

Dott.ssa Simonetta Diena
Medico Chirurgo
Specialista in Psichiatria
Membro Ordinario della Società Italiana di Psicoanalisi
Full Member of the International Psychoanalytical Association

Studio: 20144 MILANO - Via Allegranza 7
Telefono (02) 461270
Abitazione: 20144 Milano - Via California 9
Telefono (02) 4986794 (dopo le ore 20)
e-mail: simonetta.diena@iol.it

Trauma, memoria e transfert

Gente Comune¹

Vi sono dei pazienti che durante i primi colloqui, e all'inizio dell'analisi si presentano in modo abbastanza comune, almeno in superficie. Lamentano ansia o disturbi somatici, appaiono depressi, o ansiosi, insoddisfatti delle loro vite, dei loro rapporti affettivi o del loro lavoro. Anche la storia che raccontano appare piuttosto normale. Non ci sono abusi, non ci sono lutti, o perdite drammatiche. Tuttavia, ad un ascolto ben esercitato c'è qualcosa di stonato. Sono piccole discrepanze, incongruenze, dissonanze incomprensibili. A volte non si capisce, semplicemente, dalla storia che si ascolta, il rapporto tra la normalità biografica che viene narrata e la profonda e reiterata infelicità che ne è invece risultata. A volte non ci si spiega la sproporzione tra gli eventi assolutamente *normali* e la persistente incapacità a condurre una vita soddisfacente. L'aspetto traumatofilico² della vicenda ascoltata incuriosisce e non trova spiegazioni. A differenza di altri pazienti, non raccontano, né sembrano presentare un quadro familiare particolarmente difficile o faticoso.

Per un certo periodo iniziale l'analisi sembra svilupparsi in modo semplice e naturale. Vengono volentieri, hanno fatto subito spazio alle sedute, esternamente ed internamente, hanno ben presto riconosciuto un senso di immediato benessere e sollievo, e ne sono grati e l'analisi pare quindi orientata a svolgersi secondo binari piuttosto regolari.

A poco a poco, però, non appena l'analisi comincia ad entrare nel vivo compaiono alcuni elementi fuori del comune, particolarmente apprezzabili a livello controtransferale.

Si tratta della ripetizione, nella dinamica transfert-controtransfer, di quelle protezioni fuori del comune, (Judith Mitrani, *Ordinary People and extraordinary Protections* 2001) di quelle difese straordinarie, messe a punto in periodi della loro vita quando la consapevolezza dell'evento traumatico avrebbe costituito un rischio per il mantenimento dello status quo o avrebbe messo in pericolo la loro stessa sopravvivenza.

Intendo qui descrivere lo sviluppo in alcuni pazienti di una barriera difensiva relazionale abnorme, fuori del comune, appunto, di difese schizoidi o maniacali, del costante e protratto abuso dei meccanismi di scissione, negazione e proiezione, che si attivano però

¹ Il titolo si riferisce al film *Ordinary people* (1980) diretto da Robert Redford

² Per tendenza traumatofilica si intende il concetto secondo il quale alcuni pazienti tendono a ripetere continuamente vicende traumatiche, nella vana speranza di poter arrivare a risultati diversi. Così l'esperienza traumatica diventa l'organizzatrice di tutta la vita mentale, nonché fonte di esperienze che man mano si ripetono sempre uguali.

solo in seguito allo sviluppo di una relazione intima con un oggetto, relazione che è stata spesso evitata e da cui sono spesso scappati, per proteggere appunto se stessi e l'oggetto da un potenziale collasso.

Tali difese sono la risposta a traumi subiti ma non immediatamente percepiti come tali dai pazienti e soprattutto dall'ambiente circostante, traumi caratterizzati da trascuratezza emotiva e fisica, separazione dalle figure di riferimento, violenze e prepotenze verbali reiterate, esposizione protratta a gravi depressioni, ad aspetti paranoici o ad altre patologie dei genitori o delle figure di riferimento (ad esempio gravi ed invalidanti patologie fisiche), continue distorsioni delle competenze emotive o cognitive da parte degli oggetti primari, ed altri ancora. Sono esperienze traumatiche meno appariscenti dei traumi rappresentati da abuso sessuale o fisico o dall'esposizione a gravi scene di violenza, e come tali si sono sviluppati con scarso riconoscimento della loro natura traumatica da parte del paziente e soprattutto dell'ambiente circostante (Russell Meares, *Intimità e alienazione* 2000).

A volte questi traumi si sono verificati in periodi della vita in cui l'esperienza traumatica non era rappresentabile, quando cioè la memoria esplicita non si era ancora costituita, ed in tal caso abbiamo a che fare con una memoria emotiva ed affettiva che comunica le sue tracce mnestiche attraverso il canale percettivo sensoriale. A volte invece le esperienze traumatiche, iniziate magari in età precoce si sono però protratte a lungo ed hanno lasciato chiare memorie nel paziente, che però non sopporta l'esposizione a questi ricordi. A volte invece la qualità traumatica dell'esperienza è completamente sfuggita all'attenzione e la sofferenza, o meglio la difesa dalla sofferenza si è sviluppata soprattutto attraverso i meccanismi della negazione e della scissione, difese primitive riattivate per l'occasione.

Scopo di questo lavoro è rappresentare, attraverso alcune vignette cliniche, la comparsa nel transfert degli elementi traumatici, cioè la loro riattualizzazione nella relazione con l'analista, elemento a mio parere essenziale perché questi elementi traumatici possano essere compresi e trasformati.

Ciò che differenzia questi pazienti da altri ugualmente traumatizzati è lo svolgimento in due tempi dell'analisi: un primo tempo rivolto all'accoglimento e alla comprensione di fattori più superficiali, ed un altro, a mio avviso quello più importante, rivolto a quegli elementi traumatici profondi che diventano accessibili solo dopo lo sviluppo di una prima fase di accoglienza e di esposizione ad un ambiente costante ed emotivamente sintono come è appunto la situazione analitica. La possibilità di differenziare gli elementi transferali e controtransferali del presente della situazione analitica dalle esperienze del passato può avvenire infatti solo dopo che si è prodotto un modello relazionale differente, caratterizzato appunto da attenzione, comprensione e soprattutto da un attento uso del tempo e dello spazio. Sottolineo particolarmente questo ultimo elemento perché una costante di tutti questi pazienti sembra essere stato un continuo abuso ed ingerenza nel loro tempo e nel loro spazio.

Se noi pensiamo che solo attraverso la riattualizzazione dell'esperienza traumatica precoce nel transfert possano svilupparsi processi trasformativi, tali da interrompere la catena traumatofilica, dobbiamo esercitare un'attenzione particolare allora a quelli elementi psiconsensoriali e non solo verbali in senso stretto che si sviluppano nel corso della seduta. Il lavoro profondo dell'analisi con questi pazienti deve svolgersi quindi con una attenzione particolare ai micro fenomeni, alle microfratture dello spazio e del tempo del setting nel corso della seduta.

