

SIMONA DE SANTIS, ELENA ROSSI

Una lente per mettere a fuoco: stati dissociativi, sogno e nuove significazioni

Il lavoro di psichiatria in formazione obbliga spesso ad essere ancorati ad una realtà piena di urgenti obblighi da assolvere tra la burocrazia e gli impegni dettati dai tempi istituzionali. Questo andare talvolta di corsa si scontra con uno degli aspetti caratterizzanti la professione stessa che stiamo faticosamente cercando di fare nostra: ascoltare silenti l'altro e se stessi. Talvolta, però, questo non è sufficiente per fare luce su ciò che osserviamo, forse perché subiamo ancora l'influenza di ciò che continua a martellarci sotto l'etichetta di prioritario. È allora che ci viene in aiuto la scrittura. Tuttavia, come sapientemente ricorda Gargani (1998), "anche quando si è scritto per un lungo tempo prima o dopo si comincia a scrivere non più delle cose viste, ma dello stesso vedere che è stato ritrovato". Scrivere di nuovo diventa costruire una narrazione dei fatti da noi ascoltati, visti e vissuti dal soggetto della stessa, che risplendono sotto una luce sottratta alle distrazioni circostanti. Allo stesso modo si potrebbe dire che una lente con la sua messa a fuoco costruisca immagini che non sono la realtà vissuta ma ciò che ne è il ricordo e può esser visto con uno sguardo distante, fermo e chiarificatore. Ricomincio quindi a scrivere.

Giorgia, 28 anni in un corpo minuto, ancora adolescenziale, avvolto da strati di maglie e maglioni, con una folta chioma nera sciolta o tenuta legata in pettinature improvvise; un viso magro, talvolta un po' scavato in cui spiccano occhi castani, caldi come un pomeriggio d'estate. Quando è arrivata alla mia attenzione nell'Ambulatorio di psicoterapia, inviata dalla

psichiatra curante dal Centro di salute mentale, era seguita da pochi mesi per un disturbo da attacchi di panico. Il primo attacco era comparso durante un periodo trascorso in una città europea l'anno precedente per lo stage conclusivo di un corso di fotografia frequentato dopo la laurea triennale. Le aspettative antecedenti alla partenza erano state deluse all'arrivo nella nuova città, trovandosi davanti una grande casa a più piani in cui era completamente sola per uno scherzo del destino. La sensazione di solitudine l'accompagnerà in quei mesi, così come la delusione per le aspettative lavorative insoddisfatte. Il primo episodio avviene un giorno mentre pranzava da sola in un bar, seduta al bancone, invadendola di un senso di vergogna per essere priva di protezione, come nuda in un luogo estraneo, dove non la conosce nessuno. Ritornata nella città di origine prova a portare avanti l'attività di fotografa affiancandola a lavori temporanei, per avere quello che lei chiama "un cuscinetto" che le permetta di non gravare sulla famiglia; ha l'opportunità di stabilirsi nella casa della defunta nonna paterna insieme al fidanzato, presenza costante da molti anni nella sua vita, e ad un amico dello stesso. Qualcosa va storto però, creando un terreno fertile per "un senso di abbandono e ansia": gli attacchi si intensificano e si fanno più frequenti, il lavoro è instabile e la invade un senso di colpa per poter disporre di quella casa, che sente di non meritare, beneficio di figlia che ella non legittima. La relazione nel frattempo continua nel suo andamento altalenante tipico, acuito dagli effetti di questa situazione, così i due decidono di provare a distinguere i propri spazi e a separarsi, mantenendo comunque il filo che li lega. E così che dopo qualche mese Giorgia decide di rivolgersi al Centro di salute mentale. La paziente dichiara subito di essere contraria ai farmaci e infatti inizialmente non segue la prescrizione psicofarmacologica consigliata, a cui farà ricorso solo successivamente. Giorgia viene inviata dalla psichiatra per una prima valutazione presso l'Ambulatorio di psicoterapia psicanalitica in dicembre, le consultazioni e la terapia hanno inizio in gennaio.

Nel primo incontro, Giorgia si propone come apparentemente consapevole delle sue difficoltà esistenziali, padrona di quanto le sta accadendo, nel tentativo di intellettualizzare la paura e lo smarrimento causati dalla perdurante sintomatologia. La proposta di un percorso psicoterapico da parte della curante era stata vissuta come una sorta di rassicurazione, alternativa a una eventuale approccio farmacologico e forse come, finalmente, la possibilità di scrollarsi *un peso*, un malessere che faceva fatica a contenere da sola. Già alla fine della prima consultazione mi chiede ansiosa da cosa dipenderà l'inizio della psicoterapia, come impaziente di potersi abbandonare e accoccolarsi nello spazio terapeutico, come si fa nel letto di un genitore la notte dopo un brutto sogno. Tuttavia era ancora prematuro

per lei immaginarlo come opportunità di conoscenza volta ad una trasformazione pensabile e possibile.

