

*Processi di individuazione nel paziente e nel terapeuta.
Le fasi iniziali della terapia con Rita*
Barbara Persico*

*Ricevuto il 14 giugno 2024
Accolto il 20 novembre 2024*

*[...] come sull'infuriante mare [...] siede in barca il navigante e
sé affida al debole naviglio; così siede tranquillo,
in mezzo a un mondo pieno di tormenti,
il singolo uomo, poggiandosi fidente sul principium individuationis.
A. Schopenhauer*

Riassunto

Nel presente articolo l'autrice parlerà, in particolare, di come l'elaborazione di alcune dinamiche e vissuti sperimentati in terapia con la paziente le abbia permesso di dare un nuovo senso a ciò che la paziente portava e ai suoi vissuti di controtransfert, troppo presto interpretati secondo un modello "dato". Disponibile a vivere l'incertezza di cui parla Jung e cogliendo la necessità di mettere in discussione il rapporto con i padri/analisti, ha potuto così modificare l'approccio al lavoro ed attivare una profonda riflessione sul suo assetto analitico.

Parole chiave: *individuazione, controtransfert, narcisismo, assetto analitico, incertezza, padri.*

* Laureata in medicina, specialista in psichiatria, psicologa analista AIPA, membro IAAP, membro del comitato di redazione di *Studi Junghiani*. Vive e lavora privatamente a Roma.
Via Dandolo 24, 00153 Roma. E-mail: barbara.per@outlook.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 31, n. 2, 2024
DOI: 10.3280/jun60-2024oa17984

Abstract. *The individuation processes of the patient and analyst. Initial phases of the therapy with Rita*

In the present article the author will focus on how the working through of some dynamics experienced in the analysis with a patient helped her to give new sense of countertransference and of the content the patient brought to analysis which she has previously, too easily, dismissed according to a “given” model. Once available to experience the uncertainty, as Jung speaks of, and furthermore grasping the need to question the relationship with the fathers/analysts, she was then able to modify her approach to the work with the patient and this helped activate a profound reflection on her analytic attitude.

Key words: *individuation, countertransference, narcissism, analytic attitude, uncertainty, fathers.*

Introduzione

Sono passati alcuni anni dalla discussione del seminario di passaggio e mi trovo a riprenderlo in mano con un intento ben espresso dalle parole di Ogden “periodicamente cerco di capire chi sono diventato, e sto diventando, come psicoanalista; lo faccio scrivendo proprio di questo processo al meglio che posso” (Ogden, 2016).

A questo proposito, le fasi iniziali della terapia con Rita, una delle mie prime pazienti, si presta a ben illustrare il faticoso processo del passare dall’adesione ad un modello, alla consapevolezza del proprio specifico modo di lavorare, nel tentativo di percorrere, con un atteggiamento junghiano, il proprio *viaggio* individuale e individuativo.

“Dopo la rottura con Freud comincio per me un periodo di *incertezza interiore*, anzi di disorientamento. Mi sentivo letteralmente sospeso, poiché non avevo trovato ancora un punto d’appoggio”. Jung stesso parlando di sé in *Sogni Ricordi e Riflessioni* ci racconta di un profondo stato emotivo scaturito dalla rottura da una figura per lui fondamentale; avrà così inizio quel periodo della sua vita che Ellenberger definisce: “malattia creativa, la *nekya*, il suo *viaggio* attraverso l’inconscio” e che Jung stesso definisce “viaggio di esplorazione”, la cui origine sembra proprio essere in quella rottura.

Nel presente articolo parlerò, in particolare, di come l’elaborazione di alcune dinamiche e vissuti sperimentati in terapia con la paziente mi abbia permesso di dare un nuovo senso a ciò che la paziente portava e ai miei vissuti di controtransfert, troppo presto interpretati secondo un modello “dato”. Disponibile a vivere l’*incertezza* di cui parla Jung e cogliendo la necessità di mettere in discussione il rapporto con i padri/analisti, ho potuto così

modificare l'approccio al lavoro ed attivare una profonda riflessione sul mio assetto analitico. A distanza di tempo potrei dire che inconsciamente avevo dato inizio a quello che oggi viene definito il passaggio da una psicoanalisi epistemologica ad una psicoanalisi ontologica,

[...] da una psicoanalisi *epistemologica* (dove ha rilievo quanto l'analista sa e il paziente arriva a sapere di sé stesso) a una psicoanalisi *ontologica* (in cui diviene essenziale la presenza dell'analista, tutto ciò che l'analista è e riesce a diventare dell'esperienza emotiva del paziente). E in una psicoanalisi ontologica si può assistere a una trasformazione clinica significativa, in cui una teoria della tecnica incentrata sull'interpretazione potrebbe coesistere con una teoria della tecnica arricchita di nuovi strumenti-assenza di memoria e desiderio; capacità negative (cioè, capacità di sostare nel dubbio, nell'angoscia e nel caos senza sviluppare troppa persecuzione); essere in unisono (*at-one-ment*) emotivo; intuizione; atti di Fede; capacità di *rêverie*; linguaggio dell'effettività; trasformazione in sogno e in gioco; diventare O (diventare la verità dell'esperienza emotiva del paziente e della seduta) che consentono il trattamento dei pazienti più gravi (Manica, 2021, pp. 20-21).

