

Stati alterati di coscienza

Giuseppe Fulco*

*'Lasciamo andare il viaggiatore.
La sua nave si è capovolta e sta affondando,
ed egli forse sta annegando;
tuttavia, [...] proprio laggiù, nell'abisso,
si trova l'unico valore per lui vitale.
Per questo non dobbiamo allontanarlo da esso,
ma aiutarlo a compiere il suo viaggio e a
riemergere dalle sue profondità'.
(Campbell 1996 p.1)*

Stanislao arrivò al mio studio nel 2014, aveva 22 anni ed era appena uscito da una clinica riabilitativa dove era stato ricoverato per mesi a seguito di una violenta crisi psicotica durante la quale aveva aggredito sé stesso e distrutto quella che difficilmente poteva definirsi la sua camera. Si trattava piuttosto di uno spazio angusto, inteso come luogo di passaggio tra la cucina e il soggiorno, in cui tutti potevano accedere: per stirare come faceva la madre, per lavorare al pc come faceva il padre o per studiare come facevano le sorelle maggiori.

Dopo le dimissioni dalla clinica, dietro consiglio della psichiatra di riferimento, i genitori mi contattarono allarmati dallo stato mentale del figlio che aveva ricominciato a fare e dire cose che avevano sempre considerate come 'strane e bizzarre', ma che in realtà indicavano il graduale ritiro di Stanislao in un mondo tutto suo.

Già da bambino, infatti, in seguito ad un incidente automobilistico che dai tre anni lo costrinse a lunghe e critiche ospedalizzazioni, il paziente aveva iniziato a ritirarsi dalle relazioni passando diverse ore da solo davanti alla TV e manifestando sempre più raramente le sue emozioni. Fu però solo verso la pubertà che i segnali che qualcosa non andasse si fecero allarmanti. Stanislao aveva ormai tagliato quasi tutti i legami con i suoi coetanei parlando in modo

*Psicologo - Psicoterapeuta, Socio Fondatore e Presidente dell'Associazione META DivenirePensando. E-mail: giuseppe.fulco@gmail.com

sempre più frequente e incomprensibile di alieni, spie e magiche costellazioni astrali per poi chiudersi quasi completamente nel suo silenzio. Aveva cominciato, inoltre, ad avere seri problemi alimentari (rapide impennate e vertiginosi cali di peso) e a manifestare confusione, stati ricorrenti di agitazione e inquietanti convinzioni di provenire da un altro mondo.

In seguito al suo incidente i genitori avevano fatto tutto il possibile per salvargli la corretta mobilità portandolo dai massimi specialisti, ma quando il responso fu negativo e dovettero rassegnarsi all'idea che il figlio avrebbe dovuto convivere con la menomazione dei suoi arti inferiori, iniziarono a sprofondare in una spirale di accuse reciproche che li condusse, più tardi, alla rottura definitiva del loro rapporto. Fu così che quando Stanislao era adolescente si separarono e iniziarono a farsi la guerra per questioni economiche fino alla crisi psicotica del figlio.

Quando mi telefonarono erano insieme per la prima volta dopo anni, riavvicinati dal comune intento di aiutare il figlio, ma anche di non passare per 'cattivi genitori'. Risposi che mi sarei occupato di Stanislao a condizione di poterli incontrare in seduta quando ne avrei avuto bisogno per il mio lavoro. Inizialmente la risposta fu positiva (a patto che non si incontrassero), ma ben presto la loro disponibilità diventò sempre più rara, fino a saltare gli appuntamenti senza preavvisi né spiegazioni. Tali agiti avevano tremende ripercussioni sulla stabilità psicologica del figlio, costantemente deluso ogni qualvolta i genitori promettevano di stargli vicino per poi confonderlo con il loro comportamento contraddittorio.

L'anamnesi familiare descriveva assenza di disturbi psichiatrici prima di allora. Il dato più rilevante era rappresentato dalla massiccia componente di aggressività fisica e verbale espressa dai genitori. Frequenti erano, infatti, i violenti litigi che Stanislao aveva dovuto fronteggiare prima che questi si separassero definitivamente. Il padre si presentava come autoritario, svalutante e ipercritico su ogni cosa non rappresentasse o non si allineasse con il suo pensiero (politica, religione, ruoli tra maschi e femmine, buona educazione, ecc.). Uomo di successo nel proprio lavoro, sembrava fare molta fatica ad accogliere e prendersi cura delle difficoltà del figlio quando ciò lo riconduceva ai suoi limiti e imperfezioni. La madre, anche lei donna in carriera, era invece posizionata sul versante opposto a quello del padre e lo divenne ancor di più in seguito all'incidente suddetto. Dopo tale drammatico evento, infatti, reagì con angoscia crescente e sensi di colpa (era lei alla guida dell'auto), diventando al contempo più fredda emotivamente e più ossessiva nel controllare il figlio, invadendo i suoi confini nell'intento di proteggerlo da ulteriori pericoli.

