

ANDREA JANNACCONE PAZZI

Innamorarsi nel gruppo, innamorarsi del gruppo

Diventare analista di gruppo non è semplice. Col maturare delle esperienze, diventa sempre più evidente il legame tra il proprio mondo interno e quello del paziente. Si comprende come i propri nodi, ingenuità e inconsapevolezze possano essere correlate a quella specifica relazione. Un passaggio che apre notevolmente il campo d'azione e che porta l'analista a non concentrarsi più solo su difficoltà di comprensione e traduzione dell'*hic et nunc*, ma su come si relaziona al paziente, come sente le emozioni che circolano e come esse gli risuonano nel suo mondo interno, facendo soprattutto attenzione a non perderne la distinzione, il confine; in sostanza, provando a non confonderle con le proprie.

Meltzer (1976), nel parlare di *temperatura* della seduta, tratteggiava un analista dotato di un termometro di ciò che accade fuori e dentro di sé; una figura capace di assumersi la responsabilità di leggere e contenere la colonnina di mercurio.

All'analista si chiede il coraggio di lasciarla salire, di far scaldare la situazione, senza mollare il paziente, individuo o gruppo che sia, ai propri fantasmi; senza abbandonarlo a quei timori scatenati proprio da un eccesso di calore. È qui, in quest'area incandescente, che vorrei approfondire il fenomeno dell'innamoramento tra pazienti dello stesso gruppo. Una riflessione per comprendere quale possa essere la posizione dell'analista e come sia possibile trasformare un tale accadimento in risorsa.

Che l'amore in psicoterapia sia consuetudine del trattamento è cosa nota. Infatti, anche il più inesperto psicologo è a conoscenza della dinamica di transfert. Tuttavia, ciò che fa la differenza è come la si gestisce e non solo nella relazione col paziente, ma anche in un dialogo interno.

L'approccio psicoanalitico fonda il lavoro sul "come se", sull'analisi delle fantasie, desideri, paure, ma quando esce dalla dimensione parlata e scivola sul piano concreto, cambia forma, diventa *agito*. È qui che l'analista deve contenere il fenomeno, tradurlo in parola, renderlo pensabile al paziente. Tuttavia, se, e quando, parliamo dell'innamoramento tra pazienti la situazione si complica notevolmente.

Nel confrontarmi con colleghi, ho riscontrato l'opinione diffusa che, quando due pazienti in gruppo s'innamorano, diventa opportuno separarli nel loro percorso terapeutico.

In apparenza, pare la soluzione più sensata e, soprattutto, la meno problematica. Tuttavia, sembra contraddire il lavoro clinico. Infatti, non solo potrebbe assumere una valenza punitiva, ma trasmettere l'implicito messaggio che ci sono emozioni non pensabili, poco gestibili, da richiedere una censura immediata. Potrebbe anche assolvere ad una segreta funzione difensiva dell'analista; insomma, l'elenco delle ipotesi interpretative sembra piuttosto lungo. E quindi, cosa fare?

Va considerato che l'innamoramento tra pazienti fonda le radici in un particolare intreccio di dinamiche, non solo legate alla singole persone coinvolte, ma anche alla relazione che hanno col proprio mondo interno, col gruppo e, in particolare, con l'analista. Perché, se con la terapia individuale pare più delineata la relazione analista-paziente e tutte le sue possibili derivazioni, in gruppo, la stessa può assumere svariate forme nelle diverse dinamiche. Se in più, ci s'imbatte in uno stile di conduzione ancora rigidamente scolastico e in più intriso di elementi legati a un transfert, magari non completamente risolto, la situazione si complica notevolmente.

Quando si costruisce un gruppo è necessaria un'attenta valutazione dei singoli pazienti, a partire proprio dalla specifica tipologia d'assetto che si vuole costruire. Inoltre, non si deve trascurare il fatto che gran parte dei pazienti che ne faranno parte avranno un'esperienza di analisi individuale, magari in corso d'opera (fino al passaggio in gruppo) con lo stesso terapeuta. Per loro, affrontare il passaggio da una relazione di coppia alla comunità dei fratelli (Neri, 1995), perdere quell'unicità di rapporto con l'analista e, quindi, rompere la coppia narcisisticamente idealizzata (Corbella, 2003), equivarrà ad esporli a una ulteriore difficoltà che, nelle situazioni di maggiore vulnerabilità, li porterà inevitabilmente a tentare di ricostruire un legame di marca fusionale.

Ma facciamo un passo avanti. Dopo svariati mesi il processo terapeutico è avviato. S'incrementano le dinamiche, il gruppo inizia a lavorare e, talvolta, può assumere toni decisamente intensi e, soprattutto, di non facile gestione. Infatti, chi conduce gruppi, anche senza essersi necessariamente confrontato con la sfera antisociale (com'è nel mio caso), apprende rapidamente come la dimensione agita sia un elemento quanto mai rilevante. Il gruppo va gestito o rischia di diventare un'orda selvaggia.

