

Giuseppe Berti Ceroni e Giulia Grava

TANA LIBERO TUTTI

Storie di vita
in un Centro di Salute Mentale:
pratica e teoria



**GLI
SGUARDI**

FrancoAngeli

Gli sguardi

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Giuseppe Berti Ceroni e Giulia Grava

**TANA
LIBERO TUTTI**

Storie di vita
in un Centro di Salute Mentale:
pratica e teoria

FrancoAngeli

Grafica della copertina: *Elena Pellegrini*

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

In memoria di Giuseppe Berti Ceroni

Forse mi sbaglio, ma mi sembra che siano sempre meno i libri (almeno di psicologia clinica) che raccontano storie. Forse non sarebbe sbagliato rinverdire l'albero di questa vecchia prassi e ricominciare a raccontarle come ha cercato di raccontarle l'autrice nel libro *Tana libero tutti*.

Giuseppe Berti Ceroni

Indice

Introduzione	pag. 13
1. I casi di Filippo, l'uomo nudo, e di Davide, il marachelliere	» 19
1. L'uomo nudo	» 19
2. Mi ha dato buca ancora una volta	» 23
2. Perversione e identificazione proiettiva	» 31
1. Sulla perversione	» 32
2. Sull'identificazione proiettiva	» 33
3. Nesso fra perversione e identificazione proiettiva	» 34
4. Qualche annotazione conclusiva	» 35
3. Il caso di Alberta: la casa violata	» 38
1. Una fase intermedia	» 41
2. Lo stato attuale delle cose	» 43
4. Posizione schizoparanoidea vs. depressiva. Il terapeuta e il suo paziente: una relazione tra reale e transferale	» 46
5. Il caso di Veronica: una vita in ostaggio	» 49
1. Prima seduta	» 49
2. Seconda e terza seduta	» 50
3. Quarta seduta	» 53
4. Quinta seduta	» 54
6. Genitori, figli e la gente: da che parte comincia la sofferenza?	» 55

7. Il caso di Renato, il querulomane	»	57
1. Seconda seduta	»	60
2. Terza seduta	»	62
3. Settima seduta	»	64
8. Potere dell'establishment vs. potere dell'individuo	»	66
9. I casi di Laura, Caterina e Maria: quando non si riesce a perdonarsi...	»	72
1. La sindrome del nido vuoto	»	72
2. Ci eravamo tanto amati	»	85
3. «...I bambini vengono con la cicogna...»	»	102
10. Tre declinazioni sulla depressione: genitori e figli, una ripresa	»	112
1. Genitori e figli: una ripresa	»	114
2. I fattori della terapia	»	114
11. Il caso di Carla, la ragazza dai capelli rossi	»	116
12. Il percorso della psicoanalisi per comprendere meglio il trauma	»	122
1. Innatismo vs. empirismo	»	122
2. Paula Heimann: un percorso di pensiero che l'allontanò dalla Klein	»	126
3. Modi estremi per sopravvivere: genitori e figli, una seconda ripresa	»	131
13. Il caso di Milena, la "perfetta": come dare un nome alle proprie emozioni	»	136
1. «Allora si lavora anche in questa terapia»	»	136
14. Attacchi di panico, agorafobia, nidotropismo e mentalizzazione	»	160
1. Il panico: la lunga storia di un disturbo	»	160
2. La clinica psicoanalitica fra panico e mentalizzazione	»	164
3. Dal panico e agorafobia alla mentalizzazione	»	166
4. Conclusioni	»	168

15. Il caso di Enrico, filosofo mancato, e di Paola: pensavo fosse amore... invece era un calesse	» 173
1. Il caso di Enrico, filosofo mancato	» 173
2. Il caso di Paola	» 200
16. La scelta della malattia: è qualcosa di innato o è l'ambiente il primum movens di ciò di cui ci si ammalerà?	» 236
Postfazione. Che cos'è la terapia?	» 243
1. La scelta della patologia	» 243
2. La scelta dell'intervento proposto	» 245
3. La durata della terapia e le modalità della sua conclusione	» 247
4. L'ultimo problema: le terapie complete quando si concludono?	» 250
Appendice. Quando l'atto autolesivo è finalizzato a colpire l'altro/gli altri, di Giuseppe Berti Ceroni	» 253

Introduzione

Mi sveglio assonnata, ho dormito poco questa notte, la mente occupata dall'immagine di un momento di una seduta precedente, uno di quei "momenti magici" in cui si riesce a comprendere veramente l'altro, e quest'ultimo lo percepisce. In molti casi questo segna la svolta per una terapia, qualunque cosa poi accada si è comunque avuto quel "magico incontro". È allora che noi terapeuti comprendiamo bene perché, quando chiediamo al paziente di spiegarci che cosa in quella seduta, o in una psicoterapia lo abbia aiutato – a noi sembra di non averlo fatto a sufficienza – stupito egli risponde: «Tutte le occasioni in cui mi ha ascoltato».

