

Cronache dell'oltresoglia

Mauro La Forgia

English title Chronicles beyond the threshold

Abstract The author of the essay analyses three clinical situations characterised respectively by oddity, experiences of inhumanity and communicative emptiness. In every case an early interruption of treatment was determined. The reasons for the problematic nature of the therapy are analysed through the clinical researches developed for these particular forms of psychological distress by L. Binswanger, H.F. Searles and B. Callieri. At the same time, the essay presents the difficulties that the therapist met in his attempt of establishing contact with cases seemingly unattainable and intractable.

Keywords interruption of psychotherapy, oddity, non-human therapy, talking cure

Spesso, durante le sedute, viveva palesemente il paesaggio esterno come un vortice di automobili in collisione, di treni sferraglianti e di aerei crollanti al suolo. Fu un momento memorabile quando, molti mesi dopo, mentre eravamo seduti fianco a fianco, guardando verso le finestre situate sul lato opposto della stanza, io iniziai a dire qualcosa e lei mi bloccò con un ordine calmo, ma fermo: «Stia zitto e guardiamo il panorama»; al che ci abbandonammo al placido, rilassato sentimento di comunione che stavamo vivendo. Sentii a questo punto, per la prima volta in tutto il mio lavoro con lei, che finalmente stavamo entrambi vedendo lo stesso dolce panorama dalla finestra.¹

¹ H.F. Searles, *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia* (1960), trad. it. Einaudi, Torino 2004, p. 292.

1. *Abbandoni*

La pratica psicoterapeutica è costellata d'insuccessi. Non potrebbe essere altrimenti per una forma di cura fondata sulle parole e sul velleitario tentativo di raggiungere attraverso di esse la mente degli altri per liberarla dalle angosce. Con il tempo e l'esperienza si riescono a evitare incomprensioni e opacità radicali su quanto sta accadendo in terapia. Si percepisce con un certo anticipo lo stato dell'arte e, se opportuno, si corre ai ripari, richiamando alla mente situazioni pregresse, usando espressioni di provata efficacia, raddrizzando *in extremis* un dialogo che si è avviato su un terreno accidentato.

Ma è proprio quando un certo automatismo sembra consolidato, e si ha la sensazione di poter contare su un'esperienza matura e in qualche modo inclusiva delle differenti circostanze di cura, che il repentino collasso di una relazione, l'abbandono di un paziente, ci colpisce, imprevisto, come un pugno allo stomaco: pensavamo che fosse scongiurabile tramite un'ormai acquisita competenza linguistica ed emozionale, e invece la rottura è irreparabile, definitiva.

Si cerca allora sollievo ripercorrendo quanto ha funzionato o funziona nelle molteplici terapie in atto; ancora, si considera difensivamente la specifica difficoltà di quel paziente e di quell'incontro. Ma è certo che una forma successiva d'*insight* su quanto è accaduto non può essere evitata, ed essa si manifesta con tanta più severità quanto più siamo andati avanti nel mestiere. Non abbiamo registrato quel comportamento, non abbiamo avvertito qualcosa di rilevante che pure il paziente ci stava trasmettendo, abbiamo impedito che una problematica emergesse con quella chiarezza che ora ci appare cristallina, la abbiamo soffocata nei meandri di una comunicazione che ci sembrava efficace.

Adesso quanto è avvenuto è diventato inutilmente evidente; andava visto prima, e non l'abbiamo fatto.

2. *L'oltresoglia della stramberia*

2.1. *Una coppia difficile*

Si presenta in terapia una coppia che sembra uscita da una *pièce* teatrale americana degli anni quaranta. Lei è sprezzante nel riferire della

slealtà, dell'inadeguatezza affettiva e dei fallimenti lavorativi del marito, questi ultimi posti a confronto con una propria posizione amministrativa non impiegatizia, esibita con sussiego. Lui è ingolfato nella sotmissione, nella condizione di esodato, nella colpa di aver raggiunto per internet una vecchia fiamma (e di essere stato scoperto).

La signora è una cascata inarrestabile d'insulti al marito; lui assorbe e tenta con preordinata inefficacia di contenere il fiume in piena; nel suo sguardo, odio e repulsione.

L'estrema violenza dello scontro mi spiazza più che in altre situazioni. Mi colpisce l'assenza di ogni considerazione delle motivazioni che ci vedono insieme: del fatto che si stia tentando una terapia o, almeno, una mediazione.

Tento la strategia del silenzio e dello stupore rispetto all'intensità dell'esibizione; la speranza è di un ravvedimento o di un ammorbidimento dello scontro iniziale. Ma la scena continua e s'inasprisce; di fronte al parossismo degli impropri sono costretto a entrare in gioco e a tentare di spiegare dove ci troviamo.

Ora, però, agli occhi della signora sono diventato il difensore del marito (o forse la sua copia fantasmatica), e anch'io sono oggetto d'insulti.

2.2. Invischiamento e contaminazione

Ciò che questa coppia mette in scena nella prima seduta analitica è l'estremo deterioramento di una relazione d'amore; un obiettivo apparentemente condiviso ma che sembra più appropriato descrivere come l'esigenza separata di due individui di esprimere ciascuno per suo conto l'estrema deformazione rabbiosa del proprio sentire, di scagliare sull'altro questa condizione per produrre il maggior danno possibile: per imbrattare, distorcere, evacuare, e ottenere in cambio un'analogia prestazione.