Con le consultazioni successive si delineano più chiaramente le tematiche individuate come focus condiviso per il lavoro psicoterapico dei due anni, come previsto dal nostro Ambulatorio istituzionale. Da un lato sembrava emergere il blocco evolutivo con la conseguente mancanza di un progetto esistenziale, lavorativo e di relazione, espresso chiaramente da quel sentirsi a suo agio *su e giù in treno, nei luoghi di passaggio e transizione*; dall'altro il sintomo, cartina tornasole di un vuoto interno ancora inspiegabile, spazio senza nome e apparentemente privo di contenuto, dietro al quale sembrano nascondersi sentimenti depressivi propri ma anche, come vedremo in seguito, *ereditati*. Giorgia si affanna nella ricerca del senso del Sé all'esterno, nelle relazioni sentimentali familiari e non, accumunate dalla triangolarità, come se fosse ancora ferma nel bivio del processo di separazione-individuazione. Sullo sfondo è presente uno schiacciante senso di colpa, che sarà però tenuto fuori dalla terapia per lungo tempo, come una ferita troppo dolorosa da trattare, riemergendo solo alle porte di un primo concreto movimento di autonomia maturato durante il nostro percorso. Immaginavo che la relazione terapeutica potesse aiutare la paziente a riprendere il cammino interrotto da qualche parte e in qualche tempo, ritrovando e costruendo la fiducia in sé e la coesione interna necessarie per separarsi dall'altro permettendole di vivere rapporti affettivi simmetrici così pure di orientarsi nella precarietà contemporanea, senza assopirsi e adagiarsi nell'incerto. Mi rassicurava il suo costante tentativo di cercare *il cuscinetto*, come ancora alla realtà, da lei vissuta come tentativo di affermare un'autonomia almeno economica. Per tutto l'inverno le crisi d'ansia saranno meno intense rispetto al passato, lasciando il posto a vissuti depressivi, rimuginazioni e una fase di trascuratezza.

Quando è mancato lo sguardo

In seduta è facile parlare del presente, del qui ed ora, della relazione con Matteo e dei progetti lavorativi più o meno attinenti alla sua professione. Più lento, invece, appare l'avvicinamento e l'emersione di immagini del passato, dell'infanzia e adolescenza, in assenza di una vera e propria narrazione familiare; l'unico accenno carico di affettività è alle donne della famiglia materna: le sette prozie che ella definisce *ossessive e una proprio matta*, comparse delle estati trascorse nella casa materna, e la nonna, *donna buffa* il cui ricordo si tinge di calore e accoglienza. Negli scarni racconti materni Giorgia sembra incarnare "l'impulso vitale" di cui parla Winnicott (1965): è descritta come una bambina vivace e pronta a sperimentare il

mondo circostante; fuori da casa, ben presto avviene un capovolgimento, perché qualcosa è accaduto, e quasi con una soluzione di continuità netta la vitalità è persa. I pochi ricordi della paziente si confondono sullo sfondo offuscato della relazione con la madre: questo terreno sembra trincerato e assume l'aspetto di un non detto, non visto e non ricordato. Prende forma così la depressione materna, dai tratti sfumati e difficilmente collocabile nel tempo: sembra fatta di pianti incomprensibili, di rabbia inespressa, d'insoddisfazione, di nervosismo costante, di distanza fisica. Questi elementi sembrano contenere un significato al quale non è possibile accedere da parte della bambina; il messaggio intraducibile sembra depositato irrimediabilmente in uno spazio inconscio, quello che Laplance (2004) chiama *intercluso*, e Dejours (2004) proscritto. In quest'ottica il sintomo, attacco di panico, può rappresentare la strada attraverso cui l'enigma ritorna alla luce, all'insaputa dell'io e del preconscio. Nello spazio terapeutico diventa possibile l'affiorare di ciò che è inspiegabile, una volta costituita una nuova relazione d'attaccamento in cui riscattare l'inattendibilità primaria evasa.

Durante le sedute iniziali Giorgia a tratti sembra smarrirsi: lo sguardo fisso in un luogo indefinito, come se il tempo si fermasse improvvisamente e lei attraversasse uno spazio probabilmente vuoto, ancora in attesa di essere significato, come nel panico. Sembra distolga lo sguardo da un lato per cercare un senso a ciò che emerge in terapia e dall'altro incapace di sostenere lo sguardo della terapeuta, forse in un transfert di tipo materno, difficile da decodificare.

Con il tempo questi, che vorrei chiamare *stati dissociativi* secondo l'accezione proposta da Bromberg (1998), diventano meno frequenti. In alcuni momenti è possibile anche la commozione, il pianto, così come la risata condivisa o la rabbia verso di me; le emozioni rimbalzano nello spazio terapeutico in un gioco in cui l'altro, il terapeuta, non fa paura, può contenere e si manifesta. Accade che un giorno, durante una seduta, si presentano i sintomi iniziali dell'attacco di panico: Giorgia ha sempre temuto questa evenienza e molte volte insieme l'avevamo considerata immaginando un *provare ad attraversarla insieme per andare oltre, senza spavento*.

I primi sogni

Fin dall'inizio della psicoterapia Giorgia accenna alla sua intensa vita onirica e al fatto che talvolta ne appunta il contenuto al risveglio. Promette di condividere con la terapeuta questi scritti, ma disattende la promessa. In realtà, piuttosto che tornare sui sogni passati, inizia il racconto dei nuovi sogni, metafora di un cammino parallelo interno ancora indicibile. Si apre così una nuova prospettiva del lavoro terapeutico.

