

### *Una passeggiata con Federica durante la pandemia Covid-19*

**Emilia Attanasio\***

*Ricevuto il 18 settembre 2023*

*Accolto il 20 marzo 2024*

#### **Riassunto**

In questo articolo l'autrice indaga gli effetti della pandemia Covid-19 e le conseguenti variazioni del setting. La comune realtà condivisa, la pandemia con il suo pericoloso portato di morte, irrompe nel mondo dell'analista e del paziente e li accomuna in un vissuto di pericolo e di allarme per il contagio. La riflessione sui vissuti legati al pericolo del contagio diventa occasione preziosa ancorandosi ad una situazione clinica. Una vignetta clinica completa l'articolo e permette all'autrice di approfondire il processo terapeutico con una particolare attenzione al setting nei pazienti con traumi complessi. Ove il trauma individuale entra in risonanza e viene amplificato dal trauma collettivo.

**Parole chiave:** *pandemia Covid-19, spazio transizionale, controtrasfert, realtà virtuale, setting, trauma complesso.*

#### **Abstract.** *Walking with Federica in the Covid-19 pandemic*

In this article, the author investigates the effects of the Covid-19 pandemic and the resulting changes in the clinical setting. The shared common reality, with its

\* Medico specialista in pediatria, psicoterapeuta, membro ordinario AIPA e IAAP. Ha lavorato per trenta anni come pediatra di famiglia convenzionato con il SSN, occupandosi di formazione psicologica dei medici tramite metodologia Balint. Membro del gruppo di ricerca ed intervento *Gruppo e Psicologia Analitica*, organizzatore del corso di Alta Formazione AIPA *Polifonie e Assoli: i linguaggi del gruppo*.

Viale Reginaldo Belloni 25, 00061 Anguillara Sabazia. E-mail: eattanasio58@gmail.com

*Studi Jungiani (ISSN 1828-5147, ISSNe 1971-8411), vol. 30, n. 1, 2024*

DOI: 10.3280/jun59-2024oa17452

dangerous burden of death, disrupts both the analyst's and patient's worlds, uniting them in an experience of danger and alarm due to the contagion. Reflecting on the experience related to the danger of contagion becomes a valuable opportunity to anchor that experience in the clinical situation. A clinical vignette completes the article, allowing the author to delve deeper into the therapeutic process, with particular attention to the setting in patients with complex traumas, where individual trauma resonates and is amplified by collective trauma.

**Key words:** *Covid-19 pandemic, transitional phenomena, countertransference, virtual reality, setting, complex trauma.*

### *In ricordo di Emilia Attanasio*

Mentre questo numero di *Studi Junghiani* andava in stampa, la collega Emilia Attanasio ci lasciava. Il Comitato di Redazione vuole ricordare la sua gentilezza discreta, il suo pensiero brillante, lo sguardo vivo e curioso, il suo amore profondo per la professione e per la vita tutta. L'articolo che di lei pubblichiamo assume un valore ancor più inestimabile, si trasforma in preziosa eredità umana e professionale.

La morte appare, inizialmente, nella veste dolorosa della perdita ma, con il tempo, essa può dar vita in noi ad una sorta di spirito guida, di genio ispiratore. Ciò che è stato perduto continua a vivere in noi. Allora non c'è solo perdita ma ulteriore ritrovamento. Emilia farà sempre parte della nostra Anima e dell'Anima del mondo.

Grazie Emilia.

*Tutto ciò che ami probabilmente andrà perduto  
ma alla fine l'amore tornerà in un altro modo.*  
Jordi Sierra I Fabra, *Kafka e la bambola viaggiatrice*.

La pandemia da Covid-19 ci ha costretti a dei cambiamenti temporanei relativi al setting esterno, all'uso di una serie di *devices* – il computer, il telefono, WhatsApp – ne è nata una riflessione che ci permette di evidenziare le differenze, i limiti e le opportunità di queste nuove pratiche.

Probabilmente siamo molto più abituati per formazione ad avere a che fare con “fatti psichici” che con “fatti” concreti legati alla realtà. Il paradosso è che questa realtà contemporanea, legata all'ubiquitario uso della tecnologia per comunicare, conoscere ed entrare in relazione con l'altro, da un lato amplia enormemente le nostre possibilità comunicative al di là della distanza fisica, dall'altro ci priva di molti aspetti legati al corpo ed alle percezioni sensoriali. De Masi (2009) si chiede: «Possiamo allora pensare al mondo virtuale come uno spazio transizionale, cioè come un'esperienza psichica che contiene una potenzialità evolutiva?» (p. 31). Pensare allo spazio virtuale

come ad uno spazio transizionale ci permette di avere una cornice concettuale all'interno della quale poter inserire le nostre riflessioni.

La pandemia da Covid-19 con i *lookdown* ci ha costretti a tante variazioni.

Lascio l'errore di battitura *lookdown* invece di *lockdown* perché mi permette di fare alcune riflessioni su questo lapsus. Letteralmente *lookdown* si traduce "guardare giù", la mia prima associazione, la più intuitiva, mi ha rimandato al guardare nel proprio intimo nelle profondità dell'inconscio. In seconda battuta mi ha ricordato la strategia con cui ho affrontato i periodi di *lockdown* necessari, prima della scoperta del vaccino. *Look down* per me è stato guardare giù verso i piedi, la connessione con la terra. Ho passato molto del mio tempo libero nel mio giardino occupandomi delle piante in un continuo contatto con la terra, ancorandomi al ciclo naturale di crescita delle piante.