Trauma

La storia della psicoanalisi coincide con la teoria traumatica. Da Freud fino ad oggi il trauma ha sempre conservato un'importanza centrale nella comprensione della sofferenza psichica pur nelle differenti accezioni teoriche. In questo lavoro, seguendo una linea

teorica che da Freud passa per Ferenczi fino arrivare ad autori recenti (McDougall, 1995; Giaconia e Racalbutto, 1997) considero traumatici quegli eventi non integrabili e non elaborabili psichicamente che permangono come falle nel continuum del funzionamento mentale. Si tratta di aree mute della mente che danneggiano sia l'apparato per pensare che i pensieri stessi impedendo la formazione del simbolo. In questi casi il corpo può diventare un campo rappresentazionale e la somatizzazione viene a realizzare la concreta rappresentazione nel corpo di fantasmi arcaici.

Memoria

Intendo suggerire un uso diverso, nella situazione analitica, del concetto di memoria abitualmente usato, che permette la trasformazione ed il superamento dell'esperienza traumatica anche in mancanza di una chiara anamnesi dei fatti.

Dice Paolo Rossi ne "Il passato, la memoria e l'oblio" (1991) che nella tradizione filosofica ed io aggiungerei in quella psicoanalitica, la memoria fa riferimento ad una persistenza, ad una realtà in qualche modo intatta e continua, mentre la reminescenza, o rievocazione rinvia invece alla capacità di recuperare qualcosa che si possedeva un tempo e che è stato dimenticato. Per Aristotele rievocare implica uno sforzo deliberato della mente, una sorte di scavo o di volontaria ricerca, è una raccolta o collezione di immagini con riferimento al tempo. La reminescenza invece nella tradizione platonica si presenta come una forma di conoscenza collegata alla vera conoscenza che l'anima può raggiungere.

Memoria /oblio quindi da un lato e ricordo /dimenticanza dall'altro. Si possono così avere dei ricordi di cui non si ha, né si potrà mai avere memoria alcuna e che costituiscono però l'identità più intima della persona.

Nel corso di un'analisi attenta ed empatica si arriva a mio avviso a restituire al paziente una memoria di Sé sufficiente buona, anche in assenza dello sviluppo di ricordi propriamente detti. Il paziente può testimoniare della propria esperienza, senza essere costantemente obbligato a ricordare gli elementi traumatici. Ci sono poi pazienti che invece ricordano benissimo i traumi subiti, ma non ne hanno ricavato da questi una memoria in grado di offrire una testimonianza a sé stessi e agli altri.

Io ritengo che l'analisi, attraverso l'esperienza della dinamica transfert- controtransfert, possa restituire agli esseri umani dignità di memoria e di testimonianza, liberandoli da ricordi persecutori o dalle tracce residuali di tali ricordi.³

Transfert e controtransfert

Il transfert è il fenomeno centrale della pratica analitica, come già aveva affermato Freud nei suoi primi scritti. La sua affermazione (1912) "nessuno può essere combattuto in absentia" rimane per ogni analista l'elemento fondante l'esperienza clinica con ogni paziente. Qualunque siano i disturbi e le sofferenze del paziente, questi devono attualizzarsi nel transfert per venire compresi e trasformati

Rispetto a Freud Melanie Klein sviluppa ulteriormente il concetto comprendendo nella situazione transferale l'intera costellazione di esperienze passate, emozioni, difese e relazioni d'oggetto. Per la Klein e per i Post-Kleiniani il transfert è al centro di un movimento che dal passato, attraverso il vissuto presente, va verso il cambiamento. Il transfert è dunque il luogo della trasformazione analitica per eccellenza.

Betty Joseph ad esempio, prende in considerazione tutti i più piccoli cambiamenti del transfert e sottolinea il bisogno inconscio del paziente di mantenere un equilibrio psichico, che contrasta con il suo desiderio cosciente di un cambiamento psichico. Un setting costante facilita questo processo del cambiamento psichico.

³ In latino la parola *supertestes* (testimonio), diversamente da *testis* (terzo) indica colui che ha vissuto fino alla fine un evento e può quindi renderne testimonianza.

In questi ultimi anni nella letteratura psicoanalitica è stata data un'attenzione particolare alla soggettività dell'analista e all'influenza del controtransfert sull'analisi. La centralità della pratica psicoanalitica si è progressivamente spostata da una dimensione intrapsichica del paziente ad una dimensione di "interazione tra paziente e analista ad un livello intrapsichico" (O'Shaughnessy 1983).

In Italia questa corrente di pensiero ha trovato un'esponente creativa e originale in L. Nissim che ha sottolineato la centralità del dialogo analitico e del suo svolgersi spiraleforme. (L. Nissim: *L'ascolto rispettoso* Cortina Editore, 2001)

In quest'ottica il controtransfert non è più inteso come elemento perturbatore del lavoro analitico, semplice espressione di difficoltà insite nell'analista o puro prodotto dell'identificazione proiettiva del paziente, ma piuttosto come uno specifico contesto emotivo che si origina dall'incontro di "quel paziente" con "quell'analista".

Nel corso di ogni analisi, si possono evidenziare elementi controtransferali e transferali somatici che sottolineano l'oscillazione costante PS/PD, transfert narcisistico/oggettuale.

Insisto particolarmente in questo lavoro sul canale sensoriale somatico come area privilegiata di passaggio di quegli elementi impercettibili della comunicazione, la cui recezione ed attribuzione di senso permette però all'analisi di sviluppare percorsi che verrebbero altrimenti ignorati.

Il concetto di controtransfert viene in questo caso ampliato: siamo a mio avviso nell'area definita da Gaddini come "psicosensoriale", in cui le fantasie espresse attraverso il funzionamento corporeo sono per l'autore "fantasie nel corpo". *"Una fantasia primitiva espressa nel corpo non è suscettibile di essere ulteriormente elaborata nel corso dello sviluppo. Nella mente del bambino, prima che la fantasia possa essere associata con un'immagine, e quindi diventare una fantasia visiva, è sperimentata nel corpo –ovvero, una specifica funzione fisica è agita e modificata in rapporto al suo significato mentale. Ciò che viene messo nel corpo (le fantasie nel corpo), sembra rimanere chiuso nel buio del circuito corpo-mente-corpo e restare escluso da un ulteriore lavoro mentale. La fantasia visiva invece, come mostrano i sogni, è suscettibile di evolvere nella sua organizzazione."* (E. Gaddini, *Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico* (1982) in *Scritti* Raffaello Cortina Editore.)

L'analista, solo offrendosi come contenitore psicosomatico, dà al paziente (a volte anche a se stesso) la possibilità di un'elaborazione trasformativa delle angosce arcaiche sottostanti.

Avviene così che questa situazione arcaica solleciti nell'analista precisi canali recettivi-percettivi, (olfattivi, tattili, visivi, uditivi, propriocettivi), unica via possibile per accedere alla comprensione analitica e alla elaborazione fantasmatica.

