

Frammenti di una psicoterapia psicoanalitica in un setting istituzionale

Dal 2002 è in atto una convenzione tra la Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (S.I.P.S.I.) e l'Università Cattolica del Sacro Cuore per lo svolgimento del tirocinio degli allievi della Scuola nel Servizio di Consultazione Psichiatrica (area della Psico-Oncologia) del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli". Sono presenti due Tutors, per questa attività, il Dr. Nesci (Dirigente Medico di I livello del Servizio) e la Dr.ssa Linardos (Docente con funzioni di Tutor della Scuola). Ogni settimana si svolgono due riunioni di tutti i tirocinanti: la prima di supervisione in gruppo sui casi in psicoterapia individuale, la seconda di assegnazione dei nuovi pazienti agli allievi che ne fanno richiesta. In questo lavoro racconteremo alcuni frammenti di una psicoterapia psicoanalitica mostrando alcuni elementi del setting istituzionale, elementi che abitualmente vengono omessi nelle narrazioni cliniche e che invece riteniamo importanti perché svolgono, a nostro avviso, una funzione terapeutica tanto centrale quanto, generalmente, trascurata. La narrazione è il frutto di un rimaneggiamento degli appunti della specializzanda tirocinante, generalmente redatti "a caldo" subito dopo le sedute, ed è arricchita ed integrata da altri elementi che entrano nel setting terapeutico, e cioè da alcuni momenti delle lezioni di Psicoanalisi della Scuola e delle riunioni di supervisione cui la stessa specializzanda ha partecipato. Anche in questi casi il testo cui si fa riferimento è scritto in prima persona, perché assume il punto di vista della tirocinante. Per identificare la paziente useremo un pseudonimo, venuto in mente ad uno dei Tutors: Miriam...

L'intake

Nel mese di Aprile 2008, durante uno dei consueti incontri di assegnazione dei casi presso l'ambulatorio del Servizio, mi viene assegnata una donna sposata, madre di due figli, casalinga, tra i 50 e i 60 anni. Si tratta di una paziente che è stata seguita in passato in setting diversi (reparto di degenza, prima, ambulatorio poi) a causa di una depressione che si manifestò durante il primo ricovero a seguito della comparsa di una malattia tumorale. A quell'epoca, circa sette anni fa, la paziente subì l'asportazione del seno sinistro e fu sottoposta ad alcuni cicli di chemioterapia che, a suo dire, avrebbero avuto uno scopo "solo preventivo". Attualmente non prende più da anni psicofarmaci. Contatto personalmente la paziente per fissare l'ora ed il giorno del nostro primo incontro: mi colpisce durante la conversazione telefonica il tono pacato, delicato e per certi versi anche un po' dimesso, e le scuse che continua a rivolgermi per il fatto di non poter fissare una data precisa per poterci incontrare (mi spiegò, infatti, che si trovava fuori Roma per assistere il padre ricoverato in un ospedale del Meridione). Le diedi il mio numero di telefono, la invitai a chiamare quando sarebbe ritornata a Roma e la rassicurai che l'avrei aspettata; la paziente allora tirò quasi un sospiro di sollievo e mi salutò ringraziandomi.

Una settimana dopo il nostro primo contatto, la paziente mi telefonò dicendomi che era tornata a Roma e che potevamo incontrarci; dunque fissammo un appuntamento che si caratterizzò per una situazione molto particolare. Quel giorno mi trovai ad avere uno spazio libero prima dell'ora in cui avrei dovuto vedere Miriam (un'altra paziente aveva disdetto l'appuntamento "per motivi di lavoro"). Occupai l'ora libera facendo un giro in