Tali elementi sembravano aver favorito nel paziente un attaccamento insicuro e disorganizzato che, secondo Moskovitz (2016) rappresenta la base per la futura dissociazione. Quest'ultima, infatti, appariva come la risposta estrema di Stanislao al sovraccarico di stimoli e alla deprivazione

affettiva vissuta nel suo contesto di riferimento. L'unico valido supporto dentro casa era rappresentato dalle sorelle e da uno zio materno che si erano presi cura di lui fino all'adolescenza, quando tutto precipitò drammaticamente. Appena maggiorenne, le sorelle andarono via di casa mentre lo zio, che in qualche modo aveva compensato alle lacune paterne, morì di tumore poco dopo la separazione dei genitori.

Dunque, dall'infanzia all'adolescenza, in un clima di costante instabilità emotiva e precarietà dei rapporti familiari, si concentrarono nella vita di Stanislao diverse esperienze traumatiche: a cominciare dall'incidente con le sue ospedalizzazioni dolorose e prolungate negli anni (e le conseguenti ripercussioni negative sulla vita scolastica ed extra scolastica), passando per la difficile relazione con i genitori, fino al perdere gli unici sostegni che lo avevano aiutato a stare in qualche modo in piedi. Gradualmente tutto ciò rese estremamente vulnerabile Stanislao che, in un crescente e profondo vissuto di terrore, tentò in tutti i modi di difendersi da sensazioni devastanti di angoscia e depressione. Vissuti terribili che il paziente sembrava essere stato in grado di contrastare attraverso il ritiro psicotico che sancì il passaggio dalla precedente 'atmosfera delirante' al delirio vero e proprio (Jaspers, 1913).

Straniero in terra straniera

La psicosi come risposta ad una 'emotività insopportabile' (Garfield, 2007) viene associata al disturbo da stress post-traumatico (Bechdolf *et al.*, 2010). Sembra, infatti, che il trauma possa fungere da evento di rottura nei soggetti con un'elevata vulnerabilità portando alla slatentizzazione di un disturbo psicotico sottostante, soprattutto se gli eventi traumatici sono avvenuti nell'infanzia e nelle prime esperienze familiari (Van Os *et al.*, 2008).

In linea con tali dati, i sintomi riportati da Stanislao rientravano nel quadro di una psicosi schizofrenica associata a PTSD (Sims, 2004). In modo evidente emergeva una dissociazione tra ciò che diceva e il piano emotivo, presentava consistenti deficit di attenzione e di memoria (comparsa di flashback), la sua percezione era alterata (allucinazioni visive) e così anche il pensiero (delirio). Sul piano relazionale era marcato il suo ritiro autistico, mentre rispetto alla sua affettività riportava incongruenza e appiattimento. Stati di depersonalizzazione e derealizzazione minavano la sua coscienza mentre a livello verbale riportava continui neologismi e 'insalata di parole' che rendevano la sua comunicazione un rebus. La dimensione comportamentale, invece, era caratterizzata da stati di agitazione, aggressività autoeterodiretta e gravi disturbi alimentari e vegetativi (vomito e nausea). Infine, a completare il già grave quadro psicopatologico, c'era il marcato consumo di droga della quale Stanislao, dall'adolescenza in poi, aveva cominciato ad abusare. Tali sintomi manifestavano l'estremo tentativo del

paziente di reagire alla paura di impazzire e il relativo bisogno di costruire una identità alternativa, che attraverso il delirio di onnipotenza (delirio di invenzione) lo rendesse nella sua mente forte e risoluto, capace di riscrivere e ricomporre magicamente ogni cosa (anche i suoi arti, la coppia genitoriale e il senso della sua stessa esistenza).

I primi tempi facevo moltissima fatica a stare in seduta con Stanislao che, attraverso disegni astratti, formule matematiche e spiegazioni illogiche, cercava di comunicare con me dal suo mondo così lontano e diverso dal mio. Il carico di frustrazioni di cui facevo scorta in ogni incontro era pesante. Sul piano controtransferale mi sentivo confuso, disarmato e smarrito. In qualche modo avvertivo che Stanislao voleva farsi aiutare ed ero al contempo certo che volevo occuparmi di lui, ma ogni mio intervento, ogni tecnica usata, mi sembrava inutile, fallimentare e rendeva molto frustrante, a tratti intollerabile, la relazione analitica. Eppure, Stanislao mi riferiva puntualmente di attendere con impazienza i nostri incontri e, sorridendo, mi ringraziava alla fine di ogni seduta. Questo aspetto mi stupiva e, lentamente, iniziava ad incuriosirmi perché non capivo cosa lui traesse dalle nostre sedute quando io stesso ero stato più volte sul punto di interrompere, subendo per molto tempo l'aspetto che Searles (1979) definiva come la parte più difficile del lavoro con pazienti schizofrenici: 'Il perdurare della sensazione, alquanto angosciante, di una mancanza di relazione.' (p. 151).