Invischiato nello scontro, l'analista diviene partecipe della strumentalità della situazione; si pone vagamente come precettore e finisce nelle mani dei suoi educandi; inservibile, se non per acuire le proiezioni persecutorie dell'una e rafforzare l'affilata aggressività passiva dell'altro.

Lo spazio analitico è ormai contaminato, e l'analista è al servizio di questa contaminazione, la conferma, la mette in atto.

Meglio sarebbe stato "tenere" sul silenzio, sullo stupore attivato genuinamente dalla situazione, uno stupore che viene invece tradotto in intervento attivo. Di fronte a uno sguardo che esprimesse "sorpresa"

per quanto avveniva, a una partecipazione silenziosa, la coppia avrebbe forse avuto una maggiore possibilità di osservarsi, di tematizzare l'accaduto nell'ambito della seduta o di rifletterci successivamente; offrendo una semplice *presenza* nello spazio psichico condiviso, e non una precoce verbalizzazione proveniente da uno spazio simmetrico, la terapia avrebbe di fatto avuto inizio.

Quello che invece accade è che la signora telefona dopo qualche giorno e annulla la seduta successiva.

2.3. *La stramberia in L. Binswanger*

Il lettore di *Tre forme di esistenza mancata*² può rimanere colpito dal fatto che, nella sua disamina della stramberia, L. Binswanger prenda le mosse dall'officina dell'*homo faber* – dal rapporto che quest'ultimo intrattiene con i suoi strumenti, la sua materia – per introdurre la complessa condizione esistenziale degli strambi.³ La vite che trova un ostacolo penetrando nel legno, che gira a vuoto, o si distorce, si «storta» – per cui è impossibile procedere senza rovinare vite e trapano – offre un suggestivo versante materiale alla descrizione di quegli «unici aberrati costituzionali nei quali non è soltanto, o prevalentemente, l'affettività a essere turbata».⁴

L'operatività distorta dell'*esserci strambo* è già inscritta in quel gesto cocciuto che pretende di procedere laddove si è evidentemente creato un ostacolo, fino a deteriorare strumenti e risultato. L'*esserci* heideggeriano – ampiamente richiamato da Binswanger nella sua ricerca dell'essenza antropoanalitica della stramberia – comporta che, nell'inevitabile strumentalità del rapporto col mondo, sia selezionato quel «complesso di rimandi», quell'insieme di mezzi, che «saturano» il bisogno di relazione in un corretto legame con la natura dell'oggetto; è appunto attraverso la scelta di una specifica articolazione delle proprie, concrete, modalità di relazione con la realtà che ogni esistenza trova la sua qualificazione. In breve, per ogni individualità, c'è una scelta dei mezzi – un

² L. Binswanger, *Tre forme di esistenza mancata. L'esaltazione fissata, la stramberia, il manierismo* (1956), trad. it. Bompiani, Milano 2001.

³ Ivi, pp. 48-49.

⁴ Ivi, p. 96; Binswanger utilizza qui esplicitamente una precedente definizione di E. Bleuler.

«per» – e una visione – un «in vista di» – che definisce il rapporto che ogni individuo instaura tra mezzi utilizzati e specificità dell'oggetto.

La stramberia spezza ogni equilibrio naturale tra mezzi e visione; con tipica mossa fenomenologica, Binswanger ci fa vedere come lo strambo ponga in atto un collasso sul *per* dell' *in vista di*, vanifichi, cioè, ogni progetto privilegiando il ricorso a regole, temi, ideali, astrusi e arbitrari. Usi bizzarri si sostituiscono al naturale svolgersi di bisogni e appagamenti; i mezzi più remoti, più eccentrici, divengono utilizzabili per raggiungere una finalità tutta interna al soggetto, e ciò va necessariamente a scapito della qualità e della sensatezza della relazione col mondo.

Appaiono emblematici i casi del padre che trova adeguato il regalo natalizio di una bara alla figlia malata di cancro⁵ o la testarda imposizione di una moglie (a un marito in miseria) dell'acquisto di un pianoforte, peraltro «completamente fuori luogo rispetto al resto dell'arredamento».⁶

In questi e altri casi è il «noi» che viene aggredito, cioè la capacità di coesistere, di convivere, e di condurre la propria esistenza nel rispetto dell'altro; l'articolazione stramba dei riferimenti all'oggetto, dei mezzi utilizzati per raggiungere uno scopo, si traduce in un'accentuata miopia del naturale *prendersi cura*, destinata a produrre a sua volta reazioni distorte in chi ne venga investito. La bizzarria degli usi colpisce al cuore ogni forma di orizzonte condiviso.

C'è una sorta d'ineluttabilità tra azione e reazione; lo strambo produce distorsione, stramberia; l'assenza di riguardo, la svalutazione, l'affronto elicitano difesa, durezza, rifiuto.