libreria, poi mi ricordai che non leggevo la mia posta elettronica da tempo. Decisi quindi di chiedere all'infermiere dell'ambulatorio di fare uso di quel computer, in segreteria, spesso utilizzato da studenti e specializzandi per navigare in internet. L'infermiere acconsentì ed io lo utilizzai finché la paziente si presentò all'ambulatorio. Mentre Miriam chiedeva di me mi accorsi che il computer che stavo utilizzando si era bloccato. Nel tentativo di sbloccarlo, non essendo molto pratica di computers, lo spensi addirittura. Non dissi nulla all'infermiere. Il mio unico pensiero era quello di uscire dalla stanza nel timore di aver provocato un “guaio”, come quando un bambino rompe un oggetto prezioso e fugge via nella speranza che nessuno si accorga di cosa sia accaduto e soprattutto di chi sia il colpevole. Riconobbi come strana questa mia reazione in quanto solitamente espongo con estrema tranquillità all'infermiere ciò che accade... in fondo si era solo spento un computer! Eppure mi allontanai come chi era colpevole di qualcosa di grave.

Mi diressi dunque verso la paziente, la salutai e la invitai ad entrare nella stanza dove doveva svolgersi la nostra prima seduta. La paziente iniziò a parlare con tono pacato, così come quando ci eravamo sentite per telefono per prendere l'appuntamento, e mantenne lo stesso tono per tutta la durata dell'incontro nonostante parlasse del difficile periodo della chemioterapia, dell'asportazione del seno, della sua depressione e del ricovero del padre, avvenuto qualche settimana prima. Mi accorsi che il suo tono pacato strideva anche con l'espressione triste dei suoi occhi e la sua corporatura, se pur non fosse eccessivamente esile, mi rimandava un sentimento di forte fragilità. Ma soprattutto mi resi conto che durante la seduta ci fu una continua alternanza di fasi in cui ascoltavo la paziente e di fasi in cui quasi mi assentavo e ponevo al centro della mia attenzione il blocco del computer e le possibili reazioni dell'infermiere. Verso il termine dell'incontro queste fasi di “assenteismo” divennero però sempre più frequenti, anche se razionalmente e consciamente continuavo a ritenerle ingiustificate, e cominciai a sentire un forte stato di tensione determinato dal fatto che continuavano a presentarsi in me questi pensieri che certo non mi permettevano di seguire la paziente come avrei voluto... Fu proprio a questo punto che incominciai a fare caso al fatto che Miriam mi stava parlando di sensi di colpa molto forti che aveva cominciato a nutrire durante il periodo della chemioterapia. A quell'epoca, infatti, la paziente mi raccontò che passava gran parte delle sue giornate a letto e non poteva occuparsi né di preparare il pranzo e la cena né di svolgere le faccende domestiche, come era solita fare. Inoltre, mi raccontò che questi impegni furono assunti pienamente dai figli e dal marito. La paziente stava cercando di spiegarmi che in quel periodo si sentiva profondamente in colpa per aver costretto figli e marito ad occuparsi di tutto ciò che, fino a quel momento, aveva fatto lei. Io cominciai a sentirmi più sollevata perché trovai un nome alle sensazioni, pensieri e immagini che attraversavano la mia mente mentre la paziente mi parlava; più precisamente incominciai a comprendere che provavo un controtransfert incentrato sul senso di colpa (apparentemente per aver bloccato involontariamente il computer e non aver avuto il coraggio di dir nulla all'infermiere ma probabilmente, a livello inconscio, per qualche altra cosa che la paziente mi aveva comunicato, nel transfert). Fu in quel momento che mi vennero in mente anche alcuni passi relativi alle lezioni del professor Scarfone sull'inconscio, passi che si rivelarono molto utili per aiutarmi a comprendere meglio ciò che era accaduto e per fornirmi anche uno spunto di lavoro.