Un altro autore, Civitarese (2022), in un suo recente articolo parla del medesimo lapsus fatto da una sua collega in una seduta di supervisione. Questa collega riferendosi al *lockdown* ha invece detto *look down*. Civitarese, nel campo co-creato nell'*hic* e *nunc* della seduta di supervisione, legge questo lapsus come una trasformazione in allucinosi e si chiede se possa essere stato lui stesso, in qualche modo, arrogante nella relazione con la collega e/o se, viceversa, era un vissuto della collega relativo al rapporto con la paziente portata in supervisione. In questa chiave interpretativa *look down* è stato tradotto come guardare dall'alto in basso. Dopo la lettura di questo articolo non ho potuto fare a meno di chiedermi se questo aspetto del giudizio non fosse, in qualche modo, scotomizzato nella relazione con la paziente di cui parlerò nella vignetta clinica.

Con l'allentarsi delle misure di contenimento del virus abbiamo assistito alla ripresa della consueta modalità in presenza anche se, in taluni casi, i pazienti richiedevano delle sporadiche sedute online per motivi vari.

Si viene quindi delineando un nuovo modo di intendere il setting e, per avviare una riflessione più sistematica, sarebbe interessante a questo riguardo avviare una raccolta delle diverse esperienze, nell'ipotesi di inserire stabilmente la modalità di lavoro online anche nella formazione dei futuri analisti (Fishkin *et al.*, 2011; Tabasso, 2020). Avviare una riflessione su come funziona una terapia online *ab inizio*, su quali sono le caratteristiche di una relazione in cui non c'è stata e non ci sarà una presenza fisica, è infatti indispensabile per rispondere alle nuove esigenze dei pazienti.

In realtà, la riflessione su questa diversa modalità di condurre la terapia era già avviata prima dell'insorgenza della pandemia, perché molti analisti avevano già introdotto questa modalità nella loro pratica clinica, testimonianza ne è la numerosità di pubblicazioni su questo argomento presenti in letteratura (Barak, 2008; Merchant, 2016; Fishkin *et al.*, 2011; Scharff, 2015).

Jung (1935) nel suo testo *Psicoterapia e concezione del mondo*, riguardo

al metodo/tecnica con cui condurre un'analisi, mette in guardia su un possibile uso difensivo, potrebbe sembrare ad una lettura superficiale che la tecnica sia inutile ed al servizio delle difese: «[...] l'individuale è assolutamente unico, l'imprevedibile, l'ininterpretabile, il terapeuta deve in questo caso rinunciare a tutte le sue tecniche, a tutti i suoi presupposti, limitandosi a un procedimento puramente dialettico, e cioè a un atteggiamento che eviti qualsivoglia metodo» (p. 11).

Centrale per la cura è ciò che permette la trasformazione, con le parole di Jung (1929): «L'incontro di due personalità è simile alla mescolanza di due diverse sostanze chimiche: un legame può trasformarle entrambe» (p. 80). Per poter curare un paziente il terapeuta deve lasciarsi infettare, contagiare dalle nevrosi dei propri pazienti; proteggersi significa privarsi di uno dei più preziosi strumenti terapeutici in nostro possesso.

Altri autori (Fordham *et.al.*, 2003) sottolineano che la tecnica analitica deve includere la personalità dell'analista: «deve far riferimento a una parte del Sé resa disponibile per l'analisi dei pazienti grazie alla deintegrazione [...] la questione può essere semplificata concependo la tecnica come un distillato dei comportamenti abituali dell'analista nel trattamento di differenti tipi di soggetti» (p. 316).

Röesler (2017), in una accurata disamina sulla analisi online, sviluppa alcune rilevanti argomentazioni sulla presenza ed assenza dell'altro. Nelle relazioni virtuali troviamo un insieme di vicinanza e lontananza, di presenza ed assenza, di realtà e fantasia, possiamo quindi pensare lo spazio virtuale come uno spazio transizionale. Lo spazio transizionale viene definito come un'area intermedia di esperienza a cui contribuiscono sia la realtà interna sia la vita esterna, questa area intermedia è l'area che viene concessa al bambino tra la creatività primaria e la percezione oggettiva basata sulla prova di realtà. Winnicott (1971) dice:

Ho cercato di richiamare l'attenzione all'importanza sia nella teoria che nella pratica di una terza area, quella del gioco, che si espande nel vivere creativo e nell'intera vita culturale [...] ho localizzato questa importante area dell'esperienza nello spazio potenziale fra l'individuo e l'ambiente, quello che all'inizio unisce e separa al contempo il bambino e la madre, allorché l'amore materno, espresso e reso manifesto come attendibilità umana, dà in realtà al bambino un senso di fiducia o di sicurezza nel fattore ambientale (p. 176).

Un'altra questione riguarda il tempo e l'attesa; infatti, in un usuale setting fra una seduta e l'altra, in genere, ci si astiene da contatti, mentre nella terapia online può capitare che il paziente mandi messaggi mail o di testo al proprio analista. In queste nuove situazioni molte sono le questioni che si aprono nella mente dell'analista, riguardo a come rispondere e con che tempistica.

La gestione di questi aspetti configura delle modifiche nella relazione e nel campo terapeutico. Roesler (2017), che si astiene da ogni giudizio di valore, sottolineando le differenze, parla di “relazioni virtuali” per differenziarle dalla relazione analitica classica ed invita ad una approfondita riflessione su questa nuova modalità di rapporto terapeutico. Ovviamente nella terapia online perdiamo molto delle comunicazioni extra-verbali, perdiamo la presenza dei corpi, ma sembra che per alcuni pazienti, in particolare quelli traumatizzati o i fobico-ossessivi, questa modalità possa essere vissuta come più rassicurante, favorendo una più precoce *self-disclosure*.

La psicoterapia online ci pone in una prospettiva nuova: il punto centrale non si esaurisce nel fare una disamina fra gli aspetti comuni e le divergenze fra l’analisi in presenza e quella online, ma richiede che ci poniamo in una dimensione di apertura mentale al nuovo per cercare di cogliere le specificità e le opportunità che questa terapia ci può offrire.