Il primo periodo

Grazie a Dio sono Jung, non sono uno junghiano.
C.G. Jung

Nella prima telefonata, Rita, dal tono di voce flebile, mi appare garbata e gentile, mi dice che sta passando un periodo difficile, si sente un po' giù e vorrebbe parlare con qualcuno. Risulterà in questa telefonata, inaspettatamente, molto difficile trovare giorno ed orario per un primo appuntamento e dopo varie proposte da parte mia, accetto di riorganizzarmi e le fisso un appuntamento, l'unico che sembra possibile per lei.

Rita arriva cinque minuti in anticipo. È una donna alta, con un abbigliamento e dei modi che sembrano d'altri tempi. Cammina lentamente, parla piano e con calma, mi appare delicatissima, nonostante l'imponenza della sua figura.

Le chiedo come posso aiutarla; mi dice che si sente in gabbia, con pensieri che la assillano e dei quali non riesce a liberarsi, sono legati a delle decisioni che non riesce a prendere.

Rita ha da poco compiuto cinquanta anni, è sposata e ha tre figli. Ha perso entrambi i genitori ed è la quarta di quattro fratelli, parecchi anni la separano dal terzo. È laureata e ricopre un ruolo professionalmente importante.

Si definisce un'ottimista, senza paure, molto decisa e le difficoltà psicologiche sperimentate in questo periodo fanno sì che non riesca a riconoscersi.

Mi parla di un buon rapporto con suo marito, del padre, che era un uomo positivo ed un entusiasta della vita, e della madre, una donna dolce e accogliente.

A fronte di questo quadro, quasi idilliaco, nella prima seduta, nel racconto della sua storia e sulla scia del problema di salute che al momento la affligge, mi racconta

molti episodi in cui figure di cura, prevalentemente medici, si sono rivelati incompetenti e non degni di fiducia, mi racconta di quanto si sia sentita con loro in ansia e sotto esame, fino ad accennare a paure e sospetti di poter essere stata danneggiata da incompetenza ed incuria.

Questi racconti e il suo abitare la stanza d'analisi con circospezione e accortezza, contribuiscono a farmi sentire intenerita da questa donna che mi appare come “una bimba sperduta”¹, pronta apparentemente ad affidarsi a me, ma carica di vissuti di sfiducia al limite della persecutorietà, vissuti con i quali solo più avanti nel corso della terapia potrò prendere contatto e analizzare.

Oggi posso dire come già nella prima seduta si fosse evidenziata quella scissione che mi sarà chiara solo più tardi, e che allora mi vedeva reagire controtransferalmente solo ad una delle due polarità (la bimba sperduta pronta ad affidarsi).

Dopo i primi incontri definisco con Rita le regole del nostro incontrarci, il contratto terapeutico. Vivo però un profondo senso di disagio nel comunicargliele, mi sento timorosa e titubante nel parlare, cerco attraverso le intonazioni della voce di essere più delicata possibile e mi trovo a dare eccessive spiegazioni perché possa comprenderle-comprendermi, come se sentissi di poterla ferire o addirittura danneggiare con la durezza di quelle regole.

I primi mesi della terapia si incentrano su alcune situazioni lavorative da lei vissute con difficoltà, sulle preoccupazioni mediche, sulle decisioni che la mandano in confusione e sul rapporto con i tre figli adolescenti. In questi primi mesi inizia a portare i primi sogni, prevalentemente incentrati sulle figure genitoriali. Oltre ai contenuti, il primo periodo è caratterizzato da ciò che accade relativamente al setting: Rita all'inizio di ogni seduta afferma “*anche oggi ce l'abbiamo fatta*” e talvolta aggiunge “*non so se durerà a lungo, credo dovremo cambiare orario*”. Delicatamente e incessantemente arriva in ritardo o in anticipo, chiede spostamenti di orario e giorno, telefona, il giorno stesso della seduta, per chiedere se possiamo vederci un po' prima o un po' dopo, fino alla garbata richiesta, in una giornata, in cui lei non può venire, di incontrare, al suo posto, il figlio, che in questo periodo non sta tanto bene. L'impossibilità di rispondere positivamente a tutte le sue richieste è paradossalmente difficile da tollerare per me, mi sento come se dicessi di no ad un bimbo che non può comprendere e che si sentirà rifiutato. Non provo rabbia per le sue continue richieste ma, di contro, sento una grande fatica psicologica e un peso emotivo di difficile elaborazione.

