabilire la sensazione di essere intatti e coesi”, adatta suggestivamente la massima cartesiana alla mancata o insufficiente integrazione dei due poli costitutivi dell'identità (mente e corpo). Cfr. D. Anzieu (1985), *L'Io-pelle*, Borla, Roma 1987, p. 33.

30. A. R. Favazza (1987), *Bodies under siege*, The J. Hopkins University Press, Baltimore and London 1996, p. 271.

trance into a state of normality. Suicide is an act of escape, but self-mutilation is a morbid act of regeneration. A person who attempts suicide seeks to end all feelings, but a person who self-mutilates seeks to feel better”.

Il termine *regeneration* evoca i riti di iniziazione all'età adulta attraverso il periodo adolescenziale in cui, nella nostra società, si colloca l'esordio sempre più precoce del SIB in particolare tra le ragazze, coinvolte 1,5-3 volte in più rispetto ai coetanei maschi.<sup>31</sup>

Alla ricerca di un significato simbolico di questo assalto al corpo è possibile risalire a una difficoltà nel passaggio dall'unità indifferenziata con la madre alla separazione-individuazione.<sup>32</sup> Il bambino è immerso in un bagno di stimolazioni e segnali corporei per lui indecifrabili e spetta alla madre conferire ad essi un significato, mediante il contatto a livello primariamente fisico tramite la *pelle*. Scrive Anzieu:<sup>33</sup>

“Le sensazioni cutanee introducono, fin da prima della nascita, i piccoli della specie umana in un universo di grande ricchezza e complessità, universo ancora diffuso che risveglia il sistema percezione-coscienza, che sottende un sentimento globale ed episodico di esistenza e che fornisce la possibilità di uno spazio psichico originario”.

Durante le cure quotidiane di una madre “sufficientemente buona” o “normalmente devota” secondo Winnicott,<sup>34</sup> che preludono a quelli che diventeranno scambi simbolici a livello linguistico, il bambino è tenuto tra le sue braccia e stretto al suo corpo di cui percepisce calore, odore, suoni, movimenti, tensione o rilassatezza, mentre viene accarezzato, massaggiato o lavato. Impara così, gradualmente, a differenziare una superficie che comporta una faccia interna e una esterna, un'*interfaccia*, che permette la distinzione del dentro e del fuori e un volume-ambiente nel quale si sente immerso: superficie e volume gli forniscono l'*esperienza di un contenitore*.<sup>35</sup>

Nel linguaggio del pensiero arcaico l'unione con la madre è raffigurata dall'immagine di una superfi-

31. T. M. Yates, in *op. cit.*, rileva un'associazione significativa tra SIB e disturbo borderline di personalità, che presenta lo stesso andamento epidemiologico con prevalenza nel sesso femminile.

32. M. S. Mahler, F. Pine, A. Bergman (1975), *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino 1978.

33. D. Anzieu, *op. cit.*, p. 24.

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

35. Anche nella teorizzazione di E. Bick risalta la funzione (o esperienza) della pelle come *legame, contenimento e delimitazione* delle parti primitive del Sé, che rimanda al concetto winnicottiano di *holding* e a quello bioniano di *contenitore*. Cfr. E. Bick (1975), “Ulteriori considerazioni sulle funzioni della pelle nelle prime relazioni oggettuali: integrando i dati dell'*infant observation* con quelli dell'analisi dei bambini e degli adulti”, *Rivista di Psicoanalisi*, 1984, 3, pp. 341-355.

cie comune ai due corpi, una pelle comune, la cui lacerazione è simbolica del compimento della separazione. Secondo Anzieu:<sup>36</sup>

“il riconoscimento che ciascuno ha la propria pelle e il proprio Io, non avviene senza resistenza e dolore. [...] Se le angosce vengono superate il bambino acquista un *Io-pelle* che gli è proprio, con un processo di doppia interiorizzazione: a) dell'interfaccia, che diventa un involucro psichico contenente dei contenuti psichici (di qui, secondo Bion, la costituzione di un apparato per pensare i pensieri); b) dell'ambiente materno che diventa il mondo interno dei pensieri, delle immagini, degli affetti”.

Possiamo immaginare l'angoscia che avvertono adolescenti con difficoltà nel definire la propria identità (fisica e psichica) nel momento in cui si sentono invasi o confusi con la realtà esterna, in quanto l'Io non è racchiuso/sorretto da solidi confini. In quest'ottica il SIB può essere letto come tentativo di appropriarsi di un corpo che è percepito come estraneo o non integrato: viene trattato brutalmente (ferito, trafitto, scarificato, affamato, oltraggiato) al fine di poter sperimentare la sensazione di esistere in quel corpo, di ripristinare un illusorio senso di coesione e di continuità nel tempo.<sup>37</sup>

Nei colloqui terapeutici con i nostri giovani pazienti (una netta minoranza degli adolescenti che giungono all'attenzione clinica rispetto a quelli effettivamente coinvolti in atti di *self-injury*) è possibile ritrovare *motivazioni interpersonali*, come ristabilire precisi confini tra sé e l'altro, comunicare – rendendo visibile col rosso del sangue che fluisce dalla ferita aperta – il dolore intrappolato dentro e non compreso dagli adulti, e/o *motivazioni intrapsichiche*, quali placare l'angoscia del “vuoto interiore”<sup>38</sup> o porre fine a un'opprimente sensazione di “troppo pieno”, cioè scaricare la tensione prodotta da emozioni negative non pensabili e non dicibili (spesso collegate a maltrattamenti o abusi precoci).

Questi adolescenti appartengono, il più delle vol-

36. D. Anzieu, *op. cit.*, p. 83.

37. È necessario distinguere fenomeni transitori, attribuibili alla fase evolutiva, da comportamenti che sottendono l'esordio di un disturbo di personalità. Cfr. O. Kernberg (1984), “La diagnosi differenziale nell'adolescenza”, *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino 1987, pp. 67-83.

38. Il vuoto è un'assenza che è stata vissuta senza essere stata sperimentata come mancanza nel momento in cui l'integrazione dell'Io non era in grado di inglobare questa esperienza. Può situarsi a livello delle *cure fisiche*: il vuoto, in questo caso, è localizzato nel corpo; ma le cure materne si concretizzano anche con le *parole*: il vuoto, che si spalanca nel momento in cui una voce o una parola era attesa come segnale di presenza o di rassicurazione, è alla base del cattivo funzionamento del pensiero.

39. P. Fonagy, M. Target, *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano 2001.

40. Un bambino maltrattato tende a difendersi dalla capacità di cogliere gli stati mentali e finisce per concepirsi in termini di realtà fisica: ritrovare la propria immagine nella mente del *caregiver* può, infatti, portare a scoprire rifiuto, ostilità, violenza.

41. P. Fonagy (1995), "Comprendere il paziente violento: uso del corpo e ruolo del padre", in P. Fonagy, M. Target (2001), a cura di, op. cit., pp. 249-271.

42. P. Blos (1962), *L'adolescenza: una interpretazione psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano 1972.

43. In quest'ottica la *Body Art*, con le cruente e affollatissime *performance* di Franko B., Gina Pane o Gunter Brus, ha usato il corpo come luogo dove reinscrivere nuovi codici simbolici o esprimere una denuncia sociale (da Louise Bourgeois a Regina José Galindo).

44. B. A. Van Der Kolk, J. C. Perry, J. L. Herman (1991), "Childhood origins of self-destructive behaviour", *Am. J. Psychiatry*, 148 (12), pp. 1665-1671.

te, a famiglie agiate e conseguono ottimi risultati negli studi, anche in risposta ad aspettative di successo che percepiscono negli adulti (genitori e insegnanti). Nelle storie di vita che raccontano si evidenzia una difficoltà specifica nel mentalizzare stati fisici o emotivi ed esperienze relazionali, a causa di un fallimento della *funzione riflessiva*,<sup>39</sup> che si acquisisce nel corso dello sviluppo nell'ambito di una relazione sicura di attaccamento.

Quando viene a mancare la possibilità di *trovare se stesso* come soggetto pensante e intenzionale *nella mente di un altro*, il bambino si imbatte in un'immagine di sé concepita in termini di realtà fisica<sup>40</sup> piuttosto che di stati psichici o mentali. Ne deriva un'incapacità di percepire, nominare, esprimere, regolare le emozioni (compresi gli amalgami complessi di emozioni e mutamenti negli stati emotivi, in se stessi e negli altri) e di controllare gli impulsi aggressivi.<sup>41</sup>

Dopo gli anni della prima infanzia, l'adolescenza viene considerata la fase dello sviluppo in cui la psiche compie il maggiore sforzo di integrazione tra mente e corpo. Blos<sup>42</sup> parla appropriatamente di un *secondo processo di separazione-individuazione* la cui meta finale è l'integrazione tra maturazione fisica e psichica, che consente di non utilizzare più il corpo dell'infanzia come mezzo per esplorare l'ambiente, bensì di viverlo come parte costitutiva della propria identità e come fondamentale veicolo di comunicazione con il mondo circostante.<sup>43</sup>

## IL RUOLO DEL TRAUMA

Lungi dal voler dimostrare una relazione causale lineare tra esperienze traumatiche infantili e pratiche autolesive in età evolutive successive, ci limitiamo a riportare alcune correlazioni stabili riscontrate nella letteratura più recente.

Van der Kolk *et al.*<sup>44</sup> evidenziano che bambini che

hanno vissuto esperienze di abuso psicologico e/o sessuale sviluppano *pattern di attaccamento disorganizzato*: l'incapacità di modulare le emozioni li porta ad attuare, in epoche successive, comportamenti interpretabili come tentativi di autoregolazione, quali autolesionismo e aggressività eterodiretta, disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze, condotte a rischio di varia natura (spesso compresenti nello stesso soggetto).

Non sempre, come abbiamo segnalato in un precedente articolo,<sup>45</sup> chi ha subito un trauma sessuale ricorda l'evento e le sue circostanze; a volte il *dolore del trauma* ri-sorge in maniera inattesa: nella *carne*, trasformato in un disturbo psicosomatico, o nella *coscienza*, trasfigurato in un'emozione opprimente come il senso di colpa o bruciante come la vergogna, o in un *agito* autolesivo puntuale.<sup>46</sup>

Glassman *et al.*<sup>47</sup> individuano quali *predittori* dell'autolesionismo un attaccamento di tipo insicuro, esperienze di separazione/perdita affettiva/morte di un genitore e diverse forme di abuso precoce. Jacobson *et al.*,<sup>48</sup> in un'accurata revisione della letteratura sul SIB nella popolazione adolescenziale, hanno incluso tra i fattori correlati una storia anamnestica segnata da abusi sessuali, con depressione, ansia, esperienze dissociative, ostilità e alessitimia.

Biondo<sup>49</sup> sottolinea il *dramma dell'ambiente assente*: se le azioni di esplorazione e ricerca di aiuto o protezione danno esito negativo, il ragazzo *perde la speranza* di essere soccorso e si rifugia in un isolamento disperato.

Lloyd-Richardson *et al.*,<sup>50</sup> in uno studio di meta-analisi in cui vengono indagate le modalità caratteristiche di funzionamento di un gruppo di adolescenti *self injurers* individuano, tra le cause scatenanti l'agito, la necessità di acquietare o porre fine a emozioni intollerabili non condivisibili.

Ci addentriamo ora nell'esperienza della cura e

45. L. Vanzulli (2004), "Ingannevole è il cuore più di ogni cosa", *La Pratica Analitica*, 2, pp. 17-83.

46. "Mi fa male" significa, in questo caso, che il dolore può essere circoscritto e una ferita sulla pelle è la prova tangibile che il dolore è reale.

47. L. H. Glassman, M.R. Weierich, J. M. Hooley, T. L. Deliberto, M. K. Nock (2007), "Child maltreatment, non suicidal self-injury and the mediating role of self-criticism", *Behav. Res. Ther.* 4 (10), pp. 2483-2490.

48. C. M. Jacobson, M. Gould (2007), "The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behaviour among adolescents", *Arch. Suicide Res.* 11 (2), 129-147.

49. D. Biondo (2005), "Violenza", in P. Carbone, *op. cit.*, pp. 211-233.

50. E. Lloyd-Richardson, N. Perrine, L. Dierker, M.L. Kelley (2007), "Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents", *Psychol. Med.* 37(8), pp. 1183-1192.



nelle difficoltà della relazione terapeutica.

La paziente è Angela, trentaduenne, madre di due bambini (maschio e femmina) in età scolare e insegnante in un liceo di Milano, la cui vita è descritta come un intreccio traumatico di *neglect*, di vuoti emotivi e di perdite, di violenze psicologiche, fisiche e sessuali.

La *repetitive self mutilation syndrome* della sua adolescenza può essere letta come un eccesso di difesa,<sup>51</sup> a causa di un difetto nella funzione di contenimento di emozioni e proiezioni, che ha prodotto stati di non integrazione e di de-vitalizzazione del Sé, ma anche come un tentativo di appropriarsi di quel corpo che la natura le ha donato e che lei non riesce a pensare/percepire come costitutivo della sua identità e del suo destino.<sup>52</sup>

Lorenzo<sup>53</sup> è il nipote adolescente che, come Angela, incide in profondità la pelle di braccia, gambe e torace, si ubriaca e si droga; il ricorso all'*acting*, preferito ai momenti elaborativi della terapia (non è in grado di introiettare la terapeuta come oggetto capace di contenimento), lo espone al rischio di cadere nella situazione senza via di uscita.

Durante il percorso analitico, costellato da immagini oniriche che attirano la sua attenzione e attivano il dialogo con l'inconscio, Angela diviene consapevole che Lorenzo è *quella parte di sé deprivata, offesa e senza speranza*, che continuamente si ritraumatizza e si imprigiona in rapporti sado-masochistici; comprende che deve relazionarsi con la propria adolescenza, dilatata dal risentimento nei confronti di chi non si preso cura di lei – e avrebbe dovuto e potuto farlo – e bloccata nelle potenzialità evolutive dall'odio dell'amore.<sup>54</sup>

Ma quando odio e aggressività entrano nello spazio transizionale della terapia affiorano angosce abbandoniche e di perdita. Sarà proprio il sentimento della perdita ad aprire la via per integrare l'esperienza di sé e, successivamente, elaborare la non esisten-

51. Il quadro clinico è complesso: rimanda al trauma cumulativo e alle qualità che rendono afferrabile e introiettabile il *caregiver* (vitalità, disponibilità e accessibilità affettiva, non ambiguità). Secondo E. Bick (articolo citato) un difetto della funzione di contenimento (che dipende dall'introiezione di un oggetto capace di contenimento) può evolvere, nel tempo, nella formazione di una *seconda pelle difensiva*, dura, insensibile e inattaccabile.

52. È la distinzione tra *Körper* (corpo fisico) e *Leib* (corpo vivente).

53. Si tratta dell'adolescente presentato in apertura a questo lavoro.

54. M. Hurni, G. Stoll-Simona (1996), *L'odio dell'amore. La perversione nelle relazioni umane*, L'Harmattan Italia, Torino 2004.

za dell'oggetto materno o di qualsiasi oggetto sostitutivo dentro di sé.

L'elaborazione del negativo (il vuoto, la non esistenza), la possibilità di ri-creare/ri-trovare l'analista nella realtà condivisa della terapia, di parlare con lei di *stati mentali*<sup>55</sup> e di scoprire la *realtà della psiche* la sotterrano nello sforzo individuativo e nel restituire a Lorenzo la speranza di essere accolto, compreso e amato.

#### SIMMETRIE E ASIMMETRIE

Angela si annuncia telefonicamente con un'insohlita richiesta di cura: "la cerco per mio nipote, cioè per me e per mio nipote... UNA DOPPIA TERAPIA".

Al primo incontro è il suo lungo corpo magro a prendere la scena: un sorriso e una stretta di mano (formali) prima di raccogliersi nell'ampia poltrona di fronte a me. La giacca del tailleur nero scivola dalle spalle scoprendo una fila ininterrotta di cicatrici bianche, residui di taglietti verticali, simmetrici e profondi (numerossissimi), che risaltano lungo le braccia abbronzate; la gonna stretta si solleva sulle gambe nude, dove il ricamo delle cicatrici è ancora più fitto.<sup>56</sup> Angela attende, in silenzio, di essere ri-conosciuta.

Confortata da un sorriso empatico, racconta che l'ingresso in famiglia del quattordicenne Lorenzo, che "come mia sorella è un abusatore di sostanze e, come me alla sua età, è uno *skin-cutter*", ha portato uno squilibrio in quell'armonia che credeva di vivere. A un'*asimmetria evidente* alla tavola quadrata dove ancora si vive il rito dei pasti fa da contrappunto un'*asimmetria nascosta*, profonda, tra lei e il suo compagno con cui, un anno fa, ha deciso di strappare il nipote ai servizi sociali. Ora si sente "sospinta da parte, un po' come mio figlio a tavola", con un improvviso e imprevisto calo di energia e di interesse.

Quella "felice simmetria" di cui Angela parla con

55. Ci riferiamo qui al *mentalizzare esplicitamente*, che prende la forma di una narrazione, alternandosi al *mentalizzare implicitamente*. Cfr. J. G. Allen, "Il mentalizzare in pratica", in J. G. Allen, P. Fonagy (2006), a cura di, *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna 2008, pp. 39-42.

56. È il corpo, per primo, a raccontare la sofferenza di Angela.

nostalgia si rivela, piuttosto, uno stato dell'Io caratterizzato dalla *scissione*, derivata e sostenuta dall'idealizzazione di Gianni, "uomo meraviglioso – padre meraviglioso – professionista stimatissimo". La scissione ha funzionato bene per anni, consentendole di evitare conflitti e di mantenere una relativa coesione del Sé.

Dai primi racconti autobiografici Angela dà l'impressione di essere una di quelle persone che non hanno mai conosciuto un oggetto buono (fors'anche a causa di un'invidia eccessiva) e reagiscono all'incapacità di possederlo idealizzandolo. Ma l'*oggetto ideale* è instabile e deve essere continuamente sostituito, come dimostrano le sue vicende affettive, bruscamente interrotte da attacchi di rabbia inappropriata e violenta. Anche l'Io appare diviso in due identità contrapposte: la prima valorizza ed esige una dedizione incondizionata ai valori e agli affetti familiari, mentre l'altra, incentrata su un *ideale dell'Io antitetico*, sollecita la liberazione da qualunque forma di vincolo affettivo, proponendole i valori seducenti e pervasivi della promiscuità sessuale e di un individualismo sfrenato.

Intuisco, dai frammenti sconnessi di una vita segnata dalle passioni, dalla delusione e dal rancore, una lunga storia inascoltata che si dipana in una geografia psichica in cui il Sud (rappresentante del passato) e il Nord (che coincide col presente) sono due mondi scissi, troppo distanti l'uno dall'altro, che Angela non sa far dialogare dentro di sé.

Sarà il primo sogno ad avviare la relazione terapeutica. "Fa differenza – scopre mentre racconta – il pensare e il parlare con se stessi... è bello parlare se c'è una persona che ti ascolta":

*“È notte. Siamo nella campagna di T. e percorriamo bianche stradine di campagna con una vecchia macchina, quasi girovagando: alla guida c'è uno zio di mia madre, al mio fianco siede sua sorella. Arriviamo a una casa: pomodori rossi per terra e ceste vuote. Io raccolgo in fretta i pomodori, voglio portarli via con me; li metto in una busta di*

*plastica. Poi ci ritroviamo in macchina e proseguiamo nel nostro viaggio... dal finestrino vedo altri pomodori rossi per terra”.*

La campagna di T. rappresenta, nelle associazioni di Angela, “un legame forte, viscerale, con tutto il rancore che riaffiora”. Quelle stradine riarse dal sole ri-svegliano in lei la sensazione di “un ricercare inquieto qualcosa o qualcuno”; la qualità percettiva del *colore rosso* dei pomodori lasciati a terra per le conserve, che raccoglie e porta via con sé, la turba.

La casa del sogno condensa spazi, colori e oggetti familiari: richiama la grande famiglia di T., la morte della madre e il suo successivo affidamento alla sorella di lei che, nel sogno, è seduta al suo fianco. Alla richiesta di parlare della madre affiora l'immagine scolorita di una giovane donna affaccendata e stanca, assorbita da un dolore segreto, un'assenza traumatica e prolungata di interazione affettiva: “non ricordo da quando la mamma non ha trovato più tempo per me, ma avevo l'impressione che neppure mi vedesse, che non esistessi più... poi è morta, a trent'anni, in un incidente stradale a T.”.<sup>57</sup> Angela cede a un pianto scomposto: “tutto *quel rosso* sulla strada... *quel sangue!*”

Anche il padre è morto, ma solo due anni fa. Angela ricorda la breve vedovanza, il rapido matrimonio combinato dai parenti e il trasferimento al Nord con i due figli, la bambina di neppure un anno. E proprio lei, che sognava di stargli accanto per tutta la vita, venne “*lasciata senza una parola* a T.”: un abbandono improvviso e imprevisto, *senza senso*, un'altra esperienza traumatica. La accolse zia Maria, la sorella minore della mamma, “l'altra mia madre, quella che ho tanto ammirato, che all'inizio mi aveva illusa con la sua intimità esigente e speciale... ma, in fondo, lei pensava solo a suo figlio!”, conclude con una risata sprezzante nei confronti di quella adolescente che si vantava con le compagne di scuola di avere *due mamme*, ma non si era mai sentita di nessuno.

57. Il disinvestimento affettivo della madre e la sua morte psichica, avvenuta ben prima della scomparsa fisica, è un atto di “uccisione senza odio”, scrive A. Green introducendo il concetto di “lutto bianco”, che traduce la perdita subita a livello narcisistico. Cfr. A. Green (1980), “La madre morta”, *Narcisismo di vita Narcisismo di morte*, Borla, Roma 1985, pp. 265-303.

E mentre richiedeva – con una provocatoria indifferenza nei confronti della vita, del dolore e della morte, *skin-cutting* ripetitivo, anoressia alternata a bulimia, dipsomania o assunzioni incongrue di farmaci che rubava dal cassetto dei medicinali, relazioni sessuali promiscue e non protette – che qualcuno si prendesse cura di lei in modo privilegiato ed esclusivo, Angela scappò più volte dalla casa della zia Maria; si oppose al padre quando, all'età di tredici anni, la richiamò presso di sé a M., ma, dopo un anno, fu costretta a obbedirgli. “E fu così che mi ritrovai in un'altra famiglia, in un'altra casa, con un'ingombrante matrigna sciatta, pigra, egoista, ad occuparmi di un fratellastro”.

A quattordici anni era alta un metro e settantadue centimetri e pesava trentasei chili: ogni volta che mangiava vomitava oppure si gonfiava la pancia con “il frizzantino” della cantina del padre; il *self-injury* era diventato quotidiano, *indispensabile*.<sup>58</sup> Odio, confusione, panico sparivano nell'istante in cui Angela incideva la pelle delle braccia e delle cosce con la lametta e divaricava la ferita sanguinante con le forbicine; allo stato d'animo insopportabile subentravano calma, razionalità, metodicità, concentrazione.<sup>59</sup>

La possibilità di raccontare, nell'*holding* coerente e stabile della terapia, l'aiuta a riconoscere e a discriminare emozioni e stati d'animo, a integrare la memoria con vissuti finora inaccessibili di frustrazioni intollerabili, a dare un senso di continuità alla sua vita.<sup>60</sup> La valorizzazione dell'intrapsichico, attraverso le immagini oniriche e le associazioni, le consente di prendere coscienza del vuoto affettivo dell'ambiente familiare, pur ricco di presenze e di madri. Angela giura che non tornerà più a T., dove sono sepolti i genitori, ma il movimento psichico inconscio la riporta sempre là, dove c'è solo dolore e rancore, “la perdita della mamma, il rifiuto di papà, *la perdita delle illusioni*”.

Angela ricorda che, all'età di sedici anni, dopo un breve ricovero ospedaliero (si era tagliata ai polsi),<sup>61</sup>

58. SIB ripetitivo.

59. La descrizione fa pensare a un'esperienza dissociativa, durante la quale Angela può osservare con distacco il proprio corpo ferito e prendere le distanze dal dolore (psichico prima che fisico).

60. Un racconto ben costruito possiede una *verità narrativa* che è reale e dà una spinta alla consapevolezza e al cambiamento.

61. Le richieste (negate) di aiuto sono caratterizzate dall'emergenza.

iniziò una psicoterapia che abbandonò a distanza di qualche mese. L'anno successivo si trovò ad affrontare da sola l'interruzione di una gravidanza rifiutata dal fidanzato, che stava scoprendo la sua omosessualità.

In seduta usa frasi del tipo: "lui mi ha uccisa", "da allora la mia vita è stata un continuo stupro", "ora lascio che gli uomini mi amino" e *si lascia amare* da chi si dimostra gentile con lei e cerca il piacere, anziché amare e sentirsi amata, per un senso di impotenza e di odio.

L'atteggiamento caratteristicamente ambivalente nei confronti di tutti, la *fissazione rancorosa al passato* e un bisogno inconscio di vendetta rappresentano nella mia mente una risorsa per aiutare Angela a ritrovare una dignità calpestata, per contrastare quello che lei percepisce come un destino di abbandono, di emarginazione (fors'anche per la sua "cattiveria"?), di inferiorità.

Le offro la possibilità di *sperimentare nel presente le illusioni narcisistiche*, che considero come un bisogno evolutivo insoddisfatto e come una strategia di legame nell'*hic et nunc*.<sup>62</sup> rapidamente (troppo) si instaura un intenso *transfert materno* in cui circolano dipendenza e significati positivi. Ma l'apparente devozione nei miei confronti si può trasformare, all'improvviso, in un atteggiamento denigratorio e collerico o in violente accuse.