Della terapia in presenza abbiamo più di cento anni di esperienza, riflessione e testimonianza; di questa nuova modalità a cui ci stiamo avvicinando da alcune decine di anni, dobbiamo ancora conoscere a fondo le potenzialità ed i limiti. Ritengo che l’atteggiamento mentale con cui avvicinarsi alla riflessione in questo campo non dovrebbe essere svalutante del tipo “ma non è vera analisi”, perché questo tipo di attitudine non ci permetterebbe di cogliere la vera essenza del fenomeno che vogliamo osservare.

Nel lavoro clinico con i pazienti spesso mi sono posta degli interrogativi rispetto ad un modello ideale presente dentro di me, che provvisoriamente ho chiamato “vera analisi”, questo polo ideale e forse idealizzato si trova in continuo confronto dialettico con la concreta realtà di ogni incontro analitico. Ho scelto di presentare il caso di Federica, una giovane donna che ho seguito in due *trance* terapeutiche – la prima della durata di otto anni, la seconda della durata di due anni – perché questa situazione clinica ha rappresentato un *unicum* nella mia esperienza professionale e si presta ad approfondire questa dinamica dialettica fra ideale e reale: l’irruzione della realtà esterna legata alla pandemia da Covid-19 mi ha permesso di cogliere più chiaramente sia la relazione con la paziente che gli aspetti legati ai miei vissuti controtrasferali di rabbia, odio ed incomprensione.

Federica è una giovane donna molto bella, con lunghi capelli biondi, occhi chiari, magra, secondogenita di quattro figli, i genitori si sono separati quando era adolescente, la primogenita è rimasta a vivere con il padre ad Anguillara, mentre lei con il fratello e la madre incinta del quarto figlio si sono trasferiti a Roma. Questo percorso si è articolato per circa otto anni, dal 2010 al 2018. Ha iniziato a ventiquattro anni e si era rivolta a me, con la motivazione consapevole della difficoltà a chiudere una lunga relazione affettiva, che si trascinava con interruzioni e riprese dall’adolescenza.

Gli otto anni di analisi con Federica sono stati per lei anni vissuti in un costante stato di emergenza, legato alle patologiche dinamiche familiari. Già da adolescente si è dovuta far carico dei due fratelli più piccoli (l'ultimo di dodici anni più giovane di lei). Ha iniziato precocemente, 14 anni, a lavorare, prima solo il periodo estivo in un bar, poi in maniera più continuativa per tutto l'anno. Ha perso due anni al liceo, che poi è riuscita a recuperare facendo l'esame come privatista. La madre, che avrebbe dovuto occuparsi dei figli, quando era sposata non lavorava, dopo la separazione inizia a lavorare e tende quindi a delegare molto della gestione della casa a questa figlia, mentre la figlia maggiore è rimasta a vivere con il padre. Il sostegno economico del padre è decisamente saltuario. La madre stabilisce un rapporto paritario di sorellanza con Federica e la elegge a sua confidente, condivide con lei anche i racconti delle sue nuove relazioni affettive. La madre inizia, infatti, una vivace vita affettivo-sessuale di cui rende partecipe la figlia in una inversione di ruoli. Bisogna dire che questa inversione non è una novità in questa famiglia, i figli hanno sempre assistito alle liti violente fra i genitori, alle percosse subite dalla madre e, purtroppo, anche ad aspetti della vita sessuale dei genitori, come pure erano a conoscenza dei numerosi tradimenti del padre, grazie ai racconti e agli sfoghi della madre, che si è sempre confidata con loro.

Il padre, che durante il matrimonio aveva sempre tradito la moglie, dopo la separazione si sposa in seconde nozze con una donna russa che ha già una figlia. In quel periodo gli viene formulata una diagnosi psichiatrica, accetta di farsi curare a fasi alterne.

Inizialmente ho usato la parola emergenza, ma possiamo parlare tranquillamente di trauma cumulativo, poiché nel corso degli otto anni di terapia con Federica si susseguiranno una serie di eventi-emergenze che continuamente la distoglieranno dal suo percorso di crescita; solo a titolo di esempio, dopo qualche anno dalla separazione, la madre stabilisce una relazione stabile con un uomo disturbato, che soffre di una gelosia patologica, che la picchia, riproducendo la precedente relazione con il marito; questa situazione comporta un notevole aggravio per Federica perché la madre lascia la casa e va a vivere con questo nuovo compagno. Federica si ritrova con due fratelli, di cui uno minorenni, senza l'aiuto economico della madre, a dover gestire la casa. Federica inizia una nuova relazione affettiva e, due mesi prima della data fissata per il suo matrimonio, il padre tenterà il suicidio, attirando di nuovo su di sé tutte le attenzioni. La dinamica si riproduce invariabilmente, appena Federica cerca di separarsi dalla propria famiglia di origine e di svincolarsi dal ruolo di responsabilità che le è stato imposto, accade qualche grave evento che la richiama all'ordine.

Federica, dopo essersi sposata, vive un brevissimo, apparente, periodo di benessere, lascia il lavoro presso l'attività del padre, riuscirà a prendersi una laurea triennale in Economia studiando e lavorando: non ne trarrà una piena soddisfazione e tenderà a sminuire questo risultato perché, dice, si tratta di una "laurea di serie B", conseguita in un'università online. Ma, a distanza di pochi mesi, inizia la crisi, i dubbi sulla correttezza della scelta di sposarsi, la consapevolezza di aver ceduto alle pressioni esterne, il desiderio di avere finalmente una propria casa, un posto suo. Siamo nel terzo anno di terapia e durante l'intervallo estivo mi contatta, sono infatti

intervenuti attacchi di panico ed un'ansia generalizzata: "...si è aperta la scatola dell'ansia". Riesco a vederla un paio di volte durante l'interruzione estiva; con la ripresa regolare dei nostri incontri, l'ansia trova un contenimento.

