

Commento al caso clinico: *Setting ad assetto variabile.* *La chat dei sogni in psicoterapia: il caso di Adriana*

*Roberta Giampietri**

Ringrazio la Redazione di *Ricerca Psicoanalitica* e il dott. Parrella per la fiducia accordata invitandomi a questo confronto.

Mi ha fatto piacere leggere il caso, sia per il modo di scrivere del dott. P., sintetico ma intenso tanto da farmi entrare con partecipazione all'interno della sua relazione terapeutica con Adriana, che per le belle metafore associate alle prime fasi della vita, che anch'io sento come un riferimento prezioso.

Il gioco del pianto e del sorriso come cordone ombelicale emotivo che si sostituisce a quello fisico è una bellissima immagine. Mi ha fatto 'sentire' quanto fosse attenta e affettiva la presenza del terapeuta (T) accanto ad Adriana (A).

Trovo interessanti e condivisibili i collegamenti tra i bisogni irrisolti del passato e la condizione dolorosamente sintomatica del presente e soprattutto mi è sembrato strategico il passaggio alla chat dei sogni, per uscire dal difficile momento di ripasse che T ha illustrato.

Per quanto riguarda la richiesta che costituisce lo scopo principale del suo contributo, sono sicuramente d'accordo che individuare un luogo (che curiosamente T descrive come 'altro') dove raccontare e condividere i sogni sia stata un'ottima scelta: ha avuto la funzione di mantenere e permettere lo sviluppo positivo della relazione terapeutica; mentre non sono altrettanto sicura che 'estendere il contenitore relazionale' attraverso la 'chat dei sogni' possa essere ritenuto generalizzabile in situazioni analoghe, né che possa essere usato come tecnica per accelerare il processo di cura.

La perplessità al riguardo si basa sulla mia convinzione secondo cui il 'fattore che cura' ha a che fare più con la relazione terapeutica e con la 'persona' del terapeuta che con la/le teorie e le tecniche di riferimento.

Voglio semplicemente dire che purtroppo non vedo scorciatoie possibili rispetto alla necessità, possibilmente trasformativa, di stabilire una relazio-

*Il Ruolo Terapeutico - Parma. E-mail: robertagiampietri@virgilio.it

ne di fiducia profonda e reciproca, i cui tempi, io credo, sono soprattutto dettati dalla disponibilità della 'persona' del T a rendersi accessibile a tutto ciò che porta in seduta il paziente. Rispetto alle teorie e alle tecniche, tutti ci facciamo aiutare dalle ns mappe teoriche di riferimento e cerchiamo nei nostri 'cassetti degli attrezzi' strumenti per uscire dai momenti di impasse relazionali che ci procurano disagio e frustrazione. Quello che trovo maggiormente necessario in una terapia è, però, che il terapeuta mantenga costantemente attivo il monitoraggio su di sé, sul suo controtransfert oltre che sul paziente, per potersi prendere cura di ciò che della sua persona potrebbe in quel momento essere d'intralcio alla terapia stessa. La ricchezza del 'bagaglio' e la creatività di ognuno, che è un altro attributo necessario al nostro lavoro, permetteranno di individuare la tecnica più adatta al caso. Ritengo comunque il suggerimento della chat dei sogni, che non conoscevo proposto in questa forma, un ottimo arricchimento per il mio, di cassetti, e anche per questo ringrazio il dott. P.

Ma il caso mi stimola a concentrarmi e interrogarmi più sulla relazione terapeutica che non sull'ottima e fruttuosa tecnica che T ha adottato.

Infatti, quello che sento essermi mancato nel suo racconto, è come T si sia sentito nel corso della terapia rispetto ad A, quali richieste abbia colto nel transfert, quali siano state le sue reazioni controtransferali, che tipo di investimenti abbia sentito su di sé e cosa abbia potuto farne con la paziente.

Non nascondo che soprattutto all'inizio il modo di presentarsi al suo terapeuta e di muoversi nella stanza di A mi avrebbe creato un certo spiazzamento e sconcerto.