Attraverso queste sensazioni corporee l'analista attiva pensieri, immagini, processi di mentalizzazione che sembrano non avere nulla a che fare con la situazione analitica, ed invece esse ne rappresentano il suo significato più profondo.

SUSANNA

Susanna è una giovane donna di 40 anni in analisi per gravi problemi depressivi iniziati subito dopo la nascita di suo figlio, avvenuta quattro mesi prima. Graziosa ed intelligente, ha nei primi colloqui e per tutto il primo anno d'analisi un eloquio concitato, ansiosa di dare nel più breve tempo possibile tutte le possibili informazioni ed interpretazioni sugli eventi della sua vita. Elegante, educata, molto compiacente, non fa sospettare né sospetta che ci sia qualcos'altro oltre a quello che racconta, che già sembra comunque sufficiente a giustificare la sua depressione.

Susanna è la figlia maggiore di due genitori entrambi vicino alla settantina, con una sorella più giovane di lei di sei anni. E' cresciuta in una piccola cittadina in provincia di Milano, dove è stata mandata all'età di sei mesi dalla madre a vivere insieme ai nonni materni.

All'età di sei anni è tornata a vivere con i suoi genitori, per frequentare la scuola ed anche perché nel frattempo era nata la sorella minore. Gli anni passati con i nonni vengono ricordati come i più felici della sua vita. Non è mai andata d'accordo con la madre, con la quale ha una vita caratterizzata da una lunga e rancorosa serie di conflitti. All'età di otto anni è stata inviata da uno psicologo proprio per i continui litigi con la madre. (Un giorno per esempio, chiusa in bagno per punizione con un piatto di spaghetti che rifiutava di mangiare, li aveva spalmati su tutte le piastrelle del bagno, per dimostrare che erano *colla*). Ricorda come suo padre e sua madre le sembrassero sempre strani in rapporto ai genitori dei suoi compagni di scuola "Erano semplicemente pazzi, era qualcosa di evidente". All'età di 17 anni mentre frequentava ancora il liceo era andata dal padre e gli aveva detto che non ce la faceva più a vivere ancora in casa. Il padre, senza nemmeno discutere, le aveva immediatamente comprato un piccolo appartamento dove lei si era subito trasferita. Lì, pur continuando a frequentare con profitto la scuola, era vissuta in modo precario, mangiando quando se ne ricordava, "Ricordo che a volte aprivo una scatoletta di tonno e ne offrivo metà al gatto ed il resto lo mangiavo io. Alcune mattine ero semplicemente troppo stanca per riuscire ad alzarmi dal letto e andare a scuola; non so come sono riuscita a finirla e non essere mai bocciata." All'Università le cose migliorarono, si era poi iscritta ad un corso di Specializzazione e poi al dottorato. Attualmente lavora come ricercatrice. È innamorata da circa quindici anni del suo professore all'Università, un amore platonico ma intenso. Il professore è sposato con una figlia e apparentemente è a sua volta molto innamorato di Susanna. Nel frattempo ha un fidanzato ufficiale, con il quale ha il bambino e con il quale va a vivere un mese prima della nascita del bambino. Si è sentita terribilmente depressa alla nascita del bambino, perché si è improvvisamente resa conto che avrebbe voluto avere un figlio dal suo professore e da nessun altro. Pochi giorni dopo avergli annunciato che aspettava un bambino ed essersi sentita rispondere: "Potevi aspettarmi, lo volevo fare io con te" aveva scoperto che lui aveva oltre alla moglie, anche un'amante. Era diventata estremamente depressa ed aveva cominciato a piangere giorno e notte. Intorno a lei attribuivano ad una non ben chiara depressione post partum questi sintomi, e non se ne erano preoccupati. Poi era intervenuta una dermatite atopica molto grave agli arti inferiori, causa di gravi dolori e difficoltà motorie. A quel punto un'amica le aveva suggerito la necessità di un'analisi.

Quando Susanna inizia l'analisi è molto confusa. Le gravi difficoltà del figlio l'avviliscono ulteriormente. Non si sente adeguata a rispondere alle sue richieste, tanto più quanto queste si presentano come pianti disperati ed inconsolabili crisi di collera. Susanna però appare da subito incapace a rispondere anche alle richieste del suo corpo. In analisi si presenta, infatti, gravemente piagata, ai piedi ed alle mani, impossibilitata a camminare con le scarpe e ad usare le mani. Soffre di alcune allergie, che però trascura con una sospetta nonchalance, ritrovandosi sistematicamente e periodicamente gravemente invalidata da tali malattie.

In questi sei anni Susanna ha fatto stupefacenti progressi e cambiamenti a riguardo. Ha chiesto aiuto a dei terapeuti infantili per affrontare le difficoltà del figlio, coinvolgendo la famiglia che rifiutava di accettare tali problemi. È riuscita ad affrontare le sue allergie ed ad intervenire in modo più appropriato che in passato. Ha pubblicato la tesi di dottorato che teneva da anni nel cassetto e la tesi di post dottorato, e ha finalmente vinto il concorso di ricercatore. Questi macroscopici cambiamenti testimoniano il notevole livello di impegno nella terapia analitica da parte di Susanna. A livello profondo però Susanna continuamente combatte con il costante bisogno di trovare in analisi conferma alle sue sensazioni. "Vede, io ho sempre desiderato avere da piccola qualcuno che mi ascoltasse sul serio, con cui potessi parlare e comunicare quello che pensavo e sentivo. Io da piccola pensavo: "Se dico che questa cosa che ho in testa è un gallo, troverò mai qualcuno che mi dia una risposta sicura?"

Questa incessante ricerca di significato, o meglio di conferma della significatività delle sue rappresentazioni mentali è connessa ai suoi tentativi infantili di attribuire un senso alle affabulazioni materne, e alle sue comunicazioni incoerenti. Io credo che la risposta positiva all'analisi ottenuta in così poco tempo riveli l'estrema necessità che Susanna aveva di sentirsi contenuta e riconosciuta all'esterno. Tale necessità era stata più volte rinviata fino alla nascita del figlio, quando si era trovata costretta a rispondere a dei bisogni che lei per prima non poteva tollerare. Grazie al gioco simmetrico dell'analisi adesso Susanna appare nettamente più sintonia e capace di offrire al figlio risposte di maggiore contenimento fisico ed emotivo.

Dicevo nell'introduzione che ci sono pazienti che presentano un secondo strato, molto più difficile da raggiungere, e vera fonte dei loro problemi e delle loro angosce più profonde, strato che Susanna lascia intravedere proprio attraverso la persistenza, a livello somatico, di numerosi ed invalidanti disturbi. Pur essendo profondamente modificato infatti il quadro clinico, sia a livello del tono dell'umore, che della sintonia delle sue relazioni affettive e della congruità delle sue attività lavorative, ed essendo anche notevolmente migliorato lo stato di salute generale, siamo entrambe consapevoli che c'è un altro livello, o strato che non è ancora stato intaccato.