Lo stupore in questi casi è anche nostro perché non pensavamo di essere stati in grado di ascoltare un granché. E non pensi il lettore che "basti" un generico ascolto, vi è sempre e comunque della tecnica alle spalle di ogni psicoterapia, per esempio, come sostiene Horwitz, essa deve essere «cucita addosso al paziente come farebbe un sarto» (tailored psychotherapies) non solo a seconda delle sue esigenze e potenzialità e di quelle del terapeuta, ma anche modulate in relazione a quel paziente in quel dato periodo della terapia e alle sue vicissitudini al di fuori della stanza di analisi.

So di non aver enunciato nulla di particolare, e cioè che l'ascolto deve essere empatico, concetto questo del quale mi sembra opportuno analizzare la genesi e lo sviluppo sgombrando il campo da alcuni luoghi comuni e incomprensioni che lo hanno accompagnato. Dalle due metafore di Freud (1912, p. 538 e seguenti) secondo le quali l'analista deve essere neutrale come uno specchio opaco oppure asettico come un chirurgo (per inciso con queste due metafore Freud non intendeva nulla del genere), è nata una *querelle* sull'opportunità o meno della neutralità, *querelle* che è stata ed è tuttora parte integrante della storia della psicoanalisi: si è pas-

sati da interminabili discussioni sul ruolo del controtransfert (impaccio o strumento fondamentale?) a quelle sull'opportunità poi di svelarlo o meno in particolari momenti della terapia (Heimann, 1950).

Data l'importanza di tale problematica ritengo essenziale iniziare questo lavoro con un breve *excursus* su transfert e controtransfert (capitolo 2). Non solo perché non è sufficiente scrivere e leggere di racconti clinici, specialmente appunto quelli connotati da un importante risvolto empatico, ma perché è anche necessario riflettere sulle teorie sottostanti, in quanto esse saranno stimolate dalle emozioni e dai sentimenti che scaturiscono dall'incontro con l'altro.

Ecco perché questo libro è basato in modo ineludibile sugli incontri con alcuni pazienti da me trattati in psicoterapie brevi o lunghe durante un tirocinio svolto per conto di una Scuola di Specialità di Psicologia Clinica in un Centro di Salute Mentale con la supervisione di un tutor, uno psichiatra, Z., che mi aveva affidato alcuni specifici casi molto vari per diagnosi e gravità. Di volta in volta all'analisi di questi casi seguiranno alcuni interludi teorici, riconoscimento ad autori che mi hanno aperto la mente e hanno facilitato l'ascolto. La prassi quindi adottata sarà quella di un "raccontare-raccontarsi" nato dall'incontro clinico, prassi che a me è più congeniale.

La struttura di questo libro non è stata né decisa né scelta razionalmente: parlare dei pazienti e trattare di seguito da un punto di vista tecnico le loro problematiche mi è venuto spontaneo. D'altra parte, come parlare di un paziente senza che sgorghino, sembra quasi dal nulla, le problematiche teorico-cliniche che in un certo qual senso lo connotano? E dall'altra, come muoversi nelle problematiche cliniche senza porsi delle domande fondamentali sulla relazione terapeuta-paziente (incluso il problema transfert-controtransfert), sul primo agente della terapia (il paziente, la sua famiglia, l'ambiente, le relazioni fra queste tre spine) e infine sulla storia e l'esito della terapia stessa?

Non ci si aspetti quindi un modo di procedere dello stile narrativo omogeneo perché pazienti uguali fra di loro, è ovvio, ahimé, non esistono e pertanto ognuno di essi ha sollecitato parti diverse di me, a loro volta descritte anche con una progressione e uno stile molto diversi gli uni dagli altri.

Quando lascio Bologna, la lascio con dentro di me la fiamma di un paziente, Filippo, che brucia se stesso e i terapeuti. Qui il controtransfert

raggiunge il parossismo: non è proprio possibile fare qualcosa per una persona che sta dilaniandosi così?

Eccomi allora mentre comincio il mio tirocinio in un Centro di Salute Mentale che non lascerò per tutta la durata della specialità. Il debutto si consuma nel tentativo di districarmi fra A. e la sua caratteristica precipua, un delirio che le salva la vita in quanto le permette di non dover analizzare il fallimento della sua stessa esistenza. Non vi è spazio per nessun tipo di dialogo, non solo sulle tematiche del delirio, certo, ma anche sui rapporti con le due figlie. A. è non solo protetta dal delirio, ma vi è anche imprigionata senza che io riesca a fare alcunché. Tutto ciò è stato per me molto doloroso.