Tento, quindi, di leggere i suoi vissuti e di tollerare il mio controtransfer attraverso interpretazioni silenziose di cosa stia accadendo tra noi secondo un modello già “dato”: la lettura è quella di un tentativo della paziente di “attaccare” costantemente il setting, frutto delle sue resistenze al lavoro analitico profondo.

In seduta quindi lavoro su una continua, delicata, seppur titubante, ridefinizione del setting e tento timidi interventi interpretativi che suscitano però in lei uno stupore addolorato. Sul finire di una di queste sedute, il mio sentire diviene un'immagine: *mi sento con lei come un elefante in una cristalleria*.

1. Questa immagine sarà presente durante tutta la terapia, concretizzandosi prima in un penoso vissuto controtransferale e poi in un penoso racconto della sua infanzia. Ne parlerò in conclusione di questo lavoro.

Mi sento inoltre, in questo primo periodo di terapia, spesso gravata da vissuti di incapacità e inadeguatezza.

La modalità prevalente con la quale mi avvicinavo al materiale clinico era quella di leggerlo principalmente come *derivato* (riferimenti indiretti a interventi errati/corretti del terapeuta)². Ad esempio, l'immagine "dei medici incompetenti dei quali non ci si può fidare", che spesso la paziente mi portava, mi sollecitava ad analizzare quali miei comportamenti generassero quelle *percezioni inconsce*, di incompetenza e inaffidabilità, comunicate dalla paziente per derivati; in continuità con il modello al quale facevo riferimento, li attribuivo ai miei tentativi malriusciti di assicurare alla psicoterapia una *cornice sicura*, attraverso il mantenere o correggere le *regole di base*. Solo successivamente ho potuto leggerli come i vissuti inconsci della paziente legati all'affidarsi, risvegliati dalla necessità di affidarsi alla terapeuta, ma gravati da ferite precoci sperimentate nelle relazioni di accudimento.

Diventava altresì sempre più chiaro che i miei tentativi di interpretare quelle immagini e quei vissuti della paziente nel qui ed ora della relazione secondo il modello "dato" venivano costantemente rifiutati, generando in lei una sorta di ferita e in me dei dubbi circa la validità di quel mio modo di procedere. Se tutto ciò faceva parte del mio bagaglio professionale, personale e teorico, chiaro e stringente, che avevo imparato e apprezzato nella mia formazione, il lavoro con Rita lo stava mettendo ampiamente in crisi e io non mi ci sentivo più comoda dentro. Da un lato, quindi, lo vivevo come un re-taggio rigido e ancorato difensivamente alla mia precedente formazione, ma dall'altro, invece, mi ostinavo a pensare che quella tecnica non l'avevo fatta sufficientemente mia, che forse ero agita da una qualche resistenza a mantenere la cornice sicura e ad entrare veramente nella relazione e nel processo terapeutico, in sintonia con l'interpretazione che davvo della paziente; quindi se ci fossi riuscita, pensavo, avremmo cominciato veramente a lavorare, avrei saputo gestire ed interpretare il tentativo della paziente di forzare la cornice sicura e sarebbero svanite quelle comunicazioni che descrivevano un terapeuta incompetente ed inaffidabile.

"Quanto alto è il rischio che, per eludere il dolore psichico, insito nel processo, siamo portati inconsapevolmente a usare le teorie come articoli di fede"³ (Jung, 1945).

2. Inizia qui ad essere evidente il modello a cui faccio riferimento, "modello comunicativo" di Langs, ma del quale farò un breve cenno più avanti (vedi note 6-7-8-10).

3. "Le teorie sono inevitabili ma come meri sussidi, se sono elevati a dogmi dimostrano che è stato represso un dubbio interiore. Psiche e mondo non possono essere ingabbiati in una teoria e le teorie non sono articoli di fede, ma strumenti di conoscenza e di terapia, altrimenti non servono a nulla" (Jung, 1945).

Mi sentivo che procedevamo “in stallo”.

Fortunatamente, però, andavo via via comprendendo che l’impatto con la realtà psichica di Rita e come essa si dispiegava nel nostro incontro dovevano trovarmi disponibile a rimettere in discussione le mie concezioni, per dirla con le parole di Jung “in questo caso occorre domandarsi se il terapeuta è disposto a lasciare che le proprie convinzioni si infrangano contro la verità del paziente. Se vuole continuare a curarlo, è costretto, volente o nolente, a mettersi con lui alla ricerca, senza pregiudizio alcuno...” (Jung, 1943).

Sento importantissimo sottolineare come il rischio sia stato proprio quello di “perdermi” la realtà psichica della paziente: i suoi sintomi, i suoi stati d’animo, i suoi racconti, le mie osservazioni e i miei vissuti rischiavano di “perdersi” nelle maglie di una griglia preconstituita che aveva smarrito per me, per la gran parte, il suo senso e non poteva restituirlo alla storia della paziente.