L'agito, fenomeno rilevante nella psicoterapia, fonda le sue radici nel pensiero di Freud che parlava di una *messa in atto*, rifendosi a quegli "elementi che l'analizzato ha dimenticato e rimosso", e aggiungeva: "egli mette in atto, riproduce non sotto forma di ricordi, ma di azioni" (Freud, 1914, p. 356). Una definizione che, come fanno notare Laplace e Pontalis (1993), usata in senso transitivo fa riferimento alla messa in atto di pulsioni, fantasie, desideri ecc. Tuttavia, nel parlare di agito, è doveroso chiamare in causa l'*acting out*; quel termine utilizzato per indicare quelle "azioni connotate da un carattere per lo più impulsivo, relativamente isolabile nel corso delle sue attività e che possono assumere una forma di auto- o etero-aggressività. Un fenomeno che, quando emerge in analisi o al di fuori della stanza, va considerato in relazione al transfert o come il tentativo d'ignorarlo" (Laplanche, Pontalis, 1993). Una connessione che racchiude in sé un equivoco legato al fatto che: quando si parla di *transfert in analisi*, si parla di una sorta di attualizzazione e del suo possibile ricorso ad un'azione; nel caso specifico, *acting out*.

Da questo si desume il profondo intreccio tra i due aspetti. Tuttavia, nonostante la dinamica di transfert nel trattamento psicoanalitico individuale risulti più definita e condivisa, rispetto alle differenti teorie della gruppoanalisi, credo si possa convenire nell'idea comune del transfert in gruppo come di una riedizione inconscia di esperienze emotive del passato verso una figura significativa. Ciò nonostante, vista la molteplicità dei livelli, nel trattamento di gruppo la situazione è quanto mai complessa. Infatti, l'oggetto su cui proiettare non sarà più solo l'analista, ma anche il gruppo e i suoi singoli elementi. Inoltre, come ci ricorda Rouchy (1998, p. 157), "gli eventi in gruppo possono essere vissuti con un sentimento di attualità tale, da non avvertire che si tratta di una riedizione o di una ripetizione". È qui che si rischia la sovrapposizione del presente col passato. Il pensiero negli anni si è trasformato e se parliamo di *acting-out*, oggi la tendenza è più orientata a leggerlo come fenomeno disvelatore del mondo interno del paziente; come una nuova forma di comunicazione. Ezio Maria Izzo (2001) ci dice che "l'agito comunica qualcosa che non è possibile mettere in gioco nella relazione in altro modo".

Si può allora sostenere l'idea che ogni fenomeno interno o esterno alla seduta (ad essa collegabile) abbia un legame profondo con la vita emotiva del paziente? Direi di sì. Infatti, il paziente ci mostra un'area fin'ora indicibile che deve trovare espressione e una relativa traduzione nella relazione con l'analista. Un pensiero confermato da Ogden (1999) che ci ricorda come "*acting in e out* siano componenti del dialogo analitico (e non solo una loro interruzione) e che la meta dell'analista non sia quella di farlo cessare, ma bensì di avvolgere queste *comunicazioni-in-azione* nello spazio analitico".

Tuttavia, non sempre un agito è immediatamente visibile, come nel caso dell'innamoramento tra due pazienti, dove è proprio quando si palesa al gruppo che *il dado è tratto*. È lì che sembra inevitabile chiedersi che cosa lo abbia scatenato. Come sia correlato al proprio modo di stare in relazione. Ci si può persino colpevolizzare di non essersene accorti o aver inconsciamente agevolato tale dinamica. Insomma, l'analista deve fronteggiare svariati ordini del problema: esterni e interni.

Principalmente, deve decidere come affrontare la situazione, e spesso senza avere tempo per rifletterci. Infatti, un agito spinge a prendere una posizione, ma nel farlo, l'analista rischia di scivolare su un terreno "non-analitico". Decidere, quindi, se togliere un paziente o entrambi dal gruppo perché dannosi per la sopravvivenza dello stesso, lo porterebbe inevitabilmente su un piano operativo che, come ben si sa, è in antitesi con un lavoro psicodinamico. Viceversa, analizzare il transfert, ripensare al percorso fatto per comprendere cosa sia sfuggito, quale dinamiche lo abbia stimolato, e provare a dargli un senso, richiede tempo, ma, soprattutto, non ci si deve spaventare, si devono contenere i fantasmi e aiutare il gruppo a elaborarli.

