

Interpretazione dell'emergenza.

« Credo che lo sviluppo della sensibilità analitica comporti fondamentalmente un potenziamento nell'analista di sentire in modo viscerale i momenti vivi di una seduta... di sperimentare quasi fisicamente che in un momento di silenzio durante una seduta ci si sente come distesi accanto a una moglie che...» (pag.15).
Ogden, T. H. (2001). Ai confini del sogno.

« Sono gli avvenimenti esterni a distrarti? Datti il tempo d'imparare ancora qualcosa di buono... (pag.29).
Marco Aurelio (170-180 D.C.). Pensieri.

Riassunto

L'autore espone alcune considerazioni sull'influenza che l'emergenza COVID-19 ha riverberato nel mondo interno dei pazienti e della terapia stessa. Prende in considerazione la fase iniziale, *Fase 1*, in cui il *lockdown* ha modificato l'assetto terapeutico. Nella successiva *Fase 2*, con la riapertura parziale della socialità, si pongono nuovi problemi riguardo alle fantasie collettive e a quelle dei pazienti, relativamente a un "ritorno alla normalità" che appare più oneroso e meno semplice di quanto si era fantasticato.

Vengono riportati il sogno di un paziente che si sta avvicinando alla conclusione della terapia durante il *lockdown*; il sogno pur in una seduta a distanza fa scaturire una sorta di intimità onirica condivisa tra paziente e analista. Tale intimità si ripercuote in una rêverie dell'analista al risveglio a ridosso della seduta. Successivamente viene riportato un flash clinico di una paziente che riprende le sedute in presenza nella *Fase 2*, ripresa che si rivela più complessa del previsto nella gestione di un'attesa riparativa tra un sentimento di timore e di speranza al tempo stesso.

Parole chiave: sogno, rêverie, aree traumatiche primarie, ricostruzioni, lavoro psichico, riparazione.

Summary

The author presents some considerations on the influence that the COVID-19 emergency reverberates in the internal world of patients and in the therapy itself. It takes into consideration the initial phase, *Phase 1*, in which the lockdown changed the therapeutic structure. In the subsequent *Phase 2*, with the partial reopening of sociality, new problems arise regarding the collective and patient fantasies about a "return to normal" that appears burdensome and less simple than one had desired and fantasized.

The dream of a patient who is approaching the end of therapy during the lockdown is reported; the dream even if in a remote session gives rise to a sort of dreamlike intimacy shared between patient and analyst. This intimacy is reflected in the analyst's reverie upon awakening close to the session. Subsequently, a clinical flash is reported of a patient resuming attended in person sessions in *Phase 2*, recovery that reveals a more complex wait than expected in the management of reparation process into feelings of fear and hope at the same time.

Keywords: dream, rêverie, primary traumatic areas, re-constructions, psychic work, reparation.

Premessa

La psicoterapia dopo la comparsa del corona virus si è trovata a fronteggiare situazioni delicate da molti punti di vista. Il primo, più evidente, è quello di dover accettare una sovra-determinazione del setting analitico per necessità esterne.

Diversi mesi sono passati e i terapeuti hanno iniziato a fare riflessioni sui condizionamenti e/o sulle opportunità inaspettatamente offerte alla pratica clinica dalle condizioni emergenziali. Vari "convegni webinar" sono stati svolti da molte istituzioni, compresa la SIPP, che il 4 luglio 2020 ha organizzato la giornata: "Pandemia: l'ascolto analitico dell'emergenza."

Inoltre possiamo già differenziare una *Fase 1* e una *Fase 2* di terapia esercitate *durante e dopo* il *lockdown*. Nella *Fase 1* possiamo dire che sia prevalso il tema dell'adattamento contingente a una terapia senza la presenza fisica ("da remoto") e in condizioni di spazio non definite dall'analista. Nella *Fase 2* molti analisti hanno ripreso a incontrare di persona i pazienti con le dovute precauzioni; non tutto però è rimasto uguale a prima e di questo parleremo più avanti.

La Fase 1

In questa fase ci siamo trovati in una situazione ribaltata: il mutamento del setting non è scelto in funzione del processo terapeutico bensì è imposto alla terapia da una realtà contingente. E' compito dell'analista comprendere le ripercussioni cliniche di tali cambiamenti sull'assetto profondo della relazione transferale e controtransferale e sul processo terapeutico stesso.

A un altro livello ci possiamo interrogare su come la coercizione sociale possa aver veicolato nei nostri pazienti resistenze, ripetizioni o agiti mascherati dall'emergenza. Oppure al contrario ci possiamo chiedere se sia stata favorita un'accelerazione regressiva e se sia integrabile *ecologicamente* nel processo terapeutico.

Infine ci possiamo domandare se il campo relazionale inconscio della realtà condivisa, descritto da Kaes (2015) nel concetto di *inconscio pluripsichico*, abbia introdotto un *terzo istituzionale* persecutorio ("Il cattivone che ci rinchioda in casa"). Il *terzo istituzionale* potrebbe però essere al tempo stesso facilitare l'intimità della relazione psicoterapeutica, per via dell'attenuazione del tempo coartato che precedeva l'isolamento emergenziale.