Al secondo anno di analisi, Angela ritorna dopo la forzata interruzione estiva con questo sogno:

*"La mia terapeuta fa le pulizie in casa mia: c'è disagio, non ci guardiamo negli occhi. Io vorrei risparmiargliele per non metterla in imbarazzo. Lei è imbarazzata perché si rende conto di come ha dovuto adattarsi. Ma così è la vita..."*

Le associazioni sono interessanti dal punto di vista dei modelli operativi interni<sup>63</sup> e delle difese (intrapсихiche e interpersonali).

62. A sostegno di questa tecnica consigliamo S. A. Mitchell (1988), "Un equilibrio delicato: il gioco clinico dell'illusione", *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1996, pp. 184-212.

63. È un concetto chiave della teoria dell'attaccamento formulata da J. Bowlby negli anni sessanta/settanta: si riferisce alla costruzione, da parte del bambino in fase di sviluppo, di una serie di modelli rappresentazionali di sé e degli altri (IWM), basati su *pattern* ripetuti di esperienze interattive (positive o negative) immagazzinati nella memoria procedurale, che caratterizzeranno lo stile relazionale in età adulta. Cfr. I. Bretherton (1987), "New perspectives on attachment relation in infancy: security, communication and internal working models" in J. D. Osofsky, Ed., *Handbook of infant development*, New York.

All'immagine della casa Angela associa una casa ricca ma fredda, dove all'età di diciotto anni era *baby-sitter* a tempo pieno di due bambini in età pre-scolare; i genitori erano un medico impegnato nella sua professione e la moglie incinta del terzo figlio. Commenta sfidante: "Il secondo bimbo, di appena un anno, fu mio dall'inizio: sua madre non poteva o non sapeva occuparsene...". Nel silenzio che segue esplo- de il rancore contro le madri: "Perché tutte queste madri mi lasciano i loro figli? prima la matrigna, quando avevo solo quattordici anni, dopo quella signora, adesso mia sorella: me li lasciano e poi se li ripigliano!". La rabbia tiene a bada la colpa di essersi sbarazzata del suo bambino nella pancia.

Quando è possibile ritornare alle immagini del sogno, Angela legge scandendo le parole: "*Io sono la padrona e lei deve fare le pulizie in casa mia, ma fare la serva è un ruolo di inferiorità... forse significa che con me lei si deve adattare e anch'io, creda, trovo difficile accettare questa situazione*".<sup>64</sup>

64. Il sogno mostra la consapevolezza di questa necessità perché avvenga la crescita psicologica.

Dopo qualche minuto di silenzio esplora con cautela il campo relazionale: "Bisogna conoscersi bene, fidarsi, perché pulire una casa è un po' trovare di tutto, cose sporche o imbarazzanti... insomma, significa entrare nell'intimità di chi la abita". Prosegue il suo discorso con un avvertimento: non lascia mai sola la donna di servizio, lavora accanto a lei per controllarla più che per insegnarle ciò che deve fare e come deve fare e, in ogni caso, non le dà le chiavi di casa.

Nell'intento di arrivare ad afferrare il senso di quello che sta accadendo nello spazio transizionale della terapia, quali difese si stanno attivando e perché, commento: "Mi dice che non si fida, Angela, ma mi ha già dato il permesso di entrare in quella casa... che è anche la sua casa". Lei si irrigidisce: teme l'intimità almeno quanto la desidera e lascia in sospeso un assenso. Sono consapevole che la mia presenza può diventare un'invasione intollerabile perché nel suo mondo interno i confini che separano, produco-

no e difendono la differenziazione, sono estremamente labili.

Solo mantenendo l'attenzione focalizzata sui sentimenti mutevoli e sullo stato caotico che sperimento a contatto con le sue proiezioni, l'indicatore più sensibile di ciò che sta accadendo nella sua realtà intrapsichica oltre che nella realtà condivisa, arrivo a comprendere, tollerare, elaborare dentro di me l'angoscia che lei non può contenere.<sup>65</sup>

Lavoriamo insieme costruendo ipotesi interpretative, che poi riformulo e restituisco: "Questo suo farmi essere *quella che fa le pulizie in casa sua* potrebbe avere più aspetti: non significa solo che la padrona è lei e io sono la serva, ma anche che lei o si fida di me o mi controlla e, forse, un po' si può fidare e un po' mi deve controllare... ma c'è dell'altro: è come se lei, Angela, stesse cercando di *attirare il mio sguardo* su di sé o, meglio, sulle cose sporche o in disordine che sono dentro di lei".

La reazione alle emozioni emergenti è violenta. "Lei non capisce, non vuole capire! Quel bambino era un peso tremendo per me: aveva dei problemi, non parlava e non piangeva mai, attirava l'attenzione con modalità pericolose come quella volta che si è tagliato dappertutto con le lamette del papà... Era *tutto rosso di sangue* e non piangeva, ma ripeteva come in una cantilena '*guarda Angela cosa ho fatto, guarda*'... e io non ero in grado di prendermi cura di lui!". L'angoscia e il senso di impotenza connessi al ricordo dell'evento traumatico sono esasperati dalla ricerca di una mente in grado di contenere e trasformare l'aggressività proiettata. Io sono accanto a lei in silenziosa e partecipe attesa: pongo la mia mente e i miei affetti al servizio di uno spazio transizionale vitale, ma Angela fatica a trovarmi.<sup>66</sup> Solo quando l'aggressività comincia ad acquisire senso all'interno della relazione analitica,<sup>67</sup> dove finalmente può essere vissuta da lei come propria (e non più solo degli altri, "di chi le ha rovinato la vita"), le comunico che "posso capire:

65. È un esempio dell'uso terapeutico dell'identificazione proiettiva.

66. Winnicott dichiarò in una conferenza che "l'essere trovati e usati è forse il più grande complimento che possiamo ricevere per il nostro lavoro". Cfr. D. Winnicott (1968), "Sull'uso di un oggetto", *Esplorazioni psicoanalitiche*, Cortina, Milano 1995, p. 255.

67. L'aggressività e la distruttività hanno un ruolo importante nel costruire la realtà e la relazione condivisa. "La cosa essenziale è il sopravvivere dell'analista, nonché l'integrità della tecnica psicoanalitica", *ibidem.*, p. 247.



lei sta parlando dell'*angoscia incontenibile* che prova una creatura di appena un anno, la cui vita dipende dalla capacità dell'adulto di rispondere ai suoi stati emotivi e ai suoi bisogni" e concludo che "penso che anche lei si sia sentita, proprio come quel bambino che reclamava come poteva il suo *diritto di esistere*, ignorata, abbandonata a se stessa, impotente".

Sentendosi compresa e al sicuro, Angela può riconoscere che "gli altri possono anche spaventarsi, scappare via" e che "*forse lui lo fa apposta...*"

Proseguo con cautela, ma con determinazione: "... Forse lui/lei *ha bisogno di spaventare gli altri per tenere a bada il suo terrore*. In quella casa mancava la sicurezza non solo di essere amati, ma persino di essere visti... come si può non vivere *il terrore di non esistere* quando nessuno si accorge di noi e delle nostre esigenze?" L'intenzione è di restituire ad Angela quanto era prima per lei irrapresentabile e affettivamente senza senso.

Ma, esaminando la dinamica transferale, è evidente che Angela non cerca affatto di soddisfare quelli che immagino essere i suoi bisogni, anzi, li attacca e li evacua disconoscendoli. Comprendo che non posso essere per lei che l'*oggetto cattivo* (la madre distratta, il padre non protettivo, la zia sulla quale non si può contare, la matrigna egoista, ecc.) che *deve ancora odiare* per sopravvivere e per non smarrirsi. Solo accettando di rendere reale la sua proiezione, posso ritornare in contatto con lei *come soggetto* (terapeuta e serva), con la consapevolezza di una distanza necessaria e di una solitudine faticosa.<sup>68</sup>

A distanza di un altro anno, Angela racconta questo sogno:

*"Sono angosciata: stanno per arrivare i tedeschi! Mi trovo in un casolare e tengo per mano la più piccola dei miei figli: devo nascondarla; l'altro è con suo padre e lui saprà trovargli un nascondiglio.*

*Ma io, con questa bambina, che faccio? Guardo negli ar-*

68. Consigliamo la lettura di A. Green (1990), *Psicoanalisi degli stati limite*, Cortina, Milano 1991.

*madi, nel cesto della biancheria sporca... niente mi dà fiducia, mi sembra che tutto potrà tradirla. Già scorgo nel cortile qualche soldato tedesco”.*

L'elemento rappresentativo del maschile è sempre sopravvalutato in modo irrealistico o sottovalutato in modo altrettanto irrealistico (e non solo nei sogni). “I tedeschi sono potentissimi e spietatissimi” commenta. Ad Angela capita spesso di sognare *lager* e deportazioni, nazisti dallo sguardo di ghiaccio, violenze che vanno oltre la sfera personale, crimini da denunciare al tribunale dei diritti umani.

Attraverso le immagini oniriche è possibile arrivare al momento in cui fiducia e speranza vengono meno, alle origini dell'angoscia e del dolore che hanno spaccato il Sé. Angela recupera dal passato vivide scene traumatiche.

La prima risale ai suoi otto anni: “Mentre giocavo a nascondino con un compagno di scuola mi sono trovata nel garage con il cugino diciottenne; dopo avermi toccata dappertutto quel ragazzo mi ficcò quattro dita in vagina, io urlai di dolore e corsi confusa e piangente dalla mamma. Lei *vide tutto quel sangue* nelle mutandine: *senza guardarmi negli occhi né lasciar trasparire un'emozione o dare una spiegazione, me le tolse e mi lavò con l'acqua fresca. Non ne parlammo mai”.*

La scena successiva la riporta ai suoi dieci anni, a quei pomeriggi in cui era sola in casa dopo la morte della mamma e il fratello minore di papà la raggiungeva per aiutarla nei compiti: “Sentivo una morsa in gola quando lui arrivava, si strusciava contro il mio corpo e mi guardava con arroganza...”, Angela ne parlò con suo padre perché lo facesse smettere, ma “*lui non ha saputo proteggermi, non ha voluto parlargli e non ne ha più parlato con me”.*

Lo stupro e le molestie sessuali sono eventi traumatici reali. Impensabile/inqualificabile è il trauma provocato dalla trascuratezza, dall'abbandono, dal

69. “Le relazioni non sembrano reali senza danno e col danno diventano insostenibili” scrive M. Eigen, *op. cit.* p. 23.

70. Il motivo che fa scattare questo dolore che, propriamente, può essere chiamato *psichico*, non si localizza più nel corpo, abusato e torturato, ma nella consapevolezza dell'esperienza traumatica. Secondo J.-D. Nasio “il dolore psichico è una lesione del legame intimo con l'altro, una dissociazione brutale di chi è naturalmente portato a vivere insieme”. Cfr. J.-D. Nasio (1996), *Il libro del dolore e dell'amore*, Ma.Gi, Roma 2005, p. 63.

71. Secondo Jung “i simboli prodotti dall'inconscio devono, per diventare efficaci, essere *compresi* dalla coscienza, essere cioè assimilati e integrati. Un sogno non compreso rimane un puro evento, la comprensione lo trasforma in esperienza vissuta”. Cfr. C. G. Jung (1951), “Questioni fondamentali di psicoterapia”, *Opere*, vol. 16, Bollati Boringhieri, Torino 1981, p. 134.

soffocamento della reazione emotiva, dalla crudeltà del silenzio, dall'ignavia di *chi le ha dato la vita*: la sopravvivenza del Sé di Angela si colloca sullo sfondo di una minaccia di disintegrazione psichica. E, inevitabilmente, la sfiducia nell'aiuto e nella protezione dei suoi genitori è diventata la sfiducia in tutte le relazioni umane<sup>69</sup> e nella capacità di amare.

Uno degli ultimi sogni, che anticipa la conclusione di un'analisi durata cinque anni, suscita in Angela un “dolore immemorabile”:<sup>70</sup>

*“Su un letto c'è un minuscolo bambino, ha le dimensioni di un feto: è nudo, ha solo una camiciola, piange... sembra abbandonato, non ha nessuno.*

*Vicino al letto c'è zia Maria e accanto suo marito, ma sono lontani e non si curano di questo minuscolo bambino. Me ne curo io: lo prendo in braccio, lo accarezzo, lo proteggo”.*

L'immagine del “minuscolo bambino” la riporta a “una condizione che ha in sé i segni di una vitalità intensa e di una dipendenza assoluta”.

Un “dolore mai provato prima” che scaturisce dallo scenario abbandonico, di indifferenza e di deprivazione (di cure fisiche e affettive), la distoglie dal guardare ancora indietro, al suo passato. Angela, come mostra il sogno, è ora capace di *mentalizzare il suo dolore*. Nel contempo è in grado di comprendere che *questo minuscolo bambino è una realtà psichica viva dentro di lei e che lei deve e può prendersene cura*.

“Ho capito finalmente – dice guardandomi negli occhi – che cosa mi impediva di prendermi cura di me, di crescere, di essere libera di amare... il rancore, che mi teneva legata alla mamma e l'odio, che mi tratteneva come una testimone affranta dalla crudeltà degli uomini, *impedivano il contatto con la mia vita interiore*”.<sup>71</sup>

Lentamente si fa strada anche un sentimento di fiducia nella sua capacità di prendersi cura di Lorenzo che, come lei in passato, “non è mai contento, è ge-

loso dei miei figli e si ritira nel suo malumore... incapace di vivere il piacere di essere vivo, perché è con il negativo che lui continua a relazionarsi".<sup>72</sup> Gli spiegherà – abbracciandolo – che “una zia non può sostituire una madre, non può essere la madre e, come la madre, può non essere perfetta ma è in grado di capirti, di volerti bene e di aiutarti”.

Il modello operativo interno traumatico si va trasformando in modello d'amore.

72. Questa frase è coerente con l'osservazione di A. Green su pazienti che soffrono di un'identificazione primaria con la madre morta. Cfr. A. Green (1993), *Il lavoro del negativo*, Borla, Roma 1996.

**Abstract**

This paper explores the phenomenological, ritual and symbolic aspects of Self Injurious Behavior (SIB) and traces its origins and therapeutic goals through the case of Angela and the teenage nephew Lorenzo.

In Angela's history, due to violent traumatic events and caregivers' neglect, the body-self becomes a shelter where she can to experience a sense of containment, omnipotent control and safety. Pain as part of a physical reality stands for her as the last bulwark against madness, but remains dissociated and inassimilable, until it is accepted and turned into psychic pain by the analyst's mind.

Angela is finally able to recognize and have access to her mental states as reflected by analyst mind and thus to translate the drives language into the one of feelings and thoughts.

Communicating to Lorenzo the nature and meaning of his pain will allow her to take care of that idealized and rejected part of herself that she projected onto him, thus beginning the integration and individualization process.

Franco non ha ancora quarant'anni, lavora in una azienda tecnologica, ma il definitivo fallimento del suo matrimonio, seguito a breve dalla morte del padre, lo porta a chiedere un aiuto. Dopo la fine degli studi universitari (di indirizzo scientifico), e per vari anni, aveva intrapreso un'analisi, per l'incapacità di stabilire una sia pure fugace relazione sentimentale con una donna. La fine dell'analisi era stata seguita a breve dal matrimonio, celebrato con la donna con cui, per la prima volta, aveva fatto l'amore. Alla mia domanda perché non aveva pensato a riprendere il lavoro con l'analista precedente, Franco mi dice di voler dare una "svolta" anche alla propria consapevolezza di sé, così come "la sua vita era arrivata a una svolta nel corso degli ultimi mesi".

Franco è un uomo intelligente, colto (ha sempre affiancato, agli studi e al lavoro scientifici, la letteratura e un po' di filosofia), con una posizione lavorativa abbastanza buona anche se al di sotto delle sue competenze e capacità. Ma soprattutto sembra piuttosto limitato nelle sue relazioni umane: le dita di una mano sono troppe per contare i suoi amici (sia uomini che donne); nessuna compagna ora, dopo che la moglie lo ha lasciato.

Nel corso del nostro lavoro affrontiamo anche quelli che sono i suoi ricordi più antichi, relativi a una degenza ospedaliera di 17 giorni, a tre anni appena compiuti, per una polmonite. Franco è primogenito, e la malattia era stata preceduta da alcuni mesi di disturbi alimentari (inappetenza e diarrea), iniziati quando era nata la secondogenita della famiglia. Le immagini ricordate, depositate per decenni nella memoria cosciente come scogli immobili, non avevano mai subito alcuna modificazione o riflessione. Franco le tiene dentro di sé, e le offre ai selezionatissimi ascoltatori (i due analisti e la ex moglie) con un certo tragico orgoglio, quasi fossero il documento

## Il bambino che non volle morire

Un progetto di vita da un trauma infantile

*Giuseppe M. Vadalà*

della propria essenza, del proprio “essere-nel-mondo” (parole sue).

Nonostante l'importanza attribuita loro, le sei scene che nel prosieguo descriverò, e le elaborazioni su di esse, emergono durante il dialogo analitico in ordine sparso, sull'onda delle occasioni che di volta in volta si offrono. Quello che segue è il risultato dell'assemblaggio di frammenti sparsi, tratti da molte sedute nel corso di anni.

## PROLOGO

*Mi vedo bambino, illuminato dal sole, in un mattino freddo. Sto correndo verso mia madre, gioioso, con le braccia aperte, e sono con gli occhi di mia madre che mi vedo, come se io ricordassi il suo ricordo.<sup>1</sup>*

1. Mantengo la sintassi impacciata del racconto originale: quell’“[io] sono” piazzato in mezzo alla frase, un po’ slegato dal resto, ci serve a intendere che per Franco questo ricordo rappresentava il suo “essere”. L’“io” (non detto) ricorda il soggetto nascosto dell’enunciazione (*je*) secondo Lacan.

Nella rappresentazione che Franco aveva della propria malattia, questo episodio fungeva da evento causale della polmonite stessa: uscito in un gelido primo mattino, ancora caldo del letto, in pigiama, per correre dietro alla madre che andava al lavoro, si ammalò. Questo ricordo quindi non portava la connotazione “tragica” che avevano gli episodi seguenti, anzi gli appariva piuttosto gioioso, ma di quella gioia incosciente che fa precipitare gli eventi nella catastrofe. Nel corso degli anni, questa scena assunse per Franco un valore di monito: abbandonarsi alla gioia è evento foriero di sciagura.

Franco aveva naturalmente ben chiaro che non poteva trattarsi del ricordo di una sua propria percezione, e ciononostante non poteva esimersi dall'affermare con tutta la forza che questo ricordo, il più antico che aveva, era anche il più vivido. Era abbastanza evidente anche a lui che doveva trattarsi di una sua personale ricostruzione a partire da racconti della madre: ma a suo avviso questa spiegazione sembrava togliere qualcosa della “realtà” del ricordo. Cadde (giustamente) nel vuoto la mia osservazione, che era

piuttosto difficile immaginare un bimbo di tre anni (con una sorellina di pochi mesi) lasciato incustodito a casa, in grado di aprire la porta di casa e scendere alcuni piani di scale. Evidentemente il valore simbolico della scena era preponderante rispetto alla sua effettiva storicità "cronachistica".

Durante la sua prima analisi, l'episodio era stato interpretato come rappresentazione della captazione immaginaria del bambino nello sguardo della madre: l'Io di Franco si era formato nella struttura unitaria ma immaginaria che lo sguardo della madre gli aveva dato, e si era formato proprio nell'identificazione con questo sguardo (immagine). La prova, evidente, stava proprio nel modo del ricordo: l'immagine ricordata dalla madre era diventata l'immagine di Franco, la sua prima immagine.

Ora, fermo restando il valore fondativo di tale episodio, mi chiesi se non fosse possibile fornire una interpretazione avente una diversa accentuazione. Partiamo dalla espressione di giubilo con cui Franco si vede:

Non importa quali siano esattamente le domande;<sup>2</sup> la loro importanza non è tanto nel fatto di investigare il passato a causa di vecchi conflitti divenuti inconsci e che ancora ci turbano, ma piuttosto nello stabilire la continuità del Sé attraverso il suo rispecchiamento negli occhi dell'oggetto-Sé. [...] L'eccitazione sta nella conoscenza di *me, me, me*. Tu mi hai guardato, tu mi hai tenuto. Parlami di questo. È il me il punto importante: che io sia stato importante per te e che tu te ne ricordi e possa parlarne.<sup>3</sup>

È vero che lo sguardo della madre aveva fornito l'integrazione e la continuità del Sé di Franco, e questo provocava il suo giubilo (l'eccitazione): ma perché vedere in questo una fascinazione immaginaria? La prima analisi di Franco tendeva a sottolineare la traumaticità della malattia di Franco, in ciò allineandosi all'interpretazione dell'intera malattia data dalla madre stessa e, sulla sua scia, dal paziente stesso: una catastrofe che aveva irrimediabilmente rovinato la vi-

2. Domande che il bambino pone all'adulto: nel caso di Franco, sull'origine di sé, della propria malattia, del primo trauma.

3. H. Kohut, *Self Psychology and the Humanities*, Norton & C., New York 1985, tr. it. *Potere, coraggio e narcisismo. Psicologia e scienze umane*, Astrolabio, Roma, 1986: intervista del 26-02-1981 (ed. it. pp. 242-243).



ta successiva del bambino. Quello che ora si trattava di fare, ri-analizzando il trauma subito e la successione di episodi ricordati, era di stabilirne il valore strutturante e formativo per il Sé: Franco, negli anni successivi al trauma, aveva chiesto, ed ottenuto dalla madre, il suo rispecchiamento negli occhi della madre, che raccontandogli la scena del "Prologo" gli mostrava la propria preoccupazione per lui.

Si può anche vedere in questa scena, cioè nell'adeguamento (del ricordo personale) del paziente al racconto/ricordo della madre, il prototipo dell'acquiescenza (nel senso di Winnicott) al desiderio della madre: dunque il primo stadio di formazione di un falso Sé.

Senza negare il valore di tale interpretazione, e la sua efficacia rivelata nel corso della precedente analisi, anch'essa (come la prima, cui è in fondo analoga) manifesta un limite intrinseco: essa osserva i fatti unicamente dal punto di vista della madre, e naturalmente del figlio in quanto certamente acquiescente al ricordo (e desiderio) materno. La madre del paziente (peraltro dotata di elementari cognizioni psicologiche) intendeva col suo racconto al bambino, e per sua stessa ammissione, sottolineare il legame fra sé e il figlio, tanto indissolubile da essere anteposto alla vita stessa (infatti il figlio aveva rischiato la morte per restare legato alla madre).

Senza dubbio l'acquiescenza era stata la cifra del paziente di adattamento alla realtà, così come l'acquiescenza era stato il fattore terapeutico della prima analisi: infatti, l'acquiescenza all'interpretazione dell'analista confermava anche che l'acquiescenza al desiderio della madre era la sua unica possibilità di (soprav)vivere. Ciò che però restava non detto in questa interpretazione (che, ripeto, è vera a metà), è il *perché* di questa acquiescenza. Non si trattava solo di additare al paziente la debolezza della sua struttura soggettiva, che non aveva saputo trovare la propria individuazione.<sup>4</sup> Si trattava di ricostruire la strategia di so-

4. Il proprio destino, direbbe C. Bollas, *Forces of destiny. Psychoanalysis and human idiom*, Free Association Books, London 1989, tr. it. *Forze del destino. Psicoanalisi e idioma umano*, Borla, Roma 1991).

pravvivenza (come vedremo nelle prossime scene) e di ricostituzione del Sé, messa in atto da Franco nei decenni successivi al trauma. Per Franco si trattava, ora, di riappropriarsi del trauma come *sua* esperienza, creata, interpretata e superata per la *propria* individuazione. Ciò, fin dal principio, era avvenuto proprio adeguandosi alla visione della madre: il “potente bisogno primario di legami interpersonali”,<sup>5</sup> presente in ognuno di noi, rendeva necessaria questa strategia. Ma, questo è il punto, si era trattato di una *sua* strategia, non della madre.

Il momento interpretativo che funzionò come svolta si ebbe quando, all'ennesima mesta considerazione relativa all'immagine vista dalla madre, traspostasi poi “magicamente” nella sua mente, feci notare a Franco che, dopotutto, questa immagine l'aveva creata lui, sia pure, senza dubbio, seguendo il “brogliaccio” fissato dalla madre. Sembra (e lo è se la decontestualizziamo) un'affermazione banale. Ma essa ebbe l'effetto di sciogliere l'aura di gelida e stuporosa ineluttabilità con cui Franco rievocava il prologo del suo trauma. Da allora iniziò a tollerare il sospetto impensabile che questa scena fosse una *sua* creazione. Intendiamoci: Franco, anche per la sua formazione scientifica, non aveva mai pensato a una trasmissione telepatica. Ciononostante attribuiva alla madre una sorta di influenza fatale sulla propria mente, capace di “instillargli” la rappresentazione che poi si era cristallizzata. Ora invece acquisiva coscienza del proprio atto di amore e devozione verso la madre, che si era concretizzato nella *propria* creazione di una immagine conforme alle aspettative materne: un atto *personale*, una scelta soggettiva.

## PRIMO QUADRO

*È buio, sono disteso sul lettino dell'ospedale in cui sono stato ricoverato. Sono immobile, impossibilitato a muovermi*

5. S. A. Mitchell, *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*, Harvard Univ. Press, Cambridge (Mass.) – London 1988, tr. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato*, Bollati Boringhieri, Torino 1993, p. 99.