Il primo sogno.

“Sono in una stanza ad un piano alto di un edificio, con le pareti esterne come finestre, non ci sono mobili, c’è solo un grande spazio vuoto. Questa ambientazione è stata presente anche in altri sogni. All’improvviso vedo fuori dalla finestra la figura di una donna che mi guarda senza parlare. Questa cosa mi angoscia e voglio uscire dalla stanza ed urlo”.

La stessa ambientazione ritorna in un sogno di alcuni giorni dopo. “Sono nella stessa stanza, ma non da sola; ci sono due donne: una cupa, con un cappotto scuro, l’altra al mio fianco, di poco rilievo, in secondo piano. La prima mi stuzzica, mi parla, anche se non ricordo cosa dice. Mi angoscia e provo ad andare via. Arrivo alla porta ed apprendo la mi trova davanti un’altra donna che sta per entrare, con una valigia, come se si dovesse stabilire lì”.

La paziente associa la figura cupa alla sua stessa parte cupa, che riconosce di non accettare e con cui confrontarsi provoca angoscia. Ricorre in due sogni distinti il tema dello spazio vuoto, come era stata la grande casa vuota, oppure la casa dove è ora, nella città di origine, dove non riesce a stare da sola se non ci sono i coinvilini. Questo spazio potrebbe rappresentare la percezione del suo spazio interno, di cui l’unico abitante riconosciuto al principio è all’esterno, vissuto come estraneo al sé ed è spaventoso. La stanza lentamente si riempie di oggetti e di figure femminili, espressione delle sue parti, “pluralità interne, di cui siamo costituiti”, come sostiene Kaës (2007): il Sé depressivo, uno innocuo come inetto, che resta silente, il sé vitale rappresentato dalla donna con la valigia. Inizia così a prendere forma un universo psichico, in cui però non sono ancora possibili un dialogo e una integrazione fluida.

Mentre la terapia prosegue, la relazione terapeutica lentamente si consolida e arriva così un altro sogno ambientato nel contesto lavorativo.

“Devo preparare una tanica di cappuccino e per questo sono molto preoccupata, ma alla fine ci riesco!”.

Giorgia ricorda che la schiuma del cappuccino è una delle cose che le riesce peggio, per cui attende sempre di ricevere un qualche feedback dai clienti per assicurarsi che l’abbia fatta bene; aggiunge che questa situazione è di fatto uno scambio: la pagano e lei deve dare qualcosa in cambio. Sembra chiaro il riferimento alla terapia: mi chiede se il suo impegno economico sarà corrisposto dal soddisfacimento delle aspettative di guarigione, se io sarò all’altezza di questo compito, negando un possibile ruolo attivo in prima persona e come se tutto dipendesse solo da me.

Nel frattempo, nonostante le difficoltà di comunicazione, comprensione dell’altro e la disattesa ricerca di vicinanza emotiva, la sua vita senti-

mentale prosegue, complice la distanza fisica presente tra lei e il fidanzato, ora in un'altra città per motivi lavorativi, a testimoniare un tentativo di investimento in un progetto di relazione a due.

“Sono con Matteo in una specie di palazzetto dello sport, circondato da altre strutture simili; il soffitto è alto, ed è pieno di tavoli con le pance come quelli che ci sono alle sagre; sono tutti pieni, perché c’è un sacco di gente seduta che mangia e parla. Mi aggirò per i tavoli cercando Matteo pensando che mi abbia conservato il posto, invece lui è seduto a parlare con gli altri. La cosa mi innervosisce. Dopo usciamo fuori, dove c’è un grande prato circondato da un bosco; siamo mano nella mano ed io tengo un palloncino in quella libera. Avanziamo verso una struttura tubolare aperta che fa da imbocco di lancio per delle mongolfiere, che volano in alto. All’improvviso il palloncino si infiamma, spaventandomi. Per fortuna gli amici si avvicinano e tempestivamente lo arginano con dei mattoni come per farci un fuoco per cucinare”.

Giorgia descrive una sensazione finale di tranquillità grazie all'intervento risolutore di un elemento terzo esterno, necessario per mantenere in equilibrio la relazione con l'altro. Oggetti volanti che si infiammano ritornano nella vita onirica: in precedenza aveva raccontato di un sogno in cui dei razzi si infiammavano in volo dopo che lei e una sua amica nel ventre accogliente della cucina discutevano del declino della professione di fotografo. Il disfacimento della progettualità esistenziale che allora la lasciava indifferente, senza determinare particolari emozioni negative, ora lascia lo spazio allo spavento generato dal disfacimento del simbolo del progetto relazionale duale.

Questo tema ritorna ancora, in un sogno avvenuto dopo aver ricevuto una mia telefonata in cui disdicevo l'appuntamento per un lutto di famiglia e in concomitanza con la partenza di Matteo per un workshop di alcuni giorni.