Dall'analisi di Susanna ho estrapolato tre brevi flash clinici, tre sogni, appartenenti a tre momenti diversi dell'analisi.

Susanna sognava spesso, soprattutto nei primi anni dell'analisi. Erano sogni lunghi, con una minuziosa attenzione ai particolari, che rendeva l'ascolto estremamente fecondo di idee ed associazioni.

Analisi preliminare del terreno

Porto come esempio una seduta del primo mese dell'analisi.

Susanna: "Ho fatto un sogno. Sono ritornata in un mio posto dell'infanzia, un giardino misterioso che avevo visto poche volte nella mia vita da un terrazzo della casa di un parente posto al di sopra. Nel giardino c'era una signora che assomigliava un po' alla direttrice della biblioteca che sto restaurando. Guardavo una parete del giardino e mi accorgevo che c'era una situazione di fortissimo degrado, pensandoci da sveglia da tecnica mi sono detta che quel tipo di degrado non è però possibile nella realtà. C'era una specie di cortina di condensa sulla superficie, come quel deposito scuro che si forma quando c'è stato per molto tempo a lungo il fenomeno di condensa. Poi c'erano dei rivoli d'acqua che spuntavano fuori come se l'acqua si scavasse delle vie d'uscita in due parti."

Susanna sogna un giardino misterioso, sbirciato da lontano poche volte: è un nuovo posto, dove non è mai stata, ma è anche un posto che appartiene al suo passato, che c'era già ma che non aveva mai esplorato. E' il luogo dell'analisi, ed è anche l'ingresso in un suo mondo interiore. La direttrice assomiglia a me, come mi dice subito. Non è sola quindi in questo posto c'è un'altra persona, che, guarda caso, ha a che fare con un suo progetto di restauro.

"Non so come spiegarglielo, ma subito, appena iniziato l'analisi, ho avuto questa sensazione molto forte, di non essere più sola, di fronte ad un problema che non sapevo cos'era e che non sapevo come affrontare. Mi viene in mente quando parlo di quel degrado impossibile. (Mi spiega perché l'umidità non può uscire dalla parete umida, con quei rivoli.) E' come se io non avessi capito fino in fondo come stavo male, e lei mi avesse fatto capire che c'era come un'impossibilità a pensare a me in senso profondo."

A: "Vediamo se ho capito bene. La cortina d'umidità sulla parete sarebbe allora l'espressione del degrado dell'edificio e simboleggerebbe il degrado della sua vita. L'acqua infiltrata sottostante non può venire alla superficie in quel modo con quelle due fontanelle ben chiare, cioè i suoi problemi non possono salire alla superficie in modo semplice e chiaro, con quel tipo di degrado."

P: “Esatto. L’acqua dell’esterno, l’umidità, può solo continuare a salire e danneggiare completamente l’edificio. Per proteggere la parete occorre scavare un vespaio sottostante, e permettere all’acqua di trovare uno sfogo all’esterno ed evitare di danneggiare l’edificio.”

A: “E sempre proseguendo nella metafora, qui dentro non possiamo aspettarci che i problemi possano sgorgare semplicemente come rivoli d’acqua alla superficie, ma dobbiamo scavare per permettere il loro emergere alla superficie e poi il loro deflusso all’esterno della sua persona.”

“Richiesta continua di conferma della significatività delle sue rappresentazioni mentali” dicevo all’inizio. Ecco: un sogno, una rappresentazione, un’attribuzione di senso, una condivisione di significato. A livello della ripetizione nel transfert non è sola, c’è l’analista, collegata ad una figura del passato (mi dirà poi che è un’amica della nonna, materna, figura positiva molto importante nella sua vita) A livello della memoria è un luogo preciso, molto ben definito.

Agnello pasquale

Seduta dopo sei mesi di analisi.

Susanna: “Ho fatto un sogno. Ancora una volta sono in un posto che sembra il mare. E devo nuotare. L’acqua è molto bassa ed ora che mi ricordo sembra un lago, e appena sotto la superficie ci sono delle reti per catturare i molluschi. Mi accorgo che non posso nuotare, perché l’acqua è troppo bassa e perché ci sono le reti. Così esco dall’acqua e qui trovo un amico che mi prende sulle spalle. Nel sogno è un gesto molto ieratico, una sorta di rito sacro. Io sono avvolta in un bianco telo e lui sembra un pastore che trasporta un agnello sulle spalle, come nei quadri. Tutto sembra molto naturale nel sogno è tutto perfetto. Poi l’uomo mi lascia davanti ad una porta, ed io rimango disperata: tutto era perfetto, perché ora lui se ne va? Mi dice che non può restare oltre con me, perché lavora come cameriere in un ristorante, e deve tornare a lavorare.” Mi sembra un chiaro riferimento a Stefano, che mi ha portato sulle sue spalle per molto tempo e che poi mi ha improvvisamente lasciato. Poi c’è un altro piccolo frammento di sogno: Devo dare una medicina a Giovanni (il figlio) ed il nome della medicina è Latium. Nel sogno penso: “E’ un acronimo tra Lithium, e latte” (la madre era stata per qualche tempo in terapia con il litio.)

Stanno per cominciare le vacanze pasquali, le prime dell’analisi. Susanna si sente abbandonata e non riesce a capire il perché.

Commento come “L’intero sogno ha un’atmosfera biblica. Anche il lago basso ricorda il lago di Tiberiade con le reti dei pescatori. Lei descrive una situazione nella quale è imprigionata in una rete e non può nuotare, inoltre l’acqua è troppo bassa per poterlo fare. Si sente catturata da una rete come le cozze, e si paragona ad una cozza”

Susanna “Giovanni a casa viene chiamato cozza, perché si piazza lì e non si schioda più. L’unica cosa che vuole fare è stare in piedi e ha bisogno continuamente del nostro aiuto per muoversi, perché non lo sa fare da solo.”

Intervengo: “Anche lei ha bisogno continuamente di aiuto per muoversi, perché non lo sa fare da sola.”

Nel sogno Susanna rappresenta un’immagine di sé all’inizio dell’analisi: E’ bloccata in acque troppo poco profonde per nuotare, ed ostacolata da reti che vogliono catturarla. Il salvatore, che lei associa subito a Stefano la solleva, ma poi l’abbandona. Anche l’analista l’ha sollevata, ma poi come un agnello pasquale, l’abbandona avanti ad una porta, perché deve servire (il cameriere) ad altre persone. Identificandosi nel figlio si ripete che deve nutrirsi e uscire dalla depressione.