L'isolamento ha portato, ad esempio, svariati pazienti a sognare maggiormente o a riferire una maggiore intensità del sogno. Credo che quanto da molti definito come "senso di irrealtà", causato dal "confinamento", possa avvicinarsi a una sorta di **stato onirico di veglia** collettivamente vissuto. Rispetto a questo stato le varie forme di *flash mob* avvenute quotidianamente possono essere considerate una risposta rassicurante del gruppo alle ansie collettive.

Non è facile orientarsi fra le tante situazioni vissute con i pazienti: da chi ha utilizzato il *lockdown* per affermare l'impossibilità di trovare uno spazio per una seduta (impossibilità oggettiva o soggettiva?) con il piacere di sottrarsi ad un Super Ego persecutorio proiettato sul terapeuta, a chi telefona improvvisamente in preda a una crisi d'ansia a causa di un'accelerazione di tematiche inconsce che stavano emergendo, oppure a chi cerca di manipolare il setting, in nome della famosa reclusione, attraverso richieste di cambiamenti improvvisi, assenze o ritardi addebitati ai "telefoni in carica", e altro ancora.

Cosa abbiamo imparato sperimentando questa sorta di *setting in apnea*?

Il termine che accompagna l'ascolto in emergenza è: "da remoto". *Remoto* ha la stessa radice di *rimozione*, deriva dal latino *remotus* «allontanato, lontano», part. pass. di *remove*: v. rimuovere. La condizione *da remoto* sembra aver avuto una doppia valenza funzionale. Per alcuni pazienti il *remoto* è risultato essere una facilitazione all'allontanamento dalla terapia, in sintonia con la rimozione quale difesa che caratterizza alcuni processi terapeutici. Per altri pazienti, al contrario, il

remoto oggettivo pare aver consentito un riavvicinamento con il remoto soggettivo coincidendo con una slatentizzazione o accelerazione di un processo di emersione di sensazioni e ricordi, come vedremo nel primo caso clinico riportato più avanti.

Un elemento trasversale di tutta la *Fase 1* è stato l'adattamento a condizioni imprevedibili in cui il terapeuta veniva sollecitato a rispettare la funzionalità del setting, pur privato di alcuni suoi tradizionali presupposti (la stanza di analisi, la definizione dell'ambiente fisico, il tempo della seduta condizionato da problemi di connessione reali o enfatizzati). L'invarianza di tempo e spazio, elementi rituali funzionali alla terapia, viene "sporcata" dalle condizioni contingenti. Il terapeuta deve essere molto paziente e fermo compensando la parziale perdita dell'invarianza dello spazio-tempo con una costanza della qualità della relazione, o in altre parole con il *setting interno*. L'assetto mentale terapeutico deve essere una "base sicura" per il paziente che può essere perturbato dall'incertezza ambientale.

L'assetto dell'analista funge allora come supporto alla regolazione emotiva del paziente e della coppia stessa, una sorta di *rêverie* della lontananza persecutoria e dell'abbandono che l'emergenza ha decretato. In questo senso la lontananza emergenziale non può essere paragonata a quella di una seduta skype decisa di comune accordo tra terapeuta e paziente, perchè in questo caso non viene scelta dalla coppia e può essere percepita come un'intrusione persecutoria derivante da un evento catastrofico esterno (non dimentichiamo che il *lockdown* è una misura di prevenzione dalla possibilità di contrarre una malattia mortale).

In quel primo periodo il remoto e il rimosso si confondevano e non era semplice distinguere. Potremmo definire questa situazione come una situazione di complessità. *L'alterazione dello spazio-tempo tra remoto e rimosso*, tra lontananza imposta e lontananza funzionale possono essere alla base di questa complessità. La definizione di spazio e tempo sono due variabili fondamentali dell'assetto mentale. Entro queste coordinate avviene la regolazione emotiva che struttura le interazioni madre-bambino. Il paziente può sperimentare continue oscillazioni di vicinanza-lontananza, fusionalità-separazione rispetto a un analista oggetto di proiezioni genitoriali a livello transferale.

Un nostro collega nelle riunioni regionali propose l'idea di un «analista ferito», un'immagine suggestiva che mi colpì. In questo emergenziale (soprattutto nel *lockdown*) si è creata una situazione complessa di *scatole cinesi* in cui oggettività e soggettività continuamente si mescolavano. Il paziente è portatore di una traumaticità che l'analista aiuta a elaborare da una posizione usuale di asimmetria, ben scandita dal setting e dal transfert. Ma in questo caso anche l'analista condivide con il paziente la traumaticità di un pericolo che attraversa lo spazio-tempo (quindi l'identità) di entrambi. Il remoto può allora divenire il *segno di una ferita inflitta* anche all'analista. Lo stato di fragilità indotto dal Covid, è condiviso dall'analista che non è più il genitore onnipotente agli occhi della parte infantile del paziente che abita il transfert.

