

GAETANO FILOCAMO

Setting e funzionamento preconscio

“Cosa è il sé? [...] è ciò che io preferisco chiamare il dio preconscio, o più semplicemente il preconscio”.
Lopez (1982)

***Encuadre* del processo di cura**

In *Nuovi consigli sulla tecnica psicoanalitica* Freud (1913) propone alcune regole, che egli stesso assume a “condizione della cura”, sottolineandone in tal modo l’importanza.

È, a mio avviso, interessante leggere “il principio del noleggio dell’ora” ed in particolare quanto aveva notato a proposito dell’atteggiamento dell’analista rispetto alle “sospensioni occasionali”. Scrive Freud: “Con un comportamento più mite le sospensioni occasionali si accumulerebbero [...]. Se invece ci si attiene rigorosamente a questa determinazione, risulta che gli ostacoli occasionali non si presentano affatto e le malattie intercorrenti solo molto di rado” (ivi, p. 337).

L’attenzione posta da Freud ai movimenti più o meno consci dei pazienti rispetto al tempo della seduta sembra essere un monito e nello stesso tempo un primo tentativo di individuare quel *qualcosa* che, non ostacolando la cura, la possa permettere. Secondo Pierri (2008) è già in questi scritti sulla tecnica che Freud si era avvicinato “alla possibilità di individuare e distinguere nel trattamento psicoanalitico la funzione limitante e orga-

nizzante costituita dal setting nei confronti dei fenomeni di traslazione". Secondo l'autrice, inoltre, ciò avverrebbe lungo l'asse che porta dalla coazione a ripetere alla nevrosi di traslazione.

Le regole sembrano divenire in questa visione un fattore fondamentale del processo analitico, che lo anticipano e lo rendono possibile. Bleger (1967), ad esempio, si riferisce al setting come a quelle "costanti" che permettono al processo di svolgersi e, completerebbe Ferro (1996), che sia proprio quel processo e "non un altro".

La questione del setting si allarga allora a quella dell'inconscio, offrendosi come elemento imprensindibile del processo analitico. Riprendendo Di Chiara (1971) potremmo dire che è attraverso il setting che il paziente può fare esperienza del proprio inconscio, o più precisamente esperienza di transfert. A mio avviso è proprio il setting, inteso come "assetto mentale" (Ferro, 1996) dell'analista, a rendere quell'esperienza di relazione un'esperienza di transfert propriamente detta. Potremmo ancora dire che il setting permette il processo analitico nella misura in cui fornisce al transfert un contenitore nel quale l'inconscio del paziente possa emergere alla ricerca di significazione. Ma non solo.

Molti autori e con diverse sfumature hanno interrogato negli anni la questione del setting. Tra questi appare determinante il contributo dato da Winnicott a partire dall'analisi di quei pazienti che egli considerava diversi dal "nevrotico ben selezionato" di freudiana memoria. Secondo Winnicott era su quest'ultimi pazienti che Freud aveva impostato le sue teorie metapsicologiche negli anni che precedono il lavoro *Introduzione al narcisismo*, e per i quali era pensabile un "adattamento iniziale sufficientemente buono ai bisogni [che] aveva consentito all'Io dell'individuo di formarsi" (Winnicott, 1955). Laddove vi è un Io integro, frutto di una felice emersione dall'identificazione primaria, il lavoro analitico fondato sull'interpretazione avrà la priorità rispetto a tutti gli altri interventi. Laddove, invece, le esperienze gratificanti siano state quantitativamente o qualitativamente inferiori alle esperienze di frustrazione, in questi casi si avrà, scrive Winnicott, uno pseudo-Sé come "raccolta di innumerevoli reazioni ad un susseguirsi di fallimenti dell'adattamento" (ivi, p. 238). In questi casi il lavoro analitico non potrà che passare da una fase in cui il setting diviene vero e proprio motivo terapeutico. Scrive Winnicott (ivi, p. 240): "Se il comportamento dell'analista, configurato in ciò che ho chiamato setting è sufficientemente buono per quel che riguarda l'adattamento al bisogno, viene gradualmente percepito dal paziente come qualcosa che fa sperare che il vero Sé possa alla fine essere in grado di correre i rischi che l'inizio di un'esperienza di vita comporta. Alla fine il falso Sé si arrende all'analista".