“[...] Ma un punto di partenza che mi sembra calzante in questo momento è l’idea di dover inventare una psicanalisi nuova, fresca, con ogni paziente” (Ogden, 2016), affinché, posso affermare oggi, le teorie che ci abitano siano espressione viva della relazione e come tali contribuiscano al nostro bagaglio teorico e non acquisizioni rigide nelle quali far rientrare il paziente.

Partendo da qui, “dovevo mettermi alla ricerca senza pregiudizio alcuno”.

È in questo periodo che Rita mi porta questo sogno: “*Ho sognato mio padre, gli dicevo che mi mancava moltissimo e gli chiedevo di venire a passare il Natale da me. Lui diceva che non ce n’era bisogno, poiché ero in buona compagnia*”.

Forse il sogno ci stava dicendo che l’analisi stava diventando per entrambe la “buona compagnia” e anche in virtù di questo sarebbe stato possibile, per ciascuna, modificare il proprio rapporto con “i padri”.

Cambio di prospettiva

C’è da disperarsi al pensiero di quanto priva di ricette o norme universalmente valide sia la psicologia pratica.

Esistono soltanto casi individuali, caratterizzati dalle esigenze e dalle pretese più eterogenee, al punto che in sostanza non si può mai sapere quale via prenderà ciascuno di essi; quindi, la cosa migliore che possa fare il terapeuta è rinunciare a ogni idea preconcepita.

Non per questo dovrà gettarle a mare; potrà usarle come ipotesi in vista di una plausibile spiegazione del caso in esame.

C.G. Jung

Alla ripresa del nostro lavoro, a settembre, Rita arriva con dieci minuti di ritardo scusandosi ma, mi dice, non ha potuto far a meno di rispondere ad una telefonata importante. La settimana successiva mi telefona all’orario della seduta, dicendomi

che sta per prendere un taxi e che sarebbe arrivata molto in ritardo, episodi simili si susseguiranno nei mesi successivi con una discreta frequenza. Dal canto mio, inizio a provare rabbia per i continui spostamenti, i costanti ritardi di orario e nei pagamenti, seppur continuo a percepire difficile sottrarmi alle sue richieste e riformulare il setting. Sempre più attenta, però, a percepire i miei vissuti comincio a sentirmi io “la cristalleria dove è entrato un elefante”.

È di questo periodo un sogno: “*Sono in un posto, tipo un villaggio, c'è una piscina su due piani dalla forma irregolare. Io e altre persone abbiamo il compito di sorvegliare questo posto, affinché non succeda nulla di particolare. A me capita di vedere un bambino asiatico, con lo sguardo cattivo, che vuole fare qualcosa con una lampada al neon di forma particolare. Lo prendo per i capelli per non fargli fare cose violente*”. Ecco alcune associazioni della paziente: il bambino secondo lei ha una bomba in mano, ma poi si accorge che è una lampadina. L'oriente invece potrebbe essere legato ad un libro che sta leggendo riguardante tecniche psicologiche orientali e del quale temeva di parlarmi, aveva paura che potesse interferire con il nostro lavoro.

Nonostante il tentativo inconscio di Rita, esplicitato dal sogno, “che nulla accada fra noi”, proprio grazie al sogno e alla lettura dei miei vissuti di controtransfert inizio a percepire tutta la sua rabbia e svalutazione. Mi accorgo come progressivamente si faccia strada un'immagine nuova di lei che fino ad ora era rimasta esclusa dalla mia coscienza, totalmente in ombra. Questa parte scissa della paziente, che compare nel sogno attraverso l'immagine del bambino asiatico, agita invece fino ad allora nella relazione, diviene portatrice di “luce”/consapevolezza proprio nel mostrare tutta la propria aggressività (bomba/lampadina al neon).

Gli aspetti scissi della paziente, onnipotenti, richiedenti, rabbiosi e quelli feriti, inermi, bisognosi (la bimba sperduta bisognosa di affidarsi delle prime sedute) si ricompongono, almeno, nella mia mente. L'elefante e la cristalleria sono sia aspetti scissi della mente della paziente, sia alternativamente parti della dinamica transfert-controtransfert.

Nelle sedute e mesi successivi, grazie all'intensa attività di approfondimento teorico-clinico⁴ e al lavoro con Rita che si faceva più profondo, iniziavo a formulare un'ipotesi diagnostica afferente all'area del narcisismo o, utilizzando una descrizione per immagini, direi che ci muovevamo nell'area dell'elefantiaco e del titanico⁵; rappresentazioni della mente si modificabili e provvisorie, ma capaci di riflettere quello che andavo vedendo di Rita, man mano che procedevamo con il lavoro di analisi⁶.