*perché legato al letto. Urlo disperato, che qualcuno mi aiuti, o forse ormai ho smesso di farlo. Vedo in fondo alla stanza, emergere nettissima dal buio, una striscia di luce, che trafigge da una porta, verso cui si dirige anelante il mio sguardo, ma da lì nulla viene.*

*Penso che devo scegliere: morire, o vivere. Vivere vuol dire: non aspettarsi più niente, non sperare più in nessuno.*

Non sappiamo se per regolamento ospedaliero, o per scelta, o per forza maggiore dei genitori, comunque la madre non passò accanto al figlio neanche la prima notte (ambedue i genitori lavoravano, impieghi molto modesti peraltro, e la madre aveva una figlia di pochi mesi). Franco pertanto, dopo mesi di progressivo scivolamento verso una depressione provocata dalla nascita della sorellina, manifestatasi per quanto ricostruibile soprattutto con disturbi alimentari, si era ritrovato da solo ad affrontare una situazione inaspettata e drammatica. Sull'essere legato a letto, Franco non aveva dubbi: purtroppo non sapremo mai se questa pratica medievale fu effettivamente applicata; certamente, e questo conta, Franco mantenne intatto per tutta la vita il senso di totale e insuperabile impotenza.

Il ricordo, vivido e fisso nella sua mente (come tutte le altre scene qui descritte) era intriso dell'angoscia e della disperazione più nere. Franco stesso dubitava che l'idea di morte potesse essere presente nel bambino di tre anni: a questo proposito però associava la morte dei nonni paterni, avvenuta quasi contemporaneamente pochi mesi dopo la sua polmonite; in particolare ricordava che aveva dovuto stare in piedi per ore davanti al catafalco della nonna, provando (così ricorda) una noia infinita a stare a guardare la nonna immobile.<sup>6</sup> L'insignificanza emotiva del confronto con la morte reale faceva dubitare ancora di più Franco (e me) che l'idea del "morire" fosse stata "proiettata" *après coup* da un Franco più grandicello sull'antico ricordo del primo quadro. Suggerii che quello che il bambino stava provando era cer-

6. Immobile come lui stesso nella notte.

to un terrore inesprimibile con le sue capacità di allora, ma che noi potremmo chiamare “follia”. L’osservazione colpì Franco, e subito gli fece associare che, dopo la morte dei nonni, il padre piombò in un grave episodio depressivo che lo portò, per un periodo imprecisato, in una clinica psichiatrica. Al che io aggiunsi che proprio la morte del padre lo aveva portato ora in analisi.

Chiesi a Franco perché “vivere” significhi “non sperare più in nessuno”. La risposta fu: “Sperare in qualcuno mi ha portato in un incubo, dove urlo nel buio senza ottenere nulla. Le sembra che debba insistere?” (Si noti l’uso del presente: Franco ribadiva di essere fermo esattamente a questo punto.)

È stato difficile per me sottrarmi al fascino tragico della scena, come era vividamente descritta da Franco: in effetti, pensare a questa notte solo come a una “metafora di danneggiamento”,<sup>7</sup> a prima vista e “di pancia” sembra non solo irriguardoso ma anche poco oggettivo nei confronti di uno sconfinato dolore e smarrimento reale. Se era evidente “l’esperienza di essere stati traumatizzati in modo irreversibile da eventi del passato”,<sup>8</sup> se Franco sentiva di essere stato “deprivato, ferito, ostacolato, avvelenato”, tuttavia ciò non avveniva, nella prima rappresentazione che egli ne dava, come effetto di un’azione genitoriale: non sembrava quindi implicare in alcun modo una matrice relazionale. Quando infatti durante l’analisi venne indagato il rapporto che quel bambino vedeva fra il prologo e il primo quadro, Franco rispose che si trattava della conseguenza automatica dell’esposizione al freddo; un rapporto di causa-effetto naturale: freddo => malattia. Ogni relazione umana era cancellata. Questa rappresentazione era proprio l’effetto e l’applicazione della deliberazione presa nel corso della notte descritta nel primo quadro: non c’è e quindi non deve esserci nessun altro, nessun altro all’infuori di me c’entra e quindi deve entrarci in questa faccenda.

7. Così ad es. Mitchell, cit., pp. 240-242.

8. *Ibidem*, p. 240.

Franco non concludeva, dal suo senso di danneggiamento, di aver bisogno/diritto di cure da parte di altri, o di doversi prodigare per la cura degli altri; al contrario ne deduceva la necessità di auto-isolarsi per proteggersi. Non venivano fissate configurazioni relazionali che servivano a preservare i legami familiari: venivano semplicemente abolite. Possiamo dunque dire che la reazione di solitudine di Franco era (ed era rimasta per sempre) una reazione maniacale al senso di depressione mortale da lui provato nel corso di alcuni mesi e culminato in quella notte in ospedale.

A questo però potrebbe obiettarsi che Franco in realtà mantenne relazioni con i genitori e col mondo sia immediatamente dopo la degenza in ospedale, sia per gli anni a seguire. Le mantenne difatti, e su questo lavorammo. Da una parte, Franco aveva costruito un senso interiore, e nascosto, di “non partecipazione” alla propria matrice relazionale: in questo senso, e solo in questo senso, possiamo dire che anche nel caso di Franco “la metafora del danno [del Sé] è un organizzatore dell’esperienza che ha un ruolo centrale nel mediare i legami con gli altri, reali e immaginari, passati e presenti. Il senso del danno è spesso l’elemento centrale della matrice relazionale dell’analizzando”.<sup>9</sup> Infatti, dall’altra parte, Franco richiedeva e otteneva compartecipazione al proprio dolore da parte della madre, la quale era al corrente della terribile notte passata da Franco, evidentemente perché lui gliela aveva raccontata. In tal modo, Franco aveva imbastito un sottile doppio gioco: fuori dalla matrice relazionale (“non spero più in nessuno”) e dentro (“dimmi che mi capisci”, detto alla madre).

Una difficoltà nel processo terapeutico fu la seguente: Franco da una parte aveva sempre attribuito la sua malattia alla “natura inclemente” (che aveva voluto punirlo del suo amore per la madre, mostrato nel *Prologo*), dall’altra si era assunto la responsabilità del “taglio” di ogni legame con gli altri. Certo (dice-

9. *Ibidem*, p. 241.

va) di nessuno era la colpa della malattia (se non del suo entusiasmo di bambino innamorato della mamma), solo sua era la colpa di non volerne più sapere degli altri: nessun altro aveva colpa. Ma qui era il nodo gordiano di Franco: l'assunzione della propria responsabilità nella costruzione delle proprie relazioni con gli altri (fattore ed esito terapeutico di per sé), ripercorreva proprio la strada dell'isolamento dalle relazioni con gli altri, e quindi il momento di per sé di guarigione ripeteva la configurazione morbosa, mantenendola intatta.

Il superamento di questo vincolo richiedeva l'approfondimento delle altre scene.

## SECONDO QUADRO

*La mattina dopo, mia madre e mio padre sono ai piedi del mio lettino, al di là della sponda; mi guardano preoccupati e cercano di parlarmi e farmi parlare. Supino, io taccio, immobile, guardandoli fisso, e provo l'orribile sensazione di essere immerso nei miei escrementi.*

Vediamo qui il primo effetto della scelta maniacale di non-relazione operata da Franco: i genitori sono al di là della barriera, nel "mondo di fuori", fuori dal mondo di Franco, che ormai è trincerato nell'ultima ridotta rappresentata dal letto.<sup>10</sup> Due sono le sensazioni predominanti: da una parte appunto la lontananza, la separatezza del sé dai genitori, i quali ormai per Franco sono "al di là" del suo mondo; dall'altra il senso di disgusto e orrore dei propri escrementi. Franco in un primo periodo del nostro lavoro attribuiva ai genitori un senso di impotenza, come se essi non *potessero* essergli vicini e aiutarlo; in seguito emerse un'accusa nei loro confronti, come se essi non *volessero* essergli vicino, il che era già stato mostrato dal fatto che lo avessero lasciato solo la notte prima. Questo secondo atteggiamento (considerare l'abbandono genitoriale come deliberato) fu facilitato dal mio

10. Franco per tutta l'infanzia fino alla preadolescenza considerò e fantasticò il proprio letto come un fortino o un nave da battaglia fluttuante in un mare tempestoso.

suggerimento che il primo potesse essere un tentativo giustificativo di Franco verso gli amati genitori (“Non è possibile che non mi amassero, erano solo impediti a farlo”); contemporaneamente il primo atteggiamento poteva essere una negazione della rabbia provata dal bambino nei loro confronti, rabbia cui sembrava alludere la quantità di escrementi in cui Franco ricordava di “nuotare”, rabbia che troveremo nel quadro successivo. Pur ammettendo queste spiegazioni, fu lapidaria la conclusione di Franco ad una nostra seduta, che “dovevamo anche considerare che quel bambino se l’era fatta sotto dalla paura”.

Ma la cosa più importante, su cui appuntai la nostra attenzione, era la torsione avvenuta nella rappresentazione del soggetto rispetto al prologo. Lì avevamo visto raffigurato il rispecchiamento grandioso del Sé negli *occhi della madre*: la grandiosità veniva espressa dal tono giubilatorio della scena, ma soprattutto la scena esprimeva letteralmente il fatto che il giubilo (e la strutturazione) del Sé era funzione degli *occhi della madre*, giacché il punto di vista della scena era quello della madre. Nel secondo quadro, invece, il punto di vista era quello del soggetto, era *soggettivo*: era sorta un’identità di sé tale da poter essere sostenuta dal soggetto. Il lavoro analitico quindi si indirizzò ad articolare questa effettiva nascita del Sé, coerente al suo interno e stabile nel tempo, con la visione che Franco aveva di questa torsione come catastrofica, dove la catastrofe era consistita nella scena descritta nel primo quadro.

Durante la sua prima analisi, era stata sottolineata la differenza degli attori presenti sulla scena: alla dualità madre-bambino, che si accompagnava a una preponderanza dell’elemento materno su quello soggettivo, era subentrata la classica triade edipica, in cui l’intervento del padre aveva operato il taglio<sup>11</sup> (“castrazione simbolica”) dell’Io dalla madre, fornendo la premessa per l’autonomia dell’Io. Ciò che Franco vedeva come catastrofe, era in realtà la ca-

11. Simbolizzato dalla sponda ai piedi del letto che separa irrimediabilmente i genitori da Franco.

strazione che aveva chiuso il suo Edipo.

Questa interpretazione ha certamente il merito di evidenziare la dinamica della strutturazione del Sé (simbolizzata come detto dalla torsione del punto di vista fra le due scene). Sembra però eccessivo il peso dato alla figura del padre, soprattutto perché nella scena della catastrofe (primo quadro) egli è assente, come la madre peraltro. Dunque mantenemmo la caratterizzazione delle tre scene come descrizioni della strutturazione del Sé, evidenziando altresì la scelta *personale* (certo indotta dalle circostanze drammatiche) fatta da Franco in quella notte cruciale. Il lavoro interpretativo cioè intese restituire ai pensieri di quella notte il valore che *in nuce* Franco non aveva mai cessato di dargli: un valore di *nascita* del Sé, di inaugurazione della propria identità nel senso di coesione strutturale e continuità temporale. D'altra parte, il lavoro analitico non mancò di evidenziare come questa nascita avvenne con una coloritura affettiva negativa della rappresentazione del Sé: una coloritura oscura simbolizzata dal colore nero che pervade l'intero primo quadro. Non dimentichiamo, infatti, che il Sé si era strutturato come reazione maniacale e aggressiva nei confronti dell'ambiente frustrante. Questa negatività aveva finora soffocato, nella rappresentazione che se ne faceva Franco, il valore positivo che pure aveva la nascita che si è detta.

### TERZO QUADRO

*Bambini giocano intorno a me, fanno chiasso e si divertono. Io (in piedi, o seduto) me ne sto rintanato nel mio lettino, le cui sponde sono alzate. Osservo gli altri non osando né sprezzare né desiderare la loro compagnia. Né io né loro sembriamo molto malati, benché ci si trovi tutti in una stanza d'ospedale.*

*A un certo punto una bambina si avvicina a me, mette le mani sulla sponda e fa per tirarla giù, forse riuscendoci.*



12. La prima analisi, svolta su un lettino a differenza della seconda, aveva anche elaborato il parallelismo fra le due situazioni.

*Prontamente assesto un morso alla mano sacrilega.*

Seconda modalità maniacale di rapporto col mondo. I genitori sono scomparsi, lasciati indietro, e Franco si volge al mondo esterno... per non averci niente a che fare. Resta infatti dentro al lettino,<sup>12</sup> e con la sponda alzata; il morso alla bambina, anche se Franco non lo diceva chiaramente, era per lui un “atto dovuto”: come si permetteva alla sacrilega di penetrare le sue disperate e dolorose difese?

Franco ricorda di aver sempre considerato questa scena come emblematica del suo rapporto col mondo degli altri al di fuori della famiglia: se il primo quadro rappresentava il pensiero di abbandono, delusione, rabbia e rifiuto di tutti gli altri, il terzo quadro ne rappresentava l'effetto, in relazione sia agli altri umani, sia a quell'altro particolare che era la donna in rapporto con lui. Riguardo a *questa* donna, Franco ora riteneva che *la* bambina della scena rappresentasse la sua *unica* donna, quella con cui aveva fatto l'amore e che aveva sposato dopo che *lei* per prima si era mostrata interessata a lui (cioè, diceva Franco, “mi aveva corteggiato”, aveva “abbassato la sponda del lettino”); quella che lui, dopo averla fatta entrare nel proprio sacrario, aveva ferito (“con la mia indifferenza, il mio privilegiare il lavoro, la mia scarsa affettuosità”), finché lei era fuggita (si era innamorata di un collega). Franco trovava perfettamente prefigurata nel terzo quadro la sua (unica) vicenda sentimentale, e riteneva con ciò confermato per l'avvenire il suo fato di isolamento sociale e sentimentale; l'unico dubbio era se mai si sarebbe ripetuta una relazione con una donna, con le stesse modalità descritte dalla scena del terzo quadro e già concretizzate una volta.

Proprio qui focalizzammo la nostra attenzione: se Franco, come affermava, era sempre rimasto in modo orgoglioso (e angosciato) distaccato dal mondo, perché *questa* scena, che dovrebbe rappresentare tale distacco, rappresenta lui stesso proprio in mezzo a

questo pericoloso mondo? E ancora: se il morso alla bambina rappresentava il suo rifiuto maniacale e violento del contatto con l'altro sesso (come Franco e la sua prima analisi avevano sempre e dettagliatamente sostenuto), perché *questa* scena rappresenta proprio *lui e gli altri, lui e la donna*? Suggestii cioè a Franco che quella non era propriamente una non-relazione, ma una relazione in cui lui rifiutava il contatto con gli altri per provocare questo contatto stesso, salvo poi colpire duramente la malcapitata.<sup>13</sup> Fu grazie a un tale ordine di considerazioni che si fece progressivamente largo nella mente di Franco questa percezione: il suo trauma, pur non essendo una semplice "metafora" (vedi sopra), era *oggi* (e da sempre) l'organizzatore liberamente scelto (nel contesto di una situazione drammatica che richiedeva scelte radicali) del proprio campo interazionale, che tessendo insieme passato, presente e futuro gli consentiva di tracciare i percorsi di collegamento con gli altri in modo familiare e sicuro,<sup>14</sup> per quanto doloroso.

13. Analogamente a quanto detto sopra, relativamente alla relazione con la madre.

14. Mitchell, cit., p. 242.

#### QUARTO QUADRO

*Da un'infermiera vengo portato subito dopo (ed in conseguenza del morso) da un dottore che, in una stanza in penombra, mi osserva, lui seduto e io in piedi. Ha un disco di metallo sulla fronte, e con quel disco mi scruta. Attorno a me tutti gli altri bambini fanno da spettatori, e con orrore riferiscono al dottore il mio crimine.*

Qui Franco vedeva la *némesis* del suo comportamento aggressivo: l'atto sanguinario con cui aveva respinto l'attacco della bambina, era stato riferito ai "potenti" dell'ospedale (le infermiere), che avevano portato il bambino ad essere esaminato e giudicato. Franco ricordava vagamente il nugolo degli altri bambini urlanti intorno a lui, che aizzavano l'infermiera contro di lui, che li accompagnavano, circondandoli, in cammino verso la visita, e che restavano a

vociare come un coro greco (così diceva Franco) intorno a lui e all'otorinolaringoiatra.

La cosa che più impressionava ancora oggi Franco era lo specchio frontale che, come un terzo occhio luminoso e penetrante, col suo raggio gli entrava dentro per scrutarlo senza che lui potesse nascondere nulla. Per lui si trattava di un monito perenne: "stai attento a come ti comporti, non potrai nasconderti e dovrai pagarne le conseguenze". Inutile dire che l'otorino era stato interpretato, durante la prima analisi, come raffigurazione di un Super-Io intrusivo e punitivo.

Anche qui, l'interpretazione è ineccepibile. Ma essa, almeno nell'autocomprensione di Franco, restava statica, senza efficacia terapeutica: Franco cioè, di questo Super-Io, non sapeva che farsene, se non per confermare il monito suddetto. Quello che cercammo di fare, sfruttando gli accenni alla "tragedia" fatti da Franco, fu inserire questo quadro nella successione dei vari quadri. Cosa accade nel quinto quadro? Franco è guarito. Dunque, perché non pensare al quarto quadro come alla *necessaria* premessa alla guarigione?<sup>15</sup> La cosa apparve meno bizzarra, quando considerammo che in questo quadro comparivano per la prima volta degli adulti estranei alla famiglia di Franco. Se da una parte tra questo personale sanitario potemmo vedere i prototipi di molte personalità autorevoli, davanti alle quali nel corso della vita Franco mostrò spesso eccessiva soggezione o ammirazione, dall'altra ci rendemmo conto che proprio queste figure rappresentavano per Franco l'unica via per sfuggire al proprio ciclo chiuso di depressione e rifiuto maniacale dell'altro (genitoriale). Quindi la sottomissione che, da allora in poi, Franco aveva mostrato di fronte all'autorità, se da una parte ne limitava l'indipendenza e l'autoaffermazione lavorativa, dall'altra gli dava la possibilità di accedere in qualche modo al mondo esterno, senza chiudersi assolutamente nel proprio circolo vizioso.<sup>16</sup>

15. Sia detto per inciso: anche se Franco non ricordava nulla di tutto ciò, fu probabilmente in quella visita che il medico constatò la remissione dei sintomi faringei, cosa che preparò (insieme all'esame radiografico e agli altri dati clinici) la sua dimissione dall'ospedale.

16. Questa funzione di accesso alla relazionalità potrebbe ancora definirsi super-egoica, ma si tratterebbe di un senso troppo distante, a mio avviso, da quello originario freudiano.

## QUINTO QUADRO

*Una grande e luminosa stanza dell'ospedale, tanti bambini fra i quali molti giocano al centro; intorno sono presenti anche degli adulti, non tutti facenti parte del personale. Io sto, in piedi,<sup>17</sup> fra quelli che non giocano, ai bordi del centro; sto quietamente ma con appetito divorando una grossa porzione di rigatoni al sugo, in una ciotola di plastica celeste. So di essere guarito, e l'appetito me lo dimostra.*

*È finita.*

Questa scena non aveva mai goduto per Franco di particolare rilevanza: il vigoroso appetito, l'atmosfera piuttosto serena che circola nel ricordo, la chiara sensazione di "uscita dal tunnel" che esso trasmette, mal si accordavano col senso di tragedia che Franco ad ogni costo voleva attribuire alla sequenza di scene. Non c'era nulla della "catastrofe finale" che Franco si voleva aspettare dalla sequenza dei ricordi. Anche su tale dissonanza ci mettemmo a lavorare, cominciando col notare che il gusto del mangiare non lo aveva più abbandonato. A questo Franco aggiunse che nell'anno precedente la sua prima analisi (in occasione di un'infelice storia di amore per una donna sposata, abortita alla prima dichiarazione), aveva subito una perdita di appetito che lo aveva fatto molto dimagrire.<sup>18</sup> Così l'occasione per fargli notare il parallelismo fra l'inappetenza prima della polmonite e quella prima dell'analisi, ambedue reazioni rabbiose di protesta per l'abbandono/rifiuto subito da parte di una donna (la madre – la donna sposata). Franco ne dedusse (basandosi sulla prima analisi) una ripetizione del complesso edipico. Da parte mia suggerii che, pur essendo presente in ambedue i casi un marito, questi era sullo sfondo, necessario nella spiegazione nella relazione solo come ostacolo *in effigie*, mentre la relazione stessa era fundamentalmente quella fra lui e la donna.

La successione degli eventi, come a poco a poco la ricostruimmo, era la seguente: amore primario per la

17. Si noti, nella successione dei cinque quadri, la progressione dalla posizione distesa e legata, a quella in piedi e autonoma.

18. Per quanto riguarda la supposta inappetenza prima della polmonite, si tratta forse di una fantasia (materna) destituita di fondamento oggettivo, visto che all'ammissione in ospedale, dopo una settimana di malattia con febbre a 39° (dati della cartella clinica), Franco, alto 98 cm, pesava 15 Kg.

donna (madre – donna sposata), rifiuto da parte di lei, delusione, rabbia poi rediretta verso se stesso non mangiando, malattia, cura da parte di terzi (ospedale – primo analista), efficacia della cura contestuale al rifiuto dell'oggetto d'amore primario, farsi oggetto d'amore per un altro (bambina – moglie), ritorsione rabbiosa verso di lei dopo averla fatta entrare, figura autorevole che induce timore ma contemporaneamente salva (otorinolaringoiatra – secondo analista). Sembrava che fossimo arrivati alla fine della sequenza: come, dopo l'otorino, veniva la scena della ricomposizione, così ora sembrava il momento di una serena conclusione dell'analisi.

Fu proprio questo che ci impegnò a lungo, e non fu l'ultimo dei nostri impegni: chi ci assicura, dissi (prima a me stesso, poi a Franco), che questa catena non si sarebbe srotolata altre volte? E perché legare la propria vita a questa catena, un fato<sup>19</sup> ineluttabile senza possibilità di uscita?

Cercammo di trovare, proprio in quest'ultimo quadro, la via d'uscita. Qui Franco non era solo, né separato dagli altri tramite apparati meccanici, come le sbarre del letto.<sup>20</sup> Pur non trovandosi al centro della sala, non del tutto capace quindi di godere appieno della vita e del movimento, riesce cionondimeno a nutrirsi e godere di un piacere (orale) che aveva smarrito. Vive, insomma, non al centro ma neppure troppo in disparte, guardando con interesse quello che bambini più vivaci di lui riescono a fare. È paradossale, ma fu complicato e lungo per Franco sentire pienamente il valore della faticosa conquista di equilibrio che questa scena gli proponeva: paradossale, solo se non consideriamo che la sua matrice relazionale per decenni (e con discreto successo) si era basata intorno al doppio senso del danneggiamento-inflitto-dal-destino e del necessario-autoisolamento-del-Sé. Franco ora dovette divenire consapevole non solo del suo rifiuto degli altri (deciso nella notte di angoscia del primo quadro), ma del suo bisogno degli

19. Cfr. Bollas, cit.

20. Si vedano le considerazioni di F. Tustin sulla presenza di oggetti meccanici, duri, nel mondo dei bambini autistici.

altri (ricostruito nel quinto quadro): bisogno degli altri non imposto dall'esterno per ragioni alla fine moralistiche (come avrebbe potuto anche esigere un analista preoccupato del "bene" del paziente), ma presente come ultima scena dei suoi propri ricordi, come proprio progetto di vita futuro.

## EPILOGO

Come abbiamo detto, tutta la vicenda traumatica era vista da Franco come fondante. In questo la sua prima analisi lo aveva confermato: il trauma (primo quadro) aveva provocato la chiusura di Franco nei confronti dei genitori (secondo quadro), nonché degli altri e in particolare dell'altro sesso (terzo quadro), e infine aveva indotto il suo ossequio davanti all'autorità e in particolare alla scienza (quarto quadro); unica compensazione era stata la regressione al godimento orale (quinto quadro).

Ma questa interpretazione, nella sua correttezza, falliva perché manteneva Franco in uno stato di sudditanza verso il suo passato. Era accaduto quanto è tipico di una psicoanalisi non relazionale, in cui "la psicopatologia viene caratterizzata in termini di esperienze infantili mancanti<sup>21</sup> piuttosto che di schemi limitati di relazioni in generale, e i bisogni non soddisfatti vengono visti come esigenze che si trovano *all'interno* del [...] paziente, che spingono per emergere, invece di essere considerati una funzione del campo interattivo relazionale in cui [il...] paziente sente di vivere". Questa strategia terapeutica inchioda il paziente alla sua croce, la croce infantile a cui lui stesso è ben disposto a rimanere appeso, come abbiamo visto per Franco: "Costringere le varie trasformazioni di [... una qualche] esigenza [relazionale fondamentale] all'interno delle sue manifestazioni più precoci, tuttavia, significa distorcere gravemente il loro significato e infantilizzare l'analizzando".<sup>22</sup>

21. Nel caso di Franco: negative.

22. Mitchell, cit., p. 145.

Franco aveva costruito la propria vita come sottomissione al potere del fato (l'oracolo che dal passato dominava la sua vita): lo aveva fatto "inconsiamente". La prima analisi aveva sviluppato, dipanato, tutte le conseguenze di quella costruzione. Ma è lecito chiedersi se si trattasse di "inconscio": ho infatti usato le virgolette, perché Franco non aveva mai smesso di essere consapevole di aver scelto l'isolamento per sfuggire al vuoto senza parole, al buio senza speranza, all'angoscia senza aiuto di quella notte. Ciò che era inconscio, o comunque ciò che ancora restava invisibile quando riprendemmo le fila del suo discorso intorno al trauma, era che Franco aveva costruito il suo isolamento ... per non isolarsi dagli altri, cioè come disperato e grandioso sforzo di sintesi per restare "solo insieme agli altri": un vero tentativo di *coincidentia oppositorum*.