Il setting sembra rivolgersi in questi casi alle parti più regredite del funzionamento psichico, e talvolta, sottolinea Bleger, esso si trasforma da sfondo in figura. In queste circostanze “il setting è la parte più primitiva della personalità, è la fusione Io-corpo-mente” (Bleger, 1967). A questo livello il setting permette un “ritorno organizzato alla dipendenza primitiva” (Winnicott, 1955), e permettendo la traslazione, permette “al passato del paziente di essere il presente” (*ibid.*). È il tempo del processo primario.

Caso clinico: Viola (psicoterapia nel contesto comunitario)

Viola è una donna di 45 anni, dipendente da qualche anno da alcol, e inserita all'interno di un percorso comunitario per pazienti donne doppia diagnosi. L'alcol è solo l'ultima forma di dipendenza di Viola, che negli è passata anche attraverso cocaina ed eroina. Giunge in comunità dopo un periodo di ricovero in psichiatria per aver provato ad aggredire violentemente il suo medico psichiatra, a suo dire responsabile di non averle prescritto ulteriore terapia agonista (alcover). Viola in quell'occasione si era recata al Ser.D e armata di coltello si era scagliata contro il curante, minacciandolo di evirazione. Nella sua storia Viola aveva tentato di fare molti altri percorsi terapeutici, tutti falliti per drop-out. Arrivava un momento in cui sentiva di non riuscire più a stare nel contesto comunitario e più o meno garbatamente decideva di andare via. Così, un mese dopo l'ingresso, decise di lasciare il percorso e fare rientro a casa, dove a distanza di qualche giorno avrebbe ricominciato a bere. Adeguata e compiacente, Viola ha fin da subito verbalizzato il bisogno di essere aiutata, inducendo nel gruppo dei curanti un atteggiamento affettivo di vicinanza e presa in carico. Nei fatti, però, è stata proprio la presa in carico a mancare, mai potutasi realizzare per il comportamento di allontanamento agito da Viola, nelle prime fasi del trattamento. Meltzer (1981) ci ricorda come la prima fase del processo analitico con i bambini è caratterizzata dai potenti meccanismi dell'identificazione proiettiva, che produce una “confusione zonale” tra interno ed esterno e ostacola, quindi, il raggiungimento di una “dipendenza introiettiva dal seno”. Il movimento di avvicinamento da parte dei curanti nasceva, allora, come reazione alle proiezioni di Viola nel mondo esterno. Ci era sembrato, dunque, che Viola avesse agito l'abbandono proprio per evitare di essere “presa”, vittima lei stessa delle proprie dinamiche orali-cannibaliche messe e fatte agire dal mondo esterno. Sempre per dirla con Meltzer (1981), potremmo affermare che la paziente aveva fatto esperienza di un contenitore più claustrofobico che protettivo.

Qualcosa di simile era stato rimandato ai colleghi del servizio pubblico, perché potessero loro condividerlo con Viola nel periodo successivo alle sue auto-dimissioni.

Ad un mese di distanza da quella rottura Viola farà rientro in comunità, permettendo così l'inizio del lavoro terapeutico. Lavoro che ci ha permesso di interrompere la dinamica proiettiva a favore di un pensiero volto alla presa in carico dei vissuti di ambivalenza interni a Viola. Abbiamo potuto così parlare della paura rispetto al percorso e del bisogno di una gradualità nel processo di contatto, con se stessa e quindi con gli altri. L'incrinitura del sistema difensivo, raggiunta attraverso la messa in discussione dei meccanismi proiettivi, ha esposto la paziente a movimenti reattivi di tipo depressivo. Viola ha, per la prima volta in quei mesi, iniziato a verbalizzare il timore per una possibile gravidanza, a partire dall'assenza del ciclo mestruale e dal ricordo di rapporti sessuali non protetti. I medici curanti hanno dapprima escluso questa possibilità e in un secondo momento avanzato l'ipotesi che l'irregolarità dipendesse piuttosto dall'approssimarsi della menopausa. Ed è a partire proprio da questa notizia che la paziente ha iniziato ad interrogare se stessa e il proprio proprio passato.