Pur considerando questa seconda strada piuttosto complicata e irta, la ritengo la via maestra. Tuttavia, non contro-agire porta i pazienti a sperimentare un senso di tradimento; la comunità dei fratelli si sente minacciata: basti pensare al tabù dell'incesto, alle fantasie punitive, ai fantasmi di morte. La lista è lunga. Ciò nonostante, se il nostro lavoro consiste nell'accompagnare un paziente là dove, da solo, non se la sente di andare, in quei territori esplosivi da bonificare, scegliere una scorciatoia rappresenterebbe una diserzione al nostro mandato. Inoltre, leggere quell'agito, che sappiamo essere un tentativo di protezione e implicita comunicazione, come fosse una manovra di attacco così potente da richiedere una risposta drastica/espulsiva, mi pare davvero anti-terapeutico. E allora, finché sembra possibile intravedere una strada da percorrere, perché non farlo? Certamente, va detto che ogni parola, gesto o posizione che un analista adotta in gruppo diventa un modello per i suoi pazienti, oltre ad essere oggetto di valutazione degli stessi. Si verifica una situazione analoga a

quella dei genitori che si separano: i figli, silenziosamente, osservano i loro movimenti, li studiano, li mettono alla prova, scandagliano punti deboli e incongruenze, pesano gli affetti, ma soprattutto costruiscono un modello interno per il proprio futuro.

Nel nostro caso, quindi, provare a contenere l'agito, reggere l'urto della sofferenza senza negare le paure così da poterle affrontare e pensare assieme, diventano esse stesse espressione del cambiamento.

Indubbiamente una posizione che richiede coraggio, e non solo all'analista. Si mette, infatti, il gruppo in una condizione difficile, talvolta spaventosa, ma autentica. Si permette ai pazienti di far salire pressione e, attraverso l'elaborazione delle varie dinamiche, di trasformare un tale accadimento in risorsa per crescere.

Caso clinico

Sono quasi le nove di sera, sto sistemando le sedie in studio, suona il campanello, apro. Sulla porta ci sono Olmo e Laura. Sono i miei pazienti del gruppo terminato da pochi minuti.

Entrambi hanno la paura dipinta sul viso. Mi chiedono di poter entrare un secondo per parlarci. Pare inutile il mio rimando alla prossima seduta. Olmo, con aria sconvolta e il fiatone, come quello di un corridore al termine di una gara, dice: "le rubiamo solo due minuti, è importante" e Laura aggiunge: "non ne volevamo parlare in gruppo...".

Comincia così, con un agito, la storia di cui vorrei parlare.

Olmo, in terapia con me da oltre un anno, è un trentaseienne orfano di padre dall'età di 11 anni. Borderline, con difese di marca ossessiva e leggeri tratti paranoidi, è dotato di uno scarso controllo degli impulsi, spesso ha violente crisi di rabbia, talvolta anche auto-lesive.

Consapevole delle proprie difficoltà di relazione, entra in gruppo con forti aspettative. Il confronto con l'altro è molto impegnativo, spesso si arrabbia e grida non appena lo si contraddice. Non è facile riuscire ad incontrarlo.

Una fisicità potente, costruita sia dal mestiere manuale che da una profonda paura di vivere, gli consente di ostentare una grande forza e gli permette di mantenere una posizione sufficientemente distante dalle relazioni troppo intense. Nonostante ciò, quando non si altera, è sensibile e delicato come un cucciolo. Infatti, sotto l'armatura traspare un bambino fragile che ostenta superiorità e un velato disprezzo verso tutte le figure potenzialmente calorose.

Da circa sei anni frequenta una ragazza e, tuttavia, non riesce a lasciare la precedente, con la quale sette anni prima ha avuto un figlio. Con lei,

vive da anni un'apparente relazione affettiva, platonica. Un rapporto ambiguo che fonda il suo legame sulla colpa e su una profonda angoscia di separazione. Un assetto illusorio, talmente strutturato da impedirgli anche solo d'immaginare un futuro con la nuova fidanzata. Infatti, frequentare un'altra ragazza e vivere con la madre del figlio, lo vede implicato in uno scenario paralizzante, ma protettivo al tempo stesso, dove può sentirsi al riparo dall'affrontare la scongiurata perdita che lo ha così dolorosamente colpito in precoce età. L'ombra del tentato suicidio in adolescenza, evitato dal casuale ritrovamento da parte di un familiare che lo scopre esanime con le vene tagliate, pesa tutt'oggi nei suoi rapporti. Uno scheletro nell'armadio emerso in seduta solo dopo svariati mesi e del quale pare difficile parlare. All'epoca, infatti, era stato gestito in sordina dalla madre che, ignara (o forse no?) della sua incerta condizione fisica, lo aveva medicato e messo a letto senza farne parola con nessuno.