Libere associazioni

Durante i colloqui chiediamo sempre ai nostri pazienti di esprimere tutto ciò che passa loro per la mente, senza esercitare alcuna selezione (o critica) e senza omettere nessun elemento, anche se ritenuto assurdo, imbarazzante, fuori posto, banale o

insignificante... chiediamo loro, in pratica, di applicare la regola delle libere associazioni. Nello stesso tempo, come terapeuta, cerco a mia volta, di ascoltare le comunicazioni del paziente in una condizione di sospensione del giudizio e di attenzione liberamente fluttuante, ovvero in una posizione esattamente simmetrica a quella della regola fondamentale, data al paziente, di associare liberamente. In tal modo il terapeuta, durante l'ascolto del paziente, deve lasciare che spontaneamente si presentino pensieri, immagini, sensazioni, fantasie nell'attesa fiduciosa che, ad un certo punto, ci sia un incontro con ciò che il paziente sta presentando e, sorprendentemente, accada qualcosa di nuovo che chiarisce una situazione che prima sembrava incomprensibile. Aprire la via a questi processi mentali è importante perché ci consente di conoscere qualcosa dell'inconscio, di ciò che vive dentro di noi e del paziente e che cerca di uscire fuori e trovare "una via di compimento".

Mi accorsi allora che stavo trascurando, considerandola meno importante e preziosa dell'ascolto attento alle parole della paziente, l'importanza della fase della seduta in cui quasi mi assentavo e ponevo al centro della mia attenzione il blocco del computer e le possibili reazioni dell'infermiere. Mi resi conto che quell'alternanza di fasi che mi vivevo in seduta con una certa tensione era probabilmente proprio quello che il professor Scarfone cercava di insegnarci, e cioè un'attenzione di tipo fluttuante, apparentemente un po' con il paziente ed un po' con i miei pensieri. Se era così allora non dovevo trascurare questi "miei" pensieri ma considerarli come parte integrante della seduta e quindi utilizzarli per una maggiore comprensione dei sentimenti profondi che mi introducevano nel mondo interno della paziente. In questa prospettiva diventava interessante e significativo il fatto che io mi sentissi in colpa perché avevo bloccato il computer e potevo associarlo a mia volta con quello che la paziente mi raccontava, e cioè che per tanto tempo si era sentita in colpa per non essersi potuta occupare della casa, di suo marito e dei suoi figli ma solo di se stessa. Tutto divenne per me più comprensibile.

A quel punto mi vennero in mente alcuni aspetti che avevo notato durante la prima conversazione telefonica avvenuta con la paziente, e cioè il tono un po' dimesso e le continue scuse che mi rivolgeva per non poter fissare in quel momento una data precisa per il nostro primo incontro. Ricordai così, proprio in quel momento, un altro passo della stessa lezione del professor Scarfone, una lezione sull'inconscio. Questo passo faceva riferimento al fatto che anche se un sentimento di colpa viene riconosciuto consapevolmente dal paziente, comunque quel sentimento si può riferire nello stesso tempo a qualcos'altro; in altri termini, il sentimento di colpa viene spesso spostato verso una causa apparente (fittizia) mentre dietro c'è sempre una causa (reale) molto più grave che è stata rimossa. Mi chiesi dunque quale causa poteva nascondersi dietro quel senso di colpa che la paziente provò per anni ed in maniera così intensa. A quel punto però la seduta era giunta al termine ed io mi proposi di utilizzare questa domanda (per ora rivolta solo a me stessa) come spunto di lavoro nei successivi incontri.

Il gruppo di supervisione

Il giorno seguente, durante la supervisione, mi trovai a parlare del mio primo incontro con la paziente e dei relativi collegamenti con le lezioni del professor Scarfone. Con alcune colleghe della Scuola di Specializzazione, seguendo un suggerimento del supervisore, provammo così tutti ad associare liberamente su ciò che avevo raccontato ed emerse del materiale molto interessante. Uno di noi considerò il fatto avvenuto presso la segretaria dell'ambulatorio (all'arrivo della paziente il blocco del computer, vissuto da me come un guaio, il tenere nascosto ciò che era avvenuto all'infermiere, ed il