C. è depressa: depressa per la morte dell'ex-marito, ma anche perché è una donna che con caparbità cerca di vivere per se stessa e i suoi due figli, oppure solo per i figli nei momenti in cui la depressione sembra quasi toglierle il respiro. C., insicura e insofferente nei nostri primi incontri, diventerà poi una delle pazienti con cui ho potuto effettivamente fare una terapia: pian piano si prenderà i suoi spazi e cercherà di non lasciarsi annullare dalle vicende della vita e dai problemi dei figli.

Ma., un marito e una figlia per nulla collaborativi, sta per precipitare nella psicosi: afferma che tutto è un problema salvo poi, due minuti dopo, dichiarare che in realtà quelli appena enunciati non sono problemi veri. Di qui il mio controtransfert di inutilità e di rabbia: in realtà la mia sensazione prevalente è quella di una profonda insoddisfazione a causa della mia incapacità di scalfire anche solo un po' la corazza senza la quale lei sarebbe veramente caduta nel baratro della psicosi.

Quella che io chiamo B. è una ragazza che soffre di disturbi alimentari. È caparbia, in conflitto – nascosto – con tutto e con tutti, anche con se stessa. B., che vive di flebo, (come non capire però che questa sua anoressia le è indispensabile per tentare di avere un po' di controllo sulla sua vita, controllo che i genitori sempre le avevano negato?) B. che in un parco vicino al Centro, vedendo una madre che sorridendo dà da mangiare a suo figlio, mi guarda stupefatta con la muta domanda: «ma allora si può avere un rapporto con gli altri che è anche fatto di gioia e di comprensione», di nutrimento insomma? Da quel momento in poi inizierà una dura terapia.

Poi c'è R., un personaggio anche dal punto di vista umano, un paziente difficile da reggere in terapia. R. con il suo atteggiamento permeato di lamentele è una sorta di Giobbe: se non sono i colleghi che vogliono fargli le scarpe, è il capo. Lamentele su lamentele, tutti hanno colpe su

colpe, tranne lui ovviamente. Questa terapia si trascinerà più o meno fino ad un *drop out*.

Che dire poi di E. che per un anno e mezzo mi ha succhiato le forze ponendomi domande su domande filosofico-esistenziali? Di E. che non si rassegnava al disturbo da attacchi di panico, ma che al contempo rifiutava a priori, così come io l'ho vissuta, ogni mia interpretazione? E. con il cappello sempre sulle ventitré che mi chiede di yoga, filosofia e consimili? Anche in questo caso la terapia con mio sollievo, devo ammetterlo, è andata affossandosi lentamente fino a sfociare in un *drop out*.

Milena è una ragazza che soffre anche lei di disturbi da attacchi di panico, ma che, contrariamente da E., è in grado di mettersi in gioco in terapia, in questo caso una terapia anche espressiva. È una ragazza che mi insegna a lasciar tempo ai pazienti e grazie alla quale apprendo aspetti per me nuovi della teoria sottostante al disturbo degli attacchi di panico (*sic*).

Paola, il cui nome mi evoca un personaggio del film *L'attimo fuggente* che aveva scelto un nome di battaglia (lei infatti preferisce essere chiamata Towonda), è la paziente con la quale ho vissuto forse la più lunga luna di miele che abbia avuto da quando faccio la terapeuta, ma che abbandonerà anche lei la terapia sostanzialmente per un mio errore di giudizio: non avevo compreso che, essendo ben lontana dall'essere capace di interiorizzare le persone, non avrebbe retto la mia assenza durante le ferie estive (di fatto in quei quindici giorni io sarei stata morta per lei), non avrebbe sopportato la mia lontananza. Di qui il riaffacciarsi in lei degli spettri del bere e della bulimia. Ci saremmo riviste, ma non sarei più riuscita a recuperarla, gli errori che avevo commesso erano stati decisivi, ci sarebbe stato un *drop out*.

Alla fine c'è V. che ha un figlio psicotico. Essa pone non solo a me, ma a tutto il Centro il problema di gestire la situazione complessiva di una paziente che ha tutta una serie di problematiche. Capisco il suo dolore e la sua rabbia, li capisco e li faccio anche miei almeno per tutto il tempo in cui il Centro non riuscirà a creare una rete soddisfacente per la presa in carico del figlio.

I primi casi sono abortiti perché i pazienti erano persone arrivate al Centro per dei disturbi che essi non riuscivano a non vivere come inconsistenti, gli altri perché erano pazienti psichiatrici gravi per i quali l'ascolto e la parola terapeutica erano al massimo complementari ad una azione psichiatrica o ad un forte intervento sociale.

Il resto è la dura fatica della psicoterapia rischiarata da momenti di gioia e da altri di soddisfazione, sempre però sull'orlo della ricaduta o dell'interruzione.

Perché la scelta di un tale titolo?