4. Seguivo, in quel periodo, il gruppo sui miti, poiché si era fatto sentire in me il bisogno in questa fase della formazione di lavorare maggiormente con le immagini. Inoltre, approfondivo quello che, sicuramente, proveniva da un retaggio medico, ma che ora potevo declinare in maniera meno rigida, cioè l'area della valutazione psicodinamica con un particolare interesse per le organizzazioni di personalità borderline e narcisistiche.

5. “Con titanico intendiamo ciò che non ha leggi, né ordine, né limiti” (Pedraza, 1987).

6. “Costruiamoci una teoria piccola (con la “t” piccola come potrebbe dire Giuseppe Maffei) che sia in grado di fornirci un *know how* minimale per lavorare con i pazienti ed

Nell'allargare le mie conoscenze e approfondire la formazione, stavo anche cercando "il mio punto di appoggio", il mio modo di lavorare. Stavo spostando, inoltre, senza apparentemente accorgermene, l'eccessiva attenzione autoreferenziale dal metodo al quale fino ad ora mi ero affidata, alla realtà psichica della paziente e, di conseguenza, al suo declinarsi nella relazione terapeutica, attraverso le dinamiche di transfert e controtransfert.

Cambiamento di prospettiva, con le sue implicazioni, che meglio non potrei definire: «Se voglio curare la psiche di un individuo [...] devo rinunciare a ogni saccenteria [...]; devo necessariamente seguire un procedimento dialettico [...] sarà possibile soltanto se darò all'altro la possibilità di presentare il più perfettamente possibile il suo materiale senza limitarlo con i miei presupposti. Il suo sistema entrerà così in relazione con il mio e agirà su di esso» (Jung, 1935, p. 9).

A mano a mano che andavamo avanti, l'atmosfera delle sedute si faceva più intima e profonda, come se Rita potesse ora sentire di "essere in buona compagnia" e potesse "contattare" quindi parti nuove di sé e, soprattutto, permettere a me di farlo.

Era emerso un sentimento di vuoto che pervadeva molti dei suoi racconti e compariva anche nei sogni con immagini di desolazione, freddezza spesso anche sensoriale (sensazioni corporee, descrizioni di paesaggi o architetture con colori e luci fredde). In più si facevano strada sentimenti di inadeguatezza e incapacità professionale che la esponevano a necessità di dipendenze rabbiose, evidenti nei suoi racconti, ma per lei ancora inaccessibili⁷ alla coscienza.

Diveniva sempre meno difficile per me, a questo punto, tenere insieme le due immagini, quella della bambina fragile e sperduta, profondamente dipendente e della bambina rabbiosa, richiedente, onnipotente; l'elefante e la cristalleria erano gli aspetti scissi di lei, e come tali, in un primo tempo, si erano manifestati nella relazione⁸. Poterli tenere insieme aveva mitigato in me la forza delle reazioni controtransferali permettendomi di essere maggiormente contenitiva (anche in senso bio-niano) e progressivamente aveva permesso alla paziente di integrarle.

Dunque, per andare avanti e non rimanere in stallo, avevo dovuto "dare all'altro la possibilità di presentare il più perfettamente possibile il suo materiale, rinunciando alla saccenteria" dei modelli usati come "dogmi" (Jung, 1945).

aggiungiamoci infine tutta quella ricchezza esperienziale che l'analisi della clinica e del controtransfert porta con sé" (Gallerano e Zippari, 2003).

7. "Le organizzazioni narcisistiche hanno in comune un senso di inadeguatezza, vergogna, debolezza e inferiorità [...] tentano di evitare ogni sentimento e azione che esprima la consapevolezza sia della fallibilità personale sia di una realistica dipendenza dagli altri" (Mc Williams, 1999).

8. "In ogni narcisista fatuo e grandioso si nasconde un bambino impacciato e vergognoso e in ogni narcisista depresso e autocritico è latente un'immagine grandiosa di ciò che la persona dovrebbe o potrebbe essere" (Mc Williams, 1999).

Riconoscendola, avevo restituito alla paziente la sua dignità, ciò che le apparteneva, finanche la sua psicopatologia; non sentendome responsabile, responsabilità/autoreferenzialità (non mi riferisco alla responsabilità etica implicita nel nostro lavoro) che il modello a cui facevo riferimento tende a sollecitare, uscivo anche io da una dinamica di onnipotenza-impotenza; dinamica che, fatalmente, appartiene sia all'uso dei *modelli come dogmi*, che all'organizzazione di personalità narcisistica di cui parliamo.

La situazione di stallo si era progressivamente risolta avendo potuto differenziare ciò che apparteneva alla natura della sofferenza della paziente e ciò che apparteneva a me e al mio modo di rapportarmi al lavoro e come tutto questo si declinava nella relazione terapeutica.