Commento al caso clinico

Credo che il movimento di Viola rispetto al setting comunitario possa essere annoverato in quelle "rotture del setting" di cui parla Ferro (1996), cioè quei passaggi comunicativi che il paziente mette in atto proprio a partire dal setting, contenitore del processo terapeutico.

L'affermazione di Winnicott (1995) sul comportamento dell'analista come più o meno adatto al bisogno posto dal paziente può trovare in questa vignetta clinica una sua traduzione. In quel momento è stato importante per Viola sentire di poter andare e, soprattutto, sentire che la sua "rottura" poteva trovare ora un nuovo significato, e non essere ricondotta al solito "colpo di testa".

Andando via la paziente ha potuto ristabilire un "ben definito perimetro intorno a sé" (Meltzer, 1981), affermando così nella realtà esterna il suo bisogno di distacco. Questo processo, che ha messo alla prova l'effettiva sopravvivenza della relazione terapeutica, la ha nello stesso tempo salvaguardata. È stato forse il timore di perdersi di Viola che l'ha portata a ristabilire una separazione me-non me, dentro-fuori, prima-dopo. Qualcosa di simile aveva, a suo tempo, intravisto Freud (1920) in *Al di là del principio di piacere*, quando affermava l'importanza per l'organismo vivente di uno strato esterno più duro (scudo paraeccita-

torio), il cui compito era quello di proteggere dall'eventuale intensità degli stimoli esterni.

Attraverso questo lavoro sul "confine" (La Scala, 2012) è stato possibile per Viola saggiare una parte del mondo esterno e soddisfare così il suo bisogno di inclusione sopravvivendo al "timore di perdersi" (Meltzer, 1981). Andare e poi tornare ha permesso alla paziente di difendersi da un troppo di contatto che l'avrebbe fatta sentire troppo invasa e impotente.

Riprendendo Bolognini (2008) potremmo dire che, in questi casi, siamo di fronte a contatti transpsichici in cui il non rispetto del confine potrebbe portare il paziente a percepire elementi estranei dentro, provenienti dall'altro da Sé. Definendo i confini della relazione, il setting rappresenta un surrogato nel non-me allo "scudo" paraeccitatorio di freudiana memoria. Scrive Freud (1920): "Questo scudo [...] ha la funzione di respingere gli stimoli; per conseguenza, le energie del mondo esterno possono passare negli strati contigui che sono rimasti vivi conservando solo una piccola parte della loro originaria intensità". La fluidità e la possibilità di una dialettica me/non-me dipenderà dalla capacità del soggetto di interiorizzare l'esperienza di confine della relazione terapeutica, rendendo inter-psichico ciò che prima era trans-psichico. Perché si articoli questo passaggio è importante che si inizi a prefigurare tra il Sé e l'altro un'area di "transizione" (La Scala, 2008), portatrice almeno *in nuce* di quello spazio potenziale che Winnicott definiva area transizionale e che permette la nascita del simbolo. Bolognini (2008) ci ricorda nel transpsichico "la comunione non avviene tra i soggetti, ma attraverso e al di là di loro (o di buona parte di loro), e il preconscio del ricevente è disattivato o appiattito". Credo, allora, che queste esperienze di confine che il paziente vive nel qui ed ora inter-psichico della terapia gli permettano modifiche intra-psichiche che possono generare un diverso funzionamento della dialettica Conscio-Preconscio-Inconscio.