Un sogno, in ottobre, alleggerisce ed apre a prospettive più ottimistiche: "Stavo su un palazzo altissimo, stavo seduta sul cornicione, accanto a me c'erano altre due persone sedute fuori. Ero paralizzata dalla paura, c'erano degli alberi, una strada sterrata si vedeva giù, in lontananza vedo una signora con una bambina, inizio a strillare per attirare la sua attenzione; alla fine mi apre la finestra ed entro, poi quando arrivo giù in strada – mi dico – per fortuna c'era quella signora che mi ha aiutato". Il sogno mi rassicura sulla buona alleanza terapeutica instauratasi con Federica.

In questo periodo iniziamo ad affrontare i suoi aspetti distruttivi ed iniziamo a parlare di un *sabotatore interno*, che ogni volta che raggiunge un risultato lo boicotta e svaluta ogni cosa; l'altro tema è la relazione con il marito che ha deciso di lasciare, ma rimanda, perché non ha le risorse economiche e non accetta l'idea di tornare a vivere con uno dei genitori.

Federica inizierà a raccontare il suo disagio psichico, che fin da bambina si manifestava con insonnia e comportamenti fobico-ossessivi legati alla pulizia dei genitali. Negli anni dell'adolescenza, a causa delle ripetute assenze in classe, Federica ha perso svariati anni scolastici e manifestato comportamenti legati alla sfera alimentare con fasi bulimiche e fasi anoressiche. Il lavoro analitico con questa paziente mi coinvolge molto ed inizialmente è teso alla costruzione di uno spazio/contenitore sicuro per Federica; infatti, nei primi anni della terapia, i problemi dei membri della sua numerosa famiglia entrano continuamente nel nostro spazio analitico. Emerge nella mia mente l'immagine di una piovra tentacolare che non permette né separazione né allontanamento, un mostro a due teste, perché pur con i contrasti e le liti, anche dopo la separazione ed il divorzio, i genitori di Federica sembra trovino un piano comune di intesa nel trascurare i bisogni emotivi dei figli fino a situazioni limite di abuso.

Due tematiche ci hanno accompagnato le sue malattie "fisiche", con gli innumerevoli accertamenti medici, anche invasivi, sempre negativi, e che si risolvono man mano che procede il lavoro terapeutico ed aumenta la sua capacità di mentalizzare; l'altro aspetto, mediato sempre dal corpo, riguarda la sua percezione distorta e di conseguenza il problema alimentare: "Il problema del peso è ciclico, fa parte del fatto che non mi piaccio... adesso come non mai mi sono fissata sul peso... quando mi alleno mi sento benissimo".

Federica è costante, non salta le sedute, lavora per pagarsi l'analisi, il nostro lavoro procede per otto anni fino a delinarsi la possibilità di una fine. Concludiamo il nostro lavoro analitico con dei decisi miglioramenti, vista la grave situazione di partenza.

Dopo circa un anno e mezzo dalla conclusione, ad aprile del 2019, mi richiama e mi chiede un colloquio. In questo primo colloquio mi dice che è incinta di quasi quattro mesi. Mi colpisce perché non me ne sono accorta, è sempre magrissima con i suoi fuseaux attillati. È angosciata all'idea di diventare madre, ha molti dubbi, è presente nella sua mente la possibilità di abortire, è ancora molto indecisa se tenere o no questo bambino. Decidiamo di riprendere il lavoro per sostenerla, qualsiasi decisione prenderà. Al secondo colloquio esordisce: "È esplosa la pancia!". Ed

effettivamente sono colpita del cambiamento corporeo, come il solo fatto di essere accolta ed ascoltata, le avesse dato la possibilità di aprirsi a questa nuova vita che stava crescendo dentro di lei. Sembra che quel contenitore, che faticosamente avevamo costruito nel precedente lavoro analitico, si sia rapidamente ripristinato ed il corpo abbia fatto spazio al feto, ancor prima che la mente ne potesse accettare la presenza.

Il corpo è stato sempre al centro del nostro lavoro, la paziente ha avuto sempre la necessità di controllare il peso, ingrassare è stato sempre il suo terrore, la gravidanza provoca in lei sentimenti contrastanti, il feto viene descritto come un parassita che le cresce dentro. Ha fatto sempre molta attività fisica e, a sua detta, era il sistema che aveva escogitato, fin da bambina, per sedare l'angoscia: usciva in giardino e si metteva a correre intorno alla casa fino a sfinirsi.

In questo momento della sua vita, l'attività fisica si stava trasformando in attività lavorativa che le avrebbe permesso di svincolarsi dal precedente lavoro nell'attività commerciale paterna; quindi questa gravidanza non cercata consapevolmente la sfida su più piani.

Riusciamo a vederci una volta a settimana fino ad una settimana prima del parto: in questi mesi sia nei racconti che nei sogni emerge tutta la sua ambivalenza. A titolo di esempio citerò un dialogo ed un sogno. Mi racconta dell'esperienza della ecografia morfologica, dove era accompagnata dalla sorella maggiore e dal compagno. Dirà che è stata un'esperienza faticosa e lunga perché il bambino non stava mai fermo. Lei commenta: "...non ci vuol stare dentro di me!", mentre il marito risponde: "Sei tu che non lo vuoi, lui lo sente!" e la sorella rincara la dose: "Tu puoi fare solo un figlio nevrastenico!".

Sogno: "Ho sognato che partorivo, ma lui moriva, era troppo piccolo e tutti mi rimproveravano ed incolpavano me della sua morte perché durante la gravidanza facevo troppa attività fisica".

