

Desidero ringraziare tutti coloro che, per iscritto o a voce, hanno commentato le ultime relazioni relative alle riunioni del gruppo del Focus.

Per quanto mi riguarda personalmente sono stato in particolare stimolato dai commenti “che hanno preso di mira” la mia proposta di sparare al “bambino dentro” e che si sono inseriti nella discussione che ne è seguita. Riflettendo su questi contributi e sulla mia particolare presa di posizione mi sono alla fine chiesto se, più che sparare al bambino dentro, non si otterrebbe una maggior chiarezza “facendo fuori” la metafora del “bambino dentro” in quanto fuorviante, a favore di termini meno confusivi e anche meno evocatori di reazioni di natura emotiva e sentimentale.

Ma procediamo con ordine. A me pare che, assumendo una prospettiva di carattere storico, ciò che indusse i Sandler, agli inizi degli anni '80, a introdurre e a utilizzare questa metafora, sia stata l'esigenza, già palese nell'articolo sul conflitto psicologico (1974), di ridimensionare l'importanza, nella teoria e nella clinica psicoanalitica, del concetto di pulsione.

Essi teorizzarono in questo lavoro che ciò con cui abbiamo a che fare nella pratica clinica della psicoanalisi non sono solo e tanto i desideri pulsionali e i loro derivati quanto piuttosto una intera classe di urgenze perentorie costituite da risposte e soluzioni adattive elaborate nel corso dello sviluppo per far fronte ad una vasta gamma di emozioni dolorose e spiacevoli. Tali adattamenti possono entrare in conflitto con il bisogno della persona di “mantenere l'autostima, il senso di benessere, i sentimenti di armonia e di sicurezza e le sue relazioni oggettuali interne ed esterne”.

Ne consegue che anche un particolare meccanismo difensivo, utilizzato senza particolari problemi sino ad un certo stadio dello sviluppo, può, in quanto divenuto distonico rispetto agli ideali, alla morale o a una più evoluta considerazione della realtà, suscitare un importante conflitto che viene risolto con la formazione di soluzioni di compromesso di vario tipo. Si può parlare a questo riguardo, come dicono i Sandler, di “difese contro le difese”.

Essi portarono, come esempio fra altri, il caso di un paziente spericolato pilota. Risultò nel corso dell'analisi che egli aveva sofferto in passato di una fobia delle altezze, sintomo che ad un certo stadio del suo sviluppo era divenuto una fonte di intensa vergogna e una minaccia alla sua autostima. La fobia delle altezze poteva d'altro canto essere considerata come una elaborazione difensiva, in senso fobico appunto, di precoci angosce di separazione. Secondo questo modo di intendere quello che è divenuto minaccioso per il paziente, quella che può considerarsi come la sua “pulsione”, è la soluzione fobica al problema di separazione che proprio in quanto soluzione ha acquistato caratteristiche di perentorietà, se volete caratteristiche “pulsionali”. Divenuta nel corso dello sviluppo inaccettabile per l'immagine di sé del paziente ha dovuto essere tenuta a bada mediante un meccanismo controfobico.

Sin qui, a mio modo di vedere, essi mantennero la loro teorizzazione su di un piano strettamente clinico occupandosi appunto della natura dei conflitti con cui il terapeuta si trova ad avere a che fare nel corso del suo lavoro quotidiano con i pazienti. Abbandonarono invece questo terreno allorché introdussero il modello delle “tre scatole” e il concetto di inconscio passato; si posero in tal modo sul piano di una psicologia generale, seguendo il suggerimento di Hartmann secondo il quale la psicoanalisi deve aspirare ad essere una psicologia di questo tipo. La loro descrizione dell’inconscio passato, concepito appunto come “bambino dentro”, copre quasi per intero la gamma delle aree evolutive del bambino, da quella affettiva e motivazionale a quella relazionale, sia relativa alle relazioni esterne che al costituirsi di quelle interne, estendendosi sino a comprendere l’area dello sviluppo cognitivo e linguistico. Se si intende che questo sia il “bambino dentro” non vi è dubbio che sparargli corrisponda a far fuori l’intima essenza stessa della persona!

Tuttavia a me pare che quando i Sandler indicano, alla luce del nuovo modello proposto, come scopo dell’analisi quello di aiutare il paziente a riconoscere e ad accettare le soluzioni, le urgenze perentorie infantili che hanno suscitato dolorosi conflitti e sono divenute minacciose nel corso del processo evolutivo nonché le sottostanti problematiche emotive, essi ritornano su di un più ristretto terreno, psicopatologico, clinico e attinente alla tecnica psicoanalitica, che è poi esattamente il terreno cui facevo riferimento nel già citato intervento sul Focus.

Non ho alcuna particolare ragione per insistere nell’utilizzare una cruenta metafora di stampo “erodiano” e mi va benissimo adottare il linguaggio del più di me mite Freud: dirò allora che, se determinate mappe che abbiamo adottato nel corso del nostro sviluppo non risultano adeguate a indicarci la via sul cammino della vita adulta, non vi è per me dubbio alcuno che di quelle dobbiamo cercare di liberarci o perlomeno dobbiamo cercare di metterle da parte e prima lo facciamo meglio è!

Ribadisco che quando dico questo sto parlando di processi, di modi di vedere le cose, di modi di funzionare, di strutture, se volete chiamarle così, che, in qualsivoglia modo si siano formati e per qualunque ragione si siano imposti, risultano, alla prova dei fatti, disadattivi, fonti di sofferenza per sé e/o per il prossimo, ostacoli al raggiungimento di quel tanto di autorealizzazione che le circostanze della vita consentono di raggiungere.