“È notte, sto male e Matteo mi porta in un parcheggio affermando che lì c’è un ospedale, ma io non vedo nulla, sono incredula. In fondo c’è un container in cui entriamo, che addentrandomi si rivela essere un ospedale. Ci rispondono che è troppo tardi e di tornare il giorno dopo. Così l’indomani ritorniamo nello stesso luogo: mi sedano e mi operano alla pancia; non sento niente neanche alla fine. Improvvisamente la scena si sposta nel cortile del Centro di salute mentale, quando sto per andare a visita dalla psichiatra, prevista dopo tre giorni nella realtà; da lì posso vedere cadere dei mattoni lontano, che diventano sempre più grandi e distruggono i palazzi. Entro in CSM, continuando a guardare fuori dalla finestra della sala d’aspetto e dell’ambulatorio per controllare che non arrivino lì, visto che si stanno avvicinando sempre di più”.

Questa volta l'altro è presente e capace di sostegno nella difficoltà; la sofferenza emotiva è deviata sul corpo ed estirpata con una procedura asettica come può essere un intervento chirurgico. L'assenza della terapeuta causa

la paura di impazzire di Giorgia, rappresentata dal luogo che incarna la patologia psichiatrica dove la sua vita appare quasi in pericolo, inevitabilmente bersaglio di agenti esterni che immobilizzano come nel panico. Questo passaggio testimonia il rafforzamento della relazione terapeutica, vissuta come luogo sicuro e protezione rispetto ad una sorte spaventosa che è confrontarsi con il dolore.

Ritorna ancora il tema della nostra relazione in due sogni successivi, il primo poco dopo il rientro dalla pausa estiva.

"Sono nella stanza dove dormivo durante il campo estivo con C. (una disabile che da lungo tempo la paziente assiste come volontaria durante le vacanze) e l'altra utente. È sera, all'improvviso scopro che C. può camminare; allo stesso tempo mi accorgo che le ruote della carrozzina sono bucate e, nonostante quello che ho appena scoperto, sento di doverle riparare: per farlo uso la pelle di un rettile, compresa la testa".

Giorgia dice di essere stata molto agitata al risveglio, collegando il sogno con i momenti in cui C. al momento dei pasti chiudeva la bocca con una sorta di ghigno come per "sfidarla". Di contro io immagino che questo sogno sia legato ancora una volta a quello che accade all'interno del nostro spazio condiviso: nonostante apparentemente lei possa camminare da sola, io ho il compito di rendere possibile il suo cammino di emancipazione e autonomia, perché i suoi strumenti, le ruote, sono inadeguati, rotti e devono essere riparati; di fatto, però, il mio intervento è comunque provvisorio e fragile e può essere fallibile e questo le provoca una sensazione di spavento e pericolo, persistente al risveglio.

Il secondo sogno cade circa due mesi prima di una sua futura assenza per un lungo periodo dalla terapia per motivi lavorativi.

"Alcune settimane fa ho sognato questo luogo. La stanza mi sembrava più stretta e lunga del solito, e la scrivania era come a forma di ferro di cavallo, lei era rivolta verso al finestra e non eravamo una di fronte all'altra come sempre, ma sedute all'estremo più stretto del tavolo".

Poche parole, semplici e raccontate con serenità infantile, testimoniano che con l'avvicinarsi della partenza i bisogni di vicinanza e accudimento sono più urgenti: è necessaria una base sicura da cui allontanarsi per essere guardati a distanza, dove poter tornare o semplicemente volgersi nel momento di difficoltà. Il contenimento delle emozioni positive e negative, il non oscillare dinanzi allo spavento, alla depressività, al silenzio e alla rabbia, e l'accettazione del suo slancio di autonomia hanno plasmato nel tempo una relazione di accudimento ormai forte, quella terapeutica, alternativa a ciò che è stato esperito primitivamente.

Manteniamo il filo

Giorgia sarà lontana per due mesi: si appresta a partire per l'America Latina. Il motivo di questo lungo viaggio insieme ad un'amica, con cui condivide la sua passione-lavoro, è raccogliere del materiale per produrre un video su delle realtà che operano nel sociale. La decisione è stata resa possibile anche dalla regressione della sintomatologia clinica, durante il primo anno di terapia e, inizialmente agita, successivamente è stata ripensata insieme, individuandone il suo significato latente.

A questo punto ci poniamo un interrogativo: come mantenere il filo della relazione al di fuori dello spazio terapeutico consueto, con tutti i correlati caratterizzanti un setting istituzionale e quindi già di per sé diverso da un contesto privato. Nello specifico, come ricorda Pierri (2006), il nostro ambulatorio nasce dall'esperienza di chi ha cercato di trovare "una modalità dell'istituzione di ospitare-tollerare la psicoanalisi", "partendo dal materiale disponibile, dagli spazi e dai tempi, dalle uniche e irripetibili circostanze in cui si opera... per costruire delle esperienze che abbiano... una specificità analitica e che siano in grado di parlare all'istituzione... attraverso l'apertura e il mantenimento di uno spazio di lieve disadattamento nei confronti del contesto". Il lavoro sul setting è la condizione preliminare su cui ci confrontiamo con il paziente, "lavoro sul limite-confine, di negoziazione e di elaborazione interna, a volte preliminare all'avviarsi del processo". La definizione del confine terapeuta-paziente è una condizione fondamentale per attivare la funzione di *holding*, nell'accezione di Winnicott (1945), antecedente al dispiegamento della nevrosi di traslazione: "il setting analitico va considerato non solo come le regole invariabili del quadro analitico ma anche come quell'affidabilità analitica che il paziente scopre, o meglio, crea, insieme all'analista" (Racalbuto, 2003).