Affrontare questo periodo con questa paziente con i suoi sentimenti così ambivalenti è stato, a livello controtransferale, molto sfidante. Accogliere i suoi sentimenti di rifiuto, il suo odio per questo bambino, che ancora doveva nascere ed aveva già sulle spalle tanto di negativo, non è stato facile. Mi soffermo su questi miei sentimenti controtrasferali e accenno solo brevemente a qualche aspetto personale, utile a chiarire meglio il quadro. Un primo dato: avendo lavorato come pediatra per trenta anni, ho avuto modo di esprimere quegli aspetti della mia personalità relativi ad un'identificazione con una Grande Madre buona, nutriente, una polarità dell'archetipo indubbiamente spostata a livello conscio soprattutto sul polo positivo. Questa paziente mi ha sfidato a contattare il polo opposto, della madre che divora i propri figli, tutte le tematiche relative all'odio, che ritroviamo nelle parole di Neumann (1991): «La madre strega, che adessa dall'esterno il bambino promettendogli leccornie e attirandolo nella casa di marzapane: poi una volta dentro lo divora rivelandosi nel suo aspetto di Madre Terribile» (p. 75).

Il complesso materno negativo appare in molte fiabe nella veste della matrigna; Marie Luise von Franz (2000), nel suo approfondito studio delle fiabe, ci mostra come in una miniatura il complesso processo di individuazione che si dipana fra le istanze individuali e quelle del collettivo.

Il “lavoro del negativo” (Green, 1996) è essenziale per il dipanarsi del processo analitico della cura e si riferisce al retroterra di perdita ed assenza grazie al quale si sviluppa ogni esperienza di noi come soggetti ci riferiamo al modo in cui riusciamo ad affrontare l’inevitabile mancanza di ciò che desideriamo.

Con le parole di Anna Micheleni Tocci (2021): «La distruttività è sentita come una realtà psichica interna: sono distrutto (non integrazione) poi come realtà esterna responsabile: sono io che distruggo, poi sono cosciente di tutte e tre le situazioni che mi riguardano» (p. 78), ed ancora, «riconoscere ed accogliere di essere l’agente distruttore è importantissimo se riportato nella situazione analitica in cui l’analista scopre e si permette di sentire il suo odio distruttivo contro il paziente (assieme al suo amore) che non distrugge ma, se contenuto, permette il cambiamento» (p. 76).

Federica avrà un travaglio molto lungo con delle complicanze, ma il bambino nasce sano e lei riesce ad iniziare un allattamento al seno, anche grazie al mio sostegno; riprenderà a venire in analisi insieme con il piccolo già 15 giorni dopo il parto.

Questa parte del lavoro con la mamma ed il lattante è stata un’esperienza unica, di una grande tenerezza, dove di nuovo il corpo è stato al centro del nostro lavoro, anche se con una connotazione diversa. In alcune sedute, il lattante era fra le mie braccia, in altre nel suo ovetto o fra le braccia della madre. Ritorna nell’immagine dell’ovetto il tema del contenitore faticosamente co-costruito grazie alla relazione analitica.

Nonostante ciò la paziente durante le vacanze natalizie si scompensa e si convince che il suo latte sia dannoso, “velenoso” per il piccolo, cresce l’angoscia, mi contatta e ci vediamo in un paio di sedute durante le vacanze; emerge prepotente un aspetto delirante. È convinta che il suo latte possa essere tossico per il bambino; come in un effetto *rebound*, sembra emergano tutti insieme i sentimenti di colpa e vergogna denegati nel periodo della gravidanza, quando il suo pensiero era ancorato all’idea di crescere all’interno del suo corpo un parassita che l’avrebbe divorata.

Decido per un invio al servizio pubblico per una valutazione, poichè avverto un forte senso di pericolo. La mamma ora ha difficoltà a tenere il piccolo in braccio. Quando lo alimenta con il biberon, lo tiene poggiato con la schiena sul suo torace in modo che il bimbo non la possa guardare. Questo suo atteggiamento, oltre al pensiero delirante, mi spinge ad assumere un atteggiamento interventista ed a chiederle di coinvolgere di più i familiari, la madre ed il marito. Sono stata molto combattuta prima di prendere questa decisione perché rompeva una consuetudine lavorativa e rischiava di cedere a sentimenti di impotenza, di angoscia, ma temevo il rischio di un infanticidio. Questa era infatti la mia fantasia/timore in quel momento. Ho cercato di evitare di cadere nel sentimento opposto dell’onnipotenza terapeutica: “adesso faccio tutto io”, chiedendo aiuto ai colleghi di un servizio specializzato per la presa in carico dei disturbi psichici del post-partum; è stato un invio mirato avendo contattato personalmente la responsabile del servizio.

La presa in carico da parte del servizio, estremamente completa, comprendeva, oltre alla fase diagnostica, un intervento farmacologico, la valutazione neuropsichiatrica del bimbo, l’inserimento della madre in gruppo. Purtroppo con il primo *lockdown* la paziente abbandona il Centro e sospende la terapia farmacologica.

Mi ritrovo di nuovo sola, continuo a vedere la paziente una volta a settimana, non riesco ad ottenere una frequenza maggiore per una serie di motivi economico-pratici.

La madre della paziente si prenderà un breve congedo dal suo lavoro e sarà più presente nella vita di Federica. Questi interventi sembrano comunque aiutare la paziente e ci permettono di continuare il nostro lavoro, con le inevitabili modifiche relative alla pandemia da Covid-19.

Federica ha difficoltà a gestire un contatto online, quindi con lei continuiamo a vederci con la mascherina nel mio studio e lattante al seguito. Con il passare dei mesi, il bimbo, crescendo, è più attivo e difficilmente dorme in seduta, fattore sicuramente positivo ed indice di un normale sviluppo. Questa situazione mi spinge ad una variazione del setting unica nella mia carriera di psicologo analista. Io, la mamma ed il bambino facciamo la seduta passeggiando intorno allo studio. Da un lato, una risposta che sembrerebbe concreta, perché il bambino nel passeggiare si rilassava guardandosi intorno e spesso, dopo breve tempo, si appisolava, ma ad altri livelli chissà quanto il clima claustrofobico, stimolato dalla pandemia, mi abbia spinto a mettere in atto questa soluzione: uscire all'aperto.