Per concludere porterò un esempio. Gli ultimi incontri del gruppo del Focus sono stati dedicati fra l’altro alla discussione di un caso clinico. Il paziente è un uomo “nel mezzo del cammin” di sua vita che è in terapia da un paio d’anni e che lamentava all’inizio una generica insoddisfazione relativa alla vita professionale e di relazione in genere. Pur avendo infatti raggiunto un alto grado di specializzazione nel suo lavoro è rimasto in qualche modo al palo nella carriera e pur avendo avuto diverse relazioni sentimentali è di fatto solo e anche la vicenda affettiva in cui è attualmente

coinvolto non sembra destinata a concludersi positivamente con il costituirsi di un legame stretto e duraturo. Risulta abbastanza evidente, sin dalla prime battute della terapia, che il paziente ha una struttura di personalità di stampo paranoicale e che con notevole frequenza ricorre all'uso del processo di esternalizzazione in modo assai intenso e apparentemente per nulla conflittuale o distonico. In queste circostanze pare proprio che il tempo si sia fermato e si impone con molta forza e molto convincimento l'immagine del bambino piccolo che cade per terra e se la prende con il pavimento. Assistiamo cioè all'intervento di una modalità funzionale primitiva e infantile che sembra non essere stata sottoposta ad alcuna elaborazione o articolazione evolutiva. In altri momenti, per la verità non molto frequenti né particolarmente prolungati, il paziente mostra tuttavia un certo grado di resipiscenza e arriva perfino a scherzare sulle sue sfuriate accusatorie e pare disposto a mettersi in gioco con una diversa modalità emotiva riconoscendo in se stesso l'esistenza di seppur embrionali conflitti.

Man mano che procede la relazione terapeutica si evidenzia progressivamente nella vita affettiva e professionale del paziente l'esistenza di un pattern comportamentale che la nostra discussione mette molto chiaramente a fuoco.

Appare cioè evidente che il paziente stabilisce continuamente relazioni, nel lavoro e nella vita in genere, con personaggi fortemente idealizzati cui attribuisce il potere: essi possono, per come li vive il paziente, accoglierlo, "adottarlo", volerlo accanto a loro oppure escluderlo, rifiutarlo, abbandonarlo. A questi personaggi egli inizialmente si dedica anima e corpo. Si verifica in seguito un progressivo processo di deidealizzazione che sconfinava rapidamente nella svalutazione per cui gli stessi personaggi divengono l'oggetto privilegiato dei suoi attacchi e delle sue critiche. Si manifestano allora fantasie attive di abbandono da parte del paziente che prima o poi egli porta a compimento. In tal modo si istituisce una continua discontinuità con le inevitabili conseguenze nella vita professionale e affettiva del paziente che abbiamo descritto. La considerazione di un episodio nel corso del quale il paziente si è trovato a far fronte ad alcuni colleghi, sostenendo con forza e convinzione il proprio argomentato punto di vista, per poi essere assalito da una seppur momentanea ma acuta angoscia di perdita e di abbandono, che ha gestito con un meccanismo di rovesciamento dal passivo all'attivo ("faccio anche senza di voi"), ha stimolato il dott. Monteverde a formulare una interessante ipotesi psicodinamica sul funzionamento del paziente.

Egli ha cioè proposto di interpretare la particolare postura assunta da lui in questo episodio come un momento di individuazione in cui rivendica un punto di vista netto, preciso ed autonomo, da persona adulta, per poi essere quasi immediatamente assalito da un vissuto di smarrimento e di angoscia. Ciò si può capire pensando che il viverci come persona adulta e individuata fa provare al paziente un enorme senso di solitudine conseguente alla perdita del dialogo con i suoi abituali

oggetti idealizzati e potenti e quindi del suo sentimento di identità di bambino piccolo che si pensa continuamente sotto la minaccia di abbandono.

Secondo Monteverde quello dell'abbandono è un tema molto importante e significativo della vita del paziente: egli si è probabilmente sempre sentito nel suo mondo interno sotto questa minaccia e ha speso molte delle sue energie per dimostrare a se stesso di essere in grado di farvi fronte e di non cadere vittima dell'esclusione e del rifiuto.

Il paziente ha corso per gran parte della sua vita una gara ad ostacoli, ha continuamente messo in piedi una sfida volta a confermare che la minaccia, sempre risorgente, poteva essere tenuta bada, sotto controllo, esorcizzata e che lui ne poteva uscire ogni volta rassicurato e vittorioso. Ogni qualvolta i suoi oggetti, potenziali distributori del bene e del male, dell'accettazione, dell'accoglimento, dell'inclusione piuttosto che del rifiuto, dell'abbandono, dell'esclusione, perdono ai suoi occhi questa facoltà e si dimostrano privi di potere e a lui inferiori, egli ne 'ricrea' degli altri per riprendere da capo la sua sfida, faticosa e dolorosa ma alla fine rassicurante. Se le cose stanno veramente così risulta evidente il prezzo che questa persona deve pagare a causa della sua "fissazione" a questo particolare modo di vedere le cose e a questo pattern che si sono stabiliti nel corso del suo sviluppo e che sono perentoriamente ripetitivi e disadattivi: non consentono infatti al paziente di accedere ad un sentimento di autonomia, di rispetto e di considerazione di se stesso e di pacata autorevolezza e di ottenere quindi le soddisfazioni che pur merita nella sua vita personale e professionale.

Ringrazio nuovamente tutti.