I pazienti emergenziali mi hanno sempre chiesto prima di iniziare: "Come sta dottore? Va tutto bene?". Mi facevano pensare alla preoccupazione del bambino che vuole un *care-giver* sicuro.

La Fase 2

A seguito della *Fase 1* abbiamo sperimentato che il valore iconico della stanza dell'analista veniva ridimensionato, le difficoltà di comunicazione riducevano la padronanza nella gestione del tempo, l'assenza del corpo fisico sottraeva qualcosa. Il *setting interno* del terapeuta rimaneva l'unico punto stabile in una situazione di instabilità generale. All'analista rimaneva infine il difficile compito di comprendere quanto le difficoltà potessero essere utilizzate dal paziente a favore di resistenze o al contrario fossero causate dall'emergenza.

Passando ora dal setting al paziente, dopo il *lockdown* egli ritorna in presenza, nella stanza di analisi così come nel mondo. Un rientro inizialmente gioioso, con parrucchieri e ristoranti di nuovo aperti... come "una volta". Ma ben presto si scopre che "i bei tempi" non sono esattamente ritornati.

La presenza tra gli altri è incerta e accompagnata da mascherine e precauzioni sanitarie. Viaggiare è problematico e le frontiere non sono tornate completamente libere. Una paziente riferisce: "non riesco a vedere mio figlio che ora è in Canada; per andare occorre fare una quarantena di due settimane in entrata ed un'altra di due rientrando in Italia...".

La fantasia di "un abbraccio negato" serpeggia tra i pazienti che a seconda delle differenti sensibilità/fragilità vivono uno spettro di sensazioni che va da un angoscioso accoppiamento negato ("il distanziamento sociale") al fantasma di una grave minaccia sino allo smarrimento ("non si sa dove andremo a finire...").

La ripresa mette di fronte a situazioni che vanno da pregresse rimozioni fino a sepolte dissociazioni. Constatiamo quello che afferma Green (1990): «Il ritorno del rimosso dà il via a un segnale di angoscia. Il ritorno di elementi scissi si accompagna, invece a sentimenti di grave minaccia: smarrimento, *Hilfslosigkeit* (Freud), annichilimento (M. Klein), disperazione senza nome (Bion) e disintegrazione o supplizio (Winnicott)» (pag.113).

Il pericolo rimane ambigualmente una dimensione interiore e contemporaneamente un'oggettiva situazione che sovradetermina l'analisi stessa, con esiti sia sul setting sia sui pazienti.

Al tempo stesso, però, la situazione *non è completamente negativa*. A tale proposito il Convegno della SIPP sull'ascolto analitico dell'emergenza da remoto, mi ha permesso di notare che il termine *emergenza* ha più connotazioni e non tutte negative. Secondo la Treccani infatti vi sono tre valenze semantiche:

- *drammatica*: "Attività svolta quando si verificano eventi non pianificati che possono produrre danni...".
- *vitale* secondo la Botanica: "Protuberanza della superficie del fusto o delle foglie... Possono anche contenere fasci vascolari...".
- di *sviluppo* proveniente dalla Filosofia: "Termine (ingl. *emergence*) con cui alcuni pensatori inglesi... caratterizzano il fenomeno del sorgere di una cosa, con proprietà nuove".

Queste valenze eterogenee ricorrono nei pazienti, soprattutto quelli meno gravi, sotto la forma della oscillazione tra una fantasia depressiva persecutoria ("siamo liberi ma solo in apparenza... quando finirà questo supplizio?") e una fantasia riparativa di sviluppo ("forse abbiamo un'occasione per riconoscere i nostri errori e costruire una vita e un mondo più sano").

Paradossalmente la ripresa mette di fronte a qualcosa che pare più difficoltoso dell'isolamento: il confronto con la complessità, l'ambiguità della situazione e l'*attesa*.

Se l'isolamento è stato per alcuni uno *splitting* tra un esterno persecutorio e un interno domestico fusionale e protettivo, il rientro mette di fronte a un oneroso lavoro di integrazione tra impotenza e speranza. Una sorta di "richiamo alle armi" della funzione riparativa del vivere nel mondo sociale, funzione ben descritta da Klein (1960) nel suo saggio sul vivere adulto.

Ma la sollecitazione a favore di assetti che prevedano una più intensa plasticità emotiva in grado di rigenerare la sicurezza di base, richiede un lavoro mentale non indifferente. «Una pioggia radioattiva» è la parola che un paziente ha utilizzato per esprimere la sensazione di continua intrusione di incertezze portate dal Covid nella vita quotidiana, nel modo di lavorare, nel viaggiare, nei contatti di vicinanza a vario titolo. Questi elementi *radioattivi* fanno pensare agli *elementi beta* bioniani (Bion, 1962) che devono essere continuamente assorbiti e possibilmente "cucinati", come direbbe Ferro (2007), per poter essere digeribili. Freud (1915) parlava di lavoro mentale a proposito del lutto. Sempre in *Lutto e melancolia* si fa riferimento a un oggetto morto che può diventare persecutorio nella melancolia.