Scavi archeologici

Riporto adesso un sogno di due mesi fa (sei anni di analisi)

Susanna: “Entravo in un luogo, che assomigliava molto ad un capannone industriale, dove avevo appuntamento con Maria Pia (la maestra d’asilo del figlio). Maria Pia mi voleva condurre a vedere delle rovine che erano emerse durante i lavori di ristrutturazione, e si comportava come se fosse questo lo scopo della mia visita. I mattoni che vedevo erano stati stonacati ed io potevo vedere che nelle parti basse questi mattoni erano moderni, cioè erano stati portati via perché rovinati i mattoni antichi e sostituiti con quelli moderni, che a loro volta erano già aggrediti dall’umidità. C’era un problema di congruenza tra le due strutture E’ impossibile che una struttura antica sia sopra una moderna Questo giro lo sto facendo a piedi nudi, accompagnata da Maria Pia, e devo stare molto attenta a non farmi male ai piedi con i detriti ed i ferri arrugginiti che ci sono in giro.. Alla fine del giro mi appoggio a Maria Pia perché devo rimettermi le scarpe. Nel sogno le rovine non sono nel sottosuolo, ma stanno emergendo.”

Nelle associazioni Maria Pia viene subito identificata con l’analista, perché ha i miei capelli e la mia statura. E’ un personaggio spesso presente nei suoi sogni, un personaggio positivo, la maestra di suo figlio, donna energica e positiva con la quale va molto d’accordo e che rimpiange molto adesso che il figlio ha iniziato le elementari. I piedi nudi rappresentano lo stato di aggravamento della sua dermatite, iniziato poco prima dell’estate, così debilitante che ha impedito la deambulazione per alcuni mesi. Susanna ci tiene a sottolineare gli aspetti tecnici degli scavi del sogno: i mattoni sono senza intonaco, cioè, dico io traducendo, senza pelle, e quindi facilmente aggredibili e deteriorabili dagli agenti atmosferici. Spesso nel suo mestiere ha a che fare con un edificio più antico su cui si è costruito sovrapposto uno più moderno. Nel sogno avviene l’incontrario: la struttura più recente è più in superficie, ma non si presentava così, perché sembrava più antica. Solo la conoscenza del materiale permette di capire la differenza. Io le interpreto: “Sta facendo un giro all’interno di una zona che adesso rappresenta il suo mondo interno: è piena di pericoli per i suoi piedi, ma anche di rovine interessanti da un punto di vista archeologico che stanno emergendo. A venire deteriorati cioè ad ammalarsi adesso, sono gli strati più antichi, che sono più esposti ed in superficie. Credo che lei rappresenti con questo sogno un elemento molto importante della fase che sta vivendo adesso, cioè quella della esplorazione e della scoperta e del fare emergere alla luce degli strati più antichi del suo passato, dove lei era più fragile e più facilmente aggredibile dagli eventi esterni.

Susanna: “Si ricorda che abbiamo sempre detto che ero un gigante dai piedi d’argilla?”

ALESSANDRA

Alessandra è, all’inizio dell’analisi, una bella donna di 39 anni disinvolta e sicura di sé. E’ in analisi da sei anni. Ha telefonato per chiedere un’analisi il primo settembre, appena rientrata dalle vacanze: durante l’estate il marito le ha chiesto la separazione lasciandola in preda a gravi angosce depressive. A causa di un’ostinata forma di bulimia le era già stata consigliata dal dietologo, dopo il fallimento di numerose diete, una terapia psicoanalitica, ma solo con la scoperta di questa richiesta di separazione si era decisa a contattarmi; nel frattempo, da sola, durante l’estate aveva perso 30 chili. Ha due figli di 9 e 11 anni. (ora 16 e 18)

Alessandra ha avuto un’esperienza traumatica precoce, all’età di tredici anni: nel giro di sei mesi ha perso il padre ed il fratello, di un anno più grande di lei, restando sola con la madre in una grande casa dove avevano appena traslocato. Due settimane dopo il funerale del fratello, morto improvvisamente per una malattia infettiva, mentre il padre era morto di infarto, Alessandra viene mandata in vacanza da sola in colonia perché “*così si possa distrarre*”. In casa non si parlerà più né del padre né del fratello e Alessandra viene lasciata sola, prigioniera di una madre devastata dal dolore ma impegnata a negarlo e attenta solo alle cure fisiche della figlia, soprattutto al cibo, cui presiede con cure particolari. A casa

non può parlare di queste due morti. Comincia a scrivere una specie di diario e si dedica allo studio, in cui riesce brillantemente, ma non riesce a sfuggire all'ossessivo controllo materno, che sostituisce un lutto impossibile da fare con una persecutoria vigilanza sulla moralità della figlia. Spesso Alessandra da ragazza si metteva le mani sulle orecchie per sfuggire ai continui commenti della madre, densi di elementi distruttivi. (All'inizio Alessandra riteneva che alla madre dispiacesse che non fosse morta lei al posto del fratello, il suo preferito).

Alessandra diventerà bulimica, dopo la prima delusione sentimentale, a 20 anni, bulimia che si svilupperà nuovamente 15 anni dopo con le gravidanze e successivamente con il fallimento del suo matrimonio. Spesso mi trovo a sottolineare come l'anoressia e la bulimia siano delle malattie *da porte chiuse*. Anche la malattia di Alessandra è una *malattia da porte chiuse*. Ingrassa di trenta chili, ma nessuno dice niente. Quando si sposa sposa un uomo il cui padre si è suicidato quando lui era un ragazzo, ma anche nella famiglia del marito nessuno ne ha mai più parlato.

L'analisi si sviluppa da subito come un'iniziare a parlare dopo molti anni passati nel silenzio, una vera e propria confessione. Alessandra è una paziente molto intelligente e percettiva, (forse la più *analitica* di tutte le mie pazienti) ma con grossissime resistenze. C'è uno strano contrasto tra alcuni suoi aspetti di funzionamento psichico francamente sofisticati e il livello estremamente semplice e primitivo con cui vengono invece espresse le emozioni. (Per esempio parlando di un viaggio era capace di dilungarsi a descrivere con finezza vissuti ed emozioni di fronte ad una chiesa o ad un paesaggio, mentre parlando del divorzio non riusciva a dire null'altro che "Mi dispiace", ma ripetuto in tono talmente sofferto e accorato da fare subito capire la passionalità repressa di tale esperienza di dolore.) Ricorda molto i risultati di quegli studi americani sulla *resilience*, sullo sviluppo in alcuni soggetti della capacità di resistenza in condizioni estremamente avverse. Nella sua analisi vedo però, oltre agli ovvi vantaggi di tale sopravvivenza, anche il costo elevato che ha dovuto pagare. La sua bulimia si limita all'assunzione smodata di cibo, senza episodi di vomito o ossessive ruminazioni sul cibo. Solo l'impressionante velocità con cui sotto i miei occhi aumenta e perde 30 chili in pochissimo tempo permette di collocare i suoi disturbi di peso tra i disturbi dell'alimentazione propriamente detti.

All'inizio dell'analisi porta numerosi sogni nei quali appare chiusa in un gabinetto più o meno ampio, a volte arredato come un salotto, a volte solo un angusto sgabuzzino; a volte nei sogni si vergogna per la presenza di altre persone, a volte invece conversa con disinvoltura mentre è impegnata a defecare.