Si tratta allora di una transizione che La Scala (2012) ci chiarisce attraverso il mito teogonico. L'evirazione di Urano permette la separazione tra Kronos e Gaia e quindi la creazione di uno spazio e di un tempo vitale. È solo attraverso l'atto della castrazione e della divisione ad essa connessa che i figli di Gaia possono uscire dal suo ventre. Secondo l'autore il mito svela "le difficoltà dell'uomo a realizzare uno spazio con dei confini sicuri, dato che uno spazio nasce da una separazione-castrazione e che a sua volta diventa garante di vita" (*ibid.*). Ritornando alla relazione terapeutica potremmo sostenere che affinché lo stare in relazione tra i due soggetti, tra terapeuta e paziente, e affinché la stanza di terapia divenga uno spazio potenziale e trasformativo, uno spazio transizionale appunto, è importan-

te che vi sia una certa separatezza creativa. Ed è forse questa forma di separatezza che ha cercato Viola attraverso l'allontanamento, troppo fragile lei per poter costruire una forma diversa di distacco se non con modalità concrete.

Riprendendo Racalbuto (2005) "perché la mente possa pensarsi occorrono delle regole e un ordine: le regole di un limite oltre il quale non andare e l'ordine delle differenze spazio-temporali e generazionali". Le regole e il limite non possono che essere dati in questa visione da quel "cerimoniale" (Freud, 1913) di freudiana memoria che definiamo setting. È attraverso il setting che il paziente può, per dirla con Freud, "prendere piccoli campioni del mondo esterno, assaggiarlo in piccole quantità" (*ibid.*); così facendo potrà garantirsi un contatto graduale con l'oggetto, difendendo i propri confini e al limite dei funzionamenti più regrediti potrà preservare il suo senso di esistenza, scongiurando un ritorno regressivo e angosciante alla perdita di sé e all'impotenza originaria a questa connessa. È anche attraverso il setting che l'oggetto-terapeuta potrà adempire al ruolo di "ausiliario dell'Io embrionale" (Green, 1991); difendendolo così dal carico di una tensione intollerabile che potrebbe produrre nel migliore dei casi una scissione radicale nell'Io stesso.

Questa esperienza di contatto ci rimanda alla prima relazione madre-bambino e all'importanza che vi sia tra di loro una pelle che separa e che nello stesso tempo unisce in modo sostenibile.

Se pensiamo al lavoro con gli adolescenti ad esempio o con i pazienti stati-limite, quanto detto acquisisce una traduzione clinica. Con costoro le regole del setting vengono continuamente interrogate e ripensate, come un vero e proprio corpo a corpo tra paziente e terapeuta. In cui il primo ha il bisogno di lasciare un segno vitale della sua esistenza che il secondo dovrà essere disponibile ad accettare.

Credo che la qualità di questo incontro e l'instaurarsi di una buona dialettica me / non-me porti ad un diverso funzionamento del Preconscio e gli permetta una migliore comunicazione con l'Inconscio.

Qualcosa di simile sembra sostenere Freud (1925) in *Inibizione, sintomo e angoscia* quando a proposito del nevrotico ossessivo dice che a questo "riesca particolarmente difficile [...] attenersi alla regola analitica fondamentale". È il pensiero associativo a cui fa riferimento Freud che qui è intravisto come una delle principali funzioni del Preconscio, ed è questo pensiero che veicola l'affetto che nel nevrotico ossessivo fatica a trovare spazio, appiattito come è in formulazioni rimuginate e razionalizzanti. Dirà Freud che in questi casi "l'Io obbedisce a uno dei più antichi e fondamentali comandi della nevrosi ossessiva: il tabù del contatto" (*ibid.*).

Caso clinico: Tobia

Tobia è un giovane uomo giunto in consultazione per un profondo stato di angoscia, che faticosamente riusciva a sostenere anche attraverso importanti ossessioni alle quali dovevano corrispondere in modo obbligato una serie di compulsioni. Tra le più frequenti vi era la paura di aver investito qualcuno e il bisogno di tornare indietro a verificare che non fosse successo.