Ecco, alcuni pazienti si trovano di fronte alla tentazione di consegnarsi alla melancolia uscendo dallo *omphalos* fusionale della propria dimora, non ritrovando più il bel mondo di una volta. Evitare la regressione melancolica o rivendicativa comporta un'attesa e una fatica mentale che

logora i pazienti esposti a questo *lutto latente* che si impasta con le tematiche interiori preesistenti la pandemia.

«Il campanello della morte è suonato per tutti» arrivò a dire una collega in una riunione molto intensa. Quella frase forte mi fece pensare proprio al lavoro del lutto descritto da Freud: in questo caso alla faticosa riparazione della perdita di sicurezza, al lutto del mito dell'immunità *illusoriamente* fornitoci dalla *narrazione sociale ipertecnologica*.

Un paziente istituzionale seguito per problemi di compulsività e dipendenza mi domanda ossessivamente quando finirà il Covid. Minaccia poi di rompere i mobili di casa se il virus non si sbriga a sloggiare perchè "lui non ce la fa più a sopportarlo". Può apparire un esempio semplicistico ma in realtà molti, anche se in misura minore, devono faticare per contenere e elaborare simili sentimenti di paura, rabbia e impotenza accumulatisi nel preconcio e nei sogni agitati.

E' interessante notare come *a livello sociale*, per evitare il dolore del lutto e la fatica dell'attesa elaborativa, non poche persone abbiano scelto la via della negazione se non addirittura quella del *diniego*. Questo per altro non dovrebbe stupire in una società che Lasch (1981) ha per primo definito caratterizzata dalla cultura del narcisismo e dove — come afferma Mucci (2018) — i disturbi di personalità sono molto diffusi e il 30 per cento dei più gravi ha a che vedere con il narcisismo.

Vi è un negazione agita che si vede per strada in coloro che indossano la mascherina come una collana ornamentale, affollano le spiagge, si assembrano... come se nulla fosse; una superficialità che fa pensare al voler negare con onnipotenza le non piacevoli conseguenze della situazione pandemica. Le posizioni di diversi governanti lo confermano incontestabilmente.

Esiste anche un diniego persino stupefacente se non *magico*: il rifiuto ostentato della mascherina, i covid-party clandestini, la teoria del complotto ("le bare di Bergamo sarebbero state piene di sassi" - è stato scritto su vari blog-). E come non pensare alle varie manifestazioni di piazza avvenute contro un... microrganismo!

Così come i focolai infettivi, sono sorti anche dei focolai psicotici di gruppo che possiamo interpretare come esempi di fragilità mascherata dall'onnipotenza e dalla dissociazione tipica di molte difese primitive. Il filosofo Bernard-Henri Lévy in "Giù la maschera, Covid-19" (2020) fa notare la follia di un'informazione che filtra tutto attraverso questa emergenza pandemica incrementando un persecutorio senso di attesa apocalittica.

Concludendo queste notazioni, credo che in alcuni pazienti della *Fase 2* si possano rintracciare i vari elementi descritti; soprattutto quello del disorientamento e della fatica mentale per la difficile integrazione oltre a quello della negazione, talora accompagnata da stati di ansia dissociati o da sofferenze somatiche. Nei pazienti più gravi notiamo il diniego e la rabbia compulsiva.

Nella parte clinica che segue riporterò un caso clinico osservato durante il *Fase 1 (lockdown)* e un flash clinico riguardante l'elaborazione delle ansie di rientro in *Fase 2 (riapertura tra paura e speranza)*.

Caso clinico durante il lockdown (*Fase 1*)

Vorrei parlarvi di un sogno raccolto dopo alcuni scambi telefonici avvenuti nella emergenza COVID-19. In questo sogno ritengo siano state elaborate angosce traumatiche che si erano *infiltrate* nella memoria utilizzando lo stato di allerta sanitaria, ma che potevano rappresentare il riemergere di aspetti della relazione del paziente con un oggetto difficile da "usare" secondo l'accezione di Winnicott (1971).

Descrivo una seduta in cui l'analista si è sentito *invitare* dentro il sogno dal paziente e dopo la quale l'analista stesso ha avuto una ripercussione in un proprio stato onirico successivo (Ogden, 2001).

Si tratta di una seduta particolarmente intensa di un paziente che pure era in fase di conclusione dopo non pochi anni di psicoterapia psicoanalitica iniziata con due colloqui *vis a vis*. Recentemente avevamo deciso di avviarcì alla conclusione e ridurre la frequenza a una seduta bisettimanale, sempre sul lettino. Ciò non ostante in seduta riemerge un forte sentimento transferale e controtransferale di identificazione empatica con il paziente.

Il paziente che chiameremo *Giorgio*, ha fatto un percorso di cui pare soddisfatto. Tormentato da un disturbo d'ansia, dall'adolescenza accusa episodi di sonnambulismo piuttosto che lo sconcertano. Ha avuto un ingresso traumatico nella vita perchè il padre morì di tumore pochi mesi dopo la sua nascita.