Spesso quando devo raccontare delle analisi con le pazienti affette da patologie alimentari dico che: *l'analista si sporca le mani*. Intendo, infatti, così sottolineare come si venga coinvolti, nella terapia delle anoressiche e delle bulimiche ad un livello profondo, personale e corporeo. Per le pazienti condividere i vergognosi racconti sulle loro abbuffate assume un significato che va ben al di là del loro racconto concreto, anche se da questo non può prescindere. Dal punto di vista dell'analista, però, *ci si deve sporcare le mani* con questo materiale, e con ciò intendo dire che non si può prescindere dall'elemento reale (cibo, feci) che angoscia la paziente, e trattare solo il suo significato psicodinamico sottostante. Alessandra è ingrassata nuovamente poco dopo l'inizio dell'analisi, recuperando in brevissimo tempo i chili che aveva perduto prima di iniziarla. Per molti mesi in analisi quindi sono legata ad ascoltare disperate confessioni su lunghe e poderose abbuffate notturne, frigoriferi svuotati nottetempo, spuntini ripetuti durante il giorno, vestiti acquistati clandestinamente (perché si vergognava delle nuove misure). Mentre tutto ciò si sviluppa ed io mi faccio *travolgere* da questa montagna di cibo, capisco la necessità urgente di Alessandra di fare contenere attraverso l'ascolto analitico l'angoscia di disgregazione del Sé corporeo. Questa rappresenta perfettamente l'angoscia di disgregazione del Sé

complessivo che sta provando, colpita a morte dalla richiesta di separazione. Il *materiale fecale* di cui Alessandra si vergognava enormemente e di cui però doveva parlare era una relazione extraconiugale durata alcuni anni, che voleva interrompere ma che poi ritornava sempre a riprendere.

Era a causa di tale lacerante conflitto che era aumentata di peso la prima volta, arrivando quasi al quintale.

Lentamente nel corso di questi anni abbiamo lavorato sui traumi del passato e su quelli del presente, e man mano che si ampliava lo spazio condiviso Alessandra iniziava a dimagrire, fino a ritornare la bella donna dei primi colloqui, e abbandonava il cibo come espressione primitiva di aree inaccettabili del sé. Contemporaneamente però emergevano l'aggressività e la rabbia prima *ottuse* dal cibo (come si esprime lei), nei confronti della madre e del marito, cui non perdonava l'abbandono. L'analisi da allora si sta svolgendo in un clima costantemente tempestoso e aggressivo, in cui diventa fondamentale interpretare ogni volta gli scoppi di ira (che nonostante l'evidenza continua a mistificare o a negare) e le microfratture narcisistiche. Anche l'analista che inizialmente appariva poco attaccata dalla sua aggressività, "Io ho bisogno di lei, diceva spesso Alessandra, per questo cerco di trattarla meglio di come tratto tutti quelli che mi stanno vicini" comincia ad essere messa sotto pressione. In realtà è interessante assistere al delinarsi di un modello relazionale abituale sado masochistico, che può risparmiare l'analista solo grazie alla qualità diversa della risposta che ricevono ogni volta i suoi attacchi. La bulimia rappresenta l'aspetto più grave della sua risposata masochistica.

Nella vita di Alessandra, come pure nella sua analisi vi è una continua richiesta che un nuovo oggetto possa fornirle le risposte che a suo tempo erano mancate ma nella vita come nell'analisi vi è invece una ripetizione frustrante del modello relazionale vissuto con la madre con il continuo disinvestimento e ritiro delle aspettative e delle proposte. Come analista mi ritrovo spesso costantemente insoddisfatta dal livello di banalità e inadeguatezza dei miei interventi, incalzata dalla sua continua rabbiosa insoddisfazione. Siamo in continuo precario equilibrio tra illusione e delusione rispetto all'oggetto analitico, che rispecchia fedelmente le continue oscillazioni di investimenti su oggetti sopravvalutati e conseguenti delusioni catastrofiche, nel mondo esterno. Ad ogni catastrofe corrisponde un nuovo aumento ponderale incontrollato, ad ogni idealizzazione un immediato dimagrimento, in una cronica oscillazione tra perfezione e disastro, felicità e disperazione. All'analista viene richiesta una capacità quasi sovrumana di comprensione empatica e vicinanza emotiva, subito delusa dalla continua scoperta di mie vere o presunte inadeguatezze e difficoltà.

Lentamente nel corso di questi anni abbiamo lavorato sui traumi del passato e su quelli del presente, e man mano che si ampliava lo spazio condiviso Alessandra poteva lentamente soffrire e vivere esperienze traumatiche con grande dolorosità, rabbia ed impotenza, senza però, finalmente, scappare verso soluzioni maniacali erotiche o trionfalistiche. Lentamente anche cominciava a vedere come il cibo fosse espressione primitiva di aree inaccettabili del sé.

Riporto adesso un pezzo di due seduta significativa del suo giro di boa analitico.

E' tornata da una breve vacanza al mare, fuori stagione. E' andata a trovare un amico, con cui ha avuto una storia qualche anno fa. Si tratta di un uomo affascinante, ma semplice, che viene visto fuori dal suo contesto abituale per la prima volta (un maestro di sci a valle, oppure un istruttore di tennis in borghese, per intenderci). Anche se lo ha continuamente negato Alessandra ha investito molto in questo week end. E' dimagrita molto, recentemente, di nuovo. In occasione dell'ultimo incontro con quest'uomo si era sentita goffa e brutta, non un possibile oggetto di attrazione sessuale. E' appena all'inizio di quella

che si prospetta come una lunga e penosa causa di divorzio, con ingiurie verbali al limite del maltrattamento da parte dell'ex marito. Insomma sembra desiderare un rilancio di sé come oggetto di desiderio, pratica molto usata in passato per sfuggire agli attacchi di depressione. Perché le pazienti bulimiche e anoressiche spesso desiderano essere l'oggetto del desiderio altrui, non potendo permettersi di essere l'oggetto del proprio desiderio, e il gioco seduttivo (da non confondersi con l'erotizzazione vera e propria delle perversioni o degli stati pre psicotici.) è spesso utilizzato come strategia antidepressiva. Ovviamente questa è una componente molto importante nel transfert.

Alessandra: Non va bene, non sono soddisfatta. Mi sono ammalata appena partita, è stato un week end orribile,. Non so che cosa non è andato bene. Lui mi è venuto a prendere era affettuoso come sempre, mi ha detto "Ti trovo molto bene, e io sapevo che stavo bene. Però forse non mi ha dato troppa attenzione a come io ero, che stavo male. Poi c'era il piumone nel letto, che io odio, io voglio solo le coperte di lana. Poi lui sta molto tempo a vedere la televisione, io non l'avevo mai visto sotto questa luce, non lo so, mi è sembrato un po' vuoto. Poi faceva freddo c'era molto vento, ci sono stati anche dei temporali, io non me lo aspettavo e poi appunto avevo questo raffreddore terribile, gliel'ho detto ero ammalata sono sicura che sabato avevo anche la febbre. Forse che so, mi aspettavo che rifacesse dei complimenti per come ero dimagrita, ma a lui va sempre tutto bene, sembra.