La mattina del primo colloquio mi chiama per avvertirmi che non sarebbe riuscito a venire all'appuntamento delle 18 e per chiedere di poter anticipare di un paio di ore. Rigettata questa richiesta, mi incalza chiedendomi se ero libero il martedì o il giovedì della settimana successiva. Gli propogno un mercoledì come primo incontro, aggiungendo che avremmo definito insieme le eventuali altre date.

Tobia si presenta alla seduta con un conspicuo anticipo, accompagnato dalla ragazza, che aspetterà in sala d'attesa per la durata del colloquio. Inizia raccontandomi della perdita del padre, avvenuta per suicidio un paio d'anni prima. Si descrive come da sempre impegnato a controllare le sue ossessioni attraverso comportamenti che in qualche occasione lo avevano esposto a pericoli. Ricorda di quando sedicenne, andando in motorino, dovette chiudere gli occhi perché assalito dal pensiero che se non lo avesse fatto sarebbe successo qualcosa di brutto alla madre. La morte del padre, avvenuta quando lui era già maggiorenne, aveva a suo avviso solo fatto esplodere una bomba che c'era già dentro. Oggi Tobia riusciva a mantenere una collaborazione da libero professionista con un collega, anch'egli artigiano, senza però riuscire di fatto a proporsi attivamente nell'attività lavorativa. Spettava a lui la gestione dei conti, l'organizzazione degli impegni, i rapporti con i clienti; per il resto era il collega che portava avanti l'attività e lui riusciva appena ad affiancarlo. Giunge alla consultazione su indicazione di un medico psichiatra e solo dopo avergli prescritto una terapia farmacologica con perfenazina, sertralina e diazepam al bisogno. Terapia che dice di assumere mal volentieri, e confessa di farlo solo perché ne sente i benefici, per un tempo comunque non indefinito.

Propongo a Tobia una psicoterapia a frequenza settimanale, cosa che rifiuta sostenendo di non poter mantenere questo impegno a causa del tanto lavoro, chiede allora di poterci vedere ogni due settimane, almeno per i primi mesi e aumentare le sedute in un secondo momento quando sarebbe stato più libero.

Le ossessioni iniziarono gradualmente a diminuire con il passare del tempo, senza mai di fatto scomparire, ma riducendosi per intensità, tanto che Tobia aveva il quasi pieno controllo sul piano comportamentale. Man

mano che passavano le settimane mi sembrava sempre più chiaro che il lavoro con Tobia doveva essere un lavoro sul confine, sulla distanza dall’altro; l’altro che iniziavo ad essere anche io.

Un giorno Tobia chiama per dire che non sarebbe riuscito a venire in seduta, aggiungendo che avremmo potuto vederci la settimana successiva (che non ci saremmo dovuti vedere perché la frequenza era bisettimanale). Decido di accettare la sua richiesta. Tobia non verrà alla nuova seduta e non mi avviserà. L’occasione ci permetterà di iniziare a lavorare sul tema della dipendenza dalla relazione terapeutica e sul bisogno di mantenere una certa distanza dal terapeuta.

Le ossessioni, col passare del tempo, lasceranno sempre più spazio ad altri temi e affetti, Tobia diverrà più regolare in seduta e circa un anno dopo inizieremo a preparare il passaggio verso la frequenza settimanale.

Un paio di settimane prima della data concordata, Tobia salta una seduta e a quella successiva si presenta visibilmente arrossato. Nervoso mi parla di cose che si ripetono, impegni continui, routine, che quasi lo prendono per il collo, mima il gesto. Penso al padre (morto per impiccagione), taccio. Gli propongo la prossimità con il cambio di setting, chiede ancora un po’ di tempo, tempo per “assestarsi” dice.