Il passo che occorre compiere era quello dalla sottomissione al fato, all'assunzione del proprio destino, che è «la forza immanente all'idioma del soggetto che tenta di realizzare il proprio potenziale di elaborazione personale» nel futuro.<sup>23</sup>

23. Bollas, cit., pp. 39-42.

Il senso del fato è la sensazione di disperare di poter influire sul corso della propria vita. Il senso del destino è uno stato diverso, in cui una persona sente di muoversi nel progredire della personalità che le dà il senso di guidare il corso della propria vita. [...] Una persona che viva, anche solo parzialmente [a partire] dal vero Sé, proietterà le possibilità dell'idioma nel futuro.<sup>24</sup>

24. *Ibidem*, pp. 49-50.

Giacché le persone che hanno il senso del destino investono psichicamente nel futuro, Franco, schiacciato dal fato espresso (anche) dalla voce materna che gli faceva disperare del futuro, aveva cercato di elaborare questa disperazione fatale in uno stato pseudo-gioioso di dominio su questo fato: "Non avrò bisogno di nessuno" – come il Riccardo III di Shakespeare.<sup>25</sup>

25. "Richard loves Richard; that is, I am I". (*History of Richard III*, V, 3, v. 3685); "There is no creature loves me". (3702); vedi anche Atto I, Scena 1.

Quello che Franco aveva compreso nella sua pri-

ma analisi era la conferma di quanto già pensava intorno alla propria esistenza, cioè che il Sé è limitato dal suo contesto (relazionale). Si tratta di un passo inevitabile nel corso di un'analisi (e, a mio avviso, cronologicamente primario):

Una vita, un Sé, è un tessuto di significati *creati da* circostanze ed esperienze; una profonda comprensione di quella vita deve comprendere la valutazione di quelle circostanze ed esperienze. Il lavoro clinico che non tiene conto di questo tessuto di significati diventa un esercizio di discussione morale e di accusa, invece di un'esperienza che procura il potenziale per una genuina autocomprensione e un cambiamento significativo.<sup>26</sup>

Ciò che a Franco mancava era, dopo l'“opera al nero” (in cui era stato bravissimo), l'opera inversa, apparentemente consolatoria ma più sottilmente faticosa, di intendere che questa nostra vita è anche una nostra scelta volontaria:

Il Sé viene creato dai significati *attribuiti alle* esperienze; non si può capire una vita, una persona, senza la valutazione di quelle esperienze e di ciò che esse forniscono in termini di possibilità e limitazioni. Ma il significato di quelle esperienze non è dato; viene composto, creato, progettato. Il Sé non è prodotto dalle motivazioni e dalle cause; c'è una volontà creatrice dell'individuo. Il lavoro clinico che non tiene conto di questo diventa un esercizio intellettuale di spiegazione e razionalizzazione, invece di produrre un senso di maggiore responsabilità per il proprio passato e per le scelte presenti, le scelte fatte con chiarezza e deliberatamente così come le scelte offuscate dall'autoinganno e dalla confusione.<sup>27</sup>

Proiettando in un solido passato traumatico le ragioni del suo essere, Franco aveva già trovato fantasmaticamente predeterminato il proprio futuro, installandosi in un presente di incertezza. La torsione dell'analisi gli ha fornito una possibilità di scardinare la certezza di un passato inibente, per ritrovare la fiducia nelle proprie attitudini e capacità presenti, onde volgersi a progettare un futuro, in essenza, incerto.

26. Mitchell, cit., pp. 231-232 (*corsivo di GV*).

27. Mitchell, cit., pp. 232-233 (*corsivo di GV*).



### **Abstract**

This paper gives you memories and elaborations that an adult patient has brought in analysis, concerning a traumatic experience lived when he was three years old. The recalled images, filed for decades in conscious memory as immovable rocks, and released from any affection or emotion, according to the patient, had never suffered any modification or reflection. Nevertheless they always maintained an "initiation" aura, meaning that the patient regarded them as emblematic of his being in the world, the 'abstract' which his life was prefixed with.

The analysis has tried to articulate this "aura", revealing on one hand the actual impact on patient choices, on the other the protective screen behind which to hide his disengagement in these choices.

The paper shows the supposed design value of these traumatic memories: "supposed" by the patient, in every crucial phase of life, as a framework for its object (non) choices. Projecting in the traumatic past the reasons of his being, he already found phantasmatically predetermined his future, installing himself in a present of uncertainty. The twist of analysis enabled the disruption of the certainty of a supposed inhibitor past, to regain confidence in his present abilities and capabilities, in order to turn to design a future, in essence, uncertain.

The history walks along three parallel paths: the description of the limited recalled images; reading some objective documents dating back to the time of events, and belatedly come into possession of the patient; especially, the texture of meaning from those memories.

*Arriverà il giorno che la terra si darà una scrollata, riderà  
e si scoterà di dosso l'umanità*

Robinson Jeffers (1887-1962)

## Paura del futuro

*Maria Chiara Risoldi*

Accetto di scrivere un articolo sulla paura del futuro. Accetto senza pensare. Più esattamente avevo in mente la guerra e la paura della guerra.

Sono in contatto con la paura della guerra, con le conseguenze della guerra sulla psiche collettiva, con i traumi di guerra dal 1994. Anno in cui con altre colleghe bolognesi ho iniziato un progetto di volontariato, di aiuto professionale, a colleghe e colleghi di Tuzla, in Bosnia.

Abbiamo scritto un libro per raccontare quella esperienza e da allora ho studiato, ho partecipato a convegni, a seminari, ho scritto articoli.

“Gli interessi della psicoanalisi per la guerra risalgono agli inizi del 900. La ricerca e la riflessione seguono fin da subito due aree: quella più vicina alle esplorazioni filosofiche ed antropologiche riguardanti i modelli interpretativi del fenomeno guerra e quella più vicina alla psichiatria, relativa alla comprensione dei traumi psichici nelle situazioni estreme e alla loro cura. Entrambe queste aree di studio e d'applicazione alternano periodi d'intensa proliferazione a periodi più silenti. Questo appare collegato alle situazioni storiche e politiche che attraversano il 1900, fino ai giorni nostri.

Il tema nell'area più vicina alla filosofia e all'antropologia è complesso e appassionante per gli studiosi della mente. Il problema che pone da subito è quanto la scienza psicologica come scienza dell'individuo possa contribuire alla spiegazione di fenomeni sociali e politici.

Freud, estendendo l'investigazione psicoanalitica ad ogni settore delle scienze umane, si pose all'origine di queste riflessioni avviando fin dall'inizio un intenso dibattito all'interno del mondo psicoanalitico,

sui temi dell'aggressività, della distruttività, dell'istinto di morte e dell'origine del trauma" (Brunori P., Risoldi M. C., 2004).

Nel 1931 l'Istituto internazionale per la cooperazione intellettuale fu invitato dal Comitato permanente delle lettere e delle arti della Società delle Nazioni a promuovere e organizzare un dibattito epistolare su temi di universale interesse: la prima persona avvicinata fu Einstein, il quale fece il nome di Freud. Da questo contatto epistolare nacque il noto scritto *Perché la guerra?* In questo testo Freud riprende problemi che aveva affrontato in *Al di là del principio di piacere*, *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* e *Il disagio della civiltà*.

"Tuttavia vorrei indulgiare ancora un attimo sulla nostra pulsione distruttiva, meno nota di quanto richiederebbe la sua importanza. Con un po' di speculazione ci siamo in effetti persuasi che essa opera in ogni essere vivente e che la sua aspirazione è di portarlo alla rovina, di ricondurre la vita allo stato della materia inanimata. Con tutta serietà le si addice il nome di pulsione di morte, mentre le pulsioni erotiche stanno a rappresentare gli sforzi verso la vita" (Freud S., 1932).

Nel corso del 1900 e fino ai giorni nostri il concetto di pulsione di morte è stato assai ampiamente messo in discussione da molti, chi lo ha rigettato cercando altre "spiegazioni", chi lo ha approfondito estendolo. Certo è che grazie all'interesse per i temi sociali, politici collettivi di Freud la psicoanalisi internazionale è sempre stata attiva nel cercare risposte, o quanto meno nel problematizzare le domande e nell'indicare pericoli, nel lanciare allarmi.

Anche nell'intimità dei nostri studi, là dove sembra esserci solo la coppia analista-paziente, entra il mondo. Entra attraverso i sintomi, i sogni, le fantasie, i racconti. Entra il mondo esterno del paziente. Entrano i legami familiari, sociali, lavorativi del paziente. Che possono essere uguali o diversi da quelli del-

l'analista. Ma entra anche il mondo condiviso, nel quale sono immersi il paziente e l'analista, spesso entrambi inconsapevoli di tale condivisione. Come i pesci sono inconsapevoli del mare in cui sono immersi, così paziente e analista, se nel mondo che condividono non ci sono evidenti turbolenze, criticità, conflitti, sono altrettanto inconsapevoli di tale condivisione.

Non prendo ora in considerazione quelle scuole teoriche che hanno come fondamento proprio tale estraniamento dalla realtà esterna. Che riducono il lavoro clinico all'analisi dei conflitti pulsionali intrapsichici, in un disarmante solipsismo claustrofobico. O quelle scuole teoriche che pure si confrontano con la realtà interpsichica del paziente, ma per ridurla alla dimensione relazionale e transferale tra paziente e analista.

Prendo in considerazione il lavoro clinico che si confronta con la realtà esterna. Che non si arrende alla rimozione della paura del futuro, da cui tutti siamo pervasi. L'analista ha una abitazione, ha uno studio: vive in una strada, che sta in una città, che sta in una regione, che sta in una nazione, che sta nel mondo. L'analista ha un conto in banca, ha dei risparmi, ha una famiglia, dei figli, dei nipoti.

Ho accettato di scrivere un articolo sulla paura del futuro senza pensarci.

E ho dovuto cominciare a pensarci.

Così come nel 1994 quando conobbi una collega di Sebreniza, sopravvissuta al primo attacco alla città, che mi chiese aiuto, dovetti cominciare a pensare alla guerra. Una guerra che da due anni si svolgeva crudele e cruenta alle porte del nostro paese.

In quegli anni mi sono dovuta a lungo interrogare sul mio personale diniego relativo al genocidio in corso in Bosnia. Con uno sguardo retrospettivo mi sono ritrovata a pensare che la "guerra fredda" aveva protetto una buona parte del mondo dalla "guerra". I pericoli impliciti in un eventuale scontro tra le due superpotenze nucleari, Usa e Urss, erano così bene im-

maginabili ed immaginati che la guerra nucleare fu definita "impensabile". "Tenere un pensiero nella propria mente vuol dire, in qualche misura, rendersene responsabile o per nutrire quel pensiero o per contrastarlo, ma se la nostra mente non ha niente nel mondo interno o in quello esterno con cui arginare il disastro provocato dall'incontro tra una preconcuzione spaventevole ed una realtà esterna che lo è altrettanto, allora si rinuncia a pensarci. Entrano in campo i meccanismi di diniego, scissione, proiezione, mistificazione linguistica..." ( Bion Talamo P., 1991).

Trovo questa affermazione di Partenope Bion assai più consona a descrivere il mondo dopo il crollo del muro di Berlino, perché la guerra fredda e la divisione del mondo in blocchi, in un certo senso, rendeva tali pericoli dominabili razionalmente e dunque pensabili, anzi pensati. Nazioni, Partiti, Movimenti politici e Organizzazioni scientifiche, ma anche artisti di tutti i generi, la pensavano continuamente.

All'indomani del crollo del Muro di Berlino mi accorsi di essere pervasa da una grande angoscia, che si manifestava la notte, quando svegliandomi, faticavo a riprendere sonno, invasa "dall'incontro tra preconcuzioni spaventevoli e una realtà esterna che lo era altrettanto", relativi al terrore dell'ignoto. Se il mondo non era più sotto il controllo delle due superpotenze chi lo avrebbe controllato?

Fino al 1985 avevo fatto la giornalista nel campo della politica internazionale. Avevo competenze e dimestichezza con le questioni delle relazioni internazionali, con gli studi sui temi della pace e della guerra, con le ricerche sullo sviluppo sostenibile, sui limiti delle risorse, sull'inquinamento ambientale, sul conflitto tra nord e sud del mondo, che assai prima del 1989 veniva segnalato dagli studiosi più avveduti, come assai più pericoloso del conflitto Est-Ovest. Nel 1989 continuavo a seguire con attenzione i temi della politica estera. Il terrore dell'ignoto si alimentava anche a causa di letture approfondite. Molti erano gli

esperti di teorie internazionali che segnalavano l'avvio di una fase storica pregna di pericoli, di incognite legate allo squilibrio che seguiva la fine dell'equilibrio di Yalta. Il mondo degli esperti cominciava a scrutare con ansia la galassia sovietica in disfacimento, mentre il fantasma della paura e della insicurezza iniziava ad aggirarsi per l'Europa. Tutto era così imprevedibile che paradossalmente non c'erano pericoli dichiarati impensabili, poiché non si sapeva proprio che cosa pensare. Anzi, in un certo senso il mondo fu perfino dichiarato finalmente "più sicuro", con un evidente diniego ed una rinuncia a pensarci.

Pochi quelli disponibili a pensarci. Molti quelli che rinunciavano a pensarci.

Dall'informe il primo pericolo che prese forma fu il conflitto nei Balcani. La guerra nella ex Jugoslavia prese del tutto alla sprovvista governanti e governati della vicina, e quanto vicina, Europa. L'Europa prima causò, poi sottovalutò e complessivamente ignorò, quell'evento. Collettivamente, individualmente, chi più chi meno.

Io lo ignorai, lo sottovalutai ...io mi sono trovata nelle condizioni di potere capire un po' meglio qualcosa che durante gli studi superiori mi aveva sempre lasciato perplessa. Capire non tanto nel senso della comprensione cognitiva, quanto della comprensione esperienziale. E cioè come l'Europa avesse potuto assistere passivamente all'Olocausto. La differenza che intendo sottolineare si riferisce al fatto che il fenomeno, oltremodo studiato e interpretato per decenni, stava accadendo a me. Guardavo la televisione e leggevo i giornali. Dunque sapevo che era in corso un genocidio. Stava succedendo in un paese vicino, occidentale, bianco. Penso che questo impedisse l'attivarsi di quei meccanismi di negazione più profondi, che sono probabilmente sempre attivi negli esseri umani, giacché conviviamo da sempre con guerre, stragi e genocidi, come se nulla fosse. La "guerra fredda" ha infatti garantito la pace solo ad una pic-

cola porzione del mondo, bianco e occidentale. Ma il Vietnam, il Medio Oriente, l'Africa e perfino il Sudamerica erano lontani: la distanza geografica, culturale, storica, sociale, ci consentiva un massiccio e collettivo diniego. Dunque un processo inconscio, che potrebbe essere interpretato positivamente, un meccanismo di difesa al servizio della sopravvivenza della specie umana.

In un certo senso abbiamo bisogno di potere non sentire tutte le grida degli impotenti, perché altrimenti ne resteremmo paralizzati.

Come scrive Freud (1895) "è l'impotenza iniziale degli esseri umani la fonte originaria di tutte le motivazioni morali" perché nel nostro organismo umano è iscritta l'induzione a fare attenzione alle condizioni del bambino, cioè dell'essere impotente, e a soccorrerlo se grida.

Oggi sappiamo che a questa induzione corrispondono i neuroni specchio. E che essa è iscritta nel nostro organismo. Dunque in un certo senso ciò che in noi sarebbe naturale, cioè rispondere al grido di aiuto, necessita dell'attivazione di difese psichiche: negazione, rimozione, scissione, per potere essere inibito.

Una volta inibito l'istinto a soccorrere chi grida, si viene travolti dall'angoscia. Ricordo perfettamente la mia angoscia, ogni qual volta venivo a contatto con le notizie provenienti dai Balcani.

Io riuscivo a non vedere, cambiando ora canale, voltando in fretta pagina, ma dovevo fare continuamente i conti con il senso di colpa. Ma quale era la colpa con cui ero alle prese? O piuttosto direi: quali erano le colpe? Era la colpa di non rispondere al grido di aiuto che si incrociava con la colpa dei sopravvissuti, che provano il sollievo di chi vede succedere la tragedia e sa di esserne abbastanza lontano. Non sta succedendo a me, sta succedendo a loro.

Allora l'ho chiamato terrore dell'ignoto. Adesso lo chiamo paura del futuro. Non ci avevo più pensato. Mi ero concentrata su un male: la guerra. Con

quel male ero riuscita a mettermi in contatto psichicamente. In fondo pareva abbastanza lontano da noi. Lo è parso. Fino all'11 settembre 2001.

Da quel giorno la paura della guerra si è infiltrata nel nostro mondo occidentale bianco, come le polveri sottili dell'inquinamento si infiltrano nei nostri polmoni. A nostra insaputa.

La richiesta di scrivere questo articolo sulla paura del futuro ha causato uno spostamento del pensiero. Dalla paura della guerra alla paura delle cause che portano alla guerra e da qui alla paura del presente.

Mi riconosco in quel filone di autori e autrici che ha rigettato la teoria dell'istinto di morte e, in maggiore sintonia con altri studi antropologici, sociologici, filosofici, considero più efficace la teoria dell'attaccamento di John Bowlby. Siamo animali carnivori e predatori. Se abbiamo paura ci arrabbiamo e aggrediamo. Abbiamo bisogno di una base sicura e se perdiamo la nostra, cerchiamo di conquistarne altre e se i nostri spazi vitali sono in pericolo, aspiriamo ad estendere i confini. E se abbiamo paura di morire di fame, mangiamo il cibo del vicino. "In Psicologia delle masse e analisi dell'Io", Freud afferma che i legami emotivi costituiscono "l'essenza della psiche collettiva", mentre gli enigmatici concetti di suggestione, contagio mentale, induzione delle emozioni (termini che sempre ricorrono negli studi sui gruppi) derivano dalla forza di tali legami" (Meotti A., Meotti F., 1999).

Se tali legami non vengono conosciuti, riconosciuti, elaborati, essi rimangono congelati nell'inconscio collettivo, da dove possono assai rapidamente riemergere, portatori di odio e distruttività, vendetta e crudeltà.

"Il principe Lazar, capo dei serbi, fu catturato in battaglia (1398), ucciso per rappresaglia immediata per mano dei turchi. La battaglia del Kossovo del 1398 si trasformò nella mente dei serbi come il crollo del regno di Serbia. Non lo fu nella realtà storica,



ma lo divenne nella realtà psichica, nella trasmissione inconscia, quasi come un trauma scelto (...) Quello che qui interessa è che Milosevic si affrettò a riattivare la rappresentazione di Lazar nelle menti dei serbi. Nel 1989 il cadavere mummificato di Lazar fu rimosso dal monastero dove per mezzo millennio era stato venerato come un santo e, posto in una piccola bara, fu portato in processione per mesi e mesi in ogni città e villaggio serbi, ricevuto ovunque da vaste folle vestite a lutto. In una sorta di *apres coup* la riattivazione di un evento traumatico passato veniva risperimentata e dava significato al presente. Questo collasso del tempo e la lunga trasmissione transgenerazionale facevano sì che i serbi sentissero la disfatta del Kosovo come cosa di ieri” (*ibidem*).

Quest'esempio così netto ci richiede di pensare alla trasmissione psichica come ad un elemento che coinvolge l'individuo, la famiglia, la collettività, lo Stato. E che richiede di essere elaborata a tutti questi livelli. E che ha origine in un'atavico senso di insicurezza, determinato dall'essere i nostri antenati una facile preda di predatori dotati di unghie e denti assai più forti dei nostri (Ehrenreich B., 1998).

Gli osservatori dell'attuale situazione dei Balcani testimoniano del prevalere di una posizione schizoparanoide: nessuno degli Stati balcanici, in particolare la Serbia e la Bosnia, è disposto a riconoscere le proprie colpe in un'interminabile, reciproca accusa dell'uno all'altro di essere stato aggressore. Qualcosa che fa assomigliare l'attuale pace “armata” tra Repubblica Serbo-Bosniaca e Bosnia-Erzegovina alla vicenda israeliana-palestinese. Aree geopolitiche, ma anche geopsichiche, dove predomina l'abbandono in cui versano le vittime di quelle guerre, i reduci, le vedove, i genitori che hanno perduto i figli, i bambini di allora, oggi adolescenti, ma anche i bambini nati oggi, in un contesto dove il desiderio di vendetta non può trovare pace, perché la paura di morire non si placa.

La paura del futuro è sostanzialmente la paura di

morire di sete, di fame, uccisi dal vicino che ha altrettanta sete e fame ed è più forte o semplicemente più disperato.

Preparandomi a scrivere questo articolo ho provato a digitare in un motore di ricerca le parole “paura del futuro”. E ho trovato il numero 50 dei *Quaderni di Psicoterapia infantile*. Titolo del *Quaderno*:

## PAURA DEL FUTURO

E all'inizio ho letto: “Nonostante si sia scritto molto sul tema del ‘tempo’ in psicoanalisi, non abbiamo trovato saggi specifici sul futuro. Tranne la straordinaria opera autobiografica di Bion, *Memoria del futuro*, che, presentandoci uno scenario quasi esplosivo di ciò che accade nella mente, già ci fa intuire la connessione profonda tra scenari interni e scenari esterni, cosa possa significare, sia dentro che fuori di noi, la transizione da uno stato all'altro, lo scontro tra il pensiero e l'azione, la difficoltà di trasformare un possibile disastro in un cambiamento catastrofico che generi una nuova nascita.

Anche sul tema della paura siamo costretti ad un ripensamento profondo perché essa si manifesta in modi che non abbiamo ancora sufficientemente elaborato.

Ci chiediamo, ad esempio, cosa significa oggi l'estensione e la frequenza delle crisi di panico. Se esse sono soltanto da imputare alla difficoltà di far fronte ad eventi esterni, se sono espressione di conflitti interni o in quale punto entrambe le dimensioni, esterno-interno, possono saldarsi fino a produrre il sintomo.

Per contro, rispetto all'attuale cambio epocale ci domandiamo cosa significano l'evasione, l'apparente indifferenza, la mancanza di attivazione emotiva, il disinteresse e il disinvestimento intellettuale, che spesso connotano molti atteggiamenti e anche molti

nostri eventi scientifici, se possono essere la spia di un diniego di ciò che accade intorno a noi e della perplessità, confusione e paura che ne derivano”.

Così scrivevano all'inizio del 2005 Maria Luisa Algini e Mercedes Lugones, curatrici del quaderno.

In questi tre anni sono aumentati gli eventi scientifici internazionali nel campo della psicologia che stanno con faticoso coraggio confrontandosi con il cambio epocale. Sono molti nel mondo gli psicologi, gli psicoterapeuti, gli psicoanalisti di diversi orientamenti, sempre più impegnati in un confronto in campo aperto tra di loro, con la psicologia multiculturale, con l'etnopsichiatria, con le neuroscienze, con le scienze sociali ed anche con l'economia e la politica.

E come potrebbe essere altrimenti? Ne abbiamo bisogno come l'aria, sia per vivere sia per lavorare.

Tra i miei pazienti ci sono assistenti sociali ed educatori che sempre più sono alle prese con i problemi dell'immigrazione, della povertà, della sopravvivenza. E le loro problematiche individuali causate dalle loro storie d'infanzia, si declinano con una problematicità inedita. Una giovane assistente sociale, una persona particolarmente ansiosa, che da quando è piccola “fa l'assistente sociale” a tutta la famiglia, che ha una pseudomaturità, connotata da forti fantasie di onnipotenza, con problemi di controllo, mi racconta di essersi trovata di fronte, durante le festività natalizie, una donna senegalese, incinta, che non mangiava da una settimana e che è svenuta davanti alla sua scrivania. Non sa dove collocarla, non ha niente da offrirle, è in preda all'angoscia, perché non riesce assolutamente a prendere le distanze dalla situazione di lavoro che ha di fronte, si rende conto di non poterla ospitare a casa propria, ma si sente cattiva nel non farlo, ferita nella sua fantasia infantile di onnipotenza, di brava bambina che aggiustava sempre tutto ...a questa paziente posso offrire solo un ascolto transferale? Chiedermi chi rappresenti quella senegalese per la paziente? Certo, posso e in parte anche

lo faccio. Ma non posso sottrarmi al dato di realtà esterna, e cioè che nella situazione di quella donna senegalese ce ne sono centinaia! Mentre milioni di cittadini e cittadine possono tranquillamente operare manovre difensive quali diniego, negazione, scissione e proiezione ed essere veramente convinti che si possano chiudere le frontiere, controllare i flussi migratori, o risolvere il problema prendendo le impronte ai bimbi nei campi nomadi, gli operatori del sociale non possono. Alle loro problematiche e sofferenze individuali si aggiungono le sofferenze empatiche, il funzionamento dei loro neuroni specchio, e il drammatico peso di essere personalmente coinvolti nel dire: non ti posso aiutare e non posso fare altro che guardarti morire.