Ad oggi sembra imprescindibile contestualizzare il disagio che porta a rivolgersi alle nostre strutture, slegandosi dalla rigida teoria e per costruire "tra paziente e analista... una base di accoglimento e riconoscimento del singolo soggetto ma anche della realtà sociale condivisa... il setting deve essere oggi più che mai quel contenitore spazio-temporale dove attivare e rivitalizzare il preconscio superiore che ci porta a sognare, creare, a mediare e trasformare anche il malessere in qualcosa che può essere visto, parlato e affrontato sia per il singolo che per il sociale" (Corbella, 2014). È ugualmente necessario sostenere e rispettare le richieste provenienti dalle parti adulte dei pazienti dettate dagli obblighi della quotidianità lavorativa ed espressione di una nuova progettualità vitale, come nel caso del viaggio di Giorgia. Per questo compare l'esigenza di creare uno spazio terzo, una mediazione che "suscita una cornice spazio-

temporale..." in cui "si iscrivono le poste in gioco dei processi di trasformazione" (Kaës, 1985).

Si rendeva quindi necessario trovare una modalità per garantire la continuità del processo psicoterapeutico. Mi tornò allora in aiuto l'esperienza condivisa ad un convegno da parte della Corbella riguardo l'uso di Skype per proseguire il lavoro psicoanalitico, esempio di "possibili modificazioni... effettuate in modo particolarmente rigoroso e responsabile da parte dell'analista" mediando "fra rigore e flessibilità, mantenendo un senso di continuità nella discontinuità, con amorevole consapevolezza" (Corbella, 2014). Mi chiesi se potevo permettermi o meno qualcosa di analogo all'interno del contesto istituzionale, venendo meno ad alcune di quelle regole fondamentali che chiedevo di seguire ai pazienti per poter usufruire di un percorso tra le mura dell'ambulatorio. Sentivo, però, che la rigidità, imprescindibile all'inizio per poter costituire una salda relazione terapeutica, poteva lasciare spazio ad una flessibilità, figlia del lavoro svolto fino a quel momento con rigore insieme a Giorgia, che aveva permesso di incamminarci insieme tra presente, passato e i territori del suo mondo onirico verso la costruzione di un filo narrativo.

Comparve immediatamente un primo problema logistico, dato dalla carenza di risorse del contesto in cui operavo: non avevo a disposizione un computer e una connessione all'interno dell'ambulatorio per poter garantire il mantenimento di quegli aspetti basilari del setting che dovevano restare invariati, ovvero la mia collocazione e il tempo della seduta. Sconfortata, mi domandavo in che modo avrei potuto continuare i miei contatti con la paziente senza rischiare un sabotaggio al suo slancio di autonomia e investimento vitale. Lei stessa mi pose apertamente la questione: detta da un lato dalla preoccupazione narcisistica di procurare disagio agli altri utenti, lasciando uno spazio scoperto senza che potesse essere usato, dall'altro dalla volontà di proseguire i nostri contatti, fantasticando su ipotetiche sedute via Skype.

Mi tornò in mente, allora, uno strumento semplice, parte della mia esperienza personale di psicoterapia, durante i periodi di pausa o per le comunicazioni urgenti, ovvero la scrittura di e-mail. Consapevole che tale modalità non potesse riproporre la seduta, con gli specifici risvolti della comunicazione verbale e non, l'obiettivo che mi proponevo era di creare un contatto che mantenesse viva la relazione terapeutica anche a distanza. Propongo quindi a Giorgia di scrivermi una e-mail alla settimana, dedicandoci circa 45 minuti, lo stesso giorno della nostra seduta; dall'altra parte io avrei letto e risposto ad ogni e-mail nel medesimo giorno della ricezione.

Queste regole concordate sono tuttavia ben presto disattese a causa di nuovi ostacoli pratici: un virus nella posta elettronica aziendale rende im-

possibile la ricezione della sua prima e-mail. Dopo vari tentativi di invio e un contatto via SMS, preoccupata dal rigetto da parte del server e dal mio silenzio, per probabili fantasie di abbandono, l'e-mail compare nella mia casella di posta. In seguito ci troviamo ad affrontare anche le difficoltà da lei incontrate nel reperire una connessione e di uno spazio per poter scrivere nel tempo designato, a causa dei frequenti spostamenti e del tipo di luoghi frequentati durante il suo andare. Dobbiamo così accontentarci di un'e-mail settimanale a cui riesco a rispondere il giorno successivo alla nostra ipotetica seduta. La speranza è che questo azzardo, perché è di questo che si tratta essendo la prima ad avventurarmi in un territorio del genere nel mio ambulatorio, possa vicariare temporaneamente la continuità del lavoro terapeutico facendo in modo che la paziente si senta rispettata "nelle proprie soggettive ma realistiche necessità", sostenendola "nell'espressione della sua più autentica e specifica soggettività. Non sarà sempre possibile che ci siano due persone che parlano in una stanza, ma bisogna garantire fin dal primo incontro la possibilità che ci possano sempre essere due persone che si parlino e si ascoltino" (Corbella, 2014).