Inoltre, come prima accennavo riguardo ad una delle mie strategie messe in atto per affrontare il *lockdown*, c'era quella dell'uscire in giardino, passeggiare e fare giardinaggio, mentre la paziente, fin da bambina, aveva messo in atto la strategia di fare attività motoria per gestire l'ansia: penso che questo terreno comune ci ha permesso di mettere in atto una soluzione utile al proseguimento del lavoro analitico.

Mi sono sentita evidentemente sufficientemente capace di mantenere integro e vitale il setting interno, al di là della variabile esterna: le mura della stanza d'analisi.

La pandemia ci aveva già, di fatto, sfidato ad affrontare situazioni nuove; con la terapia online, ad esempio, siamo entrati nella casa dei nostri pazienti.

Riguardo al concetto di setting può essere interessante citare alcune osservazioni di Giuseppe Civitarese (2004), che riprende Bleger:

Per tornare al setting, l'assunto principale di Bleger è che la relazione analitica, di per sé scomponibile in fenomeni processuali e non-processurali, cioè variabili e costanti, sia essenzialmente simbiotica – o debba, meglio, supplire a una simbiosi mancata o distorta – e che la terapia consista in un percorso graduale di de-simbiotizzazione o riduzione del nucleo agglutinato (p. 4).

Secondo Bleger l'alleanza terapeutica è il portato della relazione con la parte nevrotica della personalità, mentre la parte psicotica della personalità si appoggerebbe al setting, che sempre secondo questo autore si presta ad essere la parte della situazione analitica, per la sua costanza, depositaria degli aspetti psicotici della personalità.

In quest'ottica secondo la quale il setting è depositario della parte psicotica, uscire dalla stanza, e quindi rompere un setting consolidato forse può essere letto come un tentativo ancora inconscio di rompere il clima

claustrofobico esterno dettato dalla pandemia che corrispondeva ai contenuti di pensiero così invadenti e ancorati sicuramente alla parte psicotica della mente di Federica.

La pandemia ha sottoposto sia l'analista che il paziente alle stesse paure; vorrei citare due autori che hanno approfondito questi aspetti di una realtà condivisa che irrompe nella stanza d'analisi: Janine Puget, argentina, e Ilany Kogan, israeliana.

Puget (2021), psichiatra e psicoanalista argentina, parla di “mondi sovrapposti”, riferendosi ad una situazione oggettiva di pericolo, di ansietà, legata al contesto quotidiano di vita negli anni della dittatura, manca in questa situazione la necessaria distanza psichica per poter distinguere nella relazione analitica similitudini e differenze. L'emergere di materiale che proviene dallo stesso mondo condiviso può provocare nell'analista o una tendenza ad un diniego della realtà per rivolgersi unicamente al mondo intrapsichico, oppure una tendenza a partecipare e condividere, annullando quello spazio necessario per la nascita di un pensiero che comprenda sia la realtà esterna che il mondo interno del paziente.

L'esperienza di “catastrofe sociale” vissuta in Argentina durante gli anni della dittatura ha spinto Puget ad approfondire i meccanismi mentali in atto in una situazione così estrema, ipotizzando che in una situazione di questo tipo una larga parte della popolazione si trovava in uno stato di alienazione, un'altra parte della popolazione mantenendo viva la capacità di pensare è stata sottoposta ad una sofferenza intollerabile, una terza parte si è totalmente identificata con la dittatura e la sua ideologia dominante.

In uno stato in cui la tortura e la minaccia di morte sono pervasivi e onnipresenti, l'individuo entra in una condizione psichica di confusione, nella quale è difficile distinguere fra i pericoli provenienti dal mondo esterno, tra immaginazione e realtà, vita e morte. La mente, in balia dell'esperienza di pericolo, entra in un pensiero circolare e ripetitivo legato ad un futuro minaccioso e mortifero.

Kogan (2003) è un'analista israeliana che si è interrogata, partendo dalle sue esperienze cliniche, sul modo migliore di fronteggiare una situazione di minaccia esterna, presente nella società di appartenenza sia del paziente, che dell'analista. Riferendosi alle osservazioni di un suo paziente che provocatoriamente le chiedeva che senso ha occuparsi dei propri problemi personali in un momento in cui la nostra vita è continuamente in pericolo – il paziente si riferiva al periodo dell'intifada ed ai continui attentati ai civili che hanno funestato la vita degli israeliani – Kogan (2003) si domanda se interpretando le paure portate dal paziente sempre nei termini del suo mondo interno e delle sue problematiche non stesse involontariamente distanziandosi e negando la sua stessa paura: «[...] siamo in grado di contenere e modificare le paure dei

nostri pazienti mentre ci troviamo di fronte alla morte e alla distruzione?» e ancora «[...] nella situazione condivisa di pericolo di vita in cui viviamo in Israele, ho scoperto che il nostro strumento d'analisi è effettivamente influenzato dagli eventi attuali», risolvendo con «[...] è stato solo quando ho potuto essere in contatto con il mio stesso panico che sono stata in grado di dare al mio paziente il contenimento di cui aveva bisogno» (p. 750, trad. mia).

In queste situazioni la realtà esterna traumatica rischia di diventare l'incarnazione delle peggiori fantasie interne travolgendo il paziente e, potenzialmente, l'analista, ove quest'ultimo non sia ben consapevole delle proprie paure.