I giovani adolescenti e giovani adulti, i giovani genitori con i loro bambini, che arrivano in terapia depressi e senza speranze, che hanno avuto una madre o un padre depressi, e dunque sono invasi da oggetti interni depressi, come posso capirli e curarli, se non tengo sempre presente il contesto sociale, politico, economico che condividiamo. Se non sono attrezzata a distinguere tra la depressione patologica individuale e il contesto deprimente. Ed aggiungo: se non prendo anche una posizione rispetto a tale contesto, mettendo profondamente in discussione la questione (ideologica?) della neutralità analitica. O come minimo se non la ridefinisco: neutralità rispetto a cosa? Assenza di giudizio rispetto a cosa? Astenersi rispetto a cosa?

Sono anni che leggono/leggiamo tutti i giorni sui giornali, o sentono/sentiamo alla radio, o vedono/vediamo alla televisione o incontrano/incontriamo su Internet previsioni economiche e ambientali catastrofiche. Il clima impazzito, il Polo Nord che si scioglie, le acque dei mari che in un ventennio sommergeranno intere coste... quando noi cinquantenni eravamo ragazzi queste erano trame di un film di fantascienza, non previsioni realistiche, perfino forse

per difetto.

I miei pazienti adolescenti, giovani e adulti bevono molto. Moltissimo. Spesso provano tutte le sostanze chimiche e non, possibili e fabbricabili, estremamente potenti e distruttive. Tra un piercing e l'altro, qualcuno si taglia. Molti usano internet per andare a caccia notturna di esperienze sessuali estreme, con sconosciuti. Sfidano continuamente la morte. Si anestetizzano per non pensare, per allontanarsi dal contatto con il dolore e con il panico. Non sono persone psicotiche. Vivono una vita comune, lavorano, studiano. Scorgo problematiche narcisistiche, analizzo complessi traumi infantili, ricostruisco trasmissioni psichiche transgenerazionali, elaboro il lutto di fantasie infantili di onnipotenza, ma individuo anche un elemento in comune, collettivo, perturbante e rimosso: la paura del futuro, l'insicurezza di base.

All'origine c'è stata l'assenza di un buon attaccamento, c'è stata la mancanza della *rêverie* materna, non c'è stata una sufficientemente buona *holding*, c'è stata una patologia narcisistica della genitorialità, ma nel presente, nell'*hic et nunc*, c'è un vuoto di senso, una frantumazione di valori, una carenza di principi, in cui i miei pazienti ed io siamo immersi, che rendono il compito impossibile di psicanalizzare, ancora più impossibile. Dove si trova un appiglio per trasformare il loro mondo interno devitalizzato e asfittico? Un giovane paziente un giorno mi ha urlato arrabbiato che lui aveva diritto all'entusiasmo, alla speranza, alle illusioni, ai sogni, e che io gli parevo depressa e deprimente con tutte le mie osservazioni sulla realtà. Aveva ragione naturalmente, perché, senza rendermene conto, avevo lasciato che la mia paura del futuro pervadesse il mio ascolto e il mio parlare. Vuole sposarsi, mettere su famiglia, ma in due anni ha incontrato solo ragazze ambigue, problematiche, sofferenti. La sera i suoi coetanei non fanno altro che bere. Il lavoro che fa in banca lo costringe a conoscere da dentro i meccanismi con cui le banche sfrut-

tano i clienti. Gli insegnano a vendere prodotti dannosi per i clienti e vantaggiosi per l'azienda. Lo costringono a elargire prestiti agli immigrati a condizione per loro insopportabili. Gli chiedono lealtà all'azienda. Era arrabbiato con il mondo: reclamava il suo diritto a sognare e io ho l'impressione che nel mondo di oggi anche il più piccolo sogno rischi di trasformarsi fatalmente in una illusione. "Non sopporto di dovermi accontentare sempre, è da quando sono nato che mi accontento".

Ma quali sogni siano possibili oggi non lo so neanche io.

"Nasce l'uomo a fatica. Ed è rischio di morte il nascimento. Prova pena e tormento per prima cosa; e in sul principio stesso la madre e il genitore il prende a consolar dell'esser nato." scrive Leopardi nel Canto notturno di un pastore errante dell'Asia.

Ma come possiamo oggi consolare i pazienti? Come possiamo essere per loro una base sicura? Per i pazienti, come per i figli e per i nipoti.

"L'evasione, l'apparente indifferenza, la mancanza di attivazione emotiva, il disinteresse e il disinvestimento intellettuale" sono i sintomi del disagio che entra nei nostri studi, che sono già abitati dal nostro personale disagio.

Io percepisco la coppia, paziente e psicoterapeuta, o paziente e analista che dir si voglia, (solo per evocare una disputa terminologica che non ha per me alcuna evidenza scientifica né più alcuna ragione ideologica di esistere) esposta ad un compito quasi impossibile come quello di elaborare un lutto inelaborabile. Il disagio della civiltà oggi è il disagio di rinunciare alla civiltà che noi europei, nordamericani e giapponesi abbiamo conosciuto negli ultimi secoli. È istintivo cercare di stare sempre meglio, è Eros che spinge l'umanità a migliorare la propria condizione. Come far sì allora che sia sempre Eros a farci accettare di tornare indietro, di rinunciare al benessere, di vivere con ristrettezze e disagi, di dividere con il resto

del mondo quelle risorse che egoisticamente l'Occidente ha cercato di tenere per sé?

Per secoli una piccola porzione di umanità ha consumato la maggior parte delle risorse del pianeta. Oggi grandi nazioni come Cina e India e tutta la galassia dell'ex impero sovietico, competono con quella piccola parte di umanità e vogliono consumare altrettanto. E centinaia di migliaia di emigranti si muovono nel pianeta per cercare di vivere meglio. Il petrolio scarseggia, l'uranio ha i decenni contati, sul grano si profilano conflitti armati, le famiglie occidentali che scendono sotto la soglia della povertà sono centinaia di migliaia.

Non disinvestire intellettualmente a fronte della crisi epocale, come da sempre, è l'unica risorsa per elaborare il lutto e trasformare un possibile disastro in un cambiamento catastrofico che generi una nuova nascita.

Nel 1979, cioè quasi trenta anni fa, uscì un libro di uno dei più grandi fisici contemporanei. Freeman Dyson pubblicò *Turbare l'Universo*. Un libro in cui l'autore scatena la sua fantasia, sorretta dalla sua scienza, in una serie di ipotesi, tanto brillanti quanto rigorose, sulle energie solari, su un nuovo impiego delle piante e perfino sulla colonizzazione dello spazio, sostenendo che avevano meno conoscenze sul viaggio e sulla loro meta gli emigranti che sulla *Mayflower* partirono per colonizzare le Americhe, di quante ne abbiamo noi oggi per partire per una colonizzazione dello spazio.

Oggi i più avveduti imprenditori investono in energie eoliche, mentre modifiche dei comportamenti quotidiani si inseriscono nel nostro stile di vita occidentale. Tra i giovani nordamericani e giapponesi va di moda andare a piedi. Sembrerebbe un fare di necessità virtù, o come direbbe Freud: cercare di vivere nel modo migliore possibile con il minore danno possibile.

Questa crisi epocale coinvolge nello stesso identi-

co modo sia il paziente sia lo psicoterapeuta. È il mondo condiviso che scricchiola paurosamente. Dove cominciano e dove finiscono oggi le patologie individuali e dove cominciano e dove finiscono le patologie collettive?

Quanto siamo attrezzati culturalmente e scientificamente?

Nel libro curato da Algini e Lugones Emilio Rodriguè, uno dei primi psicoanalisti argentini, didatta, presidente e poi dissidente, come scrivono le curatrici del libro, dell'Associazione Psicoanalitica Argentina, immagina di scrivere una lettera a un analista del 2100. Cito un brano dall'inizio.

“Confesso, inoltre, che mi consola sapere che la psicoanalisi è ancora viva nel XXII secolo, cosa di cui molti dubitavano. C'è stata una crisi nella psicoanalisi a partire dal maggio francese del 1968, tempo in cui Marx morì, dimenticato, e Freud, gravemente ferito venne riscattato da Lacan in un vicolo del quartiere latino. Ma voglio sapere di più. La psicoanalisi è viva e vegeta e scodinzola molto? Vorrei domandarti piccole cose di lavoro: numero di sedute, durata delle stesse, onorario, e se si continua a far pagare quando il paziente non viene? Si usa ancora il lettino? Esiste l'IPA? La psicoanalisi ha prodotto una nuova Melanie Klein, un nuovo Lacan? La depressione continua ad essere la malattia dominante? Proliferano gli scismi? Come s'è sviluppato ciò che Derrida chiamò il 'Pathos elettronico?' Si usa l'analisi via Internet? Ma sono curioso anche al di fuori della psicoanalisi. Si parla ancora spagnolo? Esistono ancora le scuole, le prigioni, le fabbriche? Vai al cinema? Teatri con attori? Circo con i pagliacci? Chi ha vinto l'ultima coppa del mondo? Quando è stato debellato l'HIV? C'è ancora il cancro? Si usano ancora le lamette da barba? Qual è l'aspettativa di vita del XXII? Le vecchiette vivono più dei vecchietti?”

È una lettera ironica ma anche sarcastica, molto pessimista. E mentre leggevo queste domande, mi so-



no stupita di non trovarne una: la scoperta dei neuroni specchio è stata utile all'umanità?

Il pensiero psicoanalitico ha immaginato il nostro funzionamento psichico e il suo correlato neurologico, con una "esattezza", che è andata oltre ogni speranza.

Il rispecchiamento, la *rêverie*, l'imitazione, il contagio emotivo, le proiezioni, le introiezioni, le identificazioni proiettive, l'empatia... gli studi e le ricerche sui neuroni specchio non aggiungono niente di nuovo a una buona parte delle teorie psicoanalitiche. Ma le confortano e confermano. I neuroni specchio sono cellule cerebrali che sembrano essere specializzate nel comprendere la nostra condizione esistenziale e il nostro essere in relazione con gli altri. Dimostrano che esiste una base biologica, modellata attraverso l'evoluzione, che ci conduce a una profonda connessione reciproca con i nostri simili. La nostra neurobiologia ci vincola agli altri, nel bene e nel male. Marco Iacoboni, uno dei tanti neurobiologi statunitensi, impegnati sul fronte delle ricerche sui neuroni specchio, con l'ottimismo dell'ingenuità, scrive che i neuroni specchio dimostrano che l'evoluzione ci ha predisposto all'empatia, e dovrebbe essere questa l'idea guida sulla base della quale modellare la società in cui viviamo allo scopo di renderla migliore.

Da Freud in poi, grande ricercatore, ma anche sognatore e visionario, molti e molte hanno seguito le sue orme sognando un fare utile a contrastare la distruttività umana. Chi individuava nel dolore e nella sopraffazione subiti nell'infanzia le cause della perversione di una sana e istintiva aggressività, le cause della violenza, ha spesso cercato con slancio utopico un "che fare" che fosse utile a curare ferite così profonde e a interrompere complesse trasmissioni psichiche transgenerazionali della violenza.

Fino ad un ventennio fa la psiche non si poteva vedere. Oggi i neurobiologi la vedono e la vedono in funzione.

A metà degli anni ottanta Stern segnalava il gap tra il bambino clinico della psicoanalisi e quello osservato dalla psicologia dello sviluppo. Oggi Riva Crugnola ci segnala un riavvicinamento tra la psicoanalisi “classica” e la ricerca diretta e sperimentale, in particolare nell’ambito della teoria dell’attaccamento. Al prezzo, naturalmente, della messa in discussione di molte “certezze” teoriche.

Ma con il guadagno di vedere sempre più avvicinarsi teorie psichiche e teorie organiciste, genetica e storia che si sposano, biologia e cultura che si fondono, per preservare o restituire l’unità dell’ “animale culturale”.

L’ottimismo dell’ingenuità di questa neonata integrazione delle ricerche porta Iacoboni a scrivere che “siamo giunti al punto in cui scoperte derivanti dalle neuroscienze possono cambiare in maniera significativa la società in cui viviamo e la nostra comprensione di noi stessi, riconoscendo le fondamenta biologiche che uniscono tutti gli esseri umani. La nostra conoscenza dei potenti meccanismi neurobiologici, che sono alla base della socialità umana, costituisce una risorsa inestimabile, che può esserci d’aiuto nel decidere in che modo ridurre i comportamenti violenti, far crescere l’empatia e aprirci alle altre culture, senza per questo dimenticare la nostra”.

Un ottimismo dell’ingenuità che può aiutarci a contrastare il pessimismo della esperienza di una realtà dove, per ora, la merce che circola maggiormente, ha il sapore dell’ evasione, dell’apparente indifferenza, della mancanza di attivazione emotiva, del disinteresse e del disinvestimento intellettuale.

## Bibliografia

- AA.VV. , *Violenza di Stato e Psicoanalisi*, Gnocchi, Napoli 1994.
- AA.VV., *L'illusione umanitaria. La trappola degli aiuti e le prospettive della solidarietà internazionale*, EMI, 2002.
- AA.VV., *Non un passo indietro. Storia delle madres de Plaza de mayo*, 2001.
- AA.VV., *Un buon incontro. La valutazione secondo il modello Tavistok*, Astrolabio, 1994.
- AA.VV., *Incubi di pace*, Il Manifesto, 2000.
- Agger I., *Psycho-Social Projects Under War Conditions*. ECHO – ECTF, Zagreb 1995.
- Amati Sas S., “Etica e Trans-soggettività”, *Rivista di Psicoanalisi*, Vol. XL, n. 4, ottobre-dicembre 1994.
- Amati Sas S., “Qualche riflessione sulla tortura per introdurre una questione psicoanalitica”, *Rivista di Psicoanalisi*, Vol. 23, n. 3, settembre-dicembre 1977.
- Amati Sas S. , “Perché accettiamo l'inaccettabile?”, *Sapere*, anno 51°, n. 10, 1985.
- Amati Sas S., “Souffrance, douleur et Cadres Sociaux”, *Rev. Franc. Psychanal.*, 4, 1991, pp. 945-955.
- Amati Sas S., “Ambiguity as the route to shame”, *Int. J. Psycho-Anal.*, n. 73, 1992, pp. 329-334.
- Barbarossa I. (a cura di), *La polveriera. I balcani tra guerre umanitarie e nazionalismi*, La Meridiana, 2001.
- Battaglia C., *Psicologia e guerra nel Novecento*, Firenze 1994.
- Bettelheim B., *Sopravvivere*, Feltrinelli, Milano 1981.
- Bettelheim B., *La Vienna di Freud*, Feltrinelli, Milano 1990.
- Bion, W. R., *Esperienze nei gruppi*, Borla, 1972.
- Bion Talamo P., “L'impensabilità della guerra nucleare”, Messori P., Pulcini E. (a cura di), *Immagini dell'impensabile*, Genova 1991.
- Bodei R. , *Il dottor Freud e i nervi dell'anima*, Donzelli, Roma, 2001.
- Bon De Matte L., “Psicoanalisi: una via all'etica senza etica”, Durst M. (a cura di), *Scuola Democratica*, n. 3-4, 1993.
- Correale A., “Alcune riflessioni sulla funzione del gruppo nel processo formativo”, in *Quaderni di psicoterapia infantile*, n. 11, Borla, 1984.
- Di Chiara G., Neri C. (a cura di), *Psicoanalisi Futura*, Borla, Roma 1993.
- Doni E., Valentini C., *L'arma dello stupro*, La Luna, 1993.
- Dyson F., *Turbare l'universo*, Bollati Boringhieri, 1979.
- DWF, *Stanche di guerra*, n. 3, luglio-settembre 2000.
- DWF, *Senza pace*, N. 4, ottobre-dicembre 2001.
- De Zulueta F., *Dal dolore alla violenza. Le radici dell'aggressività*, Cortina 1999.
- Ehrenreich B., *Riti di sangue*, Feltrinelli, Milano 1998.

- Fonda P., "La paura dell'immagine di sé dopo la guerra", *Psiche*, Anno VIII, n. 1, gennaio-giugno 2000, Borla.
- Fornari F., *Psicoanalisi della guerra*, Milano 1966.
- Freud A., Burlingham D., "Bambini senza famiglia. Tesi pro e contro gli asili residenziali", *Opere*, Vol. I, Bollati Boringhieri, 1978.
- Freud S., "Considerazioni attuali sulla guerra e la morte", *OSF*, 8, Bollati Boringhieri, 1976.
- Freud S., "Caducità", *OSF*, 8, Bollati Boringhieri, 1976.
- Freud S., "Compendio di Psicoanalisi", 1938, *OSF*, 11, Bollati Boringhieri, 1979.
- Freud, S. "Introduzione alla psicoanalisi", 1915-1917, *OSF*, 11, Bollati Boringhieri, 1976.
- Freud S., "Progetto di una psicologia", *OSF*, vol. 2, Bollati Boringhieri, 1980.
- Freud S., "Tecnica della psicoanalisi", *OSF*, vol. 6, Bollati Boringhieri, 1980.
- Freud S., Einstein A., *Riflessioni a due sulle sorti del mondo*, Bollati Boringhieri, 1989.
- Garland C., *Comprendere il trauma*, Mondadori, 2001.
- Grinberg L., Grinberg R., *Psicoanalisi dell'emigrazione e dell'esilio*, Angeli, 1990.
- Grinberg Leòn, *La supervisione psicoanalitica*, Cortina, 1989.
- Gros P., "La paura nel trattamento psicoanalitico. Un caso di cecità psicosomatica", *Psicoterapia e Scienze Umane*, n. 3, 1991, pp. 49-85.
- Hein Alocco E. M., *La moglie di Lot. Vivere in esilio*, Edizioni Lavoro, Roma, 1996.
- Holmes J., *La teoria dell'attaccamento*, Cortina, 1994.
- Iacoboni M., *I neuroni specchio*, Bollati Boringhieri, 2008.
- Janigro Nicole (a cura di), *La guerra moderna come malattia della civiltà*, Bruno Mondadori, 2002.
- Kaplan Louise, *Voci dal silenzio. La perdita di una persona amata e le forze psicologiche che tengono vivo il dialogo interrotto*, Cortina 1996.
- Levi P., "I sommersi e i salvati", in *Opere Complete*, Mondadori.
- Lovelock J. E., *Gaia, nuove idee sull'ecologia*, Bollati Boringhieri, 1979.
- Lugones M., Alginì M. L. (a cura di), "Paura del futuro", *Quaderni di psicoterapia infantile*, n. 50, Borla, 2005.
- Lugones M., Alginì M. L. (a cura di), "Emigrazione Sofferenze d'identità", *Quaderni di psicoterapia infantile*, n. 40, Borla, 1999.
- Macciò Vallino D., Macciò M., "Psicoanalisi tra teoria dell'attaccamento, Infant Research, Infant observation. Spunti per una riflessione", *Rivista di Psicoanalisi*, anno LIV, n. 2, 2008.
- Macksoud M., *I bambini e lo stress della guerra*, Edizioni scientifiche Ma.Gi, Roma 1999.
- Magherini G. (a cura di), *F. Fornari – Psicoanalisi e Cultura di Pace*,

- Ediz. Culturali della Pace, FI, 1992.
- Messeri P. e Pulcini E., *Immagini dell'impensabile*, Marietti, Genova 1991.
- Meotti A., Meotti F., "Il destino degli inconsci incrociati: Sé, Io, gruppo", *Rivista di Psicoanalisi*, Vol. XLV - 4 - Ottobre-dicembre 1999, Borla.
- Milana G., Pittaluga M., *Realtà psichica e realtà sociale*, Armando editore, Roma 1983.
- Nissim Momigliano Luciana, *L'ascolto rispettoso. Saggi psicoanalitici*, Cortina, 2002.
- Oberti J., "Please believe me", *Rivista di Psicoanalisi*, Vol. XLV - 4 - Ottobre-Dicembre 1999, Borla.
- Parlani R., "Un omaggio a Martha Harris", in *Quaderni di psicoterapia infantile*, Borla, 1989.
- Risoldi M. C., Brunori P., Candolo G., Donà dalle Rose M., *Traumi di guerra, un'esperienza psicoanalitica in Bosnia-Erzegovina*, Manni, 2003.
- Risoldi M. C., Brunori P., "Traumi psichici in contesti di violenza sociale", Gozzi G., Martelli F. (a cura di), *Guerre e minoranze*, Bologna 2004.
- Risoldi M. C., Brunori P., "Interventi psicologici in società traumatizzate", Gozzi G., Salih R. (a cura di), *Ricostruzione politica, società civile e cooperazione in Medio Oriente*, L'Harmattan Italia, 2008.
- Risoldi M. C., "Un lungo viaggio", *Quaderni de Gli Argonauti*, n. 14, 2007.
- Riva Prugnola C., *Il bambino e le sue relazioni. Attaccamento e individualità tra teoria e osservazione*, Cortina, 2007.
- Rumiz P., *Maschere per un massacro*, ed. Riuniti, 1998.
- Semi A. (a cura di), *Trattato di psicoanalisi*, vol. 1, Cortina, 1988.
- Sironi Françoise, *Persecutori e vittime. Strategie della violenza*, Feltrinelli 2001.
- Varvin S., "Esperienze traumatiche estreme. Il lavoro psicoanalitico con i profughi traumatizzati", *Rivista di Psicoanalisi*, Vol. XLV - 4 - Ottobre-Dicembre 1999, Borla.
- Varvin S., Volkan V.D., *Violenza o dialogo?*, Roma 2006.
- Wardi Dina, *Le candele della memoria. I figli dei sopravvissuti dell'Olocausto. Traumi, angosce, terapie*, Sansoni, 1990.
- Wittgenstein L., *Lezioni e conversazioni*, Adelphi, Milano 1980.
- Winnicott D., *Il bambino deprivato*, Milano 1986.
- Winnicott D., *Esplorazioni psicoanalitiche*, Cortina, 1995.
- Yule W., *Disturbo post-traumatico da stress*, McGraw- Hill Libri Italia, Milano 2000.
- Zanini P., *Significati del confine*, Mondadori, Milano 1999.

**ABSTRACT**

We are living through a period of crisis. This crisis is affecting not only our patients, but also us professionals. Psychoterapist can no longer work in a vacuum without taking into account the impact of the wider world. The border between an individuals pathology and our collective pathology has become more and more difficult to define. Has the fusing together of the external and internal worlds produced new symptoms? The author reflects if is possible fight against humanity's individual and collective destructive tendencies through research, studies and new discoveries.



*El tiempo es la sustancia de que estoy hecho*  
(Il tempo è la sostanza di cui sono fatto)

J. L. Borges

Il tempo è il modo in cui la mente, organizzando la realtà, si organizza: esso non appartiene solo alla realtà esterna, ma è anche indice della nostra costruzione su di essa per capirla e gestirla.

Le radici di questa posizione epistemicamente costruttivista affondano in Kant: il tempo, come lo spazio, forma dell'intuizione sensibile, è una rappresentazione necessaria e universale, attraverso cui l'Io, legiferando, ordina il mondo. Un'esigenza "a priori" della nostra coscienza, un'intuizione che non dipende dal percepire e sentire ma che li presuppone.

Il tempo dunque è anche "nostro", nel senso che è interno a noi, e se il tempo si configura in passato, presente e futuro, se il tempo è nella mente, anche il futuro appartiene alla mente.

È in questa ottica che vorrei approfondire il futuro nella mente, non certo come capacità "divinatoria" di leggere gli eventi che accadranno, ma come una delle tre temporalità che improntano e configurano l'organizzazione mentale.

#### ALCUNE RIFLESSIONI SULLA FENOMENOLOGIA DELLA COSCIENZA INTERNA DEL TEMPO

Prenderò le mosse dal tempo fenomenologico, cioè dalla natura temporale dell'esperienza umana, per poi trasferirne le osservazioni al processo clinico.

Il tempo fenomenologico non è il tempo fisico, cioè il tempo oggetto della scienza, che è per definizione il tempo epistemico, ma la dimensione interna del tempo e la sua percezione da parte del soggetto.

Nella storia del pensiero questo aspetto del tempo

## Alcune osservazioni sul tempo fenomenologico applicate al processo e alla cura analitica

*Daniela De Robertis*



è evidente: Aristotele e Agostino ne sono i grandi maestri, e, in tempi più vicini a noi, Bergson e Heidegger ne sono stati i continuatori. Per i filosofi del tempo la dimensione temporale risulta centrale per l'esistenza umana. Tirare in ballo il discorso di *chi* vive il tempo, o di *chi* vive nel tempo, come codificherà poi Heidegger, significa introdurre una distinzione tra tempo interno e tempo esterno, tra tempo della vita e degli uomini e tempo del mondo o, se vogliamo, tra tempo psichico e tempo fisico.

Il filosofo sicuramente più sensibile nell'individuare questa differenza è Bergson (1889): contrariamente al tempo della scienza, il tempo della vita è qualcosa di concreto ed interiore che, in quanto tempo dell'esistenza, è tempo vissuto, vale a dire un tempo che "dura".

La durata del tempo è ciò che caratterizza il tempo fenomenologico, carico di tutta la relatività soggettivistica della misura che c'induce a dire: "è passato un secolo che mi è sembrato un attimo!", così come "è passato un attimo che mi è sembrato un secolo!". Così le nostre misurazioni interne ci mettono al cospetto del tempo della nostra esperienza, il tempo degli uomini.

In questo tempo interiore colgo il tempo che governa le sedute dell'analisi, il tempo della clinica che regola la narrazione del paziente e gli interventi dell'analista, il tempo che intervalla le sedute e scandisce la seduta, il tempo che ritma il dialogo della coppia analitica, il tempo attraverso cui, come un nastro, si snoda il processo, il tempo del cambiamento, distinguendo nell'analisi il tempo intrapsichico ed esperienziale dalla effettiva frequenza e durata del trattamento, parametri del tempo esterno, oggettivamente osservabile.