Quando la partenza si avvicina compaiono le nostre fantasie sulla separazione: Giorgia immagina di ricevere poche ma corpose e-mail da parte mia, come i miei interventi dopo i silenzi di ascolto in seduta. Proveremo a mantenere il nostro filo, nonostante manchi lo sguardo del corpo.

La separazione diventa anche l'occasione per lasciare emergere quel senso di colpa finora taciuto, che nello stesso viaggio potrebbe trovare una sorta di riscatto. Partire è lasciare non solo questo luogo condiviso con me che l'ho accompagnata in questo percorso, ma è anche distacco dalle figure affettive che costellano la sua vita relazionale, ovvero quella relazione triadica in cui lei e la madre, spoglie dell'antica asimmetria relazionale, sono ormai pari nei confronti del padre.

I preparativi per la partenza sono intervallati dal compimento degli ultimi obblighi lavorativi tra i quali Giorgia agilmente fa lo slalom. Arriva un sogno, quasi come un saluto, riportato nell'ultima seduta, testimone del nostro legame.

"Io e lei camminiamo per la strada insieme, fianco a fianco, mentre parliamo. L'atmosfera è allegra; è sera, perché ci sono le luci accese, come accade di solito quando siamo in seduta. A un certo punto lei mi dà il tu e io resto sorpresa. Nonostante ciò continuiamo a parlare. Al risveglio continuavo a sentirmi sbigottita per l'inaspettato tu. Credo che sia l'espressione di un mio bisogno di vicinanza".

Il compito di modulare il setting che appartiene alla terapeuta nel sogno sembra passare nelle mani della paziente, come il desiderio di modificare la giusta distanza.

Questo ultimo omaggio alla terapia insieme alla confessione della paura di volare sull'uscio durante il nostro commiato appaiono come la ricerca dell'ultima conferma che io sarò lì ad attendere il suo ritorno guardandola da lontano, attraverso i suoi racconti, come fa un genitore che lascia la presa della mano di un figlio pronto per andare. La prima fermata di Giorgia sarà un luogo freddo e grande; la vista del cemento le risveglia emozioni negative e il timore che si ripeta quanto già vissuto precedentemente in una città sconosciuta. Questa prima tappa lascerà poi spazio a quello che immagina come il camminare sugli spicchi di un cerchio come fanno le lancette di un orologio le cui ore sono i mesi dell'anno.

Inizia lo scambio di e-mail, che in totale saranno sette, cercando di rispettare il ritmo di una e-mail settimanale nonostante le tante difficoltà organizzative. Al rientro dal viaggio Giorgia rivelerà di aver scritto senza rileggere, provando a ridurre i filtri. È nella prima di queste e-mail che riporta un sogno fatto tre giorni prima della partenza.

"Il luogo del sogno era la cucina di via B., dunque un luogo familiare, mio, che mi appartiene (a tal proposito, una delle sensazioni che ho in questi giorni è quella di essere tornata in un posto a me familiare, che non mi mette per nulla a disagio e che in qualche modo sento mio, riconosco). Ma ritornando al sogno: la cucina, ci sono due bambini nel sogno, un maschio più piccolo, che avrà sui 5 anni e una femmina sui 7, bionda, capelli lunghi e lisci. Senza occhiali (non so perché mi sia venuto da precisare il particolare degli occhiali). Nel sogno poi è presente una madre, che in questo caso è una mia compagna di pilates. Nella realtà ha sui 40 anni, è sposata con un uomo di 65 anni che conosce da circa 12 anni, e ha un bambino maschio di 6. Lei mi piace molto, la trovo molto simpatica e abbiamo qualche volta scambiato qualche chiacchiera a fine lezione. Ad ogni modo, nel mio sogno lei è la madre di questi due bambini e io nel sogno sono presente, ma non ho un ruolo. Osservo la scena, le altre presenze mi vedono ma quando cerco di interagire con loro è come se non mi ascoltassero. I bambini fanno confusione, si muovono molto, non urlano ma la loro confusione è data piuttosto dai loro movimenti.

La madre improvvisamente prende un coltellaccio da cucina, si siede, è esausta, dice: 'non ce la faccio più', appoggia i gomiti sul tavolo e inizia a farsi un buco in fronte, in mezzo alla fronte, con il coltello, dapprima scalfisce la pelle, poi comincia ad allargare il buco facendo cerchi concentrici. Esce sangue, è un sangue di un rosso cupo, profondo, quasi porpora. Il sangue cola dalla fronte, ma lei è lucida. I bambini non hanno reazione nel sogno, o, per lo meno, non la ricordo, perché l'azione è concentrata su di lei.

Io sono stordita, incredula, ma non direi spaventata. Mi sveglio mentre il sangue cola dalla fronte.

Al risveglio mi sento stordita e incredula, come nel sogno. Ecco, ci tenevo a scrivere questo sogno perché mi ha colpita. Mi ha colpito molto questa azione masochista di lei".