L'altra paziente è Laura, la *signora del divano*, così ribattezzata in gruppo per la sua peculiare caratteristica nell'affrontare le situazioni che la spaventano. Una trentaquattrenne con un funzionamento fortemente masochista, caratterizzata da una scarsa fiducia nelle proprie potenzialità, nonostante i risultati ottenuti; oggi sposata con un coetaneo e mamma di un bambino di un anno e mezzo.

Nella sua storia familiare domina la malattia cronica, sia dei genitori sia della sorella, malata dalla nascita e costretta a continui trattamenti per star bene. Un evento che la vede relegata nell'ombra, al punto da viverli la colpa di non esser malata.

Da sempre lamenta un forte senso di esclusione, in particolare dalla figura paterna; un uomo culturalmente povero, ipocondriaco e privo di stimoli che, da sempre, l'ha educata alla mediocrità, al doversi accontentare del minimo indispensabile. I tentativi di farla assumere alle Poste, l'impedimento nel suonare uno strumento, adducendo scuse sulle sue scarse propensioni fisiche, la castrazione rispetto ad una crescita scolastica, vista come costosa e incerta per il futuro, sembrano manifestazioni di una lenta ma costante operazione di sabotaggio che si manifesta, oggi, in una scarsa fiducia nelle sue potenzialità e in una radicata convinzione nell'impossibilità di potersi realizzare.

Ciò nonostante, è grazie alla sua sensibilità e a buone doti creative che Laura riesce a trovare lavoro in un'importante società, dapprima come impiegata per poi arrivare ad una mansione organizzativa.

La sua debolezza, tuttavia, risiede nelle relazioni affettive dove si vede ripetutamente scivolare in posizione di sottomissione. Per svariati anni frequenta un uomo aggressivo e violento che, implicato nell'elaborazione del lutto della moglie, la confina sul divano senza darle libero accesso al

letto matrimoniale. Sono anni bui e l'esperienza è talmente mortificante che, incapace di riconoscersi un valore come persona, giunta allo stremo delle forze, si rivolge a me per un aiuto.

Sarà solo dopo un paio d'anni di terapia che inizierà a slegarsi da questa relazione e dopo circa sei mesi inizierà il suo percorso in gruppo.

Nato ormai da più di tre anni, il gruppo, aperto, con una cadenza settimanale, è composto da 7 pazienti, di cui 4 donne e 3 uomini.

I partecipanti hanno un'età compresa tra i 28 e i 45 anni. Persone con problemi d'ansia, di depressione, un paio di pazienti hanno una dipendenza da sostanze; ciò che li accomuna sono difficoltà emancipative dalle proprie famiglie d'origine.

Una *cultura dependente* (Bion, 1971) circola per molto tempo. Ogni paziente sembra nutrire l'aspettativa di una sicurezza e soddisfazione dei propri bisogni. Tutti paiono in attesa che qualcuno rompa il ghiaccio, che l'altro racconti i suoi segreti.

Ci vorranno mesi per iniziare ad affrontare temi sulla dipendenza, ansie, timori, fantasie paranoide. Con l'intensificarsi del lavoro si alternano sedute ricche ad altre dove si sperimenta un imbarazzo simile ai primi incontri. Inizia, così, una danza con le proprie resistenze, nelle quali i pazienti si avvicinano e si ritirano con movimenti fulminei.

Mentre Olmo, da subito, sfoggia i propri muscoli, ostentando potenza e spavalderia, Laura spicca per una buona attitudine all'ascolto e una propensione a entrare nelle storie degli altri. Tuttavia, quello che inizialmente si manifesta come espressione di timidezza nel racconto della propria storia, col tempo si palesa per ciò che è: Laura non trova uno spazio per sé.

Più volte comincia discorsi importanti solo negli ultimi minuti. Pare evidente l'inconscia fantasia di sedurre l'analista, e il gruppo, per ottenere quel *quid* di attenzione in più come assicurazione, ma è a ogni chiusura di seduta che diventa inevitabile vederla scivolare nella posizione di quella figlia passivizzata che, "stando bene", non necessita di cure genitoriali.

Il bisogno di essere vista diventa il *Leitmotiv* di Laura che, quando lo vede smascherato, riesce a far sentire l'altro come un carnefice; in particolare, quando s'imbatte nella violenza esplosiva di Olmo.

Giocare il ruolo di vittima diventa non solo espressione di un transfert bisognoso, ma anche occasione per tessere una sottile e segreta dinamica seduttiva.