fuggire dalla stanza preoccupata) come un fenomeno transferale. Si poteva ipotizzare che l'inizio della psicoterapia abbia rievocato nella paziente l'inizio delle cure oncologiche, riattivando un suo antico senso di colpa per essersi "assentata" dal suo lavoro di casalinga e "bloccata" definitivamente. In questo senso si poteva allora anche ipotizzare che il mio vissuto di aver rotto irrimediabilmente il computer corrispondesse ad una fantasia inconscia della paziente di essere ormai un caso senza speranza e che era colpa sua se si era ammalata e rischiava di morire = deprimersi, chiudere con la vita, spegnere o bloccare il suo sistema vitale. Durante il gruppo di supervisione riuscii così a riflettere sul fatto che la paziente mi aveva raccontato, in quella prima seduta, di aver smesso di mangiare e dormire in quel primo periodo di depressione, e dunque, letteralmente, si stava lasciando morire e/o stava rischiando di andare in blocco permanente.

Parlai allora, nel gruppo, dell'importanza che aveva avuto per me, in seduta, il ricordo degli insegnamenti del prof. Scarfone ed accolsi volentieri l'invito del supervisore a cercare di recuperare, dai miei appunti, il momento preciso della lezione sull'inconscio a cui mi riferivo. Lo riporterò ora, parola per parola, in modo quasi integrale.

Una lezione sull'inconscio

Dominique Scarfone: "Quando ascoltiamo i nostri pazienti dobbiamo sforzarci di mettere di canto [il prof. Scarfone parla un italiano ormai modificato dall'uso di parlare francese e inglese, da moltissimi anni, a Montreal, nel Quebec; di canto, che ovviamente significa qui "da parte" "da un canto" e cioè accantonare, porta invece con sé una bellissima associazione con il canto, e quindi con un linguaggio lirico poetico e dunque associativo. L'apparente imprecisione linguistica di questo lapsus felice condensa un duplice discorso: quello banale della necessità, per il terapeuta, di mettere da parte il suo proprio io per lasciare spazio al paziente, e quello più raffinato di uscire dal ragionamento prosaico, razionale, per entrare nel registro psicoanalitico] il nostro Io, il che è difficilissimo. È così che bisogna applicare [nel senso di utilizzare] l'idea di associazione libera del paziente ma di attenzione liberamente fluttuante da parte del terapeuta. Certo l'Io non si toglie dal campo totalmente, saremmo psicotici altrimenti, ma si mette di lato per un po', e ci permettiamo di far venir a noi pensieri assurdi e strani, che accettiamo provvisoriamente, che lasciamo lì in aria, e ad un certo punto si rende possibile la presa, l'incontro di uno di questi pensieri strani con ciò che dice il paziente e tutto in un colpo c'è qualcosa che funziona e che ci chiarisce una situazione che prima sembrava di una banalità totale o incomprensibile. Dunque bisogna aprire la via ai processi che non sono dell'Io e così si può conoscere qualcosa dell'inconscio e quindi di ciò che vive dentro di noi e del paziente e che cerca di uscire fuori e trovare una via di compimento. Se vogliamo entrare nella logica della nevrosi bisogna pensare come può essere costituito questo mondo che sfugge allo sguardo della coscienza."

Marinella Linardos: "Posso chiedere una cosa? Quando i pazienti vengono da noi e ci dicono: "ma sa dottoressa, mi sento tanto in colpa perché con mia figlia eccetera eccetera..." allora quel tipo di sentimento di colpa che il paziente riesce a verbalizzare come dobbiamo leggerlo?"

Dominique Scarfone: "Con l'esempio che hai portato, Marinella, possiamo qui riprendere il discorso di poco fa di Freud, e cioè: questa signora viene a dirti 'mi sento in colpa per questo e quel motivo' e questo sentimento può comunque essere considerato inconscio... se si scopre che, ad esempio, la ragione per la quale lei si sente in colpa non è poi veramente quella.