Analista: Sembrerebbe che lei sia rimasta un po' delusa da questo incontro sul quale forse aveva posto alcune aspettative.

Alessandra: No, guardi, non avevo assolutamente nessuna aspettativa. Lui lo sa benissimo. Io è da molto tempo che so che lui è quello che è un uomo semplice, non nego che mi sia piaciuto molto, ma mi rendo conto che fuori dal suo ambiente perde questo fascino, non, guardi io non avevo alcuna aspettativa. Non capisco perché lei non accetti quello che io dico e cioè che io ero malata, e che questo era il problema, tutto qui. Forse il fatto di avere avuto delle aspettative ci può essere stato nell'aspettarsi che mi curasse di più, ma in fondo che cosa potevo aspettarmi da un uomo così?

Analista: Appunto.

Alessandra: No, guardi, lei dice appunto ma io lo so bene che vuole dire che io avevo delle aspettative e che invece era stupido averle, e perciò io non le avevo, mi conosco bene, perché lui è sposato, e poi non c'entra niente con me, quindi proprio io non avevo delle aspettative. Pausa. Però una cosa è vera, e cioè che sono rimasta male. E poi ho ricominciato a mangiare. Ieri sera dopo cena sono tornata in cucina e ho mangiato una mozzarella, ho finito un piatto di pasta, due, tre panini, una confezione di biscotti così, con voracità. Poi a letto stavo male, avevo degli attacchi di caldo, credo anche che questo problema della menopausa ci sia, lei non mi da tanto credito, ma io devo andare da qualcuno che mi dia qualcosa e mi faccia guarire. (Con concitazione crescente) Perché qui noi diciamo le cose, capiamo tante cose, ma poi fuori c'è la realtà, io non posso stare così, ci sono delle scadenze che devo affrontare.

Analista: Credo che lei si senta molto a disagio se qui parliamo di lei come di una persona che può essere vittima di una delusione; è come inaccettabile per lei rappresentarsi così, intacca qualcosa che lei non può mettere in discussione.

Alessandra: *Guardi io non nego che qui dentro ho fatto tanti progressi, me lo dicono tutti, ho imparato a vedere le cose in modo più ampio e sono meno nervosa ed irascibile, però davvero io ho bisogno di cose concrete, io credo che voi (voi psicoanalisti) dovrete fare i conti con una cosa del genere, qui io passo gli anni tutta una vita ma non posso dire che in questi cinque anni sia migliorata, perché guardi davvero io sono infelice. Non voglio interrompere l'analisi, perché non nego che mi faccia piacere venire qui e parlare di me e poi penso che lei sia davvero affezionata a me., io non sono come tutti gli altri pazienti, in fondo.*

Analista: *Forse però anche lei è affezionata a me, ed io sono diventata una persona importante per lei.*

Alessandra: *Bè sì, non lo posso negare.*

Analista: *Forse anche per questo la disturba vedere qui dentro un'immagine non vincente di sé.*

Passano alcuni mesi, durante i quali ricomincia decisamente a mangiare in modo compulsivo e coattivo, aumentando di nuovo fino circa a 90 chili. La causa di divorzio diventa sempre più rovente e Alessandra è inferocita contro tutti, soprattutto con il suo avvocato, che a suo dire non le offre sufficiente protezione. Ogni interpretazione che paragona questi vissuti verso l'avvocato con quelli con l'analista, che potrebbe essere accusata di offrire scarsa protezione e di non avere evitato un ennesimo ingrassamento sono duramente respinti.

Alessandra: *Oggi non sono molto contenta. Ho mangiato in mensa e pi una volta a casa mi sono seduta ed ho rimangiato con i miei figli. (Alessandra ha ricominciato una dieta dieci giorni prima) Rimane in silenzio. Bè, non mi dice niente?*

Analista: *Mah, oggi è successo qualcosa che può averla infastidita?*

Alessandra: *No, assolutamente nulla di particolare, anzi è stata una buona giornata, perché finalmente abbiamo deposto la nostra memoria ed io posso rilassarmi un po'. Adesso non ricominciamo perché io penso che il mio avvocato non mi ha aiutato abbastanza, e non accetto assolutamente un confronto con lei. Lei mi aiuta anche se lei sa ben che io ho delle riserve sulla analisi che non è e non può essere tutto, ed io passo qui dentro in fondo tre ore alla settimana ed è un sacco di tempo mi fa anche piacere, molto, ma non può essere tutto rinchiuso qui dentro. Pausa. Bè s dire il vero sono successe delle piccole cose da nulla oggi in ufficio. Silenzio Mi sono guardata allo specchio e non i è piaciuto quello che ho visto. In fondo sono dieci giorni che sto facendo la dieta e non mi sono vista diversa. Ecco mi ha dato fastidio vedermi ancora così informe.*

Analista: *Non ha retto alla delusione.*

Alessandra: *Adesso non esageriamo, io lo so ben che quando si fa una dieta non bisogna farsi troppe illusioni, che alla fine non si devono valutare i risultati sulla base di pochi giorni. E' un avita che faccio le diete e sono riuscita a farle in passato per cui non sono certo il tipo che non regge alle delusioni.*

Analista: Bè se devo proprio dire che cosa penso credo che invece lei sia proprio il tipo che non regge alle delusioni. Difatti ha fatto tante volte con successo una dieta e poi ogni volta che si è prospettata una delusione non l'ha retta. Anzi il problema è proprio quanto lei può reggere di non essere all'altezza delle sue aspettative. E' la stessa vicenda del famoso week end, quando la situazione non si è rivelata all'altezza delle sue aspettative ed allora lei ha ricominciato a mangiare.

Alessandra: Silenzio Va bene, e adesso che siamo d'accordo su questo che cosa facciamo, come posso diventare una che regge le delusioni. Perché se è vero che questo è il problema della mia vita, come posso adesso di colpo diventare una persona che è in grado di sopportare le delusioni?

*Analista: Non credo che si possa fare una cosa del genere effettivamente. Guardi, mi spiace insistere, perché mi rendo conto che per lei è un argomento molto doloroso, però penso che questa vicenda delle delusioni insopportabili sia il nucleo centrale del problema. Cioè è lei che si sente troppo fragile di fronte a quello che le dice lo specchio. Lei non si vede **grassa**, lei si vede **non magra** almeno non come vorrebbe lei ed è questo il vero problema, che non è all'altezza delle sue aspettative. Allora a questo punto per lei, tanto vale lasciare perdere e scendere fino in fondo, mangiando di nuovo voracemente.*

Alessandra: Rimane zitta a lungo. Lo so che non c'entra nulla ma mi viene in mente e allora lo dico. Sono andata dal dentista oggi, finalmente ne ho trovato uno bravo Io non ho carie, non mai avuto nessun problema, c'è solo questo fatto che ho un sacco di tartaro. Il dentista ha cominciato la pulizia dei denti, è qualcosa che io non sopporto, perché mi spaventa, lo so che è stupido, però questo è uno bravo ed ha capito che doveva farla un pezzettino alla volta, con molta molta cautela; lo so che così mi costerà di più, ma sono finalmente contenta perché è l'unico modo con cui io posso farla.