Nella seduta successiva le difficoltà di Tobia sembrano aumentate, sono ricomparse le ossessioni, non può non cedere alle compulsioni. Dalla tasca tira fuori una agenda, sulla quale inizia a disegnare i mesi dell’anno e calca con inchiostro nero i mesi invernali, li unisce attraverso un cerchio, lo calca, penso al cappio.

Gli dico che forse sente di non riuscire ad avvicinarsi così tanto a me, e forse questo è il suo modo di comunicarlo. Sembra tranquillizzarsi, mi dice che parlando con la zia ha capito di avere ancora molto rancore verso il padre. Nelle sedute successive continuiamo a lavorare sulla nostra relazione, parliamo della paura per la troppa vicinanza e dipendenza.

Un giorno andando in seduta, passando per un ponte, mi fermo a pensare al paziente. Penso che il corso del fiume ha un limite, ma anche un confine. Il limite è la terra che ne determina il letto, oltre il quale inizia l’acqua. Il confine, nel fiume che stavo osservando, erano gli argini di mattoni, ben più distanti e più solidi. Sono loro che con la loro altezza offrono tranquillità all’acqua di poter salire e scendere rispetto alla riva, limite del corso d’acqua. Finché gli argini saranno così sicuri, finché il “confine” (La Scala, 2012), potrà essere ben strutturato allora l’acqua potrà muoversi, salendo e scendendo, su e giù dal limite della terra.

Il limite, appunto, come “zona di elaborazione psichica” (Racalbuto, 2001), area transizionale nell’*intra* e *inter-psichico*. Zona dello psichismo

in cui opera il Preconscio, in cui “possono avvenire passaggi di stato, trasformazioni, deformazioni, transiti” (Baldassarre, 2008, p. 157).

Credo allora che questa immagine possa raffigurare l’importanza che per Tobia aveva il sapere che c’era un confine con l’altro, un confine che lo rassicurasse da una vicinanza forse per lui insostenibile.

Commento al caso clinico: Preconscio e relazione

Se pensiamo alla funzione del Preconscio come alla possibilità di questo movimento dinamico, tra il sommerso e l’emerso, possiamo immaginare che questo possa avvenire solo se i confini identitari sono ben saldi e solo se andare giù non determinerebbe per l’Io consci il rischio della perdita, dell’inondazione del pulsionale. Solo se i confini sono stabiliti può esservi un contatto sicuro.

Credo che qualcosa di simile sia accaduto con Tobia, troppo angosciato all’idea di una maggiore vicinanza.

Qualche giorno dopo il mio pensiero sul fiume, Tobia inizia la seduta raccontandomi che nel suo paese un fiume rischiava di esondare per le abbondanti piogge. Per evitare che ciò avvenisse, i cittadini aveva alzato degli argini con sacchi di sabbia e avevano iniziato a sorveglierli perché nessuno degli altri paesi confinanti li portasse via. Mi ha molto colpito questo racconto di Tobia dopo i pensieri che mi ero trovato a fare. Era visibilmente più tranquillo, e forse questo gli aveva permesso di percepire preconsciamente qualcosa che si stava formando nella mia di testa, proponendolo come primo argomento della seduta. Per dirla con Bolognini (2008), si è formato un momento di comunicazione inter-psichica. Poter parlare con lui dell’angoscia che l’aumento della frequenza delle sedute stava facendo nascere è stato, forse, come porre quei sacchi di sabbia, una soluzione non definitiva ma al momento sufficientemente risolutiva. Una difesa nuova creata nell’interpersonale, da salvaguardare di continuo. Il rischio è che il confine-argine venga portato via e si apra il varco dell’inondazione di angoscia e di pensieri incontrollati. Credo che questo momento creativo di comunicazione altra sia passato, anche, attraverso un evento esterno che ha dato un colpo al paraeccitatorio, creandone un’incrinatura. Un meccanismo simile sembra intravedere Franca Munari alla base della creazione di un opera: “Ritengo quindi che comunque nella situazione creativa sempre si riproponga, ma anche si debba ricercare, una beanza nella superficie dell’Io, una rottura, anche traumatica, della barriera paraeccitatoria. Magari perché si generi un eccesso, esso stesso traumatico quindi, la cui energia possa scaricarsi nell’opera e tramite essa tentare poi la ricostituzione di un confine” (Munari, 2008, p. 56).