Nel senso che sì, forse una madre può sentirsi in colpa per tale cosa che non ha fatto per il figlio, ma si può rivelare questo essere soltanto l'apice di un iceberg poiché questo

senso di colpa verso il figlio consiste in uno spostamento massiccio di una colpa verso, non so... ad esempio l'aborto che ha avuto prima di avere questo figlio e di cui il figlio è soltanto un rimpiazzo, perché l'aborto era stato fatto dopo la rottura con un uomo che ha amato molto di più di quanto ama il padre del figlio... eccetera, eccetera. Quindi l'aspetto inconscio può esserci comunque anche quando il soggetto dice: "mi sento in colpa perché..."

Ancora di più insisto sul fatto che il sentimento inconscio non bisogna immaginarlo come un sentimento di cui "non si sa nulla". Si può trovare il sentimento in modo conscio e pertanto [intende dire comunque, pur tuttavia...] questo sentimento appartiene e funziona secondo le leggi dell'inconscio. Qui, in questo caso, nell'esempio "funzionale" che abbiamo dato, [c'è] uno "spostamento", quindi il processo primario di spostare il sentimento verso una causa finta, mentre dietro c'è una causa molto più grave che è stata rimossa. Mi spiego? Potremmo comunque proporre che anche un sentimento di colpa assunto [intende dire riconosciuto] chiaramente [conscio], comunque [si] riferisce, allo stesso tempo, a qualcos'altro."

La seduta successiva

Stimolata dalla supervisione e dal recupero della lezione del professor Scarfone ho riguardato gli appunti delle sedute successive scoprendo cose "nuove" nel materiale in realtà "vecchio". La paziente si era presentata puntuale al secondo appuntamento suscitandomi l'impressione che, se pur adeguato al contesto, il suo modo di vestirsi mi suscitava vissuti di copertura e di mascheramento. In effetti Miriam aveva cominciato la seconda seduta parlandomi della presenza di un difetto della protesi mammaria che tuttavia non comportava l'urgenza di un nuovo intervento chirurgico; ed aveva aggiunto: provvederò a "coprirmi e far finta che niente sia accaduto". Ad una mia richiesta di approfondimento aveva risposto che l'unica modalità che conosce per affrontare situazioni dolorose e problematiche consiste proprio nel far finta che non siano mai accadute (rimozione? disconoscimento?).

Passa così ad elencarmi una serie di vicende in cui tale modalità difensiva fu concretamente messa in pratica: poco tempo dopo il matrimonio, per motivi lavorativi del marito, dovette trasferirsi dal Sud al Nord d'Italia, dove le fu riservata freddezza e scarsa accoglienza; ebbe un aborto spontaneo; due parti difficili si conclusero con il taglio cesareo e, infine, ci fu la diagnosi di cancro alla mammella. Nel momento in cui mi parlò dell'aborto spontaneo, mi tornò in mente che il motivo per il quale era dovuta ritornare a Roma precipitosamente, anche se le condizioni di suo padre erano ancora precarie, motivo che tra l'altro aveva reso possibile incontrarci prima del previsto, era un flusso mestruale inaspettato. Si trattava di un evento strano, visto che non aveva mestruazioni da un anno ed in precedenza, dopo la chemioterapia, aveva seguito per anni un trattamento ormonale per sopprimere il ciclo. Era convinta di essere ormai in menopausa, data anche l'età. Nel periodo in cui si trovava ad aiutare la madre e la sorella per la degenza del padre, al paese, nel Sud, il ciclo mestruale era invece ricomparso inaspettatamente. Temendo un collegamento con una problematica oncologica ritornò immediatamente a Roma ed effettuò un controllo ginecologico che smentì le sue preoccupazioni. Miriam concluse: "Vuol dire che sono ancora fertile!"

Ricordo che nella prima seduta, quella del mio senso di colpa per il blocco del computer, mentre la paziente mi raccontava questa storia dell'emorragia mestruale, avevo pensato ad un aborto oppure al desiderio grande di rimanere di nuovo incinta e mi ero poi dimenticata di queste cose finché la paziente, al secondo incontro, mi aveva parlato dell'aborto.

Ora, però, l'esperienza della supervisione ha riattivato il ricordo della lezione del

professor Scarfone, dove il tema dell'aborto come causa di un senso di colpa inconscio era emerso chiaramente...