I protagonisti della scena onirica sembrano incapaci di comunicare seppure condividano il medesimo spazio, come a rappresentare parti non dialo-

ganti del sé: la vitalità infantile esasperata per essere visti; la madre esau-
sta, richiamo alla depressione materna taciuta e inspiegabile, così come
alla stessa depressività della paziente, incapace da sostenere nel dialogo
interiore; Giorgia stessa, adulta, spettatrice inerme, il cui sguardo ripropo-
ne quello di un osservatore da un obiettivo fotografico, da cui è possibile
una nuova messa a fuoco come quella possibile grazie all'allontanamento
temporaneo dal setting, che d'altra parte suscita timore e sconcerto.

Alice è tornata

È ingrassata, cresciuta come Alice nella casetta del Bianconiglio, si ritrova
in uno spazio ingannevolmente nuovo, in cui riprendere le misure e dove
sembra solo ora accorgersi di quadri e mensole, guardando con occhi di-
versi. Per motivi logistici, al rientro dal viaggio dovrà trascorrere una set-
timana o poco più a casa dei genitori. Questa fortuita contingenza coincide
con una ricerca di accoglienza in un momento di probabile disorientamen-
to al rientro da uno spazio sospeso rispetto alla sua vita ordinaria: mette
in atto un movimento apparentemente regressivo che ripropone lo schema
relazionale della triade affettiva, in cui si era già ritrovata alla chiusura
dell'esperienza oltreoceano con dei coetanei.

Alla seconda seduta dal rientro mi porta un nuovo sogno.

*"Ho sognato questo luogo, ieri notte. La stanza della terapia era più piccola del sogno
precedente (si riferisce a quello fatto prima della partenza). Le serrande erano
abbassate, come quando c'è caldo. C'era una porta finestra che dava su un balcone che
in realtà era sulla strada, perché ci passava la gente. Potevo percepire solo le gambe.
Nella stanza c'era lo zaino che ho usato nel viaggio con tutti gli oggetti fuori, le cose
erano troppe rispetto alla dimensione dello zaino. Finita l'ora dovevo andare via e lei mi
dava una mano per rimettere tutto dentro".*

Lei associa il caldo a ricordi d'infanzia: la nonna, la sua casa al mare, dove
passava le vacanze estive, trascorrendo il tempo nella stessa stanza, ognu-
na facendo le sue cose. Un ricordo a tinte calde, come quelle con cui lei
stessa descrive l'America Latina. Ormai quello spazio e quel calore sono
passati e appartengono a un luogo che ha perso il suo significato origina-
rio alla morte della nonna e che ora è come custodito in una palla di vetro
da girare tra le mani con stupore. L'atmosfera onirica sembra riproporre la
dissociazione: quella penombra, come dormiveglia, la serranda abbassata
a metà come le palpebre socchiuse, appaiono evocare il preconscio, grande
organizzatore della vita psichica che secondo Zorzi Meneguzzo e Lopez
(1998) è costruttore dell'esperienza onirica, "realtà virtuale composta da
immagini di persone animate e di oggetti che hanno non solo evidenza
concreta, ma anche significato simbolico". Il suo obiettivo non è la sola

soddisfazione di un desiderio non appagato, ma soprattutto la realizzazione della propria forza motivazionale e di quella volontà di potenza del sé, che prosegue anche di notte, generando anche angoscia, conflitto e dispiacere. Per questo il sogno non è solo protettore, ma anche persecutore, prendendo le vesti di incubo. Sempre secondo la loro visione, lo spettatore di questa messa in scena è una sorta di "stato secondo di coscienza, un sé dissociato che, staccato e privato della compiuta coscienza dell'io razionale in contatto con la realtà, ha tuttavia, ancora un residuo di coscienza che gli permette, non solo di assistere, ma anche di immergersi e vivere nella realtà virtuale". Il sogno guadagna anche valenze chiarificatrici di ciò che emerge attraverso l'interpretazione nel corso del percorso terapeutico, ma non è ancora in luce. In questa prospettiva, l'incubo è uno *stato dissociativo* diverso, irrompendo nella vita onirica come segnale di nuova consapevolezza, che angoscia, spaventa perché oltrepassa quei compromessi necessari per preservare antichi stati identitari, seppur dolorosi (Zorzi Meneguzzo, 2010). Così, l'incubo alle porte del viaggio si carica di un significato evolutivo, premonitore di una possibile nuova visione della relazione primaria.

Nell'ottica di Dejours il lavoro onirico completa il lavoro dell'Io sul corpo, sull'esperienza priva di significato, che appartiene all'inconscio *proscritto*, arricchendo l'inconscio sessuale e accrescendo la soggettività. Attraverso la *perlaborazione* all'interno della relazione terapeutica avviene un recupero di ciò che è scisso: un "lungo processo possibile solo nella misura in cui il soggetto mobilita la sua volontà di non opporre un diniego a questa esperienza di auto-rivelazione, accettando dunque di assumersi il rischio e la carica di angoscia che ne risultano" (Dejours, 2004).