Più in là proverò a leggere il processo della cura analitica all'interno di questo tempo intrapsichico, e più esattamente rispetto alla dimensione del tempo futuro. Ma, per circostanziare meglio questo approc-

cio alla cura, preferisco recuperare ulteriori spunti dalla filosofia del tempo.

Il tema è già vivo in Aristotele (1968) che, secondo la tradizione eraclitea, non solo lega il tempo al divenire, ma lo interiorizza, considerandone la dimensione soggettiva: se ogni misura presuppone una mente misurante, se la mente si configura come la condizione imprescindibile del tempo, l'operazione aristotelica riconduce dunque il tempo a una connotazione mentale. Ed è a livello di teoria della mente che il tempo ricade nella nostra attenzione di operatori del *mentale*.

Ma è soprattutto dalla visione di Agostino che vorrei trarre insegnamento per riproporre un'interpretazione per così dire "agostiniana" del processo analitico, orientato verso il futuro – inteso come una delle dimensioni del tempo interno e più precisamente come dimensione abitata dal cambiamento, quindi chiave di volta della cura.

Agostino nelle *Confessioni* (1965, libro IX, 14, 17) apre la sua riflessione sul tempo con un interrogativo: *cos'è il tempo?* Difficile pronunciarsi in riferimento a ciò che non esiste: già, perché, secondo la ben nota tesi degli scettici, punto di avvio di Agostino, il tempo non esiste, non si acchiappa, sfugge e rinnega se stesso: tutti sappiamo che il passato è tale perché non è più, il futuro è tale perché non è ancora e il presente non è perché è ingoiato continuamente dal passato: così la risposta alla nostra domanda sul tempo ci sbatte in faccia il suo paradosso; Agostino però scavalca la tesi scettica e liquida l'aporia, trasferendo il tempo da ciò che è, a ciò che è sentito, spostandosi da un'ontologia del tempo ad una fenomenologia del tempo.

Di fatto con l'abile mossa di inserire il passato e il futuro nel presente, grazie alla memoria e all'attesa, Agostino recupera l'esistenza e la certezza del tempo, trasferendo sulla memoria e sull'attesa l'idea di un passato dilatato e di un futuro dilatabile. Da qui Ago-

stino parte per formulare una seconda domanda: *dove alloggiavano queste dimensioni del tempo?*

L'interrogativo che consiste nel trovare un *locus* dove situare le cose passate e le cose future non è "innocente" - avverte Ricoeur (1983, p. 27): le cose passate sono tali in quanto *narrate* e le cose future sono tali in quanto *annunciate*. Anticipo il finale: Agostino arriverà a situare entro l'animo le qualità temporali implicate nell'atto della narrazione e nell'atto della previsione, intesi come modo di agire dello spirito. Di fatto così Agostino spiega la previsione: è grazie ad un'attesa presente che le cose future ci sono presentate come da venire. Ne abbiamo un "presentimento" (*praesensio*) che ci consente di "preannunciarle" (*praenuntio*).

Nell'argomentazione agostiniana è l'attesa che crea il futuro, non il futuro che causa l'attesa. In altri termini è la disposizione dell'animo che crea la dimensione temporale interna del tempo futuro.

Il commento di Ricoeur (*Ibid.*, p. 28) - che qui di seguito riporto - mi motiva ancor di più a trasferire il discorso agostiniano sul campo del lavoro analitico:

"L'attesa è analoga alla memoria: consiste in un'immagine che esiste già, nel senso che essa precede un evento che non è ancora (*nondum*); ma questa immagine non è un'impronta lasciata dalle cose passate, bensì un 'segno' e una 'causa' delle cose future che sono in tal modo anticipate, presentite, predette, annunciate, proclamate".

Si noti - avverte Ricoeur - la ricchezza del lessico dell'attesa.

Se trasferiamo al processo della cura la disposizione dell'attesa come creatrice del futuro all'interno della psiche, è lecito contemplare che il paziente nella sua narrazione includa anche l'affacciarsi di indici e spunti inediti che afferiscono al "nuovo" del processo di cambiamento; un "nuovo" che è nel soggetto e che è da lui prodotto, ma che, al tempo stesso, non è ancora, in quanto non è mentalizzabile e ge-

stibile: un qualcosa da cui lo separano i tempi dell'appropriazione e dell'adattamento in riferimento al suo stesso contesto intrapsichico.

Ma c'è di più: questa dimensione temporale del futuro, o tempo dell'attesa, un tempo che indicizza lo scarto tra il conosciuto e il consaputo, pertanto vorrei agganciare il tempo dell'attesa al lavoro che il paziente deve necessariamente effettuare ai fini di un con-sapere che è il sapere dell'autoriflessione.

Avrò modo di precisare in seguito la posizione che ritengo utile per l'analista nei confronti della prospettiva futura che la narrazione del paziente può veicolare e la disposizione interpretativa più consona rispetto al tempo della transizione, tipico del futuro e dell'attesa.

Perciò torniamo ad Agostino.

Affidando alla memoria il destino delle cose passate e all'attesa quello delle cose future, è possibile includere memoria e attesa in un presente dilatato e dialettizzato, che legittima Agostino ad affermare:

“Forse sarebbe esatto dire che i tempi sono tre: presente del passato, presente del presente e presente del futuro. Queste tre specie di tempi esistono in qualche modo nell'animo (in animo) e non vedo altrove (alibi)” (1965, libro XI, 26, 27).

Il presente del passato è la memoria, il presente del presente è l'attenzione (*attentio*), il presente del futuro è l'attesa. Nella dialettica della memoria, dell'attenzione e dell'attesa, la struttura multipla del tempo fornisce il fondamento della sua misurazione e della sua estensione (Ricoeur, 1983).

Anche se all'interno dell'economia di questo lavoro non posso soffermarmi sulle risultanze delle neuroscienze cognitive circa la funzionalità della memoria, vorrei, almeno *en passant*, segnalare le affinità di registro tra il *presente del passato di Agostino* e il *presente ricordato di Edelman*, (Edelman, Tononi, 2006, parte terza), per il quale è la memoria a ricostruire nel presente un'esperienza categoriale precedente,

creando un presente che è *presente ricordato*.

Tornando alla proposta agostiniana, la speculazione di Agostino sul tempo interno stimola a riflettere sul fatto che il presente è immobile, che non ci spostiamo di un millimetro da esso e che è l'anima a misurare il tempo, anzi sono le disposizioni d'animo a inventare il tempo sotto forma di tempi del tempo.

Heidegger (1924) sottolinea in che misura Agostino sia l'iniziatore di una concezione psicologica del tempo, che concepisce il tempo come *durata* o *dilatazione* della mente. Infatti che senso avrebbe lo scorrere del tempo se non ci fosse *qualcuno*, una soggettività, una coscienza in senso fenomenologico, che lo *percepisse* e, da mera successione di un prima e un poi, qual è il tempo esterno, il tempo *atensionale* (Dorato, 1997), lo facesse diventare durata, che è ciò che connota il tempo interno, il tempo *tensionale*?

In qualità d'impressioni nell'animo, memoria e attesa contraggono un'estensione; ma l'impressione si produce all'interno solo in quanto lo spirito fa qualcosa. C'è un rimando all'agire dello spirito: esso ricorda, pone attenzione e attende.

Se ritraduciamo le *disposizioni d'animo* di Agostino nei termini di *disposizioni psichiche*, ne consegue che la memoria "crea" il passato e l'attesa "crea" il futuro; quindi sono le disposizioni psichiche che creano i tempi della temporalità di fronte a cui si trova l'analista nel suo lavoro con il paziente.

Non credo che *le disposizioni d'animo* che determinano la temporalità siano l'unico concetto agostiniano da recuperare nel lavoro analitico: un potenziale clinico di grande utilità mi pare si concentri anche nella *dialettica del triplice presente*. È qui infatti che la tensione dello spirito si addensa tra ciò che da futuro, traversando il presente, diviene passato. C'è un'azione combinata della memoria, dell'attenzione e dell'attesa. In questo intreccio dell'agire consiste la *distentio* agostiniana, che è il modo attraverso cui l'azione del quotidiano ordina reciprocamente il pre-

sente del passato, il presente del presente e il presente del futuro (Ricoeur, 1983, pp. 102-103).

Ricoeur ritrova in questa articolazione dell'agire il più schietto "*induttore narrativo*". La considerazione mi è di stimolo per pensare che il cambiamento psichico sia funzione dell'uso che il paziente fa, nel suo presente, dell'articolazione tra le temporalità del passato e del futuro. Non basta riconoscere che le due dimensioni sono dialetticamente presenti nel paziente, occorre anche "percepire" quale delle due in quel momento della seduta e/o del percorso analitico eserciti un'attrazione maggiore su di lui e su questa percezione di peso calibrare l'interpretazione.

Concludendo su Agostino, direi che la sua mossa è stata d'interiorizzare il tempo portandolo dentro: dentro la coscienza, dentro il vissuto, dentro il soggetto. Agostino, facendo diventare il tempo un tempo umano, ha inaugurato il tempo psichico. Ed è questa l'operazione che m'interessa ed è questa l'eredità di Agostino che la fenomenologia farà propria, afferrando il tempo e considerandolo la dimensione entro cui agiamo la nostra quotidianità e proclamando che nell'intratemporalità si caratterizza la temporalità dell'azione umana.

Partito dalla ricerca della realtà oggettiva del tempo, per così dire dalla realtà ontologica di esso, Agostino arriva alla fine del suo percorso a chiarirne invece proprio la soggettività, in quanto ritrova nella soggettività della coscienza la sede del tempo. Ma la coscienza temporale agostiniana è molto più di ciò che la tradizione psicoanalitica ha maneggiato come coscienza, perché è qualcosa che trascende e quasi rende irrilevante la bipartizione tra conscio e inconscio e che rinvia alla più profonda interiorità del soggetto come esistente e all'esistenza come progetto. Ed è qui che ritroviamo l'anello di congiunzione tra Agostino e la fenomenologia del nostro tempo.

Sulle tracce di Agostino l'analisi della temporalità continua e si amplifica in Heidegger (1927). Il tem-

po non è elemento aggiunto all'esistenza e all'essere dell'uomo, anzi la temporalità è il *principium individuationis* dell'essere, che fonda il carattere costitutivo dell'essere come essere temporale. Se il tempo è il senso dell'essere e se è il significato ultimo che la domanda intorno all'essere restituisce, Heidegger concluderà affermando: sono io stesso l'ora e il mio esserci è il tempo, sono io il mio tempo (Heidegger, 1924, pp. 29-50).

Cosa vuol dire essere *dentro* il tempo? Significa contare, calcolare il tempo secondo la misura soggettiva del vissuto. Ma attenzione, precisa Ricoeur (1983, p. 105), se facciamo ricorso alla misura del tempo è perché il tempo è dentro di noi e non viceversa. Il linguaggio qui ci aiuta: *prendersi il tempo di... prenditi tutto il tempo che vuoi... perdere tempo... cogliere il tempo propizio... non aspettare tempo... avere il tempo di...*, ritradotti nel lessico fenomenologico rappresentano la misura interna e soggettiva del tempo, che ci autorizza a parlare di un'analisi dell'*intratemporalità*, ma che sollecita anche l'analista a monitorare – nello spazio terapeutico – questa analisi dell'*intratemporalità*. La dimensione intratemporale, denunciata continuamente dalla multiformità di un lessico così delatore del rimando temporale, attesta il tempo personale del processo dell'analisi e insieme del progetto psichico del soggetto, quello che Heidegger chiamò in termini esistenziali *il prendersi cura o il tempo della cura*.

Insomma, l'analisi fenomenologica del tempo ci restituisce un tempo soggettivo, che, se per certi versi segue binari temporali suoi, divergenti da quelli del tempo fisico, la "forbice temporale" come la chiama Blumenberg (1986), per altri lo riproduce. Basti pensare che proprio le teorie fisiche sul tempo, come la relatività, polverizzano il concetto di tempo assoluto e restituiscono l'idea di un tempo che "non è niente [e che] sussiste soltanto in conseguenza degli eventi che vi si svolgono" (Heidegger, 1924, p. 26). Allora tempo esterno e tempo interno riacquistano una so-

lidarietà nella misura in cui il tempo (in generale) è la dimensione in cui si svolgono gli eventi e in cui risiede il mutevole e ciò vale per “dentro” e per “fuori”, anche se spesso con tempi differenti.

Vorrei concludere queste brevi note sulla filosofia del tempo con un passo di Ricoeur circa la divergenza, e al tempo stesso la concordanza, tra tempo degli uomini e tempo del mondo: “Se tuttavia l’essere ‘dentro’ il tempo è così facilmente interpretato in funzione della rappresentazione ordinaria del tempo è perché le prime misure vengono prese a prestito dall’ambiente naturale e anzitutto dal ritmo della luce e delle stagioni. A questo proposito, il giorno è la più naturale delle misure. Ma il giorno non è una misura astratta, è una grandezza che corrisponde alla nostra Cura e al mondo nel quale è ‘tempo di’ fare qualche cosa, dove ‘ora’ significa ‘ora che...’. È il tempo delle opere e dei giorni” (Ricoeur, 1983, p. 107).

#### CONFLUENZA TRA GLI ASSUNTI DELLA FENOMENOLOGIA E QUELLI DELLA CURA PSICOANALITICA

Vorrei trasferire all’analisi e al processo della cura queste osservazioni sul tempo: perché ritengo che la dimensione del futuro del paziente sia un motore evolutivo che la terapia, fin dalle prime battute, deve necessariamente mettere in moto; intendendo la dimensione del futuro lo spazio prospettico in cui il paziente mette in campo i suoi bisogni evolutivi e le sue potenzialità di cambiamento.

Già da tempo il rivoluzionario Bion (1962) leggeva il processo terapeutico come espressione della capacità trasformatrice del soggetto rispetto ai dati delle proprie esperienze effettuate e codificate, tirando in ballo gli elementi  $\beta$  che sono trasformati in funzioni  $\alpha$ , grazie al processo di alfabetizzazione.

Il fatto è che la comparsa del nuovo non è un



evento, ma un processo e un processo impone una gradualità: risiede qui l'aggancio con il discorso sull'intratemporalità, intesa come temporalità intrapsichica o durata del tempo interno.

Applicando al lavoro della clinica una lettura agostiniana, direi che in ogni seduta il paziente, oltre al suo presente del passato, ci mette di fronte al suo presente del futuro: in termini più dettagliati la narrazione del paziente, parallelamente ad un tracciato conservativo, legato al passato vissuto come eterno presente, rilancia anche un'apertura che prospetta un cambiamento, tanto futuro, quanto pre-annunciato. È qui che la coppia analitica si misura con il *tempo dell'attesa*, il tempo dell'aspettativa, durante il quale il cambiamento prenderà quella forma intrapsichica tale da consentire al soggetto di appropriarsene appieno. Adottando il lessico agostiniano, solo a questo punto il cambiamento occuperà il presente del presente e potrà essere oggetto dell'*attentio*. Soltanto a questo punto il nuovo significato potrà essere pronunciato e considerato appieno, perché cadrà nel tempo opportuno, il *kairós* come i greci chiamavano il momento "giusto".

Nell'ottica dell'attesa leggerei anche lo *spazio transizionale* di Winnicott, uno spazio a metà: interno al soggetto ma, al tempo stesso, "sentito" ancora esterno e quindi estraneo: un nuovo significato che il paziente sta facendo emergere, tanto da lui prodotto, quanto però ancora infruibile, perchè non avvertito ancora come proprio e di cui, quindi, non può fare pienamente uso.

In altri termini potrebbe dirsi che il paziente stia "creando" una domanda di significato (Thanopolus, 1998, p. 721) a cui, al momento della formulazione della domanda, non è possibile pronunciarsi sulla risposta.

Il concetto di durata temporale è implicito anche in Green in relazione al "tenere in sospeso", mentre "l'esperienza è ancora in corso". All'ambito di ciò

che chiamerei la *futurizzazione*, allude Bollas (1987) nell'indagare l'esperienza che parte dal *conosciuto-non pensato* per arrivare ad una pensabilità, cioè per arrivare a poter essere mentalizzata, operazione che equivale al processo di alfabetizzazione di Bion.

Al pari dello stato di veglia, anche nell'attività onirica, e in modo più evidente in una certa "tipologia" di sogni, si palesa un valore embrionale e potenziale che colora uno spazio intermedio, che definirei di latenza, ben reso da Fosshage (1983; 1997). In tali frangenti succede che un nuovo pensiero, proprio perché sta emergendo per la prima volta, assuma un contorno vago e sfumato, un'indefinitezza che sta a denunciare proprio il suo stato iniziale. Si tratta di indizi che si mantengono indicibili e "indecidibili" (Badoni, 1998), in quanto riferiti ad una parola che non si può ancora pronunciare, ad un "programma" che non si può ancora decidere: un pensiero che abita una zona di sospensione a mezz'aria.

La "vaghezza" del riferimento presente nel testo del paziente diventa allora per l'analista la traccia di un'idea che, sebbene non sufficientemente formulata, tuttavia si affaccia all'orizzonte. Un'idea implicita dunque, che rinvia al concetto di *implicito* e che stimola la ricerca psicoanalitica ad esplorare nuove accezioni dell'inconscio nell'attuale dibattito sul rapporto tra codice implicito e registro inconscio (De Robertis, 2007). Abbiamo a che fare con indizi e tracce che possono funzionare per l'analista da indici di orientamento che lo inducono a riproporre, per così dire, a restituire, al paziente, riconoscendogli, queste sue potenzialità di cambiamento, a patto però che l'intervento terapeutico sia modulato e regolato rispetto al tempo dell'attesa. Il tempo del *kairòs*, del momento più propizio, in cui la formulazione emerga più esplicitamente nel paziente.

Su questo tema della futurizzazione è notevole la convergenza tra il discorso psicoanalitico e la riflessione fenomenologica: proprio in relazione ad un

progetto di vita inconscio, anche la fenomenologia guarda alle persone come a dei “fenomeni” che sono, o si comportano, come se sapessero dove andare, indirizzandosi verso un futuro concettualizzabile come la dimensione del *non ancora* (De Monticelli, 1998).

Non mi sembra improprio annoverare tra i compiti della psicoanalisi, come disciplina che entra nella teoria e nella prassi dei percorsi dell'esistenza, fare riferimento, trarre sollecitazioni o scoprire analogie tra le proprie metodiche di lavoro e il discorso di chi, in qualità di fenomenologo, ha eletto come propria bandiera l'indagine filosofica sull'esistente e il dialogo che stabilisce con se stesso.

Selezione pertanto nel pensiero heideggeriano e nei suoi attuali epigoni, alcune osservazioni su questo codice di lettura che ho proposto nei riguardi del processo della cura analitica.

Secondo Heidegger l'essenza dell'esistente non è il già dato, ma l'ambito delle potenzialità, delle opzioni e delle scelte che vanno a confluire verso ciò che il soggetto “progetta” di poter essere.

In questo senso, nel soggetto è presente un progetto che lo connota come essere progettuale. *Essere progettuale significa poter essere*: è il significato potenziale che marca il senso del divenire e che è il modo in cui l'individuo “sceglie” di essere se stesso.

La parola esistenza evoca un *ex-sistere*, un portarsi fuori da, un trascendere ciò che si è, in direzione di qualcosa che non è già dato, che, in questo senso, non è reale ma è virtuale perchè si situa in rapporto alle possibilità.

L'area *virtuale* è lo spazio in cui il soggetto può scegliere e decidere la sua esistenza in rapporto alla possibilità pura. Perciò l'esistenza umana si connota come un progettare se stessa: all'interno di questa azione progettante è possibile ogni trasformazione e divenire storico. Dunque, “l'esistenza, essendo già sempre proiettata [...] verso ciò che può essere e può dare di sé, si dilata essenzialmente nel futuro, dun-

que nel tempo” (Heidegger, 1924, p. 12). L'indiscussa originalità della manovra heideggeriana consiste nell'aver sottratto il tempo all'ordine causale e al suo determinismo, e nell'averlo incluso nella struttura delle possibilità.

A questo spazio temporale si riferisce la *coscienza storica* di Gadamer (1960, 1963) intesa quale pre-comprensione o anticipazione di senso nei confronti di anticipazione di risposte in un processo sempre aperto.

Questa precomprensione o anticipazione di senso, su cui Gadamer c'intrattiene, mi sembra ben si accordi all'attesa agostiniana, a quello che Agostino ha definito il presente del futuro e che chiama in causa il tempo del *non ancora dato* che si offre al processo analitico.

Dal mio punto di vista sono propensa ad individuare la variabile terapeutica del processo della cura nella sensibilità dell'ascolto analitico nei confronti di quegli indici di cambiamento agganciati al futuro, che spesso, silenziosi e discreti, punteggiano il discorso del paziente.

È un'idea applicata alla clinica che ha il suo corrispettivo “forte” nell'etica: è l'etica che ci rammenta che “se il futuro è chiuso la libertà umana non ha senso” (Bodei, 1997, p. X, sottolineatura mia).

Perciò l'attenzione analitica sul futuro, come chiave di leggibilità del movimento progettuale del paziente, tratta il futuro in senso esistenziale, come spazio di alternativa e di divenire interno al soggetto, di cui il soggetto si autodota.

Concepire psicoanaliticamente il futuro come spazio del *venire in essere*, implica poter riconoscere nel paziente anche un movimento progettuale che l'analizzando enuncia e indica: cosa non certo sfuggita a Laplanche quando coglie nella “narrazione [del paziente] il racconto di un progetto di vita” (Laplanche, 1998, p. 889).

CONSIDERAZIONI CLINICHE  
SULL'INTERPRETAZIONE PROSPETTICA

Il discorso contrae importanti ricadute operative, in quanto ingaggia l'analista a saper cogliere e gestire funzionalmente le "esperienze in germe che stanno evolvendo verso il mentale nella psiche dell'analizzando" (Di Benedetto, 1998, p. 8).

Nell'ottica prospettica, tra i compiti appannaggio dell'analista, ritengo che l'analisi del passato non basti; anzi, che, se esclusiva, risulti iatrogena e reificante. Perciò, concordo con Di Benedetto nell'asserire «che, molte volte, i pazienti non sanno che farsene della fotografia psichica della loro vita» (ibid.). Piuttosto ascriverei tra i compiti che più mettono in campo la sensibilità dell'analista, e che caratterizzano una cura "felice", la capacità di saper individuare la funzione gestativa in riferimento alla nascita di elementi potenziali della personalità del paziente, nei momenti in cui essa comincia a prendere forma.

Ho motivo di pensare che il modello di sintonizzazione tra analizzando e analista si giochi su questo terreno: il paziente ci chiede implicitamente o inconsciamente, o per dir così, tra le righe, di essere accompagnato nella ricerca e valorizzazione di qualcosa che dentro di sé avverte confusamente allo stato *germinale*. Se l'analista saprà sintonizzarsi con tali elementi germinativi, se sarà in grado di cogliere l'orizzonte delle possibilità evolutive del paziente, aiuterà e permetterà all'analizzando di sperimentare *in forma anticipatoria* (Di Benedetto) non solo il futuro, ma anche di ricostruire, rileggendolo in altro modo, il suo passato. Il modello di sintonizzazione e di riconoscimento si realizza non tanto, ma soprattutto non solo, in ragione del fatto che il paziente

“si rispecchia in interpretazioni che ne rappresentano fedelmente lo stato, quanto perché vi trova una *forma di sviluppo*, che da solo non era riuscito a trovare. Non si conosce soltanto per come è nel 'qui ed ora', ma anche per *come potrebbe*”

*be divenire*. Avvertire lo scarto tra 'ciò che è' e 'ciò che potrebbe essere' lo spinge a sviluppare le proprie risorse latenti" (*Ibid.*, p. 9).

L'attenzione dell'analista, in riferimento al quadro mentale del paziente nel presente della seduta, va ripartita, insomma, tra i pensieri inconsci e rimossi che rinviando all'esperienza del passato e gli orientamenti impliciti e germinali che rimandano ad una potenziale esperienza del futuro, concependoli in un reciproco rapporto di figura-sfondo. Ciò significa che nel paziente in alcuni momenti del processo terapeutico le disposizioni verso l'alternativa del futuro possono esercitare un'influenza maggiore rispetto all'attrazione delle esperienze del passato; così come ugualmente può verificarsi la situazione contraria.

Questo centramento temporale rappresenta anche una proposta incline a depotenziare l'idea classica del conflitto in favore di una dialettica tra passato e futuro, esprimibile come tensione tra motivazione alla conservazione e alla ripetizione e motivazione all'alternativa.

Stabilito dunque che l'analista, come un osservatore che partecipa ad una partita di ping-pong, bilanci il peso delle difficoltà di crescita con quello delle capacità di evoluzione, vorrei ora centrarmi sull'atteggiamento che ritengo opportuno l'analista assuma rispetto a quello che la Heimann, tanti anni fa, chiamò "abbozzi di creatività", che in letteratura si ritrova sotto forma di "aree generative del Sé" e che Bonaminio (1998, p. 140) riferisce al sogno come "potenziale incipiente esperienza personale del Sé".

Si tratta di un pensiero virtuale, una comunicazione fondata su una semiotica del non-ancora, sui segni appunto che essa lascia trapelare e che l'analista dovrebbe saper cogliere e restituire come *segno anticipatorio* (Di Benedetto, 1988, p. 12). È infatti compito dell'analista elaborare un pensiero articolato su ciò che è dicibile e su ciò che non è ancora fruibile per il paziente.