Quell'evento fu presto accantonato dalla paziente che successivamente tornò a casa con il marito facendo finta che niente fosse accaduto. Due anni dopo Miriam rimase incinta di un figlio maschio e, dopo alcuni anni, di una figlia femmina. Entrambe le gravidanze si caratterizzarono per la presenza di minacce di aborto che richiesero immobilità assoluta per tutti i nove mesi: "qualunque cosa poteva comportare una minaccia di aborto, anche il solo scendere dal letto..." Ricompare il tema del blocco.

Il primo parto richiese 12 ore di travaglio; poi si bloccò tutto e si ritenne necessario effettuare un cesareo. Per il secondo parto, al fine di evitare complicazioni, si decise di effettuare un cesareo programmato. Nelle parole di Miriam: "avevo sofferto molto ma ho dovuto mettere da parte la mia sofferenza perché adesso c'erano due figli da crescere e non poteva esserci spazio per il dolore, **mi sono dovuta fermare solo quando**, in seguito alla chemioterapia, iniziai a smettere di mangiare e dormire e non facevo altro che piangere; piangevo dalla mattina alla sera e senza motivo, mi sentivo in colpa perché, in questo modo, come facevo ad occuparmi della mia famiglia e delle faccende di casa?"

Interrogarsi

Mi chiedo: il senso di colpa è legato a questo aborto? O l'aborto è la metafora corporea di qualcosa di interrotto? Perché la ricomparsa delle mestruazioni si verificò proprio mentre si trovava al suo paese, al Sud, con la sorella, la madre ed il padre malato? C'è un collegamento tra la ricomparsa delle mestruazioni e l'aborto spontaneo che si verificò anch'esso quando Miriam si trovava al paese? Perché la paziente da sempre si trova nella condizione di temere di rimanere (o di rimanere davvero) immobile o bloccata?

Ci chiediamo: il lavoro istituzionale è sicuramente qualcosa che appartiene ad un campo (Baranger, 1964) che va molto al di là della coppia analitica (Amati Mehler e Coll, 1981) ma questo può davvero essere confinato solo al lavoro psicoterapeutico degli specializzandi in formazione? Non siamo forse noi tutti, quando ci immergiamo nell'ascolto dei nostri pazienti, continuamente sollecitati a lasciarci prendere dallo sforzo di "mettere *di canto* il nostro Io" per fare attenzione ad altri aspetti che si muovono intorno a noi e dentro di noi? Freud (1922) non aveva forse teorizzato l'Io come un "ente del limite," (*grenzwesen*) del confine? E se è così il setting istituzionale non dovrebbe essere accuratamente costruito per facilitare e promuovere la possibilità di associare liberamente e di continuare, sempre e comunque, ad interrogarci, mentre lavoriamo con i nostri pazienti?

Ci fermiamo qui, tutti insieme, allieva e docenti. Con un senso di profonda ammirazione per il pensiero di Freud che ha aperto a tutti noi, pazienti e terapisti, nuovi orizzonti, e con la speranza che gli spazi istituzionali che stiamo cercando di costruire siano adeguati ad aiutarci nella nostra professione "impossibile" (1937).

Bibliografia

Amati Mehler J., Argentieri S., Batini M., Bellanova P., Calvesi A., Cargnelutti E., De Lauro L., Giannitelli S., Giordanelli L., Merendino R., Paulin P., Tappa G., Vergine A.: Formazione della coppia analitica e identità dello psicoanalista. *Riv. Ital. Psicoanal.* 27, 99-121, 1981.

Baranger W., Baranger M. (1964) *La situazione psicoanalitica come campo bi personale*, Raffaello Cortina, Milano, 1990.

Freud S. (1922) L'Io e l'Es. In S. Freud *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino.
Freud S. (1937) Analisi terminabile e interminabile. In S. Freud *Opere*, vol. XI,
Boringhieri, Torino.