Attraverso la sua lunga carriera come psichiatra alla Chestnut Lodge, Searles (1965) aveva però anche compreso che per un esito positivo nella terapia con pazienti schizofrenici determinate funzioni mentali dovevano essere inizialmente attivate fuori dall'individuo (nell'équipe curante) e che solo successivamente il paziente se ne poteva appropriare. Un concetto che (nelle forme della terapia individuale), ritroviamo anche nella Bucci (1997) quando scrive che l'obiettivo ultimo della psicoterapia è aiutare il paziente ad avere una 'vista emotiva', intesa come la capacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni più dolorose e sviluppare una maggiore consapevolezza dei suoi stati emotivi. Una capacità che può essere riacquisita dal soggetto solo attraverso la fiducia nella vista emotiva dell'analista. Fiducia che deve essere recuperata favorendo, innanzitutto, la diminuzione dei sintomi di disagio psicologico (Van der Hart, Nijenhuis *et al.*, 2010).

Bisognava, perciò, in primis favorire maggiori capacità adattive per rafforzare il senso di stabilità e sicurezza del paziente considerando che, a causa del suo funzionamento psicotico, mancava un punto di incontro tra il suo mondo e il mio. Mi sono allora avvalso del concetto di 'oggetto organizzatore' di Selzer e Carsky (1990) che nel lavoro con pazienti schizofrenici invitano a creare uno spazio fatto di codici condivisi per infondere fiducia nella relazione analitica. Una tecnica questa che consente a terapeuta e paziente di parlare di ciò che accade tra loro attraverso il linguaggio di quest'ultimo. Linguaggio che deve essere inteso come metaforico, poetico e a

cui si deve rispondere con codici comunicativi simili per stabilire un prezioso e 'creativo' (Gabbard, 2015) contatto interpersonale ed emotivo.

Siccome Stanislao parlava come se visse in una sorta di storia fantastica, magica, che si sviluppava tra insidie mostruose e superpoteri eccezionali, ho iniziato a relazionarmi con lui come se fossimo in un gioco di finzione riadattato in chiave clinica. Un tipo di gioco in cui si condividono emozioni vere descrivendo situazioni che, al di là di quella configurazione spazio-temporale, appaiono come fittizie e surreali. Come nei giochi di fantasia che si fanno da piccoli, mi attenevo, di conseguenza, alla regola base del loro funzionamento: gli elementi narrati non possono essere svelati come qualcos'altro fino a che 'non si esce dal gioco' (un monito a non toccare le difese finché non avessi avuto qualcosa di meglio da offrirgli). Tale tecnica era diventata il nostro oggetto organizzatore, utilizzato per sintonizzarmi su di un funzionamento mentale a me noto sebbene desueto, a cui invece il paziente si atteneva rigidamente finché, come vedremo più avanti, non comincerà a valutare altre narrazioni e sviluppi possibili della sua storia.

Il gioco di finzione facilitava così la creazione di una 'zona di sviluppo prossimale' (Vygotskij, 1980), intesa come dimensione mentale attraverso cui poter uscire dal proprio ruolo e conoscere quello degli altri e in cui la realtà può essere manipolata, reinterpretata e attraverso la propria immaginazione dare alle tragedie vissute un altro finale (Di Pietro, Sila, 2018). Rappresentava, quindi, un ottimo strumento per esplorare in sicurezza la drammatica esperienza emotiva del paziente, comunicare con il suo linguaggio delirante e provare a decifrarlo. Inoltre, attraverso questa sorta di psicodramma in cui emergevano in forma stravolta gli eventi traumatici, le esperienze e i volti significativi della storia di Stanislao, mi rendevo conto che la nostra relazione clinica funzionava molto meglio e a volte, prima del nostro incontro mi sorprendevo a chiedermi: 'chissà dove andremo oggi'.

Così facendo, assicurandomi saldamente all'albero maestro dell'osservazione analitica (Sullivan, 1954), ho cominciato a spingermi con 'permanente curiosità' verso la realtà-reale e la realtà-fantasia che era in gioco nella nostra interazione (Minolli, 2007). Ciò mi ha permesso non solo di vivere con meno ansie e frustrazioni le nostre sedute ma, accogliendo il suo modo di raccontarsi, ho potuto decifrare sempre più accuratamente il sistema comunicativo celato dalla sua fortezza delirante. È stato allora che ho cominciato a comprendere come mai il paziente fosse così grato di poter, finalmente, condividere la sua realtà con qualcuno che non giudicasse il suo mondo popolato da atmosfere magiche e tenebrose, malattie terribili e invenzioni strategiche. Di tutto ciò, infatti, dall'adolescenza in poi, Stanislao non aveva mai più parlato per non ritrovarsi atterrito dalle critiche violente del padre o per non spaventare la madre che inorridiva nel sentirlo parlare in quel modo. In questo silenzio obbligato e assordante il paziente sembrava essersi rinchiuso in un 'terrore senza parole' (Van der Kolk,

McFarlane, 1996) che non potendo essere comunicato agli altri perpetua il senso di isolamento e solitudine.