Il paziente appare però intelligente, determinato nel curarsi per "fare una vita più serena" e riuscire a liberarsi da un "intasamento" e da un'ansia frastornante che sente pulsare nella testa. *Giorgio*, arrivato come *ragazzo laureato* con un lavoro modesto, è riuscito a consolidarsi conquistando una soddisfacente posizione lavorativa, guadagnandosi la compagna che desiderava e da cui ha avuto una figlioletta in una bella casa che la coppia è riuscita ad acquistare. E' felice della paternità che pure aveva tanto temuto, prova sentimenti intensi e fedeli verso la figlia e la compagna, ha progetti. Si sente un *giovane uomo* in forze. Nella terapia è stata elaborata, per quanto possibile, un'area traumatica primaria derivante dalla morte del padre e da una conseguente esperienza paragonabile alla «madre morta» di cui parla Green (1980), prima che la madre si riassettesse a fatica dal pesantissimo lutto. Un'area di sofferenza traumatica primaria in cui sembra che la scissione e i meccanismi connessi abbiano protetto l'Io da conflitti attraverso una dissociazione e una sensazione di separazione tra sè e gli altri (Kernberg, 1984) e frequenti stati di ansia pervasiva. La dissociazione si esprime attraverso i fenomeni di sonnambulismo, di sensazioni somato-psichiche di "testa intasata", di una paura di perdere la fiducia degli altri (Ferenczi 1932), di frammentazione del sè soprattutto nei momenti di difficoltà nella relazione con il mondo esterno, come ben descritto da Bromberg (2008).

La seduta avviene telefonicamente, concordemente senza il contatto visivo *vis a vis*, dato che fa una terapia sul divano. E' il secondo appuntamento bisettimanale e il primo telefonico a causa della situazione sanitaria.

Giorgio inizia, come fa spesso, a parlare fluidamente e in maniera aperta. Lo sento accorato. Mi dice che lo stato di clausura inizia a pesargli anche se ogni settimana si reca nella struttura che dirige, per controllare impianti e procedure. Afferma che questi traslochi nella città vuota non gli fanno piacere, e inoltre ha avuto un'emozione di paura e tristezza quando ha dovuto *ufficialmente* chiudere gli impianti di riscaldamento e disdire una serie di scadenze. Dice di essere tornato volentieri nel suo nido con la piccola e la moglie. Un nido caldo in cui però a suo avviso la bimba "sente qualcosa di strano" nell'aria. E' incredibile - sottolinea più volte - come i bambini così piccoli possano percepire le atmosfere. Mi racconta che lui gioca molto, sia da solo e sia con la compagna, con la bambina cercando di compensare le mancate uscite con il passeggino. Poi aggiunge con tenerezza che ora lei "gattona all'indietro", si infila in "cunicoli" da cui non riesce a uscire da cui i genitori devono disimpegnarla, talora divertiti ma anche in allerta. Afferma però che questo isolamento, che pure accentua un piacevole senso di intimità familiare, gli crea delle tensioni che non sa descrivere. Inizia una dettagliata descrizione del sogno fatto la notte prima della seduta.

Giorgio: Certo non mi accade più di fare il sonnambulo ma sento delle tensioni... sogno tantissimo ancora più del solito... faccio sogni affastellati che si addensano uno dietro l'altro: stanotte ho fatto un sogno *molto forte*, dice con un tono confidenziale come di chi sta per rivelare un segreto.

Analista: Hmm... (*esclamazione spontanea in cui sento vicinanza e curiosità*).

Giorgio: Sognavo di essere al mio paese quando da piccolo giocavo con i miei amici nelle cantine a frugare per scoprire delle cose... erano cantine buie e stavamo tutti attaccati per la paura di perderci... io ad un certo punto mi ritrovo però solo e vado avanti, ho paura ma vado avanti e scendo fino a trovare una luce...

Analista: (pensiero) Mi sento preso dalla sua voce vibrante e dall'emozione che anima questa esplorazione.

Giorgio: Mi ritrovo in un piano che sta sotto il livello delle cantine, è il pollaio di mia nonna che era metà coperto ma aveva un'apertura su un grande terrapieno recintato che era alla luce e sporgeva dalla palazzina familiare sotto verso il campo. Le galline di giorno razzolavano lì e la notte andavano a dormire al chiuso... Ho paura ma sono anche contento di vedere le galline della nonna che mi coccolava tanto (Pausa).

Analista (pensiero) Mi sembra di vedere dal vivo la scena e come di essere lì con lui, come uno dei suoi compagni di gioco (*"sto regredendo" mi viene da pensare a un altro livello di attenzione, valutando il sentimento come controtransferale*).

Giorgio: sono contento perchè so dove mi trovo ma all'improvviso ho una paura terribile.

Incredibile! Guardo in alto e vedo proprio Antonietta (*la compagna*) affacciata al balcone che è in pericolo... potrebbe cadere di sotto o forse buttarsi...!