2.4. *Trascendenze amoroze*

Ho richiamato la trattazione binswangeriana della stramberia perché si presta bene a rappresentare quella sorta di riunione di strambi – di individui gettati dalla reciproca strumentalizzazione *oltre la soglia* del coesistere, del comprendersi – che si produce nel mio studio nel tentativo di terapia con la coppia di cui ho riferito.

Marito e moglie appaiono portatori di un *per* esclusivo, volto a esaltare la predominanza di un tema personale nella scelta delle finalità

⁵ Ivi, pp. 57-63

⁶ Ivi, p. 101. Binswanger riprende qui esplicitamente un caso di E. Minkowski.

dell'incontro. Il coesistere è subordinato a una sopraffazione, l'intento prevalente è di annullare l'altro, schiacciandolo sotto il peso di un punto di vista che si ritiene superiore, inattaccabile, ed escludendo ogni reale possibilità di dialogo. Ma anche l'analista è *stortato* dall'incontro, perde sensibilità, sviluppa un *per* unilaterale da far valere a discapito di una più matura accoglienza del disagio. È come se dicesse: «come vi permettete di comportarvi in modo così ineducato e insensato rispetto al lavoro che dovremmo condividere?». Ma maleducazione e insensatezza sono appunto quanto la coppia vuole sanare, intraprendendo una terapia.

C'è un antidoto proposto da Binswanger per l'apparente inattaccabilità della stramberia. Se è vero che là dove domina la stramberia l'amore muore o è già morto, allora, «seppure in rarissimi casi», lo strumento di trascendenza dall'agire strambo consisterà appunto nell'uso dell'immensa potenzialità terapeutica dell'amore, che ci consente di «essere al di là ed al di sopra del mondo» e di sperimentare un'estrema «libertà rispetto alla situazione».⁷

E indubbiamente si sarebbe manifestato più amore nell'ascoltare senza commentare, nel subire senza rispondere, nell'attendere di più (forse alcune sedute) prima di adombrare un intervento, una via d'uscita. L'analista avrebbe mostrato più indipendenza, più libertà dalla situazione iniziale, dall'orizzonte ristretto di narrazioni coartanti e di comportamenti aggressivi in cui i suoi interlocutori tendevano a confinarlo, inebriati dall'iniziale potenzialità offensiva concessa dal contesto; una presa di distanza amorevole avrebbe forse contagiato la coppia, conducendola oltre l'insulto beffardo.

3. *L'oltresoglia del non umano*

3.1. *Una donna abbandonata*

Va detto che non sempre l'ascolto empatico, la vicinanza affettiva, la *pietas* binswangeriana sono sufficienti a risolvere una situazione analitica complessa.

⁷ Ivi, pp. 106-107.

Una giovane manager inizia una terapia dopo aver subito un abbandono da parte del marito. La coppia ha tre figli di tenera età. La recente separazione ha assunto nell'ultima fase aspetti sconcertanti. La donna era a conoscenza della relazione extraconiugale del marito ma accettava di portare avanti la convivenza, nonostante il marito si assentasse pressoché ogni sera. Questo, con un misto di speranza nella ricongiunzione, di paradossale scotomizzazione di quanto stava accadendo, di terrore della separazione e delle sue conseguenze materiali.

Il marito, dopo aver a lungo colluso con l'indecisione della moglie, decide infine di andar via di casa e di chiedere la separazione. Inizia una storia infinita di avvocati, di contenziosi affettivi, logistici ed economici che coinvolgono ampiamente i figli. La donna entra ora in un conflitto violento col marito. È un coacervo di azioni bellicose, ripicche, cadute depressive, rilanci ostili.

Riferisce tutto questo in analisi, ma afferma anche di avvertire come mai prima un senso inquietante di deterioramento, di deformità, di disumanità.

Nella tempesta di agiti, di danni subiti e inferti, e tenendo conto dell'ingiuria reale subita dalla paziente, scelgo di non affrontare immediatamente in un'ottica interpretativa i vissuti di danneggiamento corporeo che la donna riferisce. Subendo in parte l'influsso dei punti di vista kohutiani e postkohutiani sull'opportunità – in situazioni di estrema fragilità e di pericolo di frammentazione – di anteporre un rispecchiamento empatico all'intervento interpretativo, decido di sanare *in primis* le ferite evidenti e, quindi, scelgo la condivisione del sentimento d'inammissibilità per quanto accaduto, l'accompagnamento partecipe nelle traversie della separazione, l'indicazione concreta di vie d'uscita dal conflitto che comportino meno danni possibili alla paziente e ai figli.

Trascorrono alcune settimane e la signora appare rasserenata. Sul piano della realtà sono state individuate forme di rapporto con il marito che consentono l'espressione della disistima senza sconfinare nell'insulto; con l'intento di pervenire a una maggiore chiarezza su quanto accaduto, ci si è soffermati sulla slealtà di un uomo che ha approfittato della fragilità della moglie per iniziare in modo esplicito, rimanendo in famiglia, una relazione extraconiugale, ma si è anche lavorato sugli aspetti di personalità della donna, su quanto introiettato in famiglia e

nell'adolescenza che potesse far luce sui motivi che avevano condotto la paziente a non gestire con più fermezza ciò che avveniva.