Durante una seduta, Olmo racconta di quando, in palestra col figlio, non è riuscito a togliersi le mutande per fare la doccia e aggiunge di non averlo fatto fare nemmeno al figlio. Timidamente palesa la sua parte fragile, il timore di mettersi a nudo. Una prostrazione che il gruppo cavalca e, rapidamente, si sviluppa un clima d'ilarità che accresce, in lui, un senso di

vergogna e agevola in Laura l'identificazione con il carnefice. Il discorso scivola sulla vita di coppia di Olmo che, nel bisogno di recuperare potenza, esprime a gran voce la sua virilità con la fidanzata. Laura, con una spietata freddezza e quella delicata maniera che la contraddistingue, gli risponde che non è un uomo perché non riesce nemmeno a decidere da che parte stare e che, in realtà, è soltanto una persona fragile e confusa. Queste parole rimbombano nel gruppo e Olmo esplode. Emerge una rabbia intensa. Insulta Laura con forza gridando per un paio di minuti fino a non avere più voce. Ogni sua parola è mirata alla mortificazione: "non vali niente", "non sei nessuno per dirmi certe cose", "mi fai schifo"... un transfert materno lo carica di un odio intenso, difficilmente tollerabile. A nulla valgono i miei interventi per contenerlo, così pure le parole della paziente. È così che Laura inizia a piangere.

Passano alcuni minuti di silenzio. La bufera è terminata e la paziente, in lacrime, si alza e abbraccia Olmo. Tutto accade in pochi istanti, non sembra possibile intervenire. Siamo spettatori impotenti. Come in ogni agito, a parte quelli dove si manifesta una violenza fisica o un attacco auto-lesivo, è molto difficile nell'*hic et nunc* intervenire.

Il gruppo è attonito; sui volti si legge paura e sofferenza. Comprendo la violenza di Olmo che, nel ritrovare una figura come la madre, seduttiva e rifiutante al tempo stesso, ha perso il controllo. Infatti, nella sua esperienza la madre lo seduceva affinché non lasciasse naufragare l'attività del padre, ma gli trasmetteva un senso di rifiuto offrendo le sue amorevoli attenzioni al fratello minore.

Osservo la scena e sono subito colpito dal tipo di abbraccio; un avvicinamento asimmetrico. Laura in piedi e Olmo seduto con la testa sulla sua pancia. Mi diventa chiaro il movimento materno. L'affettuoso contatto acquieta rapidamente Olmo che scoppia a piangere. Sono le lacrime di quel bambino cui è mancato l'abbraccio di una madre, che non si è sentito amato e sostenuto nel suo dolore. Un pianto talmente intenso che Olmo, pochi minuti dopo, scappa via dal gruppo.

Piomba il silenzio e i minuti che seguono sono accompagnati dal flebile sottofondo delle lacrime di Laura. Un contagio emotivo pervade la maggior parte dei pazienti. È difficile sostenere lo smarrimento che si percepisce, ma non posso chiamarmi fuori.

Laura è implicata in una relazione affettiva con un uomo che vuole sposarla, ma le paure la spingono a guardarsi indietro e a ripensare a quello precedente, così dolorosamente lasciato. Il timore di fare un investimento più sano, di uscire da quella posizione masochistica e liberarsi della colpa, incrementa in lei forti resistenze. Olmo diventa, quindi, la figura del passato, quel carnefice che le permette il ruolo di vittima. È così che s'instaura

una sorta di doppio legame (Bateson, 1977) tra i due, di seduttività nei confronti della potenza di Olmo e mortificazione rispetto alla difficoltà di esprimere la sua fragilità; e lui ne rimane incastrato. L'identificazione con la propria esperienza lo porta a rivivere un forte senso d'impotenza.

Nei mesi a venire seguono sedute nelle quali i due pazienti faticano quasi a rivolgersi la parola, ma il lavoro del gruppo rimane quasi interamente mirato a elaborare l'accaduto. Sono gli stessi pazienti a metterli a confronto diventando funzione pensante per loro.

L'impossibilità per Olmo di reggere le critiche al suo atteggiamento violento legittimano Laura ad amplificare il ruolo di figlia schiacciata, rifiutata e non amata e lo portano progressivamente ad iniziare una serie di assenze alternate. Tuttavia, è nel silenzio del fuori gruppo che avvengono segretamente incontri, parole e desideri. I due pazienti iniziano a fermarsi dopo le sedute e a sentirsi telefonicamente all'insaputa di tutti.

Omettere quella finestra di tempo, extra-gruppo, rappresenta un nuovo agito, un'area incontrollabile che li autorizza (e l'illude) a sviluppare intense sensazioni d'amore e un'attrazione reciproca. È qui che si presenteranno in studio quella sera dopo la seduta.

Apprendo che si sono baciati ma, spaventati, sono corsi immediatamente dall'analista-papà per cercare un aiuto. Certamente, un moto inconscio li avvicina, stimola fantasie riguardo ad una possibile vita di coppia, ma una preconsua intuizione di Olmo lo tiene frenato col timore di distruggere il lavoro terapeutico e mettere a repentaglio la vita stessa del gruppo.