Riprendendo il carteggio di Flaubert con Louise Colet, leggiamo:

“29 gennaio 1853. Bei tempi di *Sant’Antonio*, dove siete? Allora, scrivevo col mio io tutt’intero. [...] Il centro delle opere lunghe è sempre atroce”.

In questo breve passaggio l’autore sembra confermare quanto descritto in precedenza, aggiungendo alla nostra riflessione il tema della sofferenza che l’incrinitura del paraeccitatorio comporta. “Atroce” sofferenza, appunto.

Nel caso di Tobia credo che il contatto terapeuta-paziente sia stato l’atto creativo e che questo atto sia stato possibile attraverso un incontro preconcio tra quelle due “persone” (Lopez, 1982).

Per Tobia credo sia stato importante sentire vivo il setting della terapia, sentire cioè di poterlo modellare su se stesso, modificarlo, viverlo. Se, come ci ricorda Lopez (*ibid.*), il paziente nella coazione a ripetere ricerca il suo “divenire persona” e non una ripetizione dell’esperienza tale e quale, non c’è da sorrendersi che egli agisca nel nostro setting, nella nostra stanza, di fronte a noi.

Vivere con Tobia il varco creato nel paraeccitatorio da un setting percepito forse come troppo asfissiante ha permesso alla coppia di “sostare” e “attraversare” quel Purgatorio di cui ci parla Franca Munari (2008, p. 55). Zona intermedia, zona di espiazione.

Ancora una volta Flaubert, in una lettera a Louise Colet nell’aprile del 1952 durante la creazione dell’opera *Madame Bovary*:

“24 aprile 1852. A volte quando mi sento vuoto, quando l’espressione si nega, quando, dopo aver scarabocchiato lunghe pagine, mi accorgo di non aver fatto neppure una frase, cado sul divano e ci resto inebetito in una palude interiore di noia. [...] Un quarto d’ora dopo è cambiato tutto, e mi batte il cuore di gioia”.

L’immagine dell’argine, condivisa dalla coppia paziente-terapeuta in un momento di contatto preconcio, ha permesso a Tobia di porre “un ratto del confini” (Munari, 2008) a difesa di un Io che rischiava di essere inondato. Attraversare insieme questo *atroce* passaggio gli ha permesso di dare un senso all’esperienza vissuta, recuperando, inoltre, associativamente l’emozione di rancore nei confronti del padre. È stato attraverso il lavoro sul confine inter-psichico terapeuta-paziente che Tobia è riuscito a recuperare, nel qui ed ora della seduta, il contatto emotivo con se stesso. Contatto di cui il preconcio è garante.

Conclusioni

Esther Bick (1984) ci ricorda che la relazione primaria con l’oggetto esterno permette al neonato la formazione di uno spazio interno e il conseguente

abbandono di un funzionamento psichico sotto l’egida dell’identificazione proiettiva. Questa funzione, paragonata a quella svolta dalla pelle, è l’unica possibilità perché si possa affermare l’azione strutturante della scissione primaria e dell’idealizzazione del Sé. Il caso clinico di Viola mostra i rischi potenziali di un contatto relazionale attraverso l’identificazione proiettiva. Poder lavorare con lei nella formazione di un contenitore dentro il quale non confondersi è stato il primo atto del suo processo terapeutico. Un lavoro reso possibile a partire dai suoi movimenti rispetto al setting, espressione quest’ultimo del contatto con l’altro.

Il tema del contatto ha riguardato anche il lavoro terapeutico con Tobia, forse troppo spaventato da una vicinanza percepita come pericolosa per la salvaguardia della propria identità. Qualcosa di simile credo volesse suggerirmi quando immaginava che le difficoltà depressive del padre avesse- ro avuto origine al tempo della morte del nonno.