La terapia, condotta secondo canoni più volte sperimentati, sembra avere una sua efficacia sia rispetto alla gestione della separazione, sia nel porre le basi di una più profonda capacità della paziente di comprendere sé stessa. Ma la signora chiede a questo punto, e sorprendentemente, di chiudere il trattamento, sostenendo che «non le era d'aiuto». Segue un mese di sedute in cui mi affanno a rendere più pregnante il mio intervento, nell'ipotesi che non si fosse realizzato un sufficiente approfondimento analitico dei temi trattati.

È un tentativo evidentemente tardivo o non significativo: alla fine del mese, la convinzione della paziente è rimasta salda e mi devo arrendere alla richiesta d'interruzione della terapia.

Ovviamente, l'*insight* su l'errore commesso non tarda a investirmi: non ho affrontato con il dovuto coraggio i vissuti di disumanità – sconfinanti in una concreta sensazione di alterazione somatica – che la paziente mi aveva manifestato fin dalle prime sedute; frastornato dalle retoriche sul risarcimento narcisistico e sulla compresenza non interpretativa, ho finito per non esserci in quei plessi analitici in cui era invece necessario affondare le mani, e mostrare una presenza che avrebbe dovuto spingersi ben oltre quelle modalità vagamente aspecifiche di comprensione, di partecipazione e di consiglio che avevo messo in atto.

3.2. *Terapia del non umano*

Nella sua accurata disamina su *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia* H.F. Searles, in un'ottica di superamento di una concezione unicamente intersoggettiva della stabilità psichica, fornisce dettagliate esemplificazioni della centralità dell'ambiente nel costruire, orientare, guidare la nostra esistenza. La natura, le abitazioni, gli animali, le piante, i materiali sono, per Searles, elementi insostituibili del nostro stare al mondo, lo costituiscono, lo sorreggono. E, nell'ampia sinossi del non umano rilevante, Searles prende le mosse dal bambino e dai suoi primi oggetti, dai contatti sensoriali con quanto vissuto come altro da sé (e solo successivamente colto nelle sue qualità umane), fino a pervenire alla necessità, per ogni individuo adulto, di preservare una base sicura, una costellazione di “cose”, come si diceva, ma anche di “scorci” (una via, una piazza, un panorama, una casa dove

si è abitato o si abita) su cui appoggiare la propria sicurezza, nella continuità del quotidiano come nella nostalgia del ricordo.

Ovviamente, l'analisi della condizione ordinaria apre all'ampio spettro della patologia. Il non umano può diventare, nei casi più gravi, il rifugio esclusivo di un'individualità profondamente ferita, annientata nelle sue qualità umane e nella possibilità di mantenere un rapporto di coesistenza affettiva con le persone; si può giungere alla percezione di sé stessi e di parti del proprio corpo come entità non umane, provare angoscia rispetto alla possibilità che questo avvenga o, anche, desiderare che succeda rispetto a una sofferenza psichica insopportabile. Il non umano valica in questi casi *quella soglia*, quel limite, entro cui è stimolo alla crescita e sostegno a un'esistenza che scorre con naturalezza, e diviene ostile, scisso, presenza incistata e inquietante nel corpo stesso del malato.

La donna che teme di essere trasformata in albero perché «è già stata una pietra» e «sa cosa significa»⁸ o l'uomo che riferisce che un lupo è penetrato nel suo stomaco e che «sta gradualmente divorando le sue interiora, crescendo sempre di più fino a sostituire tutto di lui tranne la pelle»⁹ esprimono allo tesso tempo sia l'angoscia di una perdita conclusiva di ogni forma residuale di esistenza psichica, sia il desiderio che questo avvenga, per dimenticare le ingiurie subite (e sottrarsi a quelle che verranno).

Searles riferisce di condizioni psichiche gravi in cui la terapia si avvale, come iniziale punto di contatto, proprio di quella relazione esclusiva con il non umano che satura ormai il mondo psichico del paziente. Se l'ingresso nella malattia è segnato dalla sostituzione di relazioni intersoggettive dolorose con aspetti del mondo non umano, allora sarà possibile, con pazienti affetti da forme catatoniche acute, da schizofrenie paranoidi o da depressioni profonde, partire da sporadici accenni al non umano – l'interesse per un animale o per un albero, la percezione di una somiglianza tra parti dell'ambiente e luoghi dell'infanzia o della vita adulta, lo sguardo insistente su un oggetto

⁸ H.F. Searles, *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*, cit. p. 157

⁹ Ivi, p. 163.

della stanza del terapeuta – per raccogliere un’emozione sepolta su cui lavorare, seduta dopo seduta.¹⁰

3.3. *Far luce sulla metamorfosi*

Scorci essenziali sul non umano da cui era stata afferrata e che continuava ad avvincherla – pur mascherati da esplosioni di rabbia, azioni, resoconti di guerra – mi erano stati offerti dalla paziente di cui ho poc’anzi riferito: lo stupore, la perplessità, la *pietrificazione* di fronte al comportamento adultero del marito, e la successiva percezione di un corpo deformato, ghermito da una metamorfosi quasi mitologica, dovevano da un lato far intendere meglio la gravità del caso, e dall’altro avrebbero richiesto un sensibile e approfondito trattamento dei vissuti di disumanità.