“Tana libero tutti”, non vi sarebbe bisogno di dirlo, era la frase che si doveva dire quando, giocando a nascondersi, chi arrivava a toccare il punto che denotava la vittoria-salvezza, doveva pronunciare per liberare anche i compagni ancora nascosti. Certo per fare questo bisognava decidere di abbandonare il luogo relativamente sicuro in cui si era, per correre allo scoperto e liberare gli altri e, con gli altri, se stesso.

Mi auguro che la descrizione del gioco rifletta con chiarezza la concezione che ho della malattia e della terapia, cioè della vita: se si è fortunati si riesce a trovare un luogo sicuro in cui nascondersi; ma per sentirsi veramente completi in quanto esseri umani bisogna azzardarsi a superare le “colonne d’Ercole” ed avventurarsi al di là di esse e cioè nel mondo: avere lavoro, relazioni, amicizie. Tutto ciò porta ad un arricchimento umano, ma anche al pericolo di soffrire per i più disparati motivi: perché si è rifiutati o scherniti dall’altro, rifiutati talvolta perché lo si perde quando si finisce col non avere più nulla in comune con lui. Ecco quindi «tana libero anche me stessa».

Una mia amica psichiatra (Cecilia Neri) trova il titolo «Tana libero tutti» molto appropriato perché nel gioco del nascondino chi fa «Tana libero tutti» è colui che così salva tutti i compagni, oltre che se stesso. Esso rappresenta una concezione della psicoterapia (e dello psicoterapeuta che si avventura fuori dalla tana per liberare tutti) come qualcosa di salvifico cui si accompagna un retrogusto di trionfo onnipotente.

Nessuno dei pazienti di cui tratterò soffre di patologie gravi come quelle dei pazienti descritti da Anna Alvarez ne *Il compagno vivo* (1993), eppure è stato per me impossibile prescindere dalle suggestioni che tale libro ha fatto nascere in me, forse per il titolo che io interpreto come un monito a fare di tutto, a rischiare tutto pur di essere libero, forse per l’accento che impregna le storie che vi sono raccolte: infatti l’intento dell’autrice era di aiutare questi bambini a nascere (non a rinascere) porgendo loro una corda per aiutarli ad arrivare alla luce dal fondo del pozzo in cui si trovavano e dove non vi era né vita né calore.

Ecco, quando e se si riesce a fare ciò, si riesce veramente a fare «tana libero tutti».

Bibliografia

Alvarez A. (1993), *Il compagno vivo*, Astrolabio, Roma.

Freud S. (1912), *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, O.S.F. 6, Bollati Boringhieri, Torino.

Freud S. (1911-1912), *Tecnica della psicoanalisi*, O.S.F. 6, Bollati Boringhieri, Torino.

Heimann P. (1986), *Sul controtransfert*, in Albarella C., Donadio M. (a cura di), *Il controtransfert*, Liguori, Napoli.

1. I casi di Filippo, l'uomo nudo, e di Davide, il marachelliere

1. L'uomo nudo

Sono ancora una tirocinante volontaria, fresca di esame di stato, quando vedo Filippo, un uomo di circa 35 anni, ricoverato volontariamente in un reparto di emergenza psichiatrica per ideazione suicidaria. Quello che colpisce tutti noi è la modalità decisamente “hard” del gesto: tentativo per autostrangolamento.

Seguendo uno schema, codificato e da me già collaudato durante la tesi di laurea (Grava, *Ballando con la morte*, 2005), che è orientato alla messa a fuoco delle strutture di personalità sottese ad un gesto suicida, inizio il colloquio chiedendo in modo diretto di raccontarmi la dinamica del gesto ed ottengo la risposta: «è stata un'idea, non l'ho messo in pratica».

Il soggetto comincia spontaneamente a raccontarmi la sua vita in modo talmente minuzioso che, dopo una ventina di minuti, mi scopro impaziente di porre termine al suo fin troppo divagante racconto. Cerco di riportare il discorso direttamente sul gesto che l'ha portato al ricovero. Trovo difficoltà a farlo per le resistenze del paziente a focalizzarsi sull'episodio, d'altronde, mi dico, ascoltarlo mi permette di acquisire comunque importanti informazioni sulla sua storia esistenziale.

Filippo non è originario della città dove ci troviamo e dove vive più o meno stabilmente, per tentare di terminare gli studi universitari che non è mai riuscito a concludere, come del resto gli è capitato per ogni altra sua iniziativa. Ha provato a fare lavori saltuari, sempre abbandonati, ha fatto per anni la spola con la città dove vive e lavora il padre, prima tentando con un'altra facoltà, poi abbandonandola e facendo commissioni per il padre.

Una delle cose che più mi colpisce è questo suo bisogno “di raccontarsi” così minuziosamente, fin nei più irrilevanti dettagli e nel contempo