Intendo dire che è opportuno che l'analista sappia cogliere qual è il significato di cui si approprierà il paziente, ma non per questo proporglielo direttamente, perché in tal caso l'interpretazione situerebbe nel presente ciò che è al futuro. In altri termini, non fare i conti con la temporalità del paziente, avrebbe il risultato d'innescare risposte difensive, perché tirare troppo la corda delle capacità di crescita fa il gioco delle abilità conservative, con il risultato paradossale di conseguire esattamente l'inverso di ciò che si persegue.

Se l'alternativa è tale in quanto rappresenta uno scarto dal consueto, ritengo che l'analista sia capace di cogliere questo scarto a condizione di avere presente anche il consueto. Perciò considererei un'attività interpretativa più articolata che colga nello scenario sincronico del paziente sia la riproposizione del passato sia l'innovazione del futuro.

Nel presentare questa proposta mi appoggio al concetto di *coscienza storica* di Ricoeur (1998), secondo il quale la coscienza storica è il ritmo dialettico tra lo *spazio esperienziale* costituito dall'eredità del passato e l'*orizzonte di attesa* costituito da previsioni, aspettative e progetti orientati al futuro. Una posizione, quella ricoeuriana, che può essere avvicinata al concetto di *storia strutturale* di Lévi-Strauss (1958), una storia percorsa da un asse temporale in cui il passato si incerniera con il presente e si dilata verso il futuro.

Se leggiamo la soggettività del paziente e il suo rapporto con l'intratemporalità alla luce di questi stimoli, possiamo assumere, in qualità di analisti un doppio vertice. Sia un vertice diacronico, nel riconoscere nel presente del paziente ciò che pertiene al passato e alle sue vicissitudini, per così dire, *l'allora e là (tunc et alibi)*, ma anche e contemporaneamente un vertice sincronico del *qui ed ora (hic et nunc)*, nel cogliere nel presente del paziente ciò che si protrae tensionalmente verso il futuro.

Ritengo che l'assunzione da parte dell'analista,

della copresenza di questi due vertici possa proteggere da operazioni di reificazione che la psicoanalisi classica ha consumato, nell'assumere come *focus* esclusivo la storia passata del paziente. Ma credo che essa possa evitare anche il rischio di destoricizzare la vita del paziente che in alcune posizioni postmoderne che premono il pedale sul presente, estromettendo la considerazione del passato.

Tornando alla capacità dell'analista di riconoscere nel paziente le aperture al futuro, calibrarne la gradualità temporale mette in gioco la disposizione "paziente" dell'analista. *Paziente*, secondo l'etimo latino, non rimanda solo al soffrire, ma anche al *tollerare*, *permettere* e *aspettare*. Natoli definisce il *pensiero paziente* una *forma mentis* capace di complessità perché il pensiero paziente, proprio in quanto sa attendere, guarda avanti ed è pertanto un pensiero prospettico, rivolto all'alternativa (Natoli, 1996, pp. 104-105).

Nell'interpretazione prospettica, capace di comunicare la presenza di un potenziale alternativo, anche se non ancora dato, sta il valore assolutamente non profetico e non prescrittivo dell'intervento analitico rivolto al futuro; perché, a differenza della profezia che è un dire *prima* (*profemi*) e della suggestione che è un dire *al posto di*, l'intervento dell'analista rispetta lo scarto temporale, riconoscendo il tempo interno del paziente, la durata di Agostino. Ma l'intervento dell'analista non è né profezia né suggestione, anche perché pone l'analizzando di fronte alle possibilità, non ancora attuate, delle alternative e, non pronunciandosi sui tempi concreti, sulle modalità e sui contenuti dell'alternativa, ne mette in gioco la pura forma: quello che Heidegger ha chiamato la "pura" potenzialità.



## Bibliografia

- Agostino, *Confessioni*, Città Nuova, Roma (1965).
- Aristotele, *La Fisica*, Laterza, Bari (1968).
- Badoni M. (1998), "Riflessioni sull'indecidibile", *Riv. di Psicoan.*, XLIV, 2, pp. 213-234.
- Bergson H. (1889), *Saggio sui dati immediati della coscienza*, Borin-ghieri, Torino, 1964.
- W.R. Bion W. R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Ro-ma 1972.
- Blumenberg H. (1986), *Tempo della vita e tempo del mondo*, Il Muli-no, Bologna 1996.
- Bodei R. (1997), "Presentazione", in Dorato M., *Futuro aperto e li-bertà. Un'introduzione alla filosofia del tempo*, Laterza, Bari.
- Bollas C. (1987), *L'ombra dell'oggetto*, Borla, Roma 1989.
- Bonaminio V. (1998), "Dall'analisi del sogno alla sogno della ana-lisi", *Riv. di Psicoan.*, XLIV, 1, pp. 129-145.
- De Monticelli R. (1998), *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Guerini, Milano.
- De Robertis D. (2007), "Mosè, Michelangelo e Freud. Da un in-treccio di storie nella storia ad alcune suggestioni per la teoria della cura", *Ricerca Psicoanalitica*, XVIII, 2: 137-154.
- Di Benedetto A. (1998), "Sperimentare un pensiero che verrà", *Riv. di Psicoan.*, XLIV, 1, pp. 5-22.
- Dorato M. (1997), *Futuro aperto e libertà. Un'introduzione alla filoso-fia del tempo*, Laterza, Bari.
- Edelman G., Tononi G. (2006), *Un universo di coscienza*, Einaudi, Torino.
- Fosshage J. L. (1983), "The psychological function of dream: A revised Psychoanalytic perspective", *Psychoan. and Contemp. thought*, 19, 6, pp. 641-669.
- Fosshage J. L. (1997), "The organizing function of dream men-tation", *Contemp. Psychoan.*, 33, 3, 429-458.
- Gadamer H. G. (1960), *Verità e metodo*, Bompiani, Milano 1983.
- Gadamer H. G. (1963), *Il problema della coscienza storica*, Guida, Napoli 1974.
- Heidegger N. (1924), *Il concetto di tempo*, Adelphi, Milano, 1999.
- Heidegger N. (1927), *Essere e tempo*, UTET, Torino 1969.
- Laplanche J. (1998), "Narrativité et herméneutique", *Revue de Psychan.*, LXII, n. 3, pp. 889-893.
- Lévi- Strauss C. (1958), *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Mi-lano 1966.
- Natoli S. (1996), *Dizionario dei vizi e delle virtù*, Feltrinelli, Milano.
- Ricoeur P. (1983), *Tempo e racconto*, vol. I, Jacabook, Milano 1983.
- Ricoeur P. (1998), *Ricordare, dimenticare, perdonare*, Il Mulino, Bo-logna 2004.
- Thanopoulos S. (1998), "Sognare per pensare la realtà", *Riv. di Psi-coan.*, XLIV, 4, pp. 719-735.

**ABSTRACT**

The Author highlights the meaningful gathering of Phenomenology and Psychoanalysis in the concept and in the subjective value of Time. Phenomenological Time loads temporality with subjective relativity, so that it becomes "human time", i.e. "psychic time".

In this respect the outcome of the "new" is the expression of a future that supports the subjective mental organization, and is the result of a process defining the time of waiting. Actually it is during this kind of time that change can take shape. Time is therefore conceived out of the arbitrary order and fully becomes a "gestational" dimension, in reference to the birth of potential elements in the patient's personality and to the modulation and the relational attunement that tend to the future in the analytic process.



## INTRODUZIONE

L'articolo si propone di analizzare una vicenda umana molto dolorosa: la malattia oncologica di un bambino. Attraverso la riflessione psicoanalitica ho cercato di comprendere la sofferenza che si scatena nelle famiglie con la comunicazione della diagnosi di malattia. Durante gli otto anni di lavoro nel reparto oncologico pediatrico, ho tentato un percorso di cura per questa sofferenza.

Nel momento in cui passato e futuro non hanno più legame perché il presente è saturo della percezione della caducità della vita, il pensiero inizia ad oscillare come un pendolo, tra stati di disperazione e stati di speranza e l'emozione sovente, sfugge al controllo.

Di fronte ad una realtà ingiusta e dolorosa, qualsiasi tentativo di cura sembra vano perché si sprofonda in una posizione di impotenza come operatore insieme al genitore. La relazione col bambino e coi famigliari è mediata da identificazioni proiettive<sup>1</sup> dove rabbia, depressione e angoscia sono intense.

Tali proiezioni hanno suscitato reazioni controtransferali altrettanto forti e ho cercato di salvaguardare le potenzialità contenitive della mia mente, attraverso la mente gruppale. Ho scelto quindi, di lavorare con la tecnica gruppoanalitica<sup>2</sup> per trovare collocazione ad affetti così distruttivi e paralizzanti.

Ho iniziato a lavorare con piccoli gruppi di bambini e le storie raccolte durante le attività mostrano il funzionamento della mente che vive e pensa al dolore: la confusione come punto di partenza, l'oscillazione nella posizione schizo-paranoide del buttare fuori, passaggio necessario per accedere, tramite la relazione contenitore-contenuto,<sup>3</sup> alla posizione depressiva di integrazione di istanze opposte come la vita e la morte.

# La diagnosi di malattia oncologica in età evolutiva

*Simona Mazza  
Dorella Scarponi  
Ilaria Puglisi*

1. M. Klein, M. (1946), "Note su alcuni meccanismi schizoidi", in: *Scritti* 1921-1958.

2. S.H. Foulkes (1976), *La psicoterapia gruppoanalitica*, Astrolabio.

3. W.R. Bion (1965), *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Armando, Roma 1979.

Lo sviluppo della cultura del gruppo dei pazienti ha dato progettualità al lavoro psicoterapeutico che oggi conta sei anni di storia e assume, sempre più, le caratteristiche di un'analisi interminabile di una patologia potenzialmente mortale.

#### LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

Parlare a un bambino e ai suoi genitori di malattia oncologica è come interrompere il ciclo della vita mentre il tempo scorre. In quel momento, si apre un baratro di terrore che può essere solo sfiorato e prontamente chiuso per pensare a cosa fare per curare la malattia.

La cura ha una duplice valenza: la cura medica ha percentuali di guarigioni tra il 5 e il 70%, l'accudimento genitoriale è efficace nel 100% dei casi anche dove non si realizza la guarigione.

La malattia oncologica in età pediatrica può colpire il bambino già nei primissimi mesi di vita ed è caratterizzata da diversi tipi di neoplasie: tumori del sangue (Leucemie e Linfomi) e tumori solidi (Sarcomi, Tumori cerebrali). I protocolli terapeutici oncologici pediatrici sono somministrati ai pazienti fino all'età di 18-20 anni, quindi la clinica ospita bambini e ragazzi di età diverse: dal neonato all'adolescente-giovane adulto.

I trattamenti sono severi per tutte le patologie ma hanno durata diversa. Essi comportano esami clinici invasivi (puntura lombare, aspirato midollare, accessi venosi periferici o centrali), uso di chemioterapici, radioterapie e nei casi con prognosi severa, il trapianto di cellule staminali emopoietiche.<sup>4</sup>

La cura delle Leucemie Acute Linfoblastiche o Mieloidi dura circa due anni: nel primo mese di terapia, il paziente è ricoverato. Poi, inizia ad alternare terapie settimanali in day hospital e cicli brevi di terapie in reparto – salvo complicazioni (febbre, in-

4. D. Scarponi, A. Pession (2008), *Compatibilità in oncoematologia pediatrica*, Clueb, Bologna.

fezioni) che necessitano di ricovero – per 8 mesi, circa. In questo tempo, il bambino e la famiglia si isolano a causa della diminuzione delle risorse immunitarie del paziente che non può frequentare la scuola né ambienti affollati. Spesso deve ricorrere all'uso della mascherina che copre il naso e la bocca ma protegge da agenti patogeni. Cadono i capelli e si modifica l'aspetto fisico a causa dell'uso del cortisone che imbibisce i tessuti corporei e determina un gonfiore evidente.

Verso la fine del primo anno di terapia, la frequenza presso la clinica diminuisce fino a due volte al mese e il paziente può riprendere a frequentare scuola e amici. Anche l'aspetto fisico si normalizza e ricrescono i capelli. A due anni dalla diagnosi, si interrompono le cure e inizia il ciclo di controlli, prima trimestrali, poi semestrali e annuali, fino al quinto anno dallo stop terapia. A questo punto, si considera che il paziente è guarito dalla malattia. Il rischio di ricaduta a cinque anni dallo stop, quindi a sette anni dalla diagnosi, è basso (minore del 10%). Il pericolo di recidiva è maggiore entro i cinque anni dalla diagnosi.

Il trattamento dei Linfomi è simile a quello delle Leucemie ma di breve durata: sei-otto mesi, circa. La fase dei controlli, dopo lo stop terapia, avviene per cinque anni di tempo.

La cura dei tumori solidi implica, nei casi più fortunati, un intervento chirurgico di asportazione della massa. Dove l'intervento non è risolutivo, sono previsti protocolli di cura con chemioterapici.

Il regime di ricovero più severo è quello del trapianto di cellule staminali emopoietiche (TMO) poiché è necessario usufruire di camere a bassa carica microbica che impediscono al paziente e al familiare che lo assiste, di avere contatti con l'esterno per tutto il tempo del ricovero, circa cinque settimane. Alla dimissione, il bambino è sottoposto a una dieta rigida e selettiva e all'isolamento forzato a casa, per i primi mesi. Può riprendere a frequentare la scuola e

ambienti affollati dopo un anno dal trapianto.

La fase della rivalutazione dello stato della funzionalità midollare, avviene per cinque anni e il paziente è, solo allora, definito guarito.

Il TMO viene praticato per la cura delle Leucemie ad alto rischio, per i Linfomi resistenti alle terapie, per i tumori solidi non risolti con l'intervento di asportazione chirurgica e coi chemioterapici.

Di fronte alle numerose informazioni sulla patologia del figlio e sul protocollo terapeutico, il genitore è confuso e l'istituzione offre, nella sua dimensione di contenitore multiplo,<sup>5</sup> il contenimento di una realtà interiore frammentata.

Il paziente e il genitore iniziano un percorso di educazione sanitaria, medica, infermieristica, sociale, psicologica, alimentare, scolastica, attraverso il contributo dei vari operatori che operano nella clinica, e che si occupano di ricomporre la storia della famiglia.

La comunicazione col paziente è autentica: ogni malattia ha un nome e una cura. A seconda dell'età, si possono trovare diverse parole per raccontare una storia di cui i pazienti diventano esperti.

Il disegno della figura umana di un bambino di sette anni, particolarmente turbato dalle punture lombari e di aspirazione del midollo, rappresenta un pulcino con squarci nella pancia e agli arti ed è particolarmente indicativo del vissuto corporeo e del bisogno di regressione emotiva del bambino, finalizzato a ricostruire una seconda pelle riparativa.<sup>6</sup>

Il disegno della figura umana è un test proiettivo e di personalità<sup>7</sup> che utilizzo come strumento diagnostico e terapeutico, già nei primi approcci col bambino, durante il primo mese di ricovero. Il disegno si rivela, spesso, il dialetto elettivo per entrare in contatto con le parti più intime e sofferenti del piccolo. In particolare, la consegna della rappresentazione di una figura umana coinvolge l'attenzione sulle modificazioni nella percezione psico-corporea e fornisce informazioni circa l'organizzazione di sé,

5. D. Anzieu (1997), *Il lavoro psicoanalitico dei gruppi*. Presentazione di Claudio Neri, Armando, Roma.

6. E. Bick (1968), "The experience of the skin in early object relation", *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, tr. it. "L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali", in: *L'osservazione diretta del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1984.  
7. K. Machover (1951), "Drawing of the Humane Figure: A Method of Personality Investigation", in *An Introduction to Projective Techniques*, Harold H. Anderson and Gladys L. Anderson, Eds., tr. it. *Disegno della Figura Umana*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1980.

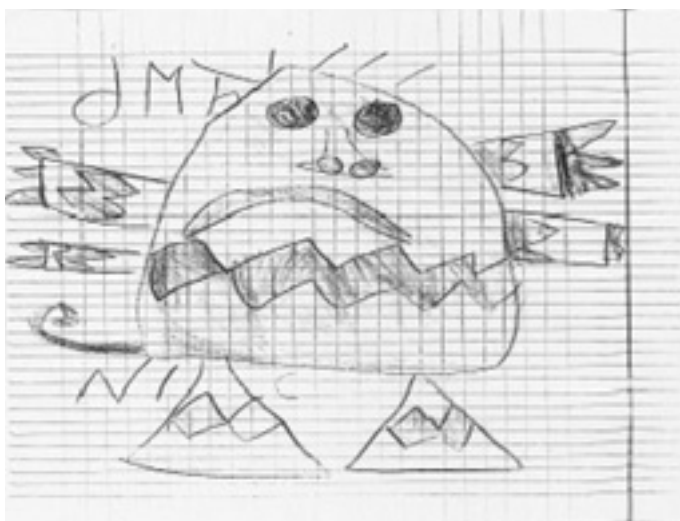


Figura 1

l'autostima, il vissuto corporeo, l'ideale dell'Io e la propria immagine sociale.

Il disegno riportato in figura 1 mostra l'importante compromissione dell'immagine di sé del bambino e un'organizzazione del Sé che nonostante gli squarci al corpo e agli arti rimane intera.

Diversamente, il disegno della figura umana (figura 2) di un paziente di dieci anni presenta figure e parti di figure: una faccia arrabbiata; una figura spaventata da una corda-serpente che la sta per afferrare; una faccia triste che piange; un occhio, e due segni a cui non attribuisce significato.

In questo caso, l'organizzazione del Sé è frammentata.

Le manifestazioni comportamentali dei due pazienti, all'inizio della cura, sono opposte: il primo mostra un atteggiamento ritirato e inibito, il secondo, invece, presenta frequenti esplosioni di rabbia non controllate.





Figura 2

#### LA PSICOTERAPIA DI GRUPPO PER I BAMBINI

L'intervento psicologico sui piccoli pazienti si è sviluppato in un contesto istituzionale complesso dove il futuro dei pazienti è incerto, la vita professionale degli operatori è diventata precaria e *l'analisi del campo*,<sup>8</sup> inteso come collegamento tra processo di soggettività e appartenenza ad un contesto, è stata fondamentale.

Per favorire la nascita del *campo grupppale* descritto da Correale<sup>9</sup> come l'insieme degli eventi mentali, corporei e fantasmatici che prendono vita nel gruppo, ho dovuto lavorare sulla flessibilità del contenitore e del setting del gruppo.

La definizione di *setting*, in termini di spazio, tempo, accordi preliminari e regole di incontro, si è adattata nel corso degli anni, alle esigenze dei pazienti e ai cambiamenti dell'istituzione, cioè l'intervento psicologico di gruppo si è progressivamente inserito tra le pratiche mediche ed infermieristiche in modo funzionale. Dopo due anni di lavoro, a cadenza di due incontri di gruppo alla settimana, uno in day hospital (nella sala riunioni) e uno in reparto (nel sog-

8. L. Andreoli (2006), "Sul modello di campo", atti del Seminario "Un modello della mente e le sue implicazioni cliniche: pensiero onirico e trasformazioni nel campo", Milano.

9. A. Correale (1991), *Il campo istituzionale*, Borla.

giorno), durante la riorganizzazione degli ambienti ospedalieri, sono stati riconosciuti spazi dedicati alla psicoterapia di gruppo in day hospital e in reparto. È stato, quindi, possibile finalizzare l'intervento al controllo non farmacologico del dolore per le manovre medico-infermieristiche che sono svolte quotidianamente, attraverso la modificazione della frequenza delle sedute a due incontri al giorno, uno in day hospital e uno in reparto.

Il day hospital accoglie il gruppo nella prima parte della mattina poi inizia il gruppo in reparto, dopo la visita medica. Questo adattamento ha facilitato la partecipazione dei pazienti e ho sentito la terapia di gruppo parte integrante della cura, nonostante, le difficoltà relative alle svalutazioni del "lavoro di gioco" o alla preoccupazione dei genitori sulla psicoterapia.

Dopo cinque anni di lavoro e di registrazione del numero elevato di partecipanti, la psicoterapia di gruppo è stata inserita ufficialmente tra le procedure aziendali della cura.<sup>10</sup>

Oltre al setting, un concetto utile per descrivere i parametri che possono variare nella costituzione di un gruppo terapeutico nelle istituzioni è quello che nasce dal confine del gruppo, cioè l'idea del gruppo come *contenitore* che può essere rigido o elastico, semipermeabile o permeabile, una sorta di membrana gruppale che induce e controlla l'interazione tra esterno e interno del gruppo.<sup>11</sup> Ho scelto di lavorare con l'idea di un contenitore elastico e semipermeabile: i medici, gli infermieri, i genitori che hanno bisogno di controllare un bambino o di visitarlo possono entrare nella stanza durante la seduta ma con modalità rispettose dell'intimità e della riservatezza del campo che il gruppo crea. Il contenitore del gruppo tollera, inoltre, la possibilità che i bambini arrivino in ritardo o che lascino l'attività per esigenze cliniche o perché non si sentono bene.

Il gruppo è quindi *aperto* alla partecipazione volontaria dei bambini presenti nel day hospital e in re-

10. Procedura di Servizio PS11 *Trattamento non farmacologico del dolore da procedure medico-invasive. La psicoterapia individuale e di gruppo*. Data di applicazione 19/06/2006. Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Ostetriche e Pediatriche. M.O. Oncematologia e Terapia Cellulare. U. O. Pediatria Masi.

11. W.R. Bion (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma 2000.

12. V. Ranci (1996), "Il fantasma delle origini e il fantasma familiare in un gruppo di bambini". *Gruppo e Funzione Analitica*, n. 2.

parto e come loro sopportano la violazione psicocorporea della malattia e della cura, così il gruppo terapeutico sopporta interruzioni e cambiamenti ma regge nel tempo e rinnova la sua continua presenza. Come considera Ranci,<sup>12</sup> il gruppo aperto favorisce l'illusione di immortalità in quanto il concetto stesso di entrare ed uscire dal gruppo implica la fantasia di un gruppo la cui esistenza è in qualche misura cosa diversa dalla presenza nel gruppo dei singoli membri.

La selezione dei pazienti avviene solo nei casi di bambini con disarmonie evolutive in area borderline o psicotica per cui indichiamo la psicoterapia individuale.

Il gruppo può ospitare bambini di età compresa tra 3 e 15 anni. Questa variabile ha richiesto un adattamento specifico, con la creazione di sottogruppi di lavoro omogenei per età, durante una stessa seduta, supportati dalla presenza di un adulto (psicologi in tirocinio) oltre il conduttore; ma la conduzione rimane unica perché i sottogruppi comunicano tra loro e la restituzione finale sugli accadimenti della seduta è condivisa.

Quando il conduttore è solo e il gruppo non è omogeneo per età, emerge spontaneamente l'assunto di base di accoppiamento che si è rivelato, spesso, un facilitatore del lavoro del gruppo. Altre volte, invece, l'accoppiamento funziona come ostacolo del lavoro del gruppo quando genera ostilità, confusione o paralisi della comunicazione.

Lo stile della conduzione è gruppoanalitico. La gruppoanalisi è un metodo di psicoterapia iniziato da Foulkes<sup>13</sup> nel 1940 ed è una forma di psicoterapia praticata *dal* gruppo nei confronti *del* gruppo, ivi compreso il suo conduttore. Non è una psicoanalisi degli individui in un gruppo o un trattamento psicologico di un gruppo da parte di uno psicoanalista. Gli interventi psicologici verbali di chiarificazione più che di interpretazione sono rivolti prevalentemente al gruppo e non al singolo ma l'obiettivo della terapia è la co-

13. S. H. Foulkes, *op. cit.*

municazione e il cambiamento dell'individuo nel processo di elaborazione dell'esperienza della malattia oncologica e del dolore. Il fattore terapeutico fondamentale è l'incontro intersoggettivo<sup>14</sup> nella matrice di gruppo,<sup>15</sup> cioè la possibilità di sperimentare auto ed eteroregolazioni tra pari, nella rete dove i processi mentali individuali si incontrano e interagiscono.

L'accordo preliminare prevede che il gruppo si incontra per fare qualcosa, cioè abbiamo scelto la specificità del *gruppo di lavoro* che Bion descrive in "Esperienze nei gruppi"<sup>16</sup> come lo stato mentale attraversato dal gruppo permeato di razionalità, a contatto con la realtà, capace di tollerare le difficoltà e il dolore, in grado di evolversi, di modificarsi nel tempo e di indurre un cambiamento nel rapporto col mondo degli oggetti perché capace di sviluppo e di crescita. Le regole degli incontri si sono definite, nel tempo, nei seguenti parametri: non farsi male o fare male poiché le proiezioni rabbiose e distruttive agite possono ostacolare la capacità di resistenza del gruppo; ascoltare tutti perché ognuno può dire quello che pensa; parlare uno alla volta per evitare di non sentirsi.

All'inizio della storia di questo gruppo terapeutico ho coinvolto i bambini in un'attività di modellismo: la creazione di oggetti in miniatura tramite mattoni di argilla.

Ho scelto il modellismo perché: è un'attività a cui tutti possono partecipare, il materiale non è tossico e adatto al contesto ospedaliero, implica spazio alla progettualità e all'espressione creativa.

L'intuizione nacque dalla ricerca che feci, qualche anno prima, per trovare un passatempo a mio padre che affrontava un periodo di malattia. Gli regalai gli strumenti per costruire case in miniatura. Per fortuna, quella scatola lui non l'ha mai aperta! Io l'ho ritrovata e l'ho portata ai bambini.

Dalla raccolta delle libere associazioni dei pazienti sono emerse numerose narrazioni per gli oggetti in costruzione.