Sono queste le considerazioni che avvengono nel breve incontro dopo la seduta che mi costringono a decidere rapidamente. Tuttavia, per comprendere ci vuole tempo e quindi li rimando ad una serie di colloqui di coppia con l'idea di capire più chiaramente la situazione per poi affrontarla in gruppo.

Mantenere il segreto col gruppo mi pone in una situazione difficile. Mi sento come un artificiere che prova a disinnescare una bomba senza parlarne agli ignari abitanti. Sento di doverlo condividere col gruppo, ma ho bisogno di più tempo per capire meglio la situazione.

Il timore della fine del gruppo mi pervade per giorni; pertanto, decido di contattare dei colleghi esperti in dinamiche di gruppo per provare a confrontarmi sul da farsi. Sento il bisogno di essere aiutato, ma al tempo stesso faccio la fantasia di non mostrare un cedimento che possa dare una sensazione di fragilità.

Decidiamo di comunicarlo al gruppo. Una seduta difficile per tutti. Chi li accusa violentemente, chi si abbatte e manifesta la fine di tutto. È il crollo di un idillio. Siamo nel reale e ognuno proietta i propri fantasmi per difendersi.

Un probabile senso di vergogna rispetto all'idea di non esser stato in grado di gestire tali dinamiche, di vederle anticipatamente, mi spinge nel medesimo territorio di vergogna sperimentato da Olmo quando, desideroso di avvicinarsi affettivamente a Laura, si sentiva catalizzatore di aggressività e critiche da parte del gruppo per aver trasgredito alla regola base: il divieto dell'accoppiamento. Comprendere tali sentimenti conferma la necessità di elaborarli al di fuori del gruppo; pertanto, faccio diversi tentativi di contattare dei colleghi. Per una serie di casualità trovo solo porte chiuse. Telefonate andate a vuoto, appuntamenti telefonici mancati, situazioni che mi portano a smettere di chiedere all'esterno. È un momento difficile, mi sento solo e intimorito.

Sembra impossibile non collegare queste sensazioni di vuoto, dove tutto pare irraggiungibile, alla storia di Olmo, a quel probabile senso di vuoto sperimentato con la perdita del padre e alle conseguenti paure vissute nel dover gestire da solo l'azienda di famiglia.

È davvero sottile la linea tra un contro-transfert o un transfert dell'analista, ma ciò che resta fondamentale è non scappare, non contro-agire con la fantasia di ridurre il danno.

Accogliere queste emozioni faticose sarà per Olmo l'offerta di un'esperienza nuova, di un padre presente che, nella difficoltà, non lo abbandona. Inoltre, reggere all'urto del fantasma di morte concederà al gruppo la possibilità di costruire un modello nuovo per affrontare le proprie paure.

Il lavoro prosegue, ma mentre Laura, parlandone, si alleggerisce della situazione, Olmo incrementa il peso delle responsabilità. Le assenze aumentano e a nulla servono i tentativi di dare senso alle sue emozioni.

Come ci ricorda Foulkes (1948), i pazienti hanno una tendenza a vivere il gruppo come una specie di Super-Io e, ad un livello più arcaico, come la rappresentazione di una madre. Nel caso di Olmo un vissuto di risentimento profondo e contemporaneamente di vergogna sono emozioni talmente intense da rendere sempre più complicata la sua partecipazione alle sedute.

Essere spettatore delle sue continue assenze mi riporta alla mente il tentato suicidio e sentirmi così impotente di fronte a questa dinamica è un'esperienza desolante. Vivo sovente una sensazione di sconfitta. Tuttavia, non sostenerlo rappresenterebbe l'ennesimo abbandono.

Nelle rare sedute in cui si presenta, sento il bisogno di accudirlo e sostenerlo; tuttavia, mediare tra queste spinte di protezione e il contenimento delle rabbie del gruppo, intollerante al suo atteggiamento sfuggente e talvolta svalutante, non è facile. Assumo una posizione di filtro, ma non posso preservare Olmo dall'attacco del gruppo. Egli è provato. Comunica, a gran

voce, di non riuscire più a reggere la tensione del gruppo e di sperimentare sensazioni di nausea all'idea di dovervi partecipare.

Passano diversi mesi e Olmo apre una seduta raccontando un sogno:

“camminavo per strada, era una strada grande ma vuota, senza macchine e persone. Ero accompagnato da qualcuno, non so esattamente chi fosse, facevamo la stessa strada e lui mi parlava, ma non capivo esattamente né perché, né chi fosse!

Arriviamo insieme all'ingresso di un grande palazzo molto bello e alto, saliamo per le scale a fatica e raggiungiamo uno dei piani più alti dove dovevo incontrare qualcuno, ma non so esattamente chi.