La distanza dei mesi passati ha reso possibile uno sguardo diverso verso se stessa e ciò che la circonda, ci sono nuovi oggetti che emergono, prendono forma, sparpagliati sul pavimento per poter essere presi uno alla volta e studiati. Giorgia, però, ha paura che questa molteplicità sia oltre le sue capacità di decodifica e contenimento: vuole rimettere tutto dentro, per poter ripartire di nuovo, senza fermarsi a guardare e ripercorrere le emozioni vissute negli ultimi mesi e quelle affiorate provenienti da un tempo più antico. Ha bisogno del mio aiuto per scegliere gli oggetti da portare con sé e lasciare per terra ciò che al momento è superfluo: la relazione terapeutica regola le emozioni come l'obiettivo di una macchina fotografica permette di scegliere la giusta inquadratura, la luce migliore, ritraendo immagini selezionate, un po' come quella sorta di "sticchezza" che caratterizza, a suo dire, il suo lavoro di fotografa. La terapia è il luogo in cui si costituisce un legame affettivo, sperimentazione di una dipendenza superabile, che renda possibile separazione, autonomia e creatività. Nel

suo contesto è allora possibile un *new beginning*. Come afferma Winnicott (1987): “è il sé e la vita del Sé che soli danno il senso di agire o di vivere dal punto di vista dell’individuo che è cresciuto fin qui e che continua a crescere dalla dipendenza e dall’immaturità verso l’indipendenza e la capacità di identificarsi con oggetti d’amore maturi senza perdita della propria identità individuale”.

Dopo un anno dall’inizio della psicoterapia era maturata la progettazione del viaggio; ora al rientro si delinea la convinzione di andare via, con una progettualità di vita più definita, mettendo da parte la paura di trovarsi intrappolata in qualcosa che le precluda altre opportunità. Questo timore è forse il medesimo che ha accompagnato finora le relazioni affettive duali, il cui prototipo è la relazione genitoriale, raccontata come *condivisione di solitudini*, in cui ci si sente soli ma che diventa l’unico riparo da una solitudine vera. La presenza di un terzo o l’essere lei stessa il terzo, come nella triade familiare, è eludere quell’esperienza ingestibile che camuffa come ricerca di un modello relazionale diverso.

A questo punto diviene possibile una nuova narrazione grazie al recupero dello sguardo del terapeuta, complice la distanza, e parallelamente di quello della paziente, che abbandona la dissociazione e si affaccia su una nuova prospettiva esistenziale con un movimento di allontanamento emancipativo. Tutto ciò perché ora è possibile passare “attraverso la spoliazione di tutto ciò che siamo diventati” e risalire “all’ascolto dell’infanzia per ritrovare le cose che dal loro inquietante disordine iniziale, quello che da bambini non avevamo conosciuto ma solo appena intravisto, passa nello stato di una forma e di un ordine possibile ad opera della pietà e della colpa verso di noi da parte dei nostri genitori... riandiamo all’ascolto dell’infanzia non più da bambini e non ancora da adulti che hanno dimenticato ogni cosa, e ci ritroviamo sul limite dello stato nel quale l’universo increato e informe di segni indecifrabili e di suoni incomprensibili si converte nella favola di una rappresentazione che non riflette la realtà, ma che è appesa alla realtà, e poi scopriamo allora cosa aveva significato per tutto questo tempo la parola bellezza” (Gargani, 1998).

Bibliografia

- Bromberg P. M. (1998), *Standing in the Space. Clinica del trauma e della dissociazione*. Raffaello Cortina, Milano 2007.
- Corbella S. (2014), *Quale setting oggi per la relazione psicoanalitica?* Atti del Convegno “Tensione relazionale e azione terapeutica”. gli argonauti, 143.
- Dejours C. (2004), Il corpo tra seduzione e scissione. *Rivista di psicoanalisi*, 50, 3.
- Gargani G. (1998), *Sguardo e destino*. Laterza, Roma-Bari.

- Kaës R. (1985), Place, fonction et savior du psychanalyste dans le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*.
- Kaës R. (2007), *Un singolare plurale*. Borla, Roma.
- Laplance J. (2004), Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della teoria della Seduzione Generalizzata. *Rivista di psicoanalisi*, 50, 1.
- Lopez D., Zorzi Meneguzzo L. (1997), La vita come sogno. *gli argonauti*, 75.
- Pierri M. (2006), Consigli sulla tecnica della psicoterapia ad indirizzo psicanalitico in istituzione: "alla psicoanalisi attraverso la psichiatria". In: *Il lavoro psicanalitico sul limite*. Franco Angeli, Milano 2008.
- Racalbuto A. (2003), Il setting psicanalitico e la persona dell'analista. *gli argonauti*, 99.
- Winnicott D. (1945), Lo sviluppo emozionale primario. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975 oppure *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1965.
- Winnicott D. (1987), *I bambini e le loro madri*. Raffaello Cortina, Milano.
- Zorzi Meneguzzo L. (2010), Intermittenze dissociative: l'incubo. *gli argonauti*, 127.

Simona De Santis
 Via delle Rose 16
 35124 - Padova
 sdesantis33@gmail.com

Elena Rossi
 Via Rolando da Piazzola 11
 35139 - Padova
 elena.rossi@sanita.padova.it