Occorreva, in breve, una forma di presenza opposta a quella specie di empatia diffusa e generica che avevo esibito nel trattamento e che era stata evidentemente vissuta dalla donna come la cura palliativa di una deformità ormai consolidata e incurabile.

Per questo la terapia non era stata d’aiuto.

Afferrato dall’*insight* del dopo, mi torna tra l’altro alla mente un ricordo adolescenziale che la paziente aveva riportato e al quale non avevo attribuito la giusta importanza. I genitori della donna ammettevano come unica forma di cultura e di svago la lettura di testi classici. Niente cinema, né musica, né arte figurativa: attenendosi strettamente a questo bizzarro dogma educativo, avevano fortemente limitato, e per lungo tempo, le esperienze culturali dei figli; li avevano privati di quell’illimitato flusso di sensazioni e di emozioni che si può provare di fronte a un’opera d’arte, o ascoltando un complesso rock, o condividendo le intriganti sequenze di un film. Parti fondamentali dell’ambiente erano interdette, rese inaccessibili al contatto e al ricordo.

Un caso esemplare di stramberia riportato da Binswanger è appunto quello di un insegnante che sconsiglia ai suoi alunni di leggere po-

¹⁰ Estremamente interessante, da questo punto di vista, è il materiale clinico contenuto nel secondo paragrafo del VI capitolo “Confusione tra il sé e l’ambiente non umano” del libro di Searles; cfr. H.F. Searles, *L’ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*, cit., pp. 127-151.

esie perché costruite su metafore insensate;¹¹ in un altro esempio, un uomo sceglie di non leggere più «per non essere disturbato nelle sue riflessioni e ritrovare esclusivamente in sé le fonti del suo pensiero».¹² Forme di stramberia che richiamano l'atteggiamento disumanizzante dei genitori della mia paziente.

E la figlia, «stortata» à la Binswanger dalla rigidità normativa di padre e madre, andava evidentemente accompagnata in una consapevolezza via via più accurata delle cause della sua condizione, adottando una strategia tradizionale, interpretativa, che facesse luce sulla disumanità scissa assorbita dai rapporti familiari. Questo, senza trascurare – e anzi cogliendo e valorizzando in modo specifico e non genericamente supportivo – quella capacità che la donna aveva mostrato, in passato e nel presente, di fronteggiare la situazione, di divenire un'apprezzata imprenditrice e una madre attenta, di combattere, seppur a volte disordinatamente, la fredda strumentalità del marito: il flemmatico amore binswangeriano, nella sua ineffabilità «al di là e al di sopra del mondo», sarebbe stato più adatto a curare la stramberia dei genitori.

4. L'oltresoglia del vuoto

4.1. Interruzione di una terapia

Mi telefona una madre preoccupata per un'intermittente patologia asmatica del figlio, ritenuta di natura psicosomatica. L'appuntamento lo fisso con lui, un giovane di diciannove anni, studente d'ingegneria, che mi chiama successivamente.

Al primo incontro, il giovane si presenta accompagnato dai genitori. Sono un po' sorpreso dalla loro presenza (il ragazzo è maggiorenne) ma ricevo ugualmente l'intera famiglia per una breve presentazione e uno scambio d'idee.

Apprendo che padre e madre del ragazzo si sono in passato sottoposti a un trattamento psicoterapeutico, ricavandone un discreto giovamento. La madre pensa che anche il figlio ne abbia bisogno, sia per

¹¹ L. Binswanger, *Tre forme di esistenza mancata. L'esaltazione fissata, la stramberia, il manierismo* (1956), cit., pp. 67-72.

¹² Ivi, p.78.

trattare l'asma con un approccio non unicamente medico, sia perché nota nel figlio atteggiamenti di distrazione, dimenticanze, piccole assenze che ritiene possano essere curate con una terapia analitica. Il padre, poco convinto della necessità di intervenire su questa sorta di psicopatologia quotidiana del figlio, che reputa transitoria e tipica dell'età, è però anche lui preoccupato per gli accessi d'asma.

Il figlio ascolta in silenzio il dialogo tra me e i genitori; effettivamente, dà la sensazione di non esserci completamente. Mostra un po' meno della sua età, mi colpiscono gli aspetti ancora fanciulleschi del viso e della postura; sembra forzato dalle circostanze, ma non mostra eccessivo disagio. A una mia domanda diretta sulla sua intenzione di iniziare un trattamento risponde di sì, ma si lascia anche sfuggire qualcosa di relativo al fatto che gli sembra giusto aderire a ciò che i suoi genitori gli propongono.

Licenzio i genitori e parlo da solo con lui. Ora è più convinto, appare in qualche modo incuriosito. Mi accenna a un senso di estraneità che a volte lo afferra quando si trova in gruppo, ma è difficile saperne di più e non è il caso di insistere in una prima seduta.

Fisso un appuntamento per la settimana successiva.

Il giorno della seduta si manifesta un comportamento che caratterizzerà l'intero rapporto terapeutico. Il ragazzo ha dimenticato l'appuntamento. Me lo dice il giorno dopo, scusandosi con un messaggio al cellulare. Lo chiamo, cerco brevemente di indagare sui motivi della dimenticanza, che mi vengono esposti in modo piuttosto evasivo, accetto le scuse e fisso una nuova seduta. Ma anche questa volta non va bene. C'è un esame a giorni e il paziente non se la sente di venire; propone la settimana successiva. Non ritengo di azzardare per telefono interpretazioni o quant'altro, e mi riservo di chiarire a voce e in seduta.