Falso baratro

Col passare del tempo cominciavo a vedermi come la madre accogliente e incoraggiante dell'esperienza del 'falso baratro' (Sorace, Emde *et al.*, 1985) ritenendo che ciò mi avrebbe permesso di aiutare il paziente a gestire e rielaborare le sue emozioni caotiche e a superare il vuoto angosciante lasciato dalle sue drammatiche esperienze affettive. Quel che allora non capivo però è che, dal punto di vista di Stanislao, era vero esattamente il contrario: era lui a tendermi la mano e ad incitarmi (a suo modo) a prendere coraggio e varcare la soglia della paura che vivevo nello stabilire un contatto con la sua realtà. Tale sensazione di paura era evocata in me dall'inquietante possibilità di specchiarmi attraverso la relazione con Stanislao in una versione ignota di me stesso (Benedetti, 1987) in cui, non conoscendo codici e strutture di funzionamento, temevo di perdermi e andare in pezzi.

Il paziente usava sempre meno il linguaggio criptico, fantastico e surreale degli esordi, segnale che interpretavo come l'abbassamento del suo stato di angoscia in concomitanza alla crescente fiducia nella nostra alleanza terapeutica. Diversamente da quanto immaginavo però, accedere al suo mondo non significava affatto non aver margini di manovra ma, al contrario, mi permetteva di contrattare le forme comunicative. Così facendo si poteva cominciare a interagire attraverso parole meno vaghe e confuse, sempre più dettagliate di emozioni e ricordi, ed entrare in contatto con il suo mondo interno. Una possibilità preclusa prima di allora poiché la sofferenza indicibile e intollerabile che aveva costretto il paziente a ricorrere alla psicosi (Garfield, *op. cit.*) non poteva essere sentita né da lui né da altri. Farlo, sostiene Moskowitz (*op. cit.*), significherebbe danneggiare ulteriormente il già precario equilibrio interno in una fase in cui non si è ancora pronti per una visione alternativa di sé.

Verso il quarto anno di terapia, dopo svariate resistenze, Stanislao iniziava lentamente ad uscire dal suo isolamento, a fare piccole esperienze sociali come il frequentare un centro di ippoterapia e anche un centro diurno per pazienti psichiatrici. Tale apertura a nuovi scenari terapeutici fece sì che il processo clinico, inizialmente basato su di un approccio 'supportivo', integrasse sempre più anche un 'intervento espressivo' (Gabbard, *op. cit.*) nell'intento di favorire maggiormente l'esplorazione delle sue memorie traumatiche e comprendere meglio come le emozioni vissute avessero alterato i suoi stati di coscienza e viceversa (Damasio, 1995).

In tale nuova dimensione terapeutica cominciavano a prendere sempre più forma momenti intensi ma brevissimi in cui Stanislao mi stupiva con i

suoi rapidi passaggi dal pensiero delirante ad una forma di pensiero in cui il delirio era assente. Ogni tanto, infatti, nei nostri incontri mi mostrava la sua capacità di parlare dei suoi traumi con una chiarezza mai vista prima di allora e che quasi non ritenevo fosse capace di esprimere a causa dei suoi radicati stati dissociativi. Incontro dopo incontro, Stanislao metteva lentamente da parte le narrazioni deliranti che avevano caratterizzato la nostra comunicazione nei primi anni di analisi per farmi vedere quanta salute mentale era nascosta dietro il suo ricovero in psichiatria (Basaglia, 1997). Parlandomi in modo più chiaro della sua infanzia non ometteva più le emozioni come faceva un tempo ma, anzi, i nostri incontri ospitavano lacrime e rabbia, citazioni di film, poesie o canzoni attraverso cui potevamo capire sempre più il perché dei suoi sintomi. Venivo così a conoscenza di altre esperienze traumatiche che aveva sempre taciuto (come le agghiaccianti confidenze rivoltegli dalla madre e la conseguente difficoltà nelle sue relazioni intime e sessuali) e di come tutto quel che aveva vissuto fin dalla sua tenera età lo avesse lentamente investito del ruolo non voluto di 'paziente designato' (Bateson, 1977) all'interno del disfunzionale assetto familiare.

Dagli scenari persecutori, dunque, il paziente si allontanava per parlare di fatti, date, luoghi e persone in modo inizialmente freddo e telegrafico per poi arrivare a spingersi oltre, a piangere e a spiegarsi non più con distacco ma con chiarezza emotiva. Poi, verso la fine di ogni seduta, ripiegava rapidamente nella difesa inespugnabile del funzionamento delirante, meccanismo che associavo, a livello controtransferale, a quanto succedeva anche in me alla fine di ogni incontro quando, anziché prendere appunti, sentivo fortissimo il bisogno di distrarmi e rilassarmi per esorcizzare il peso dei drammi che mi aveva appena raccontato.

Alterazione di coscienza come interferenza di versioni alternative e inconse di sé

Due anni dopo, il processo clinico ha dovuto fare i conti con un altro importante cambiamento che ha riguardato tanto Stanislao quanto tutto il genere umano. Mi riferisco agli eventi legati alla pandemia da COVID-19 in cui, sorprendentemente, il paziente invece di ritirarsi ancor più (come temevo) ha ridotto notevolmente il suo isolamento dando forma a qualcosa di diverso sia a livello intra che interpersonale.

Nell'incontro che riporto (il primo fatto da remoto), dal primo all'ultimo minuto, Stanislao ha non solo evitato qualsiasi forma delirante di pensiero ma, soprattutto, ha manifestato uno stato di coscienza alternativo con cui ha parlato di sé stesso e del suo passato.