Ho scelto di non dare l'ovvia interpretazione dentista/ analista, perché come dice Alessandra, ci vuole molta molta cautela con lei.

ANTONELLA

Antonella ha 39 anni all'inizio dell'analisi. E' una paziente interessante ma molto impegnativa, una sfida che a volte temo non riuscirò a portare fino in fondo. (E' in analisi da quattro anni)

Antonella non racconta, né presenta una storia particolarmente difficile o faticosa. Proviene da una cittadina del Friuli. La famiglia possiede un'azienda agricola, all'interno della quale c'è una grande casa dove risiede tutta la famiglia. Antonella si presenta inizialmente come una ragazza semplice, un po' depressa, avvilita da un lavoro impiegatizio poco interessante, con un ristretto giro di conoscenze. Racconta di alcune passioni recenti, il flamenco ed il piano, che studia entrambi da cinque anni. Due anni prima ha avuto un'esperienza di terapia corporea (probabilmente energetica) ed è rimasta sconvolta dal livello di angoscia che aveva immediatamente raggiunto, con l'emergere di alcuni ricordi infantili. Un'amica a cui si era rivolta per chiedere aiuto, spaventata, le aveva suggerito un'analisi.

Due anni prima è morto il padre, figura autoritaria ed aggressiva verso moglie e figli. La madre viene presentata come una figura debole, querula e lamentosa, spesso malata, incapace di reagire di fronte alle frequenti collere ed aggressioni verbali e fisiche del marito. Antonella è la figlia ribelle e spesso attira le collere paterne, soprattutto nelle richieste di maggiore libertà. Infine ottiene di recarsi a Milano per studiare.

Per i primi sei mesi l'analisi sembra svolgersi secondo binari piuttosto sintoni con i primi colloqui. Poi comincio a presentare dei particolari ed incomprensibili colpi di sonno durante le sue sedute. Sono sedute ad orari diversi, e non mi riesco a spiegare le loro ragioni. La situazione peggiora. Arrivo a temere le ore delle sedute con Antonella, perché cado in una sorta di torpore pesantissimo un black out sempre più incomprensibile. Nel frattempo qualcosa sembra trapelare nel mio ottundimento. Antonella sta raccontando della nonna materna, una figura simile ad una strega, parla di superstizioni, di corone di fiori messe sul davanzale per placare le *strie*. Si prefigura un nucleo delirante ben nascosto, Antonella racconta di fenomeni di depersonalizzazione, ogni volta che si sdraia sul lettino le sembra di librarsi in aria, è spaventata anche lei. Il mio torpore peggiora. Un giorno mi sveglio improvvisamente, lucidissima. Mi sembra di avere sognato che si scoperchiasse una bara, e che io ero libera di uscire. In quel momento sento Antonella che dice: "Mi sembra come che abbiano sollevato il coperchio di una bara, mi sento più libera adesso." L'incubo è finito per entrambe, non avrò più quei fenomeni, veri e propri malefici ad opera delle streghe. Mesi dopo la storia si chiarirà. Antonella sogna di avere una bambola in grembo. La bambola con suo grande terrore inizia a muoversi, e si trascina per la stanza; poi perde i pezzi e Antonella è costretta in un orrore crescente, a seguirla e raccoglierti, accorgendosi che la bambola è viva, ma inanimata al tempo stesso. Non le viene in mente niente, ma viene in mente qualcosa a me. Le chiedo con molta cautela, se per caso non abbia mai avuto un aborto. Terrorizzata mi confessa che aveva avuto, appena arrivata a Milano, una storia con un ragazzo, di nessuna importanza sentimentale, che però l'aveva messa incinta, ed Antonella era stata costretta ad abortire, di nascosto dalla sua famiglia, molto sessuofobia. Non aveva mai osato raccontarlo a nessuno, nemmeno alle amiche, e aveva pensato ogni giorno a quell'episodio avvenuto vent'anni prima, con colpa e dispiacere. "Non passa giorno senza che non ci pensi". Le dico allora che mi sembra che con l'aborto lei abbia ucciso e seppellito anche una parte di sé, e che forse è per questo che si sente da molto tempo come rinchiusa in una bara. Mi dice che è proprio così, e che da allora lei si è sempre sentita una "non più vitale" e che non ha mai più avuto una relazione con un ragazzo. Ma non è sufficiente. Dice che in questi mesi ha avuto l'impressione di non essere più sola, e che "Se ero in una bara, c'era anche lei con me." Le confermo che anch'io avevo avuto l'impressione di un periodo molto soffocante.

Bollas, a proposito del conosciuto non pensato, sottolinea l'importanza del processo mentale dell'evocazione per cui dalle parti più profonde del sé cominciano ad emergere informazioni. Il dinamico intreccio di transfert/controllotransfert costituisce la trama imprescindibile della nostra pratica clinica, attraverso comunicazioni verbali e non verbali. Anche Ogden descrive queste sensazioni controtransferali riferendole a quella che definisce la modalità contiguo autistica dell'esperienza. "Specificità della modalità contiguo autistica dell'esperienza è quell'esperienza di controllotransfert in cui dominano sensazioni corporee. Molto spesso l'esperienza di controllotransfert è associata a stati di sonnolenza, irrigidimento o altri." Nell'incontro tra paziente ed analista si riattiva questa base psico-sensoriale che si impone nel controllotransfert quando si è alla presenza di aree traumatiche irrepresentabili.

Il sogno di Antonella non si riferisce solo all'aborto, a mio avviso. Antonella rappresenta con grande efficacia la percezione di una frammentazione del Sé crescente e drammatica, accompagnata ad una trasformazione in oggetto inanimato. Oggetto inanimato e frammentato, quindi. Siamo nel pieno di quello stato definito da Gaddini come ...

Il risveglio dell'analista, a mio avviso rappresenterebbe l'attivazione nell'analista, attraverso l'identificazione proiettiva, di una funzione difensiva del paziente, che riconosce all'ultimo il bisogno di avere accanto a sé un'analista vivo e vigile, e non un compagno di cella prigioniero a sua volta di dinamiche distruttive.

Analisi in due tempi, dicevo prima, ovvero

Voglio raccontare un piccolo episodio avvenuto durante una seduta, che ho poi ripreso la seduta successiva e che mi è sembrato particolarmente interessante per l'evidenza della rievocazione e della successiva trasformazione.