Entriamo in un grande appartamento e c'era un'enorme vetrata che dava all'esterno, guardiamo fuori e c'erano una serie di grandi palazzi tutti lì vicino; non ricordo esattamente quanti fossero, cinque o sei... ricordo che sullo sfondo c'era una città. Ad un tratto sento che tutto sta per tremare, come se stesse per arrivare un terremoto. Scappiamo di colpo e decidiamo di scendere velocemente le scale. Arriviamo al piano terra, usciamo. Corriamo, corriamo finché arriviamo su una piccola collina; siamo solo noi due. La collina è molto più alta dei palazzi e da lì vediamo bene tutta la situazione.

Le scosse aumentano e pian piano assisto allo sgretolarsi di questi palazzi, un pezzo alla volta i vetri, i muri laterali, il tetto, si sgretolano tutti fino a diventare un mucchio di polvere.

Avevo molta paura e capivo che l'unica cosa era mettersi in salvo, ma lì, su quella collinetta, ce la potevamo fare e quindi mi sono tranquillizzato”.

Inutile mostrare le relative associazioni e le conseguenti interpretazioni, mie e del gruppo: il sogno parla da sé. Olmo non riesce più a stare qui, non è il momento giusto. Il terreno è diventato insicuro e l'incontro con Laura, con la quale ha deciso di sospendere ogni forma di contatto extra-gruppo, è molto difficile. La paziente ha preso completamente il sopravvento e, col sostegno del gruppo, è diventata la figura dominante.

In diverse sedute lo chiama al confronto, ne mostra le sue fragilità e lui retrocede; si sente in scacco. La paura è tale da rifugiarsi sull'Aventino nella disperata ricerca di ricostruire una simbiosi con l'oggetto primario. Non posso che stare al suo fianco rispettando la sua fragilità.

È proprio dopo alcune sedute, in accordo con me, che Olmo comunica al gruppo la propria intenzione di uscire. Una decisione sofferta, maturata con fatica, che mobilita sentimenti ambivalenti di vicinanza e rifiuto. Tuttavia, una soggiacente dinamica espulsiva di capro-espiatorio solleva illusoriamente il gruppo da un peso scomodo; da quell'elemento che alimenta fantasmi di morte, talvolta impensabili.

Un'evacuazione fantasmatica che richiederà diversi mesi di elaborazione e che, tuttora, si presentifica quando ci s'imbatte nelle tematiche di lutto.

Conclusione

Nello scrivere questo lavoro ho potuto considerare come l'innamoramento in gruppo, come svariati altri fenomeni, seppur caratterizzato da elementi comuni nei differenti setting, sia una matassa difficilmente districabile, da considerare e analizzare nella sua unicità.

Come ci ricorda Rouchy (1998), nelle analisi di gruppo alcune relazioni duali permettono l'attivazione di un processo interrotto. Un processo legato ad aspetti traumatici che possono rivitalizzarsi nella situazione trasferale. Nel caso di Laura e Olmo, la riattivazione nel presente di emozioni del passato li ha spinti ad un avvicinamento che, fortunatamente, è stato agito solo parzialmente. Una parte preconsceia sembra averli guidati nell'intuire la dimensione illusoria e il precoce intervento dell'analista con l'offerta di uno spazio extra, maggiormente libero e sospeso, seppur limitato a tre incontri di coppia¹, ha permesso la comprensione e l'elaborazione della situazione prima di raccontarla al gruppo, funzionando da Io-ausiliario (Khan, 1963). Ciò nonostante, il passaggio in gruppo è risultato ugualmente intenso e di difficile digeribilità.

Da non sottovalutare rimane il vertice dell'analista che, nell'affrontare questo tipo di agito, è mobilitato da emozioni controtransferali intense. Sottoposto ad una pressione elevata, oltre a reggere l'urto del momento, deve tenere il contenitore e sostenere il gruppo senza perdere la propria posizione. Sono momenti nei quali non è facile pensare, ma resta certamente il miglior salvagente per non farsi trascinare dagli eventi.

Quando si pensa allo psicoanalista come un mestiere fondato sulla lentezza, l'attesa, si omettono quelle situazioni nelle quali, quest'ultimo, è costretto a decidere rapidamente, in cui si deve assumersi la responsabilità, anche di sbagliare e l'innamoramento tra pazienti credo rientri tra queste. Qui, l'analista è esposto al rischio di considerare il fenomeno nella sua specificità e assumere una visione parziale che risulterebbe penalizzante per il gruppo. Infatti, sollecitato dalle proprie paure, potrebbe negare il problema, sminuirlo; potrebbe ricorrere a fantasie evacuative o, addirittura, agirle concretamente togliendo un paziente dal gruppo nel tentativo magico e onnipotente di risolvere il problema. Tutti movimenti difensivi che impediscono un processo trasformativo.