Partendo dal fatto che il ritiro a causa del lockdown non è molto diverso da quello che per anni aveva messo in atto da solo nascondendosi dietro alla

TV, inizia a raccontare, con la voce rotta dal pianto, di come l'isolamento causato dalla pandemia lo ha scosso drammaticamente riportandolo al terrore di altri momenti della sua vita di cui però, oggi riconosce altri significati: *'Un conto è l'isolamento a causa di una pandemia, ma più grave è l'isolamento che ti crei tu per non affrontare la vita e quel che ti riserva'*.

Con grande capacità introspettiva, inizia a parlare delle sue scelte passate: i problemi con il cibo, l'abuso di droga, il modo in cui ha allontanato tutti indistintamente. Rivela, addirittura, di essere consapevole che, con il suo linguaggio fatto di teorie e formule astratte in realtà non comunica affatto, ma riesce solo a spaventare ed evitare la gente. Definisce assurdo pretendere vicinanza se è lui il primo a non mettersi in gioco quando non ci sono più le condizioni critiche e traumatiche del passato.

Spostandosi a parlare dei suoi vuoti relazionali esprime il suo bisogno di affetto e al contempo la sua difficoltà nel richiederlo chiaramente e con modi diretti, anziché violenti e autolesionistici. Esprime tutto ciò interagendo e dialogando con me lucidamente, raccontandosi non in modo confuso ma, al contrario, con chiarezza di percezioni, memorie, emozioni. In alcuni momenti dell'incontro in questione riesce perfino a fare varie battute a cui entrambi ridiamo di gusto e a fare buon uso della capacità simbolica per descrivere cosa significhi essere lui e vivere nel suo stato.

Incredulo, lo ascolto domandandomi quando tirerà fuori le sue costruzioni paranoiche e in quale punto di quell'incontro il suo stato delirante farà incursione nel suo racconto. Non senza ansia, cerco di capire che fine abbia fatto quel livello comunicativo da me (pericolosamente) atteso e mi chiedo perché non faccio più la solita fatica a seguire cosa mi dice e, soprattutto, come mai le mie emozioni sono più intense del solito quasi fino a commuovermi.

Verso metà seduta arricchisce il tutto con un sogno (il primo portato in terapia) dove si descrive su una barca i cui remi sono bloccati e che poi si inabissa. Invitato ad associare, dà una interpretazione del sogno a cui ho potuto aggiungere ben poco: *'Quella barchetta sono io e la mia voglia di vivere. I remi bloccati sono i miei pensieri e le mie emozioni. Ho capito che quando non mi esprimo soffoco quello che vivo ed è così che poi mi appesantisco e sto male. Ogni cosa diventa troppo difficile, dolorosa e così annego in mezzo al mare. Quel tipo di pesantezza farebbe inabissare qualsiasi barca e non perché marcia o costruita male, ma solo perché gli manca la leggerezza che serve per navigare senza naufragare'*.

Sul finire della seduta, euforico gli domando se si rende conto della portata di quello che mi sta raccontando e, soprattutto, di 'come' lo sta esprimendo e a quel punto Stanislao mi stupisce definitivamente chiedendomi: *'cosa c'è di strano dal solito?'*.

Come se l'emergenza pandemica avesse in qualche modo determinato una sorta di 'immagine urto' (Perry in Campbell, op. cit.), una drastica interferenza nella 'versione cosciente' (Dennett, 1991) del paziente con conse-

guente emersione di memorie, emozioni e pensieri da uno assetto alternativo e inconscio a quello delirante.

Una scena surreale che ricorda quella del film 'Risvegli' (Marshall, 1990) quando il paziente Leonard, intervistato dal dott. Sayer sul suo poderoso cambiamento psichico, risponde candidamente: '*Qualcuno mi ha spiegato che sono stato da qualche altra parte per un po' di tempo. Beh, sono tornato*'. Ecco, in tale incontro, Stanislao sembrava tornato dal suo lungo viaggio nella schizofrenia.

Liminalità

Nelle sedute che seguirono la comunicazione di Stanislao era però regredita a quella pre-lockdown e dovettero passare molti mesi prima di ritrovare lo stato di coscienza descritto nel report suddetto. Pertanto, in tali incontri il paziente riproponeva i suoi stati dissociativi alternandoli a momenti in cui riusciva a parlare più chiaramente delle sue emozioni.

Tutto ciò mi frustrava molto e in qualche modo mi sentivo come ferito da Stanislao che si era richiuso nella sua fortezza delirante. A livello controtransferale cominciavo a provare la forte impellenza di confrontarlo duramente con la (mia) realtà e dirgli con tono autoritario 'come stavano realmente le cose'. Ero sul punto critico di rovinare il lavoro fatto per anni ponendo fine in modo drastico e unilaterale al gioco di fantasia che ci era stato indispensabile per svelare quale necessità il paziente nascondeva nel suo ricorso a mondi alieni e invenzioni magiche.