Ho voluto citare queste due autrici perché ci permettono di riflettere su quello che potrebbe essere avvenuto durante gli anni della pandemia da Covid-19, aprendo nuove chiavi interpretative. Ogni coppia analitica crea un proprio campo specifico per quella coppia, luogo e palcoscenico della narrazione che si va costruendo insieme analista e paziente; tornando alla relazione con Federica, l'irruzione della paura del contagio legato alla pandemia da Covid-19, credo abbia contribuito al suo scompensarsi ed alla nascita dei suoi pensieri deliranti, riguardo al suo latte che invece di nutrire, avvelena. La paura del contagio da Covid-19 e l'idea di essere tossica per il proprio figlio corrono parallele, incrementando il disagio e la sofferenza di Federica. Questi contenuti legati al pericolo di contagio sono stati elaborabili dopo un attento esame dei miei sentimenti e paure grazie all'ascolto del mio controtransfert.

Nel linguaggio comune si usa ora dire pre/post pandemia, come se si fosse creato uno spartiacque, un prima e un dopo: questo evento ha rappresentato insieme un grosso attacco al nostro sentimento di onnipotenza e di controllo sulle forze della natura, ma con la rapida scoperta del vaccino anche il sentimento opposto di fiducia nelle possibilità umane di fronteggiare i pericoli.

A proposito del contagio, sappiamo bene che per funzionare l'analista si deve infettare, lasciarsi contagiare dalla malattia psichica del proprio paziente.

Un aspetto centrale per la comprensione di questo caso e del suo trattamento è determinato dalle esperienze precoci di Federica: si configura una diagnosi di trauma relazionale precoce.

In psicoanalisi la nozione di trauma e nevrosi traumatica viene inizialmente elaborata da Freud (1920) all'interno dell'economia libidica: sono due gli aspetti in gioco, l'intensità dello stimolo che può essere prodotto da un singolo evento o da una pluralità di eventi e la vulnerabilità costituzionale. In seguito al trauma reale o "fantasticato", si verifica lo spostamento di contenuti coscienti nell'inconscio, grazie al meccanismo di difesa della "rimozione".

Jung, nella sua visione teleologica della vita psichica, darà un valore simbolico al trauma e non solo causale del disagio psichico, introducendo il concetto di complesso a tonalità affettiva. Durante i suoi primi esperimenti sulle associazioni verbali, Jung (1934) si rese conto che, in presenza di particolari affetti inconsci, il tempo di reazione alla parola-stimolo era diverso. Questo fattore di disturbo, l'affetto inconscio, gli permette di formulare il concetto di complesso a tonalità affettiva. Il *complesso a tonalità affettiva* si riferisce ad una situazione psichica caratterizzata in senso vivacemente emotivo: «Questa immagine possiede una forte compattezza interna, ha una sua propria completezza e dispone inoltre di un grado relativamente alto di *autonomia*, il che significa che è sottoposta soltanto in misura limitata alle disposizioni della coscienza e si comporta perciò, nell'ambito della coscienza, come un *corpus alieno* animato» (Jung, 1934, p. 113).

Come Donald Kalsched (2001) ha teorizzato, nella psiche è presente un "sistema di autocura" che grazie alle difese dissociative permette la sopravvivenza dell'individuo. Questo autore sottolinea come la dissociazione se, da un lato, impoverisce, è l'unico modo possibile per assicurare la sopravvivenza dopo esperienze, altrimenti, soverchianti. Come risposta al trauma nel bambino una parte dell'Io regredisce, si congela, mentre un'altra parte progredisce e si adatta all'ambiente. L'insieme di questi due aspetti della personalità, che si sviluppano in seguito ad un trauma, vengono definiti da Kalsched "sistema archetipico autocurativo della psiche".

Kalsched (2001) si domanda se, oltre ad una suscettibilità individuale, una diversa *resilienza*, si direbbe attualmente, non possa essere presente all'interno della psiche un *agente traumatogeno interno*, che viene elicitato ed amplificato dal trauma esterno; lo descrive come una figura diabolica interna sadica e brutale.

La teoria dell'attaccamento ha sviluppato nuovi concetti utili alla comprensione degli effetti del trauma relazionale. Le esperienze precoci di trascuratezza e abuso interferiscono con lo sviluppo di un sano legame di attaccamento, che porterà in età adulta a tutta una serie di quadri psicopatologici.

Quando l'ambiente è costituito da figure d'accudimento inaffidabili, la fiducia epistemica (possibilità di potersi fidare di ciò che proviene dall'esterno) non può svilupparsi; quindi, qualsiasi cosa provenga dall'esterno è pericoloso, il soggetto vive in uno stato di continua vigilanza.

Per effetto di una relazione non sintonica con il *care-giving*, quindi traumatogena, il bambino, e poi l'adulto, vivranno in uno stato di perenne allarme e sfiducia verso l'altro, con il conseguente vissuto di isolamento e solitudine.

Jean Knox (2009) descrive la relazione genitori-figli come patologica, quando ogni tentativo di autonomia del figlio, teso a sostenere il normale

processo di individuazione, viene vissuto dai genitori come una minaccia catastrofica: «[...] in generale possiamo dire che il Sé come agente separato emerge dalla percezione che il bambino ha della sua presunta intenzionalità nella mente dell'accudente» (p. 9), «[...] la separazione e l'individuazione vengono sperimentate come un essere cattivi, e questa esperienza non lascia spazio a dubbi – non c'è possibilità di un come se» (p. 21). Le difese come la dissociazione provocano una incapacità nella formazione di nuovi significati e nuovi simboli, è deficitaria la funzione trascendente.

Nei traumi relazionali precoci, quando alcune funzioni mentali ancora non sono mature, le memorie traumatiche vengono immagazzinate come memorie implicite, da cui derivano una moltitudine di sintomi fisici e psicosomatici. Questi modelli di relazioni traumatiche, immagazzinati nella memoria implicita, vengono riattualizzati in ogni relazione umana e quindi anche nella relazione terapeutica ed è qui che si offre un'occasione unica di rilettura. Nel lavoro con questi pazienti si possono presentare momenti particolarmente difficili d'impasse, è l'attivarsi della funzione trascendente che si manifesta con un'immagine, un simbolo o fenomeni sincronici che permette il superamento dell'impasse.