Analista: (sensazione) Sono assorto e sento di non poter dire nulla, anzi attendo un proseguimento. Ho un sentimento di simmetria con il paziente e anche un lieve torpore.

Giorgio: rimango lì fermo a guardare con un'angoscia incredibile... poi cambia la scena e mi ritrovo sempre in paese con gli amichetti, però più grandicello, intorno ai dieci o dodici anni, quando andavamo nelle soffitte a giocare a monopoli, a costruire qualcosa con gli oggetti che trovavamo... ero contento... sentivo mia madre che mi chiamava dal palazzo, ma non era spaventata, mi cercava... Il sogno finisce qui per quello che ricordo.

Ho una sensazione di sollievo come quando un aereo tocca terra dopo un viaggio con delle turbolenze. Mi sembra di riprendere contatto con il presente. Mi pare passato più tempo di quanto dice il display del cellulare... ho vissuto un tempo rallentato.

Mi ritornano dei pensieri che si erano fermati in questa sorta di ascolto ipnotico. Ho delle sensazioni corporee di alleggerimento come quando ci si alza da una sedia per sgranchirsi le gambe o quando si esce dal cinema e si sente il piacere di muoversi, dell'aria aperta.

A questo punto ho l'impressione di aver sognato insieme a Giorgio, di volermi risvegliare e al tempo stesso di entrare in una rêverie attraverso la ricerca comune di associazioni. So di trovarmi di fronte a un paziente con il quale si è sviluppata una solida alleanza, un paziente che ha già ricostruito tanta parte della sua storia e con cui tante sensazioni, interpretazioni e comprensioni sono state condivise. Un paziente però che ha portato nell'analisi un'area primitiva traumatica inaccessibile ai ricordi, sviluppatasi nel periodo della "madre morta", parte che, come dice Mucci (2018), si può condividere solo in una sintonia regolatrice tra il somatico e lo psichico nella vicinanza della relazione e della tessitura analitica. Un paziente che ha avuto fin da adolescente episodi di sonnambulismo con incubi che lo lasciavano sconcertato, espressione di un'area dissociata e non mentalizzata (Fonagy, Target 2003).

Sono anche sorpreso dal fatto che alcune sensazioni di quest'area - comparsa durante la terapia - riemergano ancora adesso in un periodo finale del processo terapeutico. Non so. Provo a procedere riprendendo la cornice della situazione dopo "l'atterraggio" dal sogno. Parto un po' da lontano cercando associazioni non solo sul sogno, ma su tutto il racconto della seduta che interpreto come pre-associativo. Gli chiedo qualcosa sulle emozioni di paura e tristezza che ha provato quando è andato a chiudere gli impianti della sua struttura uscendo dal *lockdown*. Emergono delle immagini di *città morta* in cui lui va a *officiare* lo spegnimento della caldaia... qualcosa che si ferma, nella città immobile... la città immobile viene da me associata alla famiglia immobile dopo il lutto del padre, all'aria pesante e triste che lui ha sempre sentito soprattutto nei primi anni in famiglia. La chiusura dell'impianto riporta al lutto del padre, le cerimonie che in suo nome venivano officiate, a uno smarrimento che gli ha fatto desiderare il rientro nella sua attuale calda famigliola. Qui nel calore domestico ha però sottolineato che la figlioletta, come tutti i bambini piccolissimi (come *anche lui quindi allora*) percepisce le *tensioni* dell'ambiente.

Passiamo alla figlia che "gattona all'indietro" e si infila nei *cunicoli*. In casa sua non esistono veri cunicoli ma invece ci sono nel sogno, nei corridoi delle cantine in cui ha paura di perdersi. Giorgio

annuisce e fa un collegamento con la sua claustrofobia adolescenziale, con la paura di passare nei tunnel in automobile, di cui mi ha molto parlato.

Dato che è preso dal giocare con la figlioletta gli propongo che forse anche lui, rispecchiandosi in lei, ha *gattonato all'indietro* nel sogno ritrovandosi piccolissimo a giocare con gli amichetti nelle cantine. Il frugare nelle cantine viene visto da entrambi come un frugare nei cunicoli del suo passato remoto cui l'analisi spesso lo ha portato e dove ritorna oggi, con la complicità della sensazione di tempo sospeso dell'emergenza sanitaria e forse anche della perdita della seduta settimanale programmata prima della chiusura sociale. La distanza tra le sedute rievoca altre distanze.

Sembra che ci intendiamo e lui afferma che in effetti l'isolamento attuale nella sua famiglia si è mescolato con le sensazioni di isolamento della sua famiglia originaria. Un pensiero comune ci attraversa; così come "le galline del pollaio" del sogno siamo anche noi tutti reclusi nel recinto emergenziale. Ma laggiù sotto le cantine e i cunicoli nel pollaio appare un pensiero drammatico: la compagna potrebbe gettarsi dal balcone! Qui Giorgio ritorna su una paura irrazionale che lo ha sempre accompagnato: i bambini possono cadere dai balconi, lui da piccolo aveva questa costante paura.