Finalmente arriva. Il lavoro non è facile. S'inizia a parlare di quanto emerso con i genitori nella seduta iniziale, ma le risposte tendono a spegnersi o a condurre a resoconti minimizzanti: l'asma non è così invalidante come sostiene la madre, anzi scompare per lunghi periodi; le dimenticanze ci sono ma non sono gravi, e si manifestano solo raramente. Gli chiedo se c'è qualche difficoltà o problema di cui mi vuole cominciare a parlare. Risponde genericamente che va tutto bene, mi fissa perplesso e sembra quasi non capire perché è venuto e cosa ci stia a fare nel mio studio. Cerco di ottenere un minimo di partecipazione; gli chiedo dei suoi interessi, delle cose che gli piace fare. Mi parla dei suoi studi. Sembra che non ci sia altro.

Salta anche l'appuntamento successivo. C'è una ricorrenza familiare alla quale non può mancare. Chiede scusa con un messaggio; verrà tra due settimane. Apprendo incidentalmente quanto possa essere utile il tipo di comunicazione offerta dal cellulare per sottrarsi a una seduta e all'imbarazzo di un contatto telefonico. Questa volta non chiamo e aspetto gli eventi.

C'è una nuova seduta. Silenzio. Questa volta intraprendo la strada dei rapporti con i coetanei e con le ragazze. Tento di riprendere il discorso sull'estraneità accennato nella prima seduta. Ma sembra non esserci, per il giovane paziente, la possibilità di raccontare di sé stesso, di esporre eventuali conflitti o difficoltà. Mi dice di esser contento delle relazioni instaurate con i colleghi universitari, con cui studia ed esce di tanto in tanto; capisco che le ragazze e la sessualità sono ancora di là da venire; con una certa inquietudine realizzo di aver di fronte un diciannovenne con la maturità emotiva di un dodicenne; non quella cognitiva, perché gli studi vanno bene anche se sembra che gli interessi culturali siano interamente assorbiti dalla tecnica, dall'ingegneria.

A fine seduta scopro che ha dimenticato di portare l'onorario del mese.

Il lettore avrà capito che questa tipologia di seduta sarà replicata con poche varianti nei mesi successivi; assenze, anche di più settimane, dialoghi interamente sostenuti dall'analista, nessun resoconto spontaneo di episodi attuali o passati, niente sogni, silenzi. Percepisco, o forse fantastico, un'angoscia sottostante che non ha modo di emergere, e vado avanti per più di un anno. L'asma sembra scomparsa, ma il paziente non cambia atteggiamento, nonostante non manchino da parte mia stimoli e, a volte, piccole provocazioni su punti che potrebbero essere conflittuali o domande sulla sua voglia di continuare il trattamento. Le risposte sembrano pervenire da uno spazio parallelo; c'è un misto di reticenza, di timidezza, di assenza; mi scontro con il vuoto in ognuna delle poche sedute non disdette all'ultimo momento.

Evidentemente raggiungo a un certo punto un mio limite personale; non me la sento di essere retribuito per un lavoro che non riesco a portare avanti con un paziente che salta due sedute su tre, e non mi sembra sia opportuno insistere.

Propongo un'interruzione della terapia, aggiungendo che si potrà riprendere quando emergerà una più chiara motivazione. È forse lo scambio più espressivo dell'intera terapia, perché il ragazzo mi rispon-

de con gratitudine che è vero, che sarebbe stato meglio intraprendere l'analisi qualche anno più tardi.

4.2. *Le ragioni del vuoto*

All'interruzione non fa seguito quell'immediato *insight* sulle cause di quanto accaduto che si era manifestato nei casi precedenti. In definitiva, l'interruzione derivava da una mia scelta, e ciò che avverto nei giorni successivi è piuttosto un senso di straniamento senz'altro legato alla radicalità della posizione assunta; ma ho anche la piacevole sensazione di essermi liberato da un incubo.

Mi sforzo peraltro di attribuire un senso psicodinamico agli eventi, evitando la logica punitiva dell'errore e dell'autoaccusa.

I primi pensieri vanno all'ortodossia psicoanalitica e alla sua eventuale applicabilità a questo trattamento. Certamente, in un'ottica freudiana, si sarebbe potuto ritenere che assenze, dimenticanze, inibizioni – i presunti «atteggiamenti inservibili» cui fa riferimento Freud in *Ricordare, ripetere e rielaborare*¹³ siano il modo specifico in cui il mio paziente «ripete invece di ricordare»: ¹⁴ azioni che esprimono *nel presente* la sua sofferenza psichica e *insieme* erigono una difesa al riemergere di esperienze patogene *trascorse*. Adottando questa prospettiva “tradizionale”, il lavoro terapeutico avrebbe dovuto perseguire il non facile obiettivo di «ricondere questi elementi al passato»,¹⁵ di raggiungere il ricordo, afferrarlo nella sua complessa articolazione, riviverlo coraggiosamente. Ciò avrebbe condotto a un progressivo indebolimento di quelle coazioni comportamentali ed emozionali che limitavano drasticamente la vita del paziente.