14. D. N. Stern (2005), *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Cortina.

15. S. H. Foulkes, E. J. Anthony (1957), *L'approccio psicoanalitico alla psicoterapia di gruppo*, tr. it. Edizioni Universitarie Romane, Roma 1998.

16. W. R. Bion, op. cit.

Il racconto “Il mistero del faro e della rosa incantata” narra un’avventura di paura, lotta, coraggio, trasformazioni fisiche nella quale i bambini si identificano coi vari cattivi della storia che hanno perso la possibilità di tornare belli, buoni e normali.

#### IL MISTERO DEL FARO E DELLA ROSA INCANTATA

*Notte tenebrosa, mare tempestoso, vento Maestrale, pioggia violenta, era la notte di Halloween, arriva il fantasma di Napoleone [figura cattiva] che lotta contro il vampiro per la conquista del faro dei sette mari. Napoleone rimase intrappolato nella ragnatela e cadde nella bara, il vampiro lo chiuse senza pensare che il fantasma attraversa le pareti.*

*Il vampiro fa paura agli altri, anche al fantasma, ma il fantasma lo affronta, comunque, anche se impaurito. Il vampiro ha gli occhi rossi, è bello quando normale ma cattivo quando subisce l’incantesimo nella notte di Halloween perché si trasforma. Ha un mantello nero, artigli lunghi e affilati, orecchie lunghe e appuntite. Arriva anche il pirata dall’occhio bendato per la conquista della rosa incantata nascosta in cima al faro inscalabile. Il pirata vuole rubare il fiore sacro per la sua fidanzata che distrugge la rosa in mille pezzettini così tutti resteranno sempre cattivi (la rosa ha il potere di trasformare in buoni).*

Nel confronto tra loro, i ragazzi hanno potuto trovare gli stessi vissuti. Ogni paziente del gruppo rappresenta per l’altro uno specchio che riflette la possibilità di ricostruire l’identità corporea, psicologica, familiare e sociale che è stata danneggiata e ferita da un’esperienza di cura e ospedalizzazione che ha privato dell’infanzia.

Difficilmente i nostri pazienti, nel raccontarsi, potrebbero trovare una tale risposta e sintonia di emozioni con bambini che fortunatamente frequentano scuole e attività sportive.



Figura 3

Nella seduta successiva, due pazienti presenti nella precedente seduta insieme a un'altra paziente, hanno ripreso il racconto della storia identificandosi, questa volta, con gli eroi che catturano il mostro (vampiro) e trovano una luce che illumina la loro strada.

*...Era una notte buia e tempestosa, il mostro (vampiro) guidava una barca tra gli scogli. Tutto ad un tratto, la nave sparì in un passaggio segreto. I nostri eroi cercarono indizi nel cimitero delle navi. Trovarono un deposito di bombole ad ossigeno dentro una barca; videro un fantasma che scappava, non lo prendevano. Il giorno dopo, di notte, i nostri eroi rividero un'altra barca con il mostro, la seguirono e scoprirono il passaggio segreto che si apriva con uno scoglio. Videro tante navi rubate, fecero una trappola e acciuffarono il mostro e scoprirono che era il padrone del faro. Il mostro con un sottomarino riesce, con l'aiuto di un binocolo vecchio, a vedere tutta la terra: il binocolo aveva una lucina che illuminava tutto il mare.*

Il pensiero del gruppo è evoluto, in questa seduta, dalla rappresentazione di situazioni problematiche nelle quali sperimentare sentimenti di impotenza e di angoscia a un messaggio di fiducia e speranza.

Un finale positivo di una storia problematica che evidenzia il movimento terapeutico del gruppo nella narrazione, dalla posizione schizoparanoide della fase iniziale a quella depressiva-riparativa.<sup>17</sup>

17. A. Ferro (1996), *Nella stanza d'analisi. Emozioni, racconti, trasformazioni*. Cortina.

Anche il terrore senza nome, quello della morte, ha trovato nei mattoni in miniatura, multivalenti a molteplici possibilità di incastro, una rappresentazione contenuta di mostri terrificanti:

Nel corso delle sedute, la rappresentazione coi mattoni e la narrazione dei "betalomi", quei grumi di elementi  $\beta$  che paralizzano il pensiero,<sup>18</sup> hanno permesso lo sviluppo del tema dei pazienti senza determinarlo troppo o chiuderlo in un senso troppo forte.

18. *Ibidem*.

I pazienti sono riusciti a rappresentare, divertendosi, anche il cimitero dove le nostre tombe fanno il giro della morte:

Il contenimento della frammentazione del vissuto psico-corporeo dei bambini, durante la psicoterapia, accompagna il paziente nella ripresa della vita quotidiana e scolastica, nella quale il confronto coi pari spaventa, come la ripetizione del processo di separazione dai genitori dopo un anno, almeno, di simbiosi.

Una mente sufficientemente sanata nelle sue ferite mostra, nel disegno della figura umana, la ricomparsa di sembianze umane. Come nel caso del paziente di sette anni che, durante diciotto mesi di psicoterapia di gruppo, ha mostrato, tramite il disegno, l'evoluzione delle sue percezioni interne: dal pulcino ferito (figura 1), al mostro di sangue (figura 6) che ha incontrato altri mostri e la loro rabbia (vedi riferimento alla costruzione della figura 4); al pulcino ferito ma sorridente (figura 7), al robot ancora arrabbiato ma non più ferito (figura 8), fino al bambino coi capelli, a braccia aperte, al parco (figura 9).



Figura 4

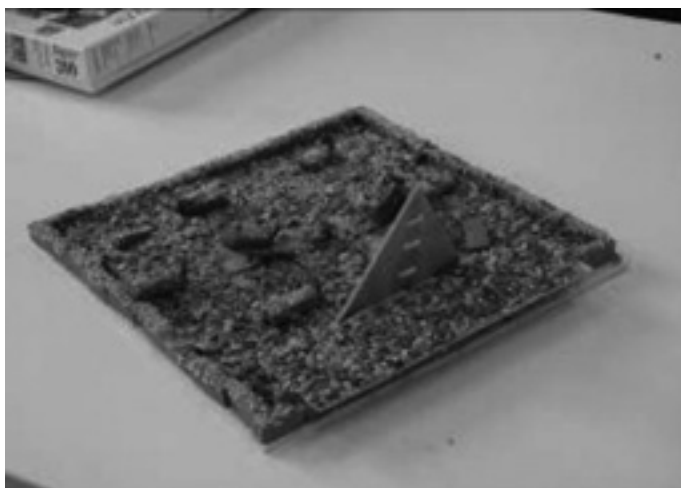


Figura 5





Figura 6



Figura 7

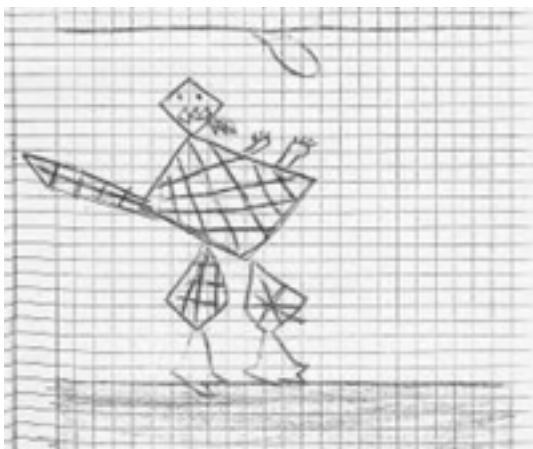


Figura 8



Figura 9

L'esplorazione analitica nel gruppo dei bambini mi ha aiutato a sviluppare una funzione mentale specifica per la conduzione di questo gruppo e a conoscere i movimenti della mente gruppale e individuale in situazioni di incertezza, angoscia e dolore.

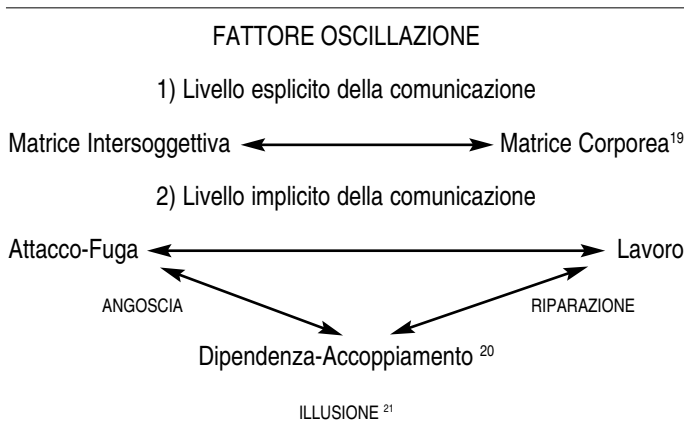
#### LO SVILUPPO DELLA CULTURA DEL GRUPPO DEI BAMBINI NEL LAVORO PSICOLOGICO COI GENITORI

Il coinvolgimento dei genitori nella psicoterapia di gruppo dei bambini si è sviluppato a partire dalle reazioni di stupore e di interesse che hanno manifestato di fronte alle costruzioni create dal gruppo, esposte lungo i corridoi, col titolo, il nome e cognome dei piccoli costruttori. Nondimeno, l'exasperazione delle reazioni emotive dei figli alla terapia, tra crisi di pianto e di rabbia inconsolabili e stati di inibizione e ritiro dalle relazioni, ha motivato la richiesta dei genitori di comprendere ciò che accadeva ai figli.

Ho pensato di proporre agli adulti degli incontri di gruppo per costruire i mattoni in miniatura che i loro figli avrebbero utilizzato durante la psicoterapia, seguendo lo stesso modello del *gruppo di lavoro* dei bambini che si è rivelato efficace per contenere l'oscillazione della mente tra angoscia e accesso alla riparazione. Grazie all'impegno di alcuni volontari dell'Associazione dei Genitori dell'Oncoematologia Pediatrica è stato istituito un laboratorio artigianale che opera, una volta al mese, presso una casa accoglienza dell'Associazione. Con questa iniziativa ho voluto stimolare nei genitori l'idea che possono fare concretamente qualcosa per prendersi cura dei piccoli e procurare loro ciò di cui hanno bisogno.

Proprio come avviene nel gruppo dei bambini, anche nel gruppo dei genitori, o nella relazione di sostegno alla coppia, si verifica un movimento oscillatorio nel livello esplicito ed implicito della comunicazione.

19. L'oscillazione fra la matrice intersoggettiva (Stern, 2005) e la matrice corporea corrisponde al-



Durante gli incontri, l'oscillazione tra il dire, sentire e fare è l'aspetto evidente di un meccanismo riparatorio dell'angoscia che passa attraverso l'*illusione della speranza*.<sup>22</sup>

Il rischio, per l'adulto, di questa riparazione dell'angoscia, è nella perdita del contatto con la realtà del campo di malattia che, spesso, è incerto e non prevedibile. Il rischio corrisponde alla necessità per il genitore, di coltivare nella mente un'area delirante che nega, ad esempio, una prognosi infausta dopo diversi tentativi di cura. Quando limitata e consapevole, questa area sorregge la speranza e la forza dei genitori di seguire i bambini fino alla separazione finale con devozione nell'accudimento. Una devozione che assicura il piccolo dalla paura più grande di sentirsi solo perché mamma e papà possono esserci con lui, come a prepararlo a un nuovo distacco senza traumi.<sup>23</sup>

Guardando alla griglia di Bion,<sup>24</sup> è come aver sperimentato l'evoluzione degli elementi beta, dopo una lunga sosta nella dimensione del mito e del sogno con le storie raccontate dai bambini, in una concezione della morte che sostanzia la speranza di vita con la valorizzazione delle relazioni, la comunicazione e la creazione di nuovi legami.

l'oscillazione fra la rete di incontro dei processi mentali individuali e la rete di incontro dei processi corporei che si verifica durante le sedute di gruppo. Cioè, l'incontro fra i pazienti può avvenire nel pensare e parlare insieme, nel fare qualcosa insieme, nel muovere il corpo o nell'oscillazione tra tutte queste matrici durante una seduta.

20. L'oscillazione tra lavoro, attacco-fuga, dipendenza, accoppiamento, fa riferimento all'oscillazione tra gli assunti di base emergenti nei gruppi (Bion, 1961).

21. L'oscillazione tra angoscia, illusione e riparazione corrisponde alla concezione sul pensiero neonatale (Klein, 1946).

22. Può essere speranza di continuità di vita; anche speranza di essere accolti, compresi, pensati.

23. Diversamente, per i bambini, l'illusione della speranza, nel senso che Winnicott (1975) attribuisce al processo illusorio di fornire al bambino una realtà oggettivamente percepibile come lui è soggettivamente capace di crearla, è fondamentale per aiutarli a vivere un'esperienza che nemmeno la mente adulta è sufficientemente capace di tollerare, come l'angoscia della morte o l'approssimarsi della propria morte.

24. W.R. Bion (1963), *Gli Elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1979.

## CONCLUSIONI

*Il legame fonte di vita*

“La giustizia è il principio del legame, quello che unisce l'uomo al suo prossimo e fa di tutti insieme una comunità. Ed è questo legame che è fonte di vita. L'uno vive, dice un proverbio egizio se l'altro lo guida. Da soli non si può vivere. Giustizia significa farsi guidare dall'altro. L'aspetto particolare di questo legame e di questa guida è che va al di là della morte. Ed è in questo che sta la forza capace di superare la morte, di conferire continuità e stabilità. (...) Occorre guardare a se stessi come a componenti d'un vasto complesso, e adeguarsi a questo complesso con quello che si dice e quello che si fa. Tutto ciò è in primo luogo una questione di memoria e più precisamente di memoria sociale, nel senso che si vorrebbe essere rammentati e quindi continuare a vivere oltre la morte...”<sup>25</sup>

25. J. Assman (2000), *La morte come tema culturale*, Einaudi, 2002, p. 37.

Questa citazione è particolarmente importante perché riguarda la ricerca sulla cultura dell'antico Egitto che ho inconsciamente svolto mentre sono stata, per almeno due anni, col gruppo dei bambini, nell'area del mito e del sogno della griglia di Bion. Questa ricerca mi ha aiutato a comprendere l'importanza e la bellezza delle tracce di memoria che il gruppo poteva conservare delle persone che lo hanno creato e arricchito.

Ho condotto questi gruppi con piacere sentendomi parte di essi e ho imparato molto dalla conoscenza di tanti bambini e tanti genitori. E come ogni partecipante, il conduttore porta nel gruppo parti di Sé che incontrano i pazienti. Credo che le mie proiezioni astinenti hanno incontrato quelle dei bambini e dei genitori: nella ricerca di qualche possibilità di sopravvivenza alla precarietà della loro vita, delle giornate minate da stati di malessere e procedure dolorose, e alla precarietà della mia vita professionale;

nella scoperta di un'area protetta come una seconda pelle dove sperimentare emozioni distruttive come la rabbia, senza spaventarsi troppo e senza ferire Sé o gli Altri, e le emozioni vitali come l'innamoramento che, a volte, si è manifestato tra i membri del gruppo.

Questo viaggio ci ha insegnato a parlare della malattia, della cura, della morte e a pensare, anche nelle situazioni di disperazione, a come riscattare le potenzialità che la mente offre, quando è forte di buoni legami.

### Bibliografia

- Andreoli L. (2006), "Sul modello di campo", atti del Seminario *Un modello della mente e le sue implicazioni cliniche: pensiero onirico e trasformazioni nel campo*, Milano.
- Anzieu D. (1997), *Il lavoro psicoanalitico dei gruppi*. Presentazione di Claudio Neri, Armando, Roma.
- Assman J. (2000) *La morte come tema culturale*, Einaudi, 2002, p. 37.
- Bick E. (1968), "The experience of the skin in early object relation", *Int. J. Psycho-Anal.*, 49; tr. it. "L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali", in: *L'osservazione diretta del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1984.
- Bion W. R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma 2000.
- Bion W. R. (1963), *Gli Elementi della psicoanalisi*, Armando, Roma, 1979.
- Bion W.R. (1965), *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Armando, Roma 1979.
- Correale A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla.
- Klein M. (1946), "Note su alcuni meccanismi schizoidi", in: *Scritti 1921-1958*.
- Ferro A. (1996), *Nella stanza d'analisi. Emozioni, racconti, trasformazioni*, Cortina.
- Foulkes S. H. (1976), *La psicoterapia gruppoanalitica*, Astrolabio.
- Foulkes S. H., Anthony E. J. (1957), *L'approccio psicoanalitico alla psicoterapia di gruppo*, tr. it. Edizioni Universitarie Romane, Roma 1998.
- Machover K. (1951), "Drawing of the Humane Figure: A Method of Personality Investigation", in *An Introduction to Projective Techniques*, Harold H. Anderson and Gladys L. Anderson, Eds. Tr. it. *Disegno della Figura Umana*, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1980.
- Procedura di Servizio PS11 (2006), *Trattamento non farmacologico*

- del dolore da procedure medico-invasive. La giocoterapia individuale e di gruppo.* Data di applicazione 19/06/2006. Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Ostetriche e Pediatriche. M. O. Oncoematologia e Terapia Cellulare. U. O. Pediatria Masi.
- Ranci V. (1996), "Il fantasma delle origini e il fantasma familiare in un gruppo di bambini", *Gruppo e Funzione Analitica*, n. 2.
- Scarponi D., Pession A. (2008), *Compatibilità in oncoematologia pediatrica*, Clueb, Bologna.
- Stern D. N. (2005), *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*, Cortina.
- Winnicott D. W. (1975), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Psycho, Martinelli, Firenze 1991.

**Abstract**

The article analyses care's potentialities for suffering that psychoanalysis may offer, in hospital, to families living oncological pediatric illness. Beginning from application of analytic technique to children's group, the work develops factors that helped, over the time, progressive adaptation of the technique to rhythm of pediatric ward until it is integrated in hospital's service procedures. Besides, the article deals with cultural change that children's group has determined by speaking about illness, care and death between peers and between children and adults.





## Autori

**Simona Mazza**, psicologa e psicoterapeuta con formazione analitica ha lavorato come collaboratore presso L'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna dove si è occupata per molti anni della psicoterapia dei bambini con malattia oncologica ed ematologica. Attualmente, frequenta il Master in organizzazione, gestione e assistenza in hospice presso L'Accademia delle Scienze di Medicina Palliativa di Bologna.

È di rilevante importanza scrivere nella rivista che il lavoro psicoterapeutico di cui parla l'articolo è stato svolto presso l'ambulatorio di psicologia dell'unità operativa di oncoematologia pediatrica del Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna di cui è responsabile la dott.ssa **Dorella Scarponi**, medico specialista in psicologia clinica, indirizzo psicologia e psicoterapia individuale e di gruppo, nell'equipe composta da **Simona Mazza**, **Dorella Scarponi** e dalla dott.ssa **Illaria Puglisi**, psicologa e allieva della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica (SPP).

simona.mazza@tele2.it

**Michela Adele Pozzi**. Psicologa, Servizio di Psicologia Clinica, Università Vita-Salute San Raffaele.

**Maria Chiara Risoldi**. Psicologa, psicoterapeuta, socia Spi, Ipa, Aippi, professore a contratto, Facoltà di Psicologia, Università di Bologna.

mariachiararisoldi@tin.it

**Daniela De Robertis**, psicoterapeuta, docente di epistemologia freudiana e teoria freudiana presso La Scuola di Specializzazione di Psicoterapia S.I.P.R.E. (Società di Psicoterapia Relazionale).

**Giuseppe Vadalà**, analista CIPA e IAAP con funzione di training e docente della Scuola di Specializzazione del CIPA. Autore di diversi contributi scientifici e del volume *Syzygos. Il doppio, da Compagno Divino a Imma-*

*gine del Sé*, Moretti e Vitali, Bergamo.  
g.vadala@tiscali.it

**Laura Vanzulli.** Analista CIPA e IAAP con funzione di training e docente presso la Scuola di Specializzazione del CIPA; Professore a contratto presso il Corso di Laurea Specialistica in Psicologia Clinica, Università Vita-Salute San Raffaele.

**Simona Vinci.** Il suo primo romanzo, *Dei bambini non si sa niente* (Einaudi – Stile libero, 1997) ha suscitato diverse polemiche, ottenendo un grande successo di pubblico e di critica, ed è stato tradotto in quindici paesi, tra i quali gli Stati Uniti, il Giappone e la Cina. Sempre per Einaudi sono usciti la raccolta di racconti *In tutti i sensi come l'amore* (Stile libero, 1999) e i romanzi *Come prima delle madri* (Supercoralli, 2003), *Brother and Sister* (Stile libero, 2004) *Stanza 411* (Stile libero/Big, 2006) *Strada Provinciale Tre*, (Stile Libero Big, 2007) e *Rovina* (Edizioni Ambiente, 2007). Per i lettori più giovani ha pubblicato *Corri, Matilda* (E.Elle, 1998) e *Matildacity* (Adnkronos Libri, 1998). Collabora con vari quotidiani nazionali e ha lavorato per la televisione e per la radio. È traduttrice letteraria dall'inglese.

Appunti

Appunti

Appunti

Appunti

## Norme per gli autori

Gli articoli, corredati di note e bibliografia, vanno inviati alla redazione su carta e su dischetto (floppy disk), preferibilmente PC compatibile, applicando le seguenti regole:

- programma di scrittura **Word**, carattere suggerito: **Times New Roman**;
- testo in **corpo 11**, allineato a sinistra, senza sillabazione;
- **non** usare alcun **automatismo** per le note; numerare le note nel testo in **apicale** e, qualora ci sia, dopo il segno di punteggiatura, come nell'esempio;<sup>1</sup>
- le citazioni vanno poste tra “**virgolette**”; (il segno di punteggiatura, qualora ci sia, dopo le virgolette di chiusura); le parti mancanti di una citazione devono essere segnalate da tre puntini posti tra parentesi tonde, come nell'esempio: (...); un eventuale intervento estraneo alla citazione da parte dell'estensore dell'articolo deve essere posto tra parentesi quadre [**intervento dell'autore**]; il testo della citazione va **esattamente** riprodotto **come è stato scritto** (tondo normale o corsivo) dall'autore citato, a meno che non gli si voglia dare una particolare enfasi; in questo caso la non fedeltà al testo originale va segnalata tra parentesi quadre, come ad esempio: [**corsivo dell'autore**];
- le note vanno poste a fine articolo: a) i numeri delle note sono di grandezza normale, seguiti da un punto e da uno spazio bianco, come nell'esempio: **1.** b) Nome e Cognome dell'autore vanno scritti in **M/m (Maiuscolo/minuscolo)**; c) i titoli dei *libri*, dei *film*, e i nomi di *giornali* e *riviste* vanno scritti in **corsivo**; d) il titolo di un articolo all'interno di una rivista, o il titolo del capitolo scritto da un autore all'interno di un libro di autori vari vanno scritti in carattere normale tra “**virgolette**”; e) in una nota che cita lo stesso volume della nota immediatamente precedente deve scriversi **ibidem** in corsivo; in una nota che cita lo stesso volume di una nota non immediatamente precedente deve scriversi **op. cit.** in corsivo; f) , **a cura di**, è scritto tra due virgole e non tra parentesi; g) un numero di pagina **p.**; più numeri di pagine **pp.**; h) volume **vol.**; più volumi **voll.** i) nota **n.**; più note **nn.**

Esempi:

1. C. G. Jung (1926), “Spirito e vita”, *Opere*, vol. 8, Bollati Boringhieri, Torino 1976, p. 353.
2. J. Laplanche, J. B. Pontalis (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari 1993, pp. 536-538.
3. *Ibidem*, p. 302.
4. D. Rosenfeld (1992), “Psychic changes in the paternal image”, *Int. J. Psychoanal.*, 73: 757-771.
5. P. Fonagy (1995), “Comprendere il paziente violento: uso del corpo e ruolo del padre”, in P. Fonagy, M. Target (2001), a cura di, *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano p. 265.
6. Franco Livorsi, *Il mito della nuova terra. Cultura, idee e problemi dell'ambientalismo*, Giuffrè Editore, Milano 2000, pp. 54-60.
7. H. Blumentberg (1981), *Le realtà in cui viviamo*, Feltrinelli, Milano 1987, p. 85.
8. *Ibidem*.
9. Livorsi, *op. cit.*, p. 83.

– nella bibliografia gli autori vanno posti in ordine alfabetico: a) prima il Cognome in **M/m (Maiuscolo/minuscolo)** e poi l'iniziale maiuscola puntata del Nome; b) per il resto valgono le stesse regole delle note.

Esempi:

- Balint M., *L'amore primario*, Raffaello Cortina, Milano 1981.  
Bolen S., *Le dee dentro la donna*, Astrolabio, Roma 1991.  
Borgna E., *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, Milano 1989.  
—, *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano 2001.  
Cacciari M., *L'angelo necessario*, Adelphi, Milano 1992.  
Galimberti U., *Gli equivoci dell'anima*, Feltrinelli, Milano 1987.  
Hillman J., *Revisione della psicologia*, Adelphi, Milano 1983.  
—, *Anima*, Adelphi, Milano 1989.  
—, “Dioniso nelle opere di Jung”, in Pezzella M., a cura di, *Lo spirito e l'ombra*, Moretti & Vitali, Bergamo 1996.  
Kerényi K., *Dioniso*, Adelphi, Milano 1992.  
Jung C. G., *Realtà dell'anima*, Bollati Boringhieri, Torino 1983.  
Schwartz-Salant N., *Narcisismo e trasformazione del carattere*, La biblioteca di Vivarium, Milano 1996.



Finito di stampare nel febbraio 2009  
da Ancora Arti Grafiche, Milano - Italia  
per conto di La biblioteca di Vivarium  
via Caprera 4, Milano