Mi risultava d'un tratto difficile tollerare i suoi tempi, il suo linguaggio, le sue modalità e sentivo il forte desiderio di 'incastrarlo' nei risultati ottenuti. In una seduta in particolare, mentre il paziente mi raccontava delle sue angosce a contatto con i modi bruschi del padre, iniziavo a spazientirmi e ad agitarmi sulla mia poltrona, ad insistere sul trattare alcuni punti che Stanislao cercava di evitare e fu allora che mi disse che mi stavo irrigidendo, che non lo lasciavo parlare e sembravo autoritario proprio come il padre '*che parla e non vuole sentire altre ragioni*'. Questa frase mi lasciò senza parole e mi scosse parecchio poiché Stanislao, fino a quel punto, non si era mai rivolto a me in modo così diretto. Non stava più parlando con me di qualcun'altro ma stava parlando con me di me.

Non senza disagio e una buona dose di resistenze, ho dovuto constatare che in effetti stavo incarnando proprio le modalità del padre, non solo quando gli vietava aspramente di parlare in modi che riteneva insensati, ma anche nella sua incoerenza allorché sembrava voler intavolare con lui un dialogo per poi trincerarsi dietro il suo ruolo. Ho cominciato allora a chiedermi se, inconsciamente, mi fossi anche io posto contraddittoriamente nella nostra interazione dialogica. Così facendo, mi è balzata agli occhi la

mia incoerenza e le possibili ripercussioni in termini di precarietà nella relazione con il paziente.

Già prima del lockdown, infatti, avevo cominciato a fare cauto uso della self-disclosure nei nostri incontri. Era risultata molto utile per rafforzare l'alleanza terapeutica facendo sentire Stanislao meno solo e maggiormente compreso nei suoi stati depressivi. Inoltre, rispetto ai suoi vissuti, gli aveva offerto chiavi di lettura alternative a quella delirante tanto che, lentamente, a volte il paziente cominciava a riferirsi a ciò che gli avevo raccontato per cercare di spiegarsi quello che gli era successo in passato, stava vivendo o succedeva intorno a sé.

Parallelamente, aveva anche cominciato di tanto in tanto a lasciarsi sfuggire il 'tu' al posto del 'lei' (con cui si era da sempre rivolto a me). Mi sembrava chiaro che quei lapsus facessero parte di un riassetto mentale-linguistico, pertanto, ho lasciato a Stanislao il tempo necessario per familiarizzare e sperimentarsi in quella trasformazione solo superficialmente pronominale ma profondamente intra e interpersonale. Ad un certo punto però, quando era ormai evidente che il paziente si sentiva a suo agio nel darmi del tu e sembrava pronto ad esplorarne i significati reconditi e viverne gli sviluppi, il sentirmi tuttavia frenato nel dargli del tu, mi ha portato a chiedermi se c'era anche qualcos'altro di più latente e personale che mi stava trattenendo.

Ho scoperto così una realtà più intima e meno attraente della mia ponderata scelta metodologica. Cambiando vertice di osservazione, infatti, l'oscillazione protratta e non elaborata del passaggio dal lei al tu, evidenziava in realtà anche il mio timore di entrare maggiormente in relazione con Stanislao. Una paura però ben lontana da quella passata, non più legata al timore di entrare in contatto con l'alterità (mia e del paziente) ma, piuttosto, al timore di non saper reggere e gestire l'ulteriore richiesta di vicinanza e attaccamento a cui Stanislao mi invitava aprendosi alla relazione sotto altre forme da quelle da me attese e concesse.

Dunque, pur considerando che qualsiasi processo trasformativo in analisi non riguarda mai solo l'assetto mentale del paziente ma include sempre anche quello dell'analista, paradossalmente, ero proprio io a non essere pienamente disposto a fare a meno della mia corazza professionale. Questa mia resistenza al cambiamento rischiava di farmi perdere di vista che in realtà il percorso clinico non si era arrestato, ma si stava di fatti spostando su di un altro 'campo da gioco' che metteva ancora di più in primo piano la diade analitica e il suo processo trasformativo (del paziente come del terapeuta). Tale amara ma importante constatazione mi ha permesso così di cogliere che la rabbia e la frustrazione descritta ad inizio paragrafo non aveva a che fare solo con i processi difensivi di Stanislao ma anche con i miei. Solo così ho potuto rendermi conto di quanto il mio bisogno di linearità rischiava di non farmi vedere la complessità su cui Stanislao aveva continuato a mettersi e a mettermi in gioco.

Stato di sospensione

Lentamente, il mio controtransfert si rendeva più chiaro e prolifico permettendomi di vedere che la regressione del paziente non era semplicemente una ricaduta ad un funzionamento pregresso, ma piuttosto un tentativo di ristabilire qualcosa di necessario (come il senso di sicurezza e di protezione) per poter progredire (Jung, 1958).