“Lo stesso Freud, riconoscendone l'importanza, ha accolto la mia richiesta che anche il terapeuta si sottoponga all'analisi. Che cosa significa questa richiesta? Sol tanto che il terapeuta è 'in analisi' tanto quanto il paziente e che, essendo come lui un elemento del processo psichico della cura, è esposto alle stesse influenze trasformatrici. Nella misura in cui il terapeuta si mostra inaccessibile a questo influsso, è privato del suo influsso sul paziente e, se è influenzato solo inconsciamente, si forma nel campo della sua coscienza una lacuna che gli impedisce di vedere il paziente come è in realtà. In entrambi i casi, il risultato della cura è compromesso” (Jung, 1929).

Per concludere

*I tempi titanici possono vedersi come un periodo di transizione
fra l'uomo primitivo e l'uomo colto, civilizzato [...] immaginiamo le forme dei Titani come una specie di antropomorfismo di confine (borderline).
Esistono tempi titanici nell'ontogenesi dell'uomo.*

R.L. Pedraza

La terapia con Rita prosegue, sono passati quasi cinque anni dall'inizio e siamo ormai riuscite a trovare una stabilità di orario e di giorno, Rita arriva quasi sempre puntuale.

L'atmosfera delle sedute è cambiata, Rita è maggiormente in contatto con sé stessa e meno spaventata, riconosce emozioni e stati d'animo che l'attraversano, li può nominare e condividere.

In una seduta emergono per la prima volta, mai così intensi, rabbia e dolore; piange, in seduta non lo ha quasi mai fatto, e mi dice: “*Mi sento inadeguata, mi sento come un animale ferito e non so dove andare a leccarmi le ferite*”.

Comprendo profondamente, adesso, la necessità che Rita aveva di lenire quella ferita, ritrovando in analisi l'onnipotenza infantile al fine di porre riparo ad una situazione traumatica precoce.

Riprendendo il concetto “di tempi titanici nell’ontogenesi dell’uomo” potremmo fare un’equazione fra tempi titanici e fasi dello sviluppo infantile. Ne *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi* Racamier (1993) definisce la seduzione narcisistica quella fase della relazione fra madre e bambino nella quale le leggi base sono: io e te insieme non abbiamo bisogno di nessun altro e insieme conquistiamo il mondo, esclusione del bisogno e senso di onnipotenza⁹. “Seduzione che mira a stabilire e preservare un accordo perfetto, senza fratture e senza tensioni. Madre e bambino vanno a bagnarsi nelle acque della seduzione narcisistica, che devono rimanere senza increspature, nulla deve intorbidire la serenità narcisistica ideale” (Racamier, 1993). Potremmo dirlo con le immagini mitologiche, alle nostre origini siamo stati titanici¹⁰, o con le parole della psicologia, all’origine siamo in una relazione di seduzione narcisistica. Ad un certo punto accade una cosa meravigliosa: il bambino senza sapere dove va, volge le spalle ad una madre che è come un’atmosfera intorno a lui e si distacca. Lascia la madre che è come un’assenza di bisogno, onnipotenza di vita e trova una madre che è un tu con cui relazionarsi¹¹.

Quando, però, invece di quell’atmosfera “titanica”, di assenza di bisogno e onnipotenza, c’è una ferita precoce (quando tutto ciò non si è potuto sperimentare), non è possibile andare oltre, non è possibile separarsi e accedere al lutto. La psiche, nel cercare di mantenere un equilibrio narcisistico, è sospesa in una perenne oscillazione fra tentativo di soddisfacimento di richieste onnipotenti, a sé e agli altri, e rabbia e vuoto¹² per l’inevitabile fallimento, in un’incessante ripetitività non trasformativa¹³, come ci ricorda Sisifo, figlio di Prometeo. Equilibrio narcisistico pericolosamente sollecitato, non tanto o non solo, dalle tematiche di riuscita e/o fallimento ma, soprattutto, dalla sfida della relazione, luogo della ferita primaria.

Quindi la patologia narcisistica come fissazione, sì, alla grandiosità infantile, ma in un tentativo di compensazione per le delusioni precoci nella sfera relazionale. La frustrazione sentita in analisi è quella che colpisce la posizione narcisistica del paziente nel rapporto con l’analista, analista che con le sue regole e le sue interpretazioni¹⁴, tese al cambiamento, “ripropone” la ferita primaria.

9. *La psiche nei miti greci* (Albini Bravo, 2010).

10. “Con titanico intendiamo ciò che non ha leggi, né ordine, né limiti” (Pedraza, 1987).

11. *La psiche nei miti greci* (Albini Bravo, 2010).

12. “Vuoto e eccesso titanico” (Pedraza, 1987).

13. “La psiche non apprende dall’eccesso titanico” (Pedraza, 1987).

14. “Il terapeuta e il paziente entrano insieme in una relazione di seduzione narcisistica, in cui i limiti e il tempo non contano più, in cui la grandiosità e l’onnipotenza suppliscono al desiderio e all’eccitazione, in cui non esiste più altro che un unisono senza fratture” (Racamier, 1993).