Seppur concordi che la paura induce a difendersi, mantenere la consapevolezza della propria impotenza e restare all'interno di un percorso

1. Pensati e decisi al fine di non agevolare fantasie fusionali di accoppiamento o colludere implicitamente con una negazione del problema rispetto al gruppo

di apertura e continua ricerca, agevola la capacità di pensare e fornisce soluzioni condivise.

Come ci ricorda Zucca Alessandrelli (2011), “sono necessarie relazioni terapeutiche nuove che rispondano alla domanda di un processo di soggettivazione attraverso l’uso della parte sana del transfert e dell’interpretazione del cosiddetto controtransfert. Si tratta soprattutto di trovare insieme la via e d’inventarla...”.

Parole con le quali mi sento profondamente affine e che confermano, alla luce di esperienze così travagliate e difficili, quanto sia necessario uscire da una rigidità metodologica, da quel funzionamento stereotipato che rischia di spingere i pazienti a viverli imbrigliati in un rapporto di passività dal quale potersi affermare attraverso un falso sé compiacente.

Sono dell’idea, quindi, che in questa situazione abbia giocato un ruolo fondamentale, non solo l’aver sottolineato ai pazienti l’intenzione di poter affrontare tale dinamica direttamente in gruppo, senza dover necessariamente decidere per l’uscita o meno di un paziente, ma l’aver anche mantenuto un atteggiamento aperto al cambiamento, flessibile quel tanto da non bucare il contenitore. Infatti, offrire al gruppo un esempio più svincolato dalle regole, meno spaventato di fronte alle *impasses*, ha permesso ai pazienti di costruire un modello nuovo, più libero e aperto all’imprevisto. Lasciare che ognuno trovasse l’equilibrio più confacente a se stesso, che il campo si modificasse in un nuovo assetto gruppale, apparentemente, ha penalizzato Olmo ma, in realtà, gli ha permesso una libera espressione del suo bisogno più profondo. Certamente, non va negata la sottrazione dal gruppo, il tentativo magico di cancellare una presenza scomoda e poco pensabile, la fantasia di ricostruire un legame fusionale con l’oggetto primario, il tutto, però, non più per chiudersi nel bagno e *farla finita*², ma attraverso una richiesta esplicitata e pensata di aiuto all’analista-genitore. Un passaggio chiave che si rivelerà fondante nella sua crescita emotiva.

Dall’altra parte, Laura, elaborando la propria dinamica transferale, è riuscita a rivalutare il gruppo come importante risorsa capace di sostenerla e permetterle di affrontare il momento d’*impasse* relazionale. Lo stabilizzarsi nella scelta d’oggetto e il re-investimento affettivo nel proprio compagno ha ulteriormente evidenziato il carattere difensivo dell’innamoramento verso Olmo che, nell’acquisire un senso, si è rapidamente ridimensionato.

Credo, quindi, che sia fondamentale durante il percorso valutare se un determinato setting, seppur congeniale (in astratto) per il suo funzionamento, possieda delle caratteristiche adeguate per quel paziente in quel

2. Espressione del paziente.

particolare momento storico della sua vita, così da poter offrirgli la possibilità di ottimizzare il dispositivo a seconda dell'esigenza.

Bibliografia

- Bateson G. (1977), *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano (28ª edizione).
- Bion W. R. (1971), *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma 2000 (17ª ristampa).
- Corbella S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*. Raffaello Cortina, Milano.
- Foulkes S. H. (1948), *La psicoterapia gruppo analitica*. Astrolabio, Roma 1991.
- Freud S. (1914), Ricordare, ripetere e elaborare. *Opere*, vol. VII. Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- Khan M. (1963), *Il concetto di trauma cumulativo*. In: *Lo spazio privato del sé*. Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- Izzo E. M. (2001), Agire, interpretare, comunicare. *Rivista di psicoanalisi XLVII*, 2: 265-282.
- Neri C. (1995), *Gruppo*. Borla, Roma 1998.
- Laplanche J., Pontalis J. B. (1993), *Enciclopedia della psicoanalisi*. Laterza, Roma-Bari 1963.
- Meltzer D. (1976), *Temperatura e distanza come dimensioni tecniche dell'interpretazione*. In: *La comprensione della bellezza*. Loescher, Torino 1981.
- Ogden T. H. (1999), *Soggetti dell'analisi*. Masson, Milano.
- Rouchy J. C. (1998), *Il gruppo spazio analitico*. Borla, Roma 2000.
- Zucca Alessandrelli C. (2011), Pentole e coperchi. La sconsolata fragilità dell'onnipotenza. *gli argonauti*, settembre, 130.

Andrea Jannaccone Pazzi
Corso Vercelli 11
20144 - Milano
andrea.jannaccone@hotmail.it