Nello sviluppo del processo clinico, infatti, Stanislao cominciava non solo a darmi del tu, ma anche a chiedere sostegno nel ri-conoscere e risignificare quanto stava avvenendo dentro e fuori di sé. Ad esempio, quando cercava di spiegare i suoi vissuti si fermava, sorrideva e facendo dell'umorismo (Freud, 1927) mi chiedeva se riuscisse a farsi capire o se stava inconsapevolmente sullo 'shuttle'. Domande tutt'altro che irrilevanti sia considerando gli esordi della terapia sia perché il paziente stava in verità rivelando di non sapere cosa fosse lo stato dissociativo inteso come shuttle, come ci finiva a bordo e in quale altra dimensione lo portasse. Con tali parole Stanislao evidenziava a suo modo un importantissimo sviluppo del suo lavoro interno, non solo perché si permetteva di parlare di qualcosa di sé che non conosceva e non controllava (un colpo mortale per il suo delirio di onnipotenza), ma dimostrava anche di essere maggiormente in grado di riconoscere, accogliere e non più temere l'altro da sé.

Un cambiamento fondamentale per il progresso terapeutico poiché in tal modo il paziente impara a spostarsi sul punto di vista dell'altro e così facendo lo può valutare e fare proprio riuscendo a riflettere sui processi psichici (suoi e altrui) da prospettive alternative a quelle deliranti. Uno stato di coscienza che sembra avere a che fare con il conseguimento della possibilità di sospendere il giudizio e l'automatismo del sistema difensivo per soppesare le alternative con cui elaborare gli stimoli prima di reagirvi. Di conseguenza, il paziente ne ricava l'evidente vantaggio evolutivistico di poter scegliere tra le alternative disponibili l'interpretazione della realtà potenzialmente più adattiva e funzionale (Liotti, Cortina, 2009) ed eleggerla come nuova versione cosciente di sé.

Così facendo, dopo diversi mesi dalla sua prima manifestazione, Stanislao ha ricominciato di tanto in tanto a presenziare i nostri incontri senza fare alcun ricorso ai suoi stati dissociativi. Diversamente da quanto avvenuto la prima volta durante il lockdown, in tali incontri però in me non c'è più lo stupore di allora e in Stanislao non c'è alcuna confusione quando gli faccio notare che a volte fa posto ad una comunicazione più profonda senza mettere in gioco scenari magici. Entrambi sembriamo in un certo senso cominciare a normalizzare ciò che non appare più come un evento estemporaneo e incredibile, riuscendo invece a considerarlo come qualcosa di pensabile e possibile. Con il tempo, anzi, è proprio il paziente a sottolineare che sa parlare dei suoi vissuti rimanendo 'con i piedi per terra', a

ricordarsi che lo ha fatto in altri incontri e, cosa ancor più importante, a decostruire le vecchie impalcature deliranti che sorreggevano la sua precaria struttura interna nell'estremo tentativo di mantenere il controllo mentale laddove quello fisico era perduto (Spiegel, 1991): *‘ancora oggi quando mi sento vuoto e angosciato devo inventarmi qualcosa se no schizzo [...] proprio come facevo in ospedale quando qualche bambino del mio reparto volava in cielo. La paura di morire mi faceva impazzire e riuscivo a calmarmi solo mettendomi a giocare con i robot e a costruire astronavi di carta. La verità però è che parlo tanto di navicelle spaziali ma non ho mai preso manco l'aereo in vita mia’*.

Qui e ora

Attualmente, Stanislao ha una migliore relazione affettiva con i genitori; lavora in una fumetteria e progetta di andare a vivere fuori Roma con alcuni colleghi di lavoro con cui ha stretto amicizia. Inoltre, dopo che ha raccontato del tentativo di suicidio che precedette il ricovero in psichiatria, comincia a parlare con più fluidità delle difficoltà motorie un tempo taciute. Di conseguenza, anche il rapporto con il suo corpo sta cambiando: ha ripreso a fare sport, cura l'alimentazione, il suo look e sta vivendo la sua primavera anche sul versante sessuale.

Sul piano intrapsichico sta rielaborando i significati associati ai traumi del passato ed è molto più in grado di riflettere sulle sue fonti di stress comprendendo meglio quali difese risultano più funzionali in base al contesto. Di conseguenza, sta riuscendo a dare nuovo valore al suo tempo e alle strade ora percorribili, mettendo in discussione le rigide ipoteche sottoscritte nei suoi assetti passati per tentare, gradualmente, di ripronunciarsi sul suo futuro: *‘Spero siano in grado di fare bene anche senza di me (riferito al mondo extraterrestre). Io sono stanco di quella vita e ho bisogno di allontanarmene. Voglio dedicarmi di più a me stesso, a relazioni vere e prendermi cura delle mie emozioni’*.

Recentemente, ha cominciato a portare in terapia il bisogno di sviluppare maggiori 'abilità psicosociali' (Bachrach, 1992) per imparare a discriminare sotto o sopra quale soglia gli stati emotivi possono diventare pericolosi per il suo equilibrio mentale e cosa può fare per calmarsi o riattivarsi. Questa sua richiesta ha segnato in un certo senso la fine del vecchio gioco di fantasia fatto in precedenza e il passaggio ad un nuovo tipo di strumento attraverso cui imparare a 'sentire la testa e pensare la pancia' per comprendere meglio il collegamento tra emozioni, pensieri, ricordi, sogni, persone, ecc.