Sono stata colpita dal contrasto iniziale di due elementi, che a me sembra si presentino contrastanti in seguito anche nei sogni: il corpo così minuto, infantile e apparentemente incompleto, così dolorante, contratto e straziato che mi suscita profonda angoscia, e il corpo rivestito dalla tuta attillata e capace di alzarsi dalla poltrona e stendersi sul materassino. Questo mi arriva come un movimento (e un messaggio) più evoluto, forse intriso di seduttività, dal quale colgo anche volitività e forte volontà di intraprendere/continuare la terapia. Un segnale prognosticamente molto buono.

Come mi sarei sentita, come si è sentito T rispetto a tutto questo? Che parti sue ha sentito toccate? Da quali messaggi comunicativi si è sentito attivato mentre stava con la sua paziente distesa sul materassino (immagino) di fianco alla sua scrivania? Quel che mi arriva è la bella e importante associazione con le scimmiette di Harlow.

Sicuramente Adriana viene a chiedere al suo terapeuta-scimmia di peluche calore e sicurezza. Forse vorrebbe starsene abbracciata tutto il tempo con lui sul materassino per non sentire l'angoscia del trauma iniziale del rifiuto materno, il suo 'papà' potrebbe aver fatto questo con lei...

Ma nel presente della relazione terapeutica A ha davanti anche la persona del T, l'uomo, a cui forse ha la forza di indirizzare nuovamente, nel solo

modo contraddittorio e concreto che conosce, anche i suoi bisogni di riconoscimento come donna ‘adesso che quel corpo non lo vuole nessuno, solo uomini in cerca di avventure sessuali’. Entrambe richieste impossibili da soddisfare sul piano della realtà, ma che chiedono di essere colte e accolte.

Adriana ha saputo crescere, diventare una ‘splendida ventenne di successo’ nonostante il fallimento delle prime relazioni oggettuali, quindi immagino un padre che, dopo essere stato scimmietta di peluche, ha saputo riconoscere, valorizzare e sostenere le qualità e la seduttività della figlia. Ipotizzo che, forte del buon esito della relazione paterna, grande, bella, sensuale e famosa, abbia così conquistato il suo partner. Nel mio racconto mi dico che deve aver messo tutto di sé, tutte le sue energie ma anche tutte le sue difese, per trovare nella nuova relazione risposte definitive a bisogni ancestrali inaccessibili, irrisolti; purtroppo illusorie. Condivido con T che questo fallimento, insieme al ritrovarsi madre non avendo fatto posto nemmeno al suo non essersi mai sentita figlia della propria madre, deve essere stata la catastrofe totale, l’Apocalisse, come coglie bene T soprattutto attraverso i sogni successivi. Potrebbe aver contribuito anche l’idea di aver deluso il padre.

Comunque, sembra un crollo totale nel vuoto, un ritorno nell’abisso dove parti arcaiche, direi prenatali, preverbali e pre-simboliche, rimandano l’idea di un feto non accolto e dolorante, contratto e sofferente in uno spazio inospitale (la poltrona). Per quel che ne so, i traumi della fase prenatale e preverbale (quando va bene perché incontrano accoglienza e contenimento successivi) producono difese sul piano concreto, corporeo: per non scompensarsi, la ‘mente relazionale’ ma non ancora pensante si cala nel corpo, da cui il disturbo somatoforme.

Cosa sente il terapeuta di fronte a movimenti espressi in modo così fisico e ancestrale? Cosa prova di fronte alla richiesta tutta preverbale di far posto e accogliere un’angoscia così arcaica e bisogni così assoluti e totalizzanti? Riesce a intravedere, in quel corpo esibito come attaccato e martoriato dal dolore, la bella donna che ha voluto essere ed è stata? Riesce a cogliere quanto sia preziosa e carica di speranza la sua domanda di aiuto così ambigua e ambivalente? Riesce a lasciarsene sedurre, riconoscendola e valorizzandola, senza farsi travolgere dal vuoto e dall’assolutezza dei bisogni? Riesce a non averne troppa paura?

In questo senso credo che le domande del terapeuta, molto orientate sulla paziente e meno su di sé, abbiano incontrato uno scoglio.