In entrambi i casi, comunque, è stato chiaro fin da subito che la relazione metteva a dura prova l’esistenza stessa del soggetto. In entrambi i casi il lavoro sul confine sé-altro da sé ha permesso la terapia, anche attraverso uno sblocco della funzione associativa e quindi di contatto emotivo con i propri oggetti interni. In queste situazioni è come se venisse meno la funzione vivificante del sistema Preconscio, indebolito nel suo compito di messa in relazione interna ed esterna. Sembra che l’Io consci, al fine di difendersi, gli sbarrasse la strada, rendendo meno permeabili i confini interni. Il costo di questa operazione è la perdita del legame vitale con sé e con l’altro, la rinuncia alla “gioia” di cui parla Flaubert. Il fine, come al solito, è evitare il dispiacere.

Bibliografia

- Baldassarre A. B. (2008), Zone di frontiera: i confini negli stati-limite. In: M. La Scala, M. V. Costantini (a cura di), *Il lavoro psicoanalitico sul limite*. Franco Angeli, Milano.
- Bleger J. (1967), Psicoanalisi del setting psicoanalitico. In: C. Genovese (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*. Raffaello Cortina, Milano 1988.
- Bick E. (1984), L’esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali. In: S. Isaacs, A. Freud, D. W. Winnicott, E. Bick, M. Boston, W. E. Freud (a cura di), *L’osservazione diretta del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Bolognini S. (2008), *Passaggi segreti*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Di Chiara G. (1971), Setting analitico. *Psiche*, 8: 47-60.
- Ferro A. (1996), *Nella stanza d’analisi*. Raffaello Cortina, Milano.
- Flaubert G. (1852), *Lettere su Madame Bovary*. Mondadori, Milano 2015.
- Freud S. (1913), Nuovi consigli sulla tecnica psicoanalitica, *OSF*, 7.

- Freud S. (1920), Al di là del principio di piacere, *OSF*, 9.
- Freud S. (1925), Inibizione, sintomo e angoscia, *OSF*, 10.
- Giuffrida A. (1995), A proposito del setting. *Rivista di Psicoanalisi*, 41: 258-268.
- Green A. (1991), *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Raffaello Cortina, Milano.
- La Scala M. (2012), *Spazie e limiti psichici*. FrancoAngeli, Milano.
- La Scala M. (2008), Barriere psichiche: costruzioni difensive tra rimozione e scissione. In: M. La Scala, M. V. Costantini (a cura di), *Il lavoro psicoanalitico sul limite*. Franco Angeli, Milano.
- Lopez D. (1982), Il sé, il conflitto edipico e la persona. *gli argonauti*, 15: 247-260.
- Meltzer D. (1981), *Il processo psicoanalitico*. Armando, Roma.
- Munari F. (2008), Opere di confine. In: M. La Scala, M. V. Costantini (a cura di), *Il lavoro psicoanalitico sul limite*. Franco Angeli, Milano.
- Pierri M. (2008), Consigli sulla tecnica della psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico in istituzione: alla psicoanalisi attraverso la psichiatria. In: M. La Scala, M. V. Costantini (a cura di), *Il lavoro psicoanalitico sul limite*. Franco Angeli, Milano.
- Racalbuto A. (2001), Vivendo lungo il "border". *Rivista di Psicoanalisi*, 47: 29-49.
- Racalbuto A. (2003), Il setting psicoanalitico e la persona dell'analista. *gli argonauti*, 2005.
- Racalbuto A. (2005), Trasformazioni personali e società. *gli argonauti*, 2005.
- Semi A. A. (1985), *Tecnica del colloquio*. Raffaello Cortina, Milano.
- Winnicott D. W. (1955), Sulla traslazione. In C. Genovese (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*. Raffaello Cortina, Milano 1988.

Gaetano Filocamo
Via dei Savonarola 175
35137 - Padova
gaetano.filocamo@hotmail.it