Comprendendo, quindi, e “accogliendo empaticamente” le richieste onnipotenti e narcisistiche della paziente, ho sentito contemporaneamente venir meno le richieste grandiose alla terapia e, il mio vissuto di inadeguatezza, già in parte elaborato, ha avuto una ancora più profonda comprensione.

La terapia può ora divenire quel luogo dove prendersi cura della ferita narcisistica¹⁵, sulla linea tracciata da Kouth che descrive la patologia narcisistica come una pianta il cui sviluppo si è arrestato per mancanza di sole e acqua, e per il quale è terapeutico “accogliere”, inteso in senso bioniano, idealizzazioni e svalutazioni, in una costante empatia per il paziente¹⁶.

Ricordo a questo punto un mio sogno di controtransfert di un paio di anni prima: *“Sono per strada e con me c’è la mia paziente Rita, parliamo, poi camminando lungo la strada che si fa in salita lei mi si butta addosso, come un peso che devo portare sulla schiena, sono stanca”*.

Il sogno sembra indicare che, oltre alla fatica di sostenerla e accoglierla, sperimentati anche a livello concio, inconsciamente avessi colto il bisogno “narcisistico” della paziente, ancor prima di averlo potuto mentalizzare. Il sogno potrebbe rappresentare anche una trasformazione più elaborata e meno distruttiva dei bisogni elefantiaci e titanici della paziente in relazione ad una mia trasformata capacità di accoglierli, non più una cristalleria messa a rischio da richieste elefantache ma due esseri umani e una schiena, affaticata sì, ma in grado di sostenerla durante il cammino.

Anche il mio rapporto con le regole ed il setting si modifica, ecco un mio sogno di quel periodo: *“Parlo con una ragazza giovane e le dico che le regole non devono essere rigide, ma sono importanti, altrimenti sarebbe come se il vaso alchemico non ci fosse”*.

La me, terapeuta più matura, parla alla giovane analista degli inizi.

Come dicevo, la terapia può ora divenire quel luogo dove prendersi cura della ferita narcisistica: lavorando sulle figure genitoriali, prima inaccessibili all’esplorazione analitica, Rita oggi può descrivere quello che ha vissuto, dare loro un volto nuovo, seppur dolorosamente.

Oggi Rita riesce a raccontare che sua mamma, a detta del padre e dei fratelli, molto più grandi di lei, dopo la sua nascita, era drasticamente cambiata rispetto alla donna che era prima; quando Rita era nata si erano sommate, per lei, una serie di

15. “Sta a noi dunque fare il lutto della “guarigione” del paziente [...] il fantasma “pietrificato” della sua “guarigione” non corrisponde a nient’altro che a una possessione narcisistica di dimensioni grandiose, i cui protagonisti sono al contempo nutrici e cannibali” (Racamier, 1993).

16. “La genesi dei disturbi narcisistici va ricercata in un atteggiamento ‘poco empatico’ da parte dei genitori che ha provocato l’arresto dello sviluppo a un ‘Sé grandioso arcaico’, del quale appunto i due tipi di transfert sarebbero la riattivazione nel transfert. È solo quindi permettendo al paziente di ripercorrere queste tappe evolutive attraverso un rapporto empatico col terapeuta, che il paziente riesce a mitigare o modificare il suo Sé grandioso” (Kouth, 1971).

vicende dolorose che l'avevano vista chiudersi e ritirarsi dalla vita sociale. Rita può descrivere la madre, prima idealizzata (la madre dolce e accogliente delle prime sedute), come una donna depressa e "senza vita", può dar voce ai ricordi di una madre, spesso fredda, scostante e, soprattutto, imprevedibile.

Rita è una donna in trasformazione, anche la sua fisionomia si è modificata: ora è una donna, non sembra più una bimba; più viva, seppur più sofferente.

Ultimamente è riuscita, dopo molti anni dalla morte dei genitori, a "mettere mano" alla loro casa: *"per me non è facile rimettere mano a questa cosa, mi sono resa conto che era come se fossi sulla bocca di un vulcano, c'era un sacco di roba che si muoveva sotto... è doloroso abbandonare..."*. Continua: *"Quando sono morti i miei genitori, uno dei miei fratelli aveva voluto portare via degli oggetti, lo sentivo come un usurpatore, come se volesse portare via cose ai nostri genitori. Gli avevo fatto muro, non volevo che si portasse via nulla, come se chiudendomi quella casa alle spalle, così come era, loro rimanessero lì per sempre"*.

Impossibilità di fare il lutto.

Lavoriamo molto su questa casa, su quello che c'è da tenere e ciò che si può dare via. Nella possibilità concreta e simbolica di differenziarsi da ciò che avevano voluto e fatto i suoi genitori, facciamo delle ipotesi su ciò che questa casa, Rita immagina, possa diventare.