Un punto di vista senz'altro efficace in molte situazioni. Che avrebbe però richiesto *la permanenza di una pur flebile comunanza d'intenti*; in breve, una tendenza allo stare con, alla condivisione, ancorché affidata in prima istanza a narrazioni parziali, a sogni reticenti, a convincimenti astrusi; ma questo materiale era drasticamente mancato nei mesi di trattamento del giovane universitario.

¹³ Il testo citato costituisce il secondo capitolo di S. Freud, *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* (1913-14) e si trova in S. Freud, *Opere*, vol. VII, trad. it. Borringhieri, Torino 1975, pp. 353-361.

¹⁴ Ivi, p. 357.

¹⁵ *Ibidem*.

Lavorare in assenza di condivisione e di contenuti, proporre ipotesi “di scuola” su quanto accadeva nella relazione e su ciò che determinava comportamenti e stato d’animo avrebbe assunto la connotazione di una verità imposta dall’alto. Non era in questo modo che intendvo muovermi col mio giovane-bambino; non possedevo elementi sufficienti per interpretare e rivelare alcunché, e nutrivo anche la sensazione che se l’avessi fatto avrei provocato soltanto danni.

Vagando con la mente su possibili rappresentazioni diagnostiche e cliniche dell’accaduto, le pagine di B. Callieri sulla fenomenologia della *perplexità*¹⁶ mi sembrano cogliere bene alcune peculiari condizioni psichiche del giovane universitario: era senz’altro percepibile un’incapacità di raccontarsi, un’assenza del «*dispiegarsi storico* (cioè dello svolgimento di un senso) e dell’*atteggiarsi discorsivo* (cioè del proporsi)»;¹⁷ la temporalità «tende(va) a ridursi a una semplice successione di momenti non articolati fra loro».¹⁸ Espressioni di un «inceppamento» del coesistere che sarebbero attivate, nella visione di Callieri, da un venir meno del corpo come intermediario dell’apertura al mondo: si assisterebbe, nella perplexità, a una disgregazione della presenza, sfibrata in ciascuno dei suoi tratti essenziali di sensibilità somatica e di «coscienza in situazione».¹⁹

Tutto ciò forniva una rappresentazione senz’altro seducente di quanto avvertito in seduta, ma era anche espressione di una psicopatologia prevalentemente interessata alla descrizione di stati prodromici della schizofrenia; un approccio rigoroso e profondo, ma di portata esagerata rispetto a quanto riscontravo nel giovane paziente, e cioè una perplexità di superficie, che presentava solo in forma lieve alcune delle dimensioni sopra descritte, e si avvicinava a un vissuto più comune e quotidiano di disorientamento.

4.3. Per una terapia delle parole

Per non diventare anch’io vittima di uno scacco della *coscienza di situazione*, proponendo una spiegazione dell’interruzione del trattamen-

¹⁶ Si veda il capitolo “La perplexità” in B. Callieri, *Quando vince l’ombra*, Edizioni universitarie romane, Roma 2001, pp. 137-149.

¹⁷ Ivi, p. 141.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ B. Callieri, *Quando vince l’ombra*, cit., p.140.

to in termini di una fenomenologia della perplessità – senz'altro pregnante, ma pur sempre “esterna” all'operare e al coesistere psicoterapeutico –, cerco di capire meglio quanto io stesso abbia contribuito al *manifestarsi di una soglia*, di un limite non superabile nella terapia del giovane universitario.

Rifletto sulla mia scelta progressiva, negli anni di lavoro, di una terapia fondata su un dialogo non formalmente diverso da quello che ciascuno di noi intrattiene ogni giorno con le persone care, con i colleghi di lavoro, con i partecipanti a un impegno collettivo di studio o di ricerca: un dialogo, almeno nelle intenzioni, privo di forme d'indottrinamento, nel quale ci si sforza di contrastare l'insinuarsi di desideri di sopraffazione emotiva o intellettuale, o l'attivarsi di logiche di potere; in breve, un confronto verbale che, se declinato in ambito psicoterapeutico, avrebbe dovuto esprimere l'unica pretesa di condurre i due attori del *setting* a una più chiara consapevolezza di sé stessi, dell'altro, di ciò che avviene nella relazione.

Nel tempo, ho maturato la convinzione che non fosse necessario altro o di più per caratterizzare il lavoro terapeutico.

Certamente, un dialogo con alcune caratteristiche sue proprie. Interrotto da pause, da silenzi, anche prolungati; era importante notare posture, intrecciare sguardi, osservare le risposte del corpo. Ma il cardine della terapia, lo strumento essenziale di quella *hybris* che ci fa ritenere di poter raggiungere e modificare la mente dell'altro rimanevano, a mio avviso, le parole.