## Conclusioni

Queste mie riflessioni spero stimolino interrogativi ed aprano possibilità dialogiche. Una parte di esse riguarda l'effetto della pandemia da Covid-19 e l'utilizzo della terapia online. A questo proposito mi sembra indispensabile una raccolta il più esaustiva delle varie esperienze: sarebbe il primo passo per un approfondimento ed un dialogo proficuo e arricchente su questo tema.

La vignetta clinica mi ha permesso di soffermarmi sulle dinamiche controtrasferali. Penso sia fondamentale sottolineare che la relazione della coppia terapeutica sia il cuore del processo di trasformazione, svolgendosi come ben sappiamo all'interno di un *temenos*. In questo caso i confini del *temenos* si sono estesi a comprendere la realtà, una realtà dirompente e condivisa da tutta la popolazione mondiale, trasformandola in una realtà psichica. Ritornando ai vissuti controtrasferali, il passaggio dalla difficoltà a contenere la negatività dei contenuti portati dalla paziente fino a poter, invece, progressivamente accogliere ed elaborare questi aspetti relativi all'odio, mi ha dato la possibilità di vivere quello che all'inizio ho sentito come una difficile sfida, un dono, un regalo della paziente. Questo passaggio credo sia stato trasformativo ed abbia permesso alla paziente di portare avanti la gravidanza e di creare una relazione con il figlio. Le variazioni nel setting, influenzate sia dalla realtà contingente della pandemia che dalla diagnosi di base di questa

paziente affetta da un trauma complesso, si sono dimostrate anch'esse fondamentali nel processo terapeutico.

Voglio sottolineare che queste trasformazioni dell'analista, del paziente, del campo co-creato da entrambi possono avvenire *Deo concedente*, grazie ad un fattore numinoso che emerge dall'incontro di due personalità e che questa dimensione dell'incontro analitico aggiunge ulteriore profondità e significato.

## Bibliografia

- Barak A. (2008). *Psychological aspects of cyberspace: theory, research, applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Civitarese G. (2022). Tales of Covid-19: fear of contagion and need for infection. *The Psychoanalytic Quarterly*, 91, 1: 89-118. DOI: 10.1080/00332828.2022.2047388.
- Civitarese G. (2004). Vincolo simbiotico e setting. *Rivista di Psicoanalisi*, 50, 4: 1117-1147.
- De Masi F. (2009). Quale mente nella rete? *Psicoanalisi e metodo*, 9: 21-35.
- Fishkin R., Fishkin L., Leli U., Katz B., Snyder E. (2011). Psychodynamic treatment, training, and supervision using internet-based technologies. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39: 155-168. DOI: 10.1521/jaap.2011.39.1.155.
- Fordham M., Gordon R., Hubback J., Lambert K., eds. (1974). *Technique in Jungian Analysis*. London and New York: Karnac Books (trad. it.: *La tecnica nell'analisi junghiana*. Roma: Edizioni MaGi, 2003).
- Freud S. (1920). Jenseits des Lustprinzips (trad. it.: Al di là del principio del piacere. In: *Opere*, vol. 9. Torino: Boringhieri, 1974).
- Green A. (1996). *Il lavoro del negativo*. Roma: Borla.
- Jung C.G. (1935). Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie (trad. it.: Principi di psicoterapia pratica. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Boringhieri, 1981).
- Jung C.G. (1929). Die Probleme der modernen Psychotherapie (trad. it.: I problemi della psicoterapia moderna. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Boringhieri, 1981).
- Jung C.G. (1934). Allgemeines zur Komplextheorie (trad. it.: Considerazioni generali sulla teoria dei complessi. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Kalsched D. (1996). *The Inner World of Trauma*. London: Routledge (trad. it.: *Il mondo interno del trauma*. Bergamo: Moretti & Vitali, 2001).
- Knox J. (2009). La paura dell'amore: la negazione del Sé nella relazione. *Studi Junghiani*, 29, 1: 5-28. DOI: 10.3280/JUN2009-029001.
- Kogan I. (2003). The role of the analyst in the analytic cure during time of chronic crises. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 3: 735-57. DOI: 10.1177/00030651040520031201.
- Merchant J. (2016). The use of Skype in analysis and training: a research and literature review. *Journal of Analytical Psychology*, 61, 3: 309-28. DOI: 10.1111/1468-5922.12224.
- Michellini Tocchi A. (2022). Jung e Winnicott: segrete risonanze. *Studi Junghiani*, 54: 67-84. DOI: 10.3280/jun54-2021oa13148.
- Neumann E. (1991). *La personalità nascente del bambino struttura e dinamiche*. Como: Red.
- Puget J., Wender L. (2021). Analista y paciente en mundos superpuestos. *Revista Desvalimiento Psicosocial*, 8, 2.
- Roesler C. (2017). Tele-analysis: the use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship. *Journal of Analytical Psychology*, 62, 3: 372-394.

- Scharf J., ed. (2013). *Psychoanalysis Online: Mental Health, Teletherapy and Training*. London: Karnac Books.
- Tabasso C. (2020). La connessione analitica: riflessioni sul setting online. *Studi Jungiani*, 51: 123-132. DOI: 10.3280/jun51-2020oa9811.
- von Fanz M.L. (1970). *An introduction to the Psychology of Fairy Tales*. New York: Spring Publications (trad. it.: *Le fiabe interpretate*. Torino: Bollati Boringhieri, 2000).
- Winnicott D.W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications (trad. it.: *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 2005).