Gli faccio notare che nel sogno non c'è un bambino ma la sua compagna adulta. Ma la compagna è affacciata su un balcone del passato remoto. Lo interrogo, ci interroghiamo su questo. Giorgio non ricorda ma ricostruisce qualcosa: forse lui da piccolo ha percepito qualche brutto pensiero della madre, depressa con figli a carico, con iniziali difficoltà economiche e forse disperata... "forse poteva avere qualche brutto pensiero" afferma con un tono tra l'interrogativo e l'esclamativo.

Un certo silenzio aleggia dopo questa rincorsa di sensazioni e ricordi resa quasi onirica dal labile filo che ci unisce: una voce al telefono senza la compresenza di due corpi in una stanza, una seduta serale con il buio al di fuori delle reciproche stanze. Non è possibile offrirgli un rispecchiamento sulle fantasie ipotetiche di suicidio della madre ma posso fargli sentire che comunque le cose sono andate diversamente.

Per questo mi sento di fargli notare che il sogno non finisce con un incubo collegato allo spavento del balcone, ma che in realtà lui "cambia scena" e si ritrova più grandicello, non già in basso ma in alto, a costruire delle cose. Il lutto incomincia ad allontanarsi e lui si è organizzato. Giorgio collega questo ricordo più organizzato dei giochi in soffitta con i giochi dei cubi che fa oggi con la figlia. Ora un padre vivo esiste, ed è lui stesso. Il lutto è lontano ma rimane la paura di ritornare indietro, di regredire alle antiche paure traumatiche, il suo *vulnus*.

La seduta finisce poco dopo e Giorgio dice che si è emozionato molto, dice che continuerà a sognare molto ma spera di tenere testa all'emergenza e afferma che pensa di mantenere la frequenza ridotta delle sedute. Poi chissà, magari si vedrà.

Mi congedo anch'io emozionato, ma anche più leggero; ho la sensazione che il paziente stia reggendo bene l'impatto degli eventi e che sia in grado anche di utilizzare questa congiuntura così particolare per arricchire il lavoro fatto in terapia, magari aggiungere delle costruzioni impreviste.

Qualche giorno dopo la seduta mi capita una notte densa di sogni e di scene affastellate. Al risveglio mi viene da pensare che anche io risento della mia chiusura, oltre a quella di Giorgio e a quella che i pazienti riversano quotidianamente nelle sedute. Penso a un paziente istituzionale difficile che dovrò affrontare in giornata, il quale cerca con aggressività una *pelle-contenitore* come dice Britton (1992).

Poi però il pensiero va piacevolmente alla seduta di Giorgio e con insistenza mi torna il ricordo approssimativo del passaggio di Ogden citato in esergo.

Mi venne un po' da sorridere pensando che durante quella seduta a distanza mi era venuta la fantasia di andare sul lettino su cui il paziente si sarebbe dovuto distendere.

Flash clinico Fase 2

La paziente, che chiameremo Paola, è una donna di bell'aspetto, vivace e autoironica, che ha superato da poco i cinquant'anni, un'attività professionale che la coinvolge molto, un compagno che svolge la sua stessa professione, due belle figlie. Negli ultimi tempi si è appassionata alla poesia con frequentazioni qualificate. Ha iniziato da diversi anni una terapia bisettimanale sul lettino.

Venne per crisi di ansia e una compulsività che la portavano a frequenti scontri con il compagno e i colleghi di lavoro. A trent'anni circa aveva già svolto una psicoterapia psicoanalitica per fronteggiare crisi di panico invalidanti.

Nel primo colloquio, ci tiene a dire subito che il padre, uomo umile ma intelligente, la picchiava però al tempo stesso la appoggiava negli studi. La madre viene descritta come una donna semplice, generosa ma passiva.

Nel giro degli ultimi anni Paola ha patito diversi lutti e separazioni: la scomparsa della madre, il ricovero del padre in una residenza per anziani, l'entrata in una adolescenza ribelle della figlia più grande, la propria menopausa improvvisamente manifestatasi dopo una gravidanza interrottasi spontaneamente. Poco dopo è arrivato anche il Covid 19.

Per mesi puntualmente le nostre voci si incontravano nel silenzio della prima mattina, contenendo questa serie di lutti. Era una terapia che stava concludendosi ma veniva messa alla prova da un "remoto" che rischiava di essere percepito come un'ulteriore frustrante separazione.

In una seduta successiva alla parziale riapertura della *Fase 2* abbiamo avuto uno scambio:

Paola: "Dottore, sono andata subito dal parrucchiere, forse è una cosa un po' frivola! Ma dopo mesi di cimitero ci voleva! Sono stata contenta di sentire finalmente la gente vicino a me... si ritorna alla vita!".

Analista: "Dopo tante vicissitudini..."

Nelle due settimane successive la situazione appare un po' diversa, nelle sedute già riprese in presenza.

Paola: "Ho una strana sensazione, come se avessi paura di tornare a vivere... Certo posso riprendere a vedere i clienti e andare a piedi al mio studio ma ho l'impressione di stare in un grande ospedale a cielo aperto! Quando finirà insomma!?"