In quest'ottica, il gioco linguistico “psicoterapia”, al pari di altri giochi linguistici di sapore wittgensteiniano, andava condotto rispettando regole essenziali, non codificate ma immediatamente emergenti avvicinandosi al tavolo dei giocatori:²⁰ occorreva ricercare forme verbali naturalmente emergenti dall'ambiente sociale condiviso; si potrebbe dire, ricercare una lessicalità del coesistere. Usare esempi concreti, luoghi comuni, metafore accessibili, identificare espressioni condivise di disperazione, di calma, di gioia, raccontare efficacemente la propria noia.

²⁰ Sul concetto di regola in Wittgenstein si veda A. Boncompagni, *Le vite degli altri. Conoscenza e alterità in Wittgenstein*, www.epistemologica.it

Se non era questa la sceneggiatura iniziale di una psicoterapia, occorre che lo diventasse; direi, anzi, che l'efficacia del lavoro procedeva di pari passo col crescere della qualità di questo genere di scambio verbale.

Pur ammettendo la parzialità di un simile atteggiamento terapeutico, non ho mai pensato di essere vittima di un gioco solipsistico. Credo che molti altri psicoterapeuti (non tutti) valorizzino una forma di psicoterapia fondata sul linguaggio. Certamente un linguaggio svincolato da ogni attribuzione epifenomenica e convenzionale, non subordinato a una presunta immediatezza dell'intuizione o a un'ideazione più o meno consapevole. Svincolate da ogni sovrastruttura, le parole cercheranno una loro peculiare completezza emotiva e figurale, esploreranno la fisionomia reale di persone e cose; come ben sostiene Maria Ilena Marozza, nel suo sforzo di porre la *talking cure* al centro della terapia psicodinamica, il linguaggio è l'artefice di «un collegamento strettissimo tra significato e figuralità, tra astrattezza concettuale e concretezza sensoriale»;²¹ ancora, «nello scambio verbale (...) si costituisce una particolare capacità di vedere; quella di *vedere un altro uomo* o, meglio, un *altro come uomo*».²²

È probabile che nelle stanze (che fantastico) luminose del Chestnut Lodge, immersi in quella temporalità infinita e indefinita in cui operava Searles, avvalendosi del contributo motivato di colleghi, assistenti, infermieri (e, addirittura, di personale amministrativo), possano esser stati curati pazienti *che hanno iniziato a parlare solo dopo anni di terapia*, che si sia potuto accompagnare con amorevole pazienza il risveglio alla vita di persone chiuse in un mondo autistico o afferrate da un'aggressività impulsiva e insensata.

Ma un paziente che viene in studio per un'ora e una volta a settimana, che salta le sedute e vive con sconforto il doverle pagare alla fine del mese *occorre che parli*. È necessario che trovi la strada per verbalizzare un'angoscia segreta o un conflitto dormiente; occorrono parole per capire sé stessi, per far capire quello che ci sta accadendo: le parole *sono* ciò che si prova.

Se mancano, è meglio aspettare che arrivino.

²¹ M.I. Marozza, *Dove la parola manca il segno. Negli interstizi trasformativi della talking cure*, in «Atque. Materiali tra filosofia e psicoterapia», 10 n.s., 2012, pp. 153-175; p. 158 (www.atquerivista.it).

²² *Ibidem*.

Riassunto L'autore del saggio presenta tre situazioni cliniche caratterizzate rispettivamente da stramberia, vissuti di disumanità, e vuoto comunicativo, in ciascuna delle quali si è determinata un'interruzione precoce del trattamento. Le ragioni della problematicità della terapia sono analizzate avvalendosi delle ricerche cliniche sviluppate per queste particolari forme di disagio psichico da L. Binswanger, H.F. Searles e B. Callieri. Vengono allo stesso tempo descritte le difficoltà e gli ostacoli soggettivi incontrati dal terapeuta nel tentativo di stabilire modalità di contatto e di cura con casi che sembravano presentare una costitutiva irraggiungibilità e intrattabilità.

Parole chiave interruzione della psicoterapia, stramberia, terapia del non umano, terapia delle parole

Mauro La Forgia È laureato in fisica e psicologia, si è specializzato in Storia della scienza presso la Domus Galilaeana di Pisa, ha insegnato Storia della psicologia, Psicologia dinamica e Psicopatologia generale all'Università "Sapienza" di Roma. È stato collaboratore-autore all'Istituto dell'Enciclopedia Italiana (Treccani), con funzioni di coordinamento del settore di psicologia. È analista del Centro italiano di psicologia analitica (CIPA), con funzioni di docente, di supervisore e di didatta. Recentemente, ha svolto ricerche sugli aspetti psicomodinamici dell'intenzionalità, sul ruolo dell'angoscia nella costruzione dell'identità, sul rapporto tra identità e stili comunicativi e sulla centralità della comunicazione verbale nella relazione terapeutica, ricerche pubblicate nei due libri, scritti con Maria Ilena Marozza, *L'altro e la sua mente* (Roma 2000) e *Le radici del comprendere* (Roma 2005) e nei libri *Morfogenesi dell'identità* (Milano 2008) e *Il mestiere delle parole. Cura e vita tra psicoanalisi, epistemologia e fenomenologia* (Pisa 2016). Ha, inoltre, pubblicato il libro *Sogni di uno spiritista. L'empirismo visionario di C.G. Jung* (Roma 2009), frutto di alcune ricerche storiche sulle radici culturali della psicologia junghiana.