In tal modo il paziente ha iniziato a conoscere maggiormente i punti critici e i punti di forza della sua 'finestra di tolleranza emotiva' (Siegel, 2003) e sviluppare più funzionali strategie di coping che, lentamente, gli stanno

permettendo di vivere una maggiore sensazione di agency sui suoi processi di autoregolazione psichica favorendo in lui una sorta di 'riqualifica identitaria'. Ad esempio, se è in crisi telefona tempestivamente alle sorelle di cui si fida pienamente oppure assume la farmacoterapia al bisogno; nei momenti in cui si sente triste si dedica ad attività (letture, musica, film, ecc.) che favoriscano in lui sensazioni positive e incoraggianti; se i genitori diventano troppo invadenti o svalutanti se ne allontana e si dedica allo sport o al suo diario per scaricare la tensione; se si sente solo contatta i suoi amici proponendo attività socializzanti e ricreative (cinema, pub, gite) ecc.

Alla luce di tutto ciò, ci stiamo addentrando nell'ottavo anno di analisi. Gradualmente, si avvicina la possibilità di consentire al paziente di costruire una narrativa della sua vita che possa comprendere tutte le esperienze vissute (e non solo quelle traumatiche) per rafforzare immagini costruttive e resilienti di sé e favorire un maggior adattamento all'ambiente in cui vive. Parallelamente, la mia memoria inizia a sbiadire le impressioni inquietanti che mi ero fatto di Stanislao ad inizio terapia per lasciare maggior spazio alla sua immagine presente. In tal modo si stanno diradando le strane sensazioni provate quando facevo molta fatica a concepire che sulla poltrona a me di fronte c'era un'altra versione della stessa persona che giudicavo ormai spacciata nella sua forza delirante.

Bibliografia

- Bachrach, L. L. (1992). *Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients*, in Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano.
- Basaglia, F. (1997). *Che cos'è la psichiatria?* Dalai, Roma.
- Bateson (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano.
- Bechdolf A., Thompson A., & Nelson B. (2010). Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 121(5), 377-384.
- Benedetti, G. (1987). *Psychotherapy of Schizophrenia*. New York University Press, New York.
- Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Fiorini, Verona.
- Campbell, J. (1996). *Miti per vivere*. Oscar Mondadori, Milano.
- Damasio, A. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano.
- Dennett, D. (1991). *Coscienza: cosa è*. trad. it., Rizzoli, Milano 1992.
- Di Pietro A., & Sila A. (2018). *Giocare per crescere assieme*. Centro per la salute del bambino, Bologna.
- Freud, S. (1927). *L'umorismo*. Opere Vol. X Boringhieri, Torino.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Cortina, Milano.
- Garfield, D. A. S. (2007). *Un'emozione insopportabile. Guida alle psicoterapie delle psicosi*. Astrolabio, Roma.
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatologia generale*. Il pensiero scientifico, Roma, 2000.
- Jung, C. G. (1958). *Pratica della psicoterapia*, Opere. Vol. 16. Boringhieri, Torino, 1993.
- Liotti, G., & Cortina, M. (2009). Il volto dell'altro: emozioni e genesi della coscienza. *Ricerca Psicoanalitica*, 20(1), 47-62.

- Marshall, P. (1990). *Risvegli*. Columbia Pictures, USA.
- Minolli, M. (2007). L'autocoscienza o presenza a sé stessi come ricerca della realtà e cardine della cura. *Ricerca Psicoanalitica*, 18(2), 187-202.
- Moskowitz, A. (2016). Disponibile da: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=liotti+moskovitz+2016> Consultato il 14/11/2020.
- Nijenhuis, E., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma. A new definition and comparison with previous formulations, in Frewen, P., Lanius, R. (2017). *La Cura del sé traumatizzato. Coscienza, neuroscienze, trattamento*. Fioriti, Roma.
- Peciccia, M., & Benedetti G. (2006). *La parola come cura*. FrancoAngeli, Milano.
- Searls, H. F. (1965). *Scritti sulla schizofrenia*. trad. it., Boringhieri, Torino, 1989.
- Searls, H. F. (1979). *Il controtransfert*, trad. it., Boringhieri, Torino, 1994.
- Selzer, M. A., & Carsky M. (1990). *Treatment alliance and the chronic schizophrenic* in Gabbard, Psichiatria Psicodinamica, Cortina, Milano.
- Siegel, D. J. (2003). *La mente relazionale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Sims, A. (2004). *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, Raffaello Cortina, Milano.
- Sorce, J. F., Emde, R.N., Campos, J. J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling, its effects on the visual cliff behavior on one year olds. *Developmental Psychology*, 21,195-200.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 366-78.
- Sullivan, H. (1954). *Il colloquio psichiatrico*. trad. it., Feltrinelli, Milano, 1967.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2010). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (1996). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. trad. it., Magi, Roma, 2004, pp. 19-38.
- Van Os, J., Rutten, B., & Poulton, R. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1066-1082.
- Vygotskij, L. S. (1980). *Il processo cognitivo*. trad. it., Boringhieri, Torino, 1987.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 27 aprile 2021.

Accettato per la pubblicazione: 24 marzo 2021.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:542

doi:10.4081/rp.2022.542

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.