Sembra che adesso nel mondo interno della paziente sia possibile archiviare il passato e far sì che il tempo riprenda il suo corso naturale.

E infine tornando ai titani: "Bisogna ricordare che il Titano Prometeo non voleva riflettere lontano dalla morte: egli voleva liberare gli uomini dal pensare sulla morte: "Io ho fatto in modo che gli uomini non prevedano la loro morte" proclama nel dramma di Eschilo; "Io planterò nei loro cuori una cieca speranza" (Pedraza, 1987).

Rita recentemente mi ha detto: *"Dottoressa non sono più un'ottimista, che non vuol dire essere pessimista, ma realista; io non ero un'ottimista, ero onnipotente, pensavo di essere invincibile"*.

Arrivata in terapia travolta dalla "cieca speranza", attraverso il percorso analitico può accedere alla "speranza". Arrivata sfidando la fragilità del corpo, nell'accettare la corruttibilità del tempo, può ora prendersene cura, sapendo di non essere invincibile, ma capace di fiducia e speranza.

Sembrano riecheggiare le parole di Winnicott a proposito del possibile esito dei processi analitici: "Noi riusciremo ad aiutarli se offriremo loro un'attendibilità che essi possano usare per smontare le difese costruite contro l'imprevedibilità e contro le sue terribili conseguenze in termini di orrore provato. Se avremo successo metteremo il paziente nella condizione di poter abbandonare, l'invulnerabilità [l'onnipotenza], e diventare una persona che soffre" (Winnicott, 1967).

Come non riconoscere che queste stesse parole di Winnicott valgano per noi analisti a lavoro quando tentiamo di usare le teorie come difese "contro l'imprevedibilità e le sue terribili conseguenze".

Bibliografia

- Albini Bravo C., a cura di (2010). *La psiche nei miti greci*. Roma.
- Bergeret J. (1974). *La personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris: Dunod (trad. it.: *La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi*. Milano: Raffaello Cortina, 1984).
- Craparo G., a cura di (2016). *Elogio dell'incertezza*. Milano: Mimesis.
- Ellenberger H.F. (1970). *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books (trad. it.: *La scoperta dell'inconscio. Storia ed evoluzione della psichiatria dinamica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).
- Freud S. (1974). *Epistolari. Lettere fra Freud e Jung, 1906-1913*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gallerano B., Zipparrì L. (2003). *Metodo, terapia, training analitico. Un itinerario a partire dall'insegnamento di C. G. Jung*. Milano: La Biblioteca di Vivarium.
- Green A. (1990). *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*. Paris: Gallimard (trad. it.: *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Milano: Raffaello Cortina, 1991).
- Jaffé A., Jung C.G. (1961). *Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung*. Zürich: Rascher (trad. it.: *Ricordi, sogni, riflessioni di C.G. Jung*. Milano: BUR, 1992).
- Jung C.G. (1929). Die Probleme der modernen Psychotherapie (trad. it.: I problemi della psicoterapia moderna. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Bollati Boringhieri, 1981).
- Jung C.G. (1935). Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie (trad. it.: Principi di psicoterapia pratica. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Bollati Boringhieri, 1981).
- Jung C.G. (1943). Psychotherapie und Weltanschauung (trad. it.: Psicoterapia e concezione del mondo. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Bollati Boringhieri, 1981).
- Jung C.G. (1945). Medizin und Psychotharepie (trad. it.: Medicina e psicoterapia. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Bollati Boringhieri, 1981).
- Kouth H. (1971). *The Analysis of the Self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago: The University of Chicago Press (trad. it.: *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).
- Langs R. (1988). *A Primer of Psychotherapy*. New York: Gardner Press (trad. it.: *Guida alla psicoterapia. Un'introduzione all'approccio comunicativo*. Torino: Bollati Boringhieri, 1990).
- Manica M. (2021). "E quindi uscimmo a riveder le stelle". *Il dialogo di Bion con la psicoanalisi*. Roma: Armando Editore.
- Mc Williams N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Setting*. New York: Guilford Press (trad. it.: *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999).
- Ogden T.H. (2016). *Vite non vissute*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ogden T.H. (2022). *Prendere vita nella stanza d'analisi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pedraza R.L. (1987). Sul titanismo. Un incontro fra la psicologia e la poesia. *L'immaginale*, 5, 8: 67-81.
- Racamier P.C. (1992). *Le génie des origines. Psychanalyse et psychoses*. Paris: Payot (trad. it.: *Il genio delle origini. Psicanalisi e psicosi*. Milano: Raffaello Cortina, 1993).
- Sassone A.M. (1992). Il processo di individuazione. In: Carotenuto A., a cura di., *Trattato di Psicologia Analitica*. Torino: UTET.
- Winnicott D.W. (1967). Confronto tra il concetto di regressione clinica e il concetto di organizzazione difensiva. In: Winnicott D.W., ed., *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.