

Quando lo psicologo clinico o lo psichiatra, in training psicoterapeutico ad orientamento psicoanalitico, o alla fine di questo processo formativo, si trova di fronte al paziente deve affrontare l'ignoto, ciò che ancora non è stato rappresentato ed è invece agito con diverse modalità. Il paziente costringe il giovane terapeuta a confrontarsi con questo ignoto e mettersi nelle condizioni di chiedersi se la scelta della Scuola di specializzazione e la struttura della propria personalità (con le specifiche modalità di difendersi) sono adatte per creare trasformazioni evolutive nel mondo intrapsichico e intersichico del campo bipersonale che abita la stanza di psicoterapia. Il libro raccoglie l'esperienza clinica di ex allievi appena diplomati o già alle prese con il mestiere dell'analista da alcuni anni dopo la specializzazione in ascolto con l'inconscio dei propri pazienti e di sé stessi. Negli ultimi anni la lente di ingrandimento si è posata sempre di più sul ruolo del terapeuta nel determinare ciò che avviene nella mente del paziente durante le sedute; prima c'era la psicologia monopersonale del paziente che veniva scandagliata dalla mente analizzata dell'analista, oggi c'è quella del terapeuta che viene scandagliata dai supervisori per capire come interviene sul processo psicoanalitico dell'analizzando. Questo scritto vuole fornire l'esperienza viva bipersonale di ciò che avviene tra paziente ed analista all'inizio della professione; il focus è ciò che ci rende profondamente umani, che contraddistingue l'interesse di psicologi clinici e psichiatri, disposti ad anni di analisi personale per diventare "maggiormente navigati" sulla propria divisione tra conscio e inconscio, ai fini di promuovere una maggiore integrazione del proprio Io e successivamente dell'Io dei propri pazienti.



SIMONE MASCHIETTO, psicologo clinico, psicoanalista, Direttore Scientifico, Docente interno e Supervisore del Corso Quadriennale in Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adulto SPP, Socio ASP – Associazione Studi Psicoanalitici, Milano, Membro I.F.P.S. (International Federation of Psychoanalytic Societies, New York). Segretario di redazione della Rivista on line *Pratica Psicoterapeutica.com*, autore di diversi articoli nelle Riviste Scientifiche *Pratica Psicoterapeutica*, *Setting*, *Psicoterapia* e *Scienze Umane*, ha partecipato come relatore a

diversi convegni nazionali e internazionali. Lavora a Milano in pratica privata e dirige il Servizio di Psicoterapia psicoanalitica SPP.



SECONDO DONATO GIACOBBI, psicologo clinico, psicoterapeuta, socio Minotauro, socio ASP (membro International Federation of Psychoanalytic Societies), membro Società Italiana Cure Palliative. Docente presso la Scuola di Psicoterapia del Minotauro e presso la Scuola di Psicoterapia SPP di Milano. Opera privatamente come psicoterapeuta e psicologo clinico a Milano e a Crema. In seno al Centro Clinico della Fondazione Minotauro coordina

le sezioni del giovane adulto e dell'adulto. Ha svolto attività di docenza presso l'Università di Milano-Bicocca, di formazione, consulenza e supervisione in vari ambiti (Comune di Crema, Istituti Scolastici Milanese, Ospedale di Vimercate, Società Quadri-Nord, Strutture comunitarie terapeutiche). Ha pubblicato diversi libri e articoli di psicoanalisi e psicologia clinica.

In copertina: Gualtiero Redivo, *Saio*, cm 72x101, 2006, mista su tela. Per gentile concessione dell'autore.



XX,00 euro

OPIFER Organizzazione Psicoanalisti Italiani Federazione e Registro



SIMONE MASCHIETTO
SECONDO DONATO GIACOBBI
(a cura di)

L'INIZIO DEL MESTIERE IMPOSSIBILE
Esperienze di giovani terapeuti

NeP edizioni



a cura di
**SIMONE MASCHIETTO
SECONDO DONATO GIACOBBI**

L'INIZIO DEL MESTIERE IMPOSSIBILE

Esperienze di giovani terapeuti

Prefazione di *Luciana La Stella*



Nuovi Orizzonti di Inconscio e Società / 31. *Studi*



L'INIZIO DEL MESTIERE IMPOSSIBILE

Esperienze di giovani terapeuti

a cura di
Simone Maschietto
Secondo Donato Giacobbi

Prefazione di
Luciana La Stella

Contributi di

ANNUNZIATA ALTIERI, GIANPAOLO BENEDETTI, VALENTINA CARELLA,
MARTA FERRARIS, SECONDO DONATO GIACOBBI, NICCOLÒ LAVELLI,
CHIARA LUCCA, SIMONE MASCHIETTO, LUCA MAZZOTTA, SILVIA MOLteni,
BERENICE MERLINI, SILVIA PACCHIONI, ALESSIA PACE, SARA PAGANI,
LUCA PAGANONI, RICCARDO PREZIOSI, DONATELLA RATTINI, EDOARDO
RIBONI, AMBRA SALUSTRI, ANNA SORDELLI, EMANUELE VISOCCHI



NeP edizioni

*A Guido Medri,
storico fondatore della Scuola SPP,
che ci ha lasciati l'8 ottobre 2019.*

Ringraziamenti

Si desidera esprimere sentiti ringraziamenti sia alla Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica SPP di Milano che ha sostenuto il progetto del libro, sia a Stefano Re per la sua funzione di editing mentre si procedeva alla stesura del libro. Un grazie particolare alla Dr.ssa Valentina Carella e alla Dr.ssa Donatella Rattini che hanno ultimato la revisione del libro.

Indice

- 13 Prefazione – *Luciana La Stella*
- 19 Presentazione – *Simone Maschietto*
- 33 Introduzione – *Secondo Giacobbi*