Analista: "Comprendo che lei desideri alleggerirsi dopo tutti questi eventi..."

Paola: "Sì dottore ma che cosa si può fare? Qui mi sembra di faticare più di prima, e che diamine!"

Analista: "Non ci è dato di dominare la realtà a nostro piacimento... però possiamo trovare dei modi per..."

Paola: "... Sono impulsiva, lei mi conosce... dopo tutte le botte che ho preso da piccola e le batoste accumulate da grande, sono a volte sopra le righe... ma poi ci rientro, non si preoccupi dottore... A proposito! Sto preparando una nuova raccolta di poesie da sottoporre a un premio letterario... almeno penso a delle cose belle..."

Analista: (*mi sento rassicurato, credo che la poesia sia per lei una riparazione creativa e una mentalizzazione al tempo stesso, come appena avvenuto in seduta attraverso il riconoscimento della propria impazienza*).

Nelle seguenti settimane Paola riprende a lavorare intensamente cucinando molte cose per le figlie, proprio come faceva la sua umile madre. In una seduta avvenuta dopo un mese circa, sembra iniziare a riassettarsi.

Paola: "Polpette e fascicoli dottore! Questo è ora il mio motto!!" (ride)... questa notte ho fatto un sogno: ero bloccata in una antica città in Giordania con il mio ex compagno - la città dove ebbi le crisi di panico, che lei sa, e da cui volevo ma non potevo scappare... non ricordo bene... ho poi come l'immagine di un perimetro... forse l'albergo, corro a sdraiarmi su un letto, esausta... poi non ricordo bene ma mi sveglio abbastanza tranquilla... che per me non è poco!..."

Si ravvede in questo sogno l'*angoscia pandemica* che fa riemergere le antiche crisi di panico,

avvenute in una situazione di coppia ma legate ai traumi primari del maltrattamento. La paura di non poter sottrarsi alla crisi fuggendo, di non liberarsi dall'angoscia traumatica viene riattivata dalla "morsa" della pandemia, da cui non si può scappare. Nel sogno compare però un perimetro; il perimetro, come ricerca contemporanea di contenimento e libertà, era comparso già in altri sogni e veniva associato al lettino dell'analisi e anche al tappeto rettangolare posto al suo lato.

Il mese dopo Paola prenderà "in adozione" (dopo il figlio mancato) una bella cagnolona meticcina che chiamerà con il nome di un personaggio letterario che ama perchè ribelle (atto che interpreto come riparativo della sua rabbia); la famiglia si riunisce affettuosamente e Paola compila una raccolta di poesie. In una seduta me ne legge alcune che hanno anche ottenuto una segnalazione; sento profondamente la sua autoironia e compassione verso alcuni aspetti deteriorati del Sè traumatizzato, che a inizio analisi erano tenuti in ostaggio dalla rabbia. Sono contento.

Il Covid 19 aveva in qualche modo dato un carico aggiuntivo proprio al pesante lavoro di riparazione delle parti traumatizzate con le quali si cimentava in conclusione di analisi. Si era comportata, come lei stessa dice in seduta, "sopra le righe" regredendo alla sua tipica modalità espulsiva di espressione della rabbia. Ma attraverso la poesia dei sentimenti, riscoperta in analisi, aveva compreso e rielaborato e la propria reazione compulsiva.

Bibliografia

- Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando editore, 1972.
- Britton, R. (1992). "Keeping things in mind.". In *Clinical Lectures on Klein and Bion*. London: Brunner-Routledge.
- Bromberg, P. M. (1998). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Ferenczi, S. (1932). *Diario clinico (Gennaio. Ottobre 1932)*. Milano: Raffaello Cortina, 2004.
- Ferro, A. (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy P., Target M. (2003). *Psicopatologia evolutiva: le teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Freud, S. (1915). *Lutto e Melanconia*. OSF, 8.
- Green, A. (1980). *La madre morta. Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Roma: Borla, 1992.
- Green, A. (1990). *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Milano: Raffaello Cortina, 1991.
- Kaes, R. (2015). *L'estensione della psicoanalisi. Per una metapsicologia di terzo tipo*. Milano: Franco Angeli, 2016.
- Kernberg, O. F. (1984). *I disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Klein, M. (1960). *Il Nostro Mondo Adulto Ed Altri Saggi*. Milano: Martinelli editore, 1972.
- Lasch, C. (1981). *La cultura del narcisismo. L'individuo in fuga dal sociale in un'età di disillusioni collettive*. Roma: Bompiani, 1991.
- Marco Aurelio (170-180 d.c.). *Pensieri*. Milano: Mondadori, 1989.
- Mucci, C. (2018). *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2019.
- Lévy, B.H. (2020). *Giù la maschera, Covid-19*. Quotidiano "La Repubblica" 17 luglio.
- Ogden, T. H. (2001). *Ai confini del sogno*. Roma: Astrolabio- Ubaldini Editore, 2003.
- Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 1974.