Infatti, per un certo tempo propone un primo ‘allargamento del setting’ in un ‘tentativo di mediazione e ridefinizione delle reciproche rappresentazioni’, coinvolgendo i genitori e co-conducendo con lo psichiatra, col risultato di arrivare a uno stallo, visto che nel presente di A le domande impossibili, riproposte sempre nello stesso modo contraddittorio e concreto, sono spostate per fortuna su T, anche se apparentemente rivolte ai genitori.

Infatti, solo nella realtà del rapporto con T è possibile ricevere e fare esperienza di risposte possibili a domande impossibili.

Ed è qui, credo, che T cerca nel suo cassetto degli attrezzi e trova la ‘chat dei sogni’. Non certo per caso: comprende o forse intuisce che occorre una svolta nella relazione.

Scriverà successivamente: ‘Mi chiedo quanto questa scena claustrofobica sia stata proiettata nella terapia inducendomi a trovare altro spazio allargando i confini del setting per cercare di includere qualcosa di potenzialmente vitale.’

Credo abbia avuto perfettamente ragione: intanto ha spostato il setting dall’area mortifera in cui sembrava agonizzare, poi ha accolto la richiesta implicita della paziente di un rapporto totalizzato offrendole più spazio, uno spazio ‘extra’, e si è reso disponibile ‘sempre’ (A. può raccontargli sogni sulla chat quando e quanto vuole e T si impegna ad ascoltarli regolarmente). Questa è una risposta possibile, che io sento terapeutica, a una richiesta impossibile, fusionale, claustrofobica e non individuante. Inoltre, T le ha messo a disposizione un linguaggio simbolico attraverso il quale A può dare parola a ciò che agiva col corpo, facendo esperienza di diverse parti di sé e T può consentirsi(?) di ‘giocare’ in terapia in modo più vitale con lei.

Per farlo, però, mi sembra abbia avuto bisogno di individuare un luogo che definisce ‘altro’, ma che altro non è... ‘scisso’ dalla realtà troppo concreta e corporea della seduta, relegando la relazione viva e vitale nella chat e lasciando ‘l’area del contenimento, del desiderio e del limite’ nella seduta reale (forse è più sicuro per T perché virtuale?). Questa scissione sembra essere la difficoltà attuale in cui si trova.

Parrebbe trattarsi di una collusione con la scissione della paziente. Perché T ha sentito la necessità di ‘scindere’ i due piani, che adesso sente la necessità di riunificare?

A me non sembrano affatto scissi, se non nel mondo interno di T: infatti T e A parlano dei sogni soprattutto in seduta. Sarebbe interessante sapere dove si collocano, come si muovono e come ne parlano. Come stanno mentre ne parlano. Chissà come A avverte il suo corpo, come si relaziona ai suoi dolori. A me sembra che il processo di integrazione stia già avvenendo nel luogo che ad esso è deputato; infatti, la produzione bulimica di sogni di A sta incontrando la realtà del tempo a disposizione di ogni seduta e ciò consente di fare una selezione rispetto ai temi da affrontare. Questo è già un valido limite alla bulimia del desiderio, senza mortificazione. Si tratta del principio di realtà che il setting consente di offrire, insieme alla costanza della presenza del T e alla sua progressiva disponibilità di un posto dentro di sé senza paure. Dal cordone ombelicale fisico a quello emotivo, relazionale.

Una situazione potenzialmente trasformativa può essere quella di ‘riabitare’ le nostre parti non da soli, ma nel presente di una relazione scelta, inedita, nuova, col proprio terapeuta.

Io chiamo ‘il setting siamo noi’, ciò che il dott. Parrella chiama ‘setting allargato’, credo.

E con quel noi intendo gli interrogativi che mi pongo innanzitutto come persona, per valutare se le modifiche del setting che sento la necessità di introdurre rispondono a bisogni del paziente o non, piuttosto, a insicurezze, paure e/o fatiche che riguardano me e che di volta in volta i pazienti mi invitano a toccare. Non smettere di prendermi cura di queste parti è ciò che considero la mia etica professionale.

Non-commercial use only

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: 1 settembre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 7 settembre 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:591

doi:10.4081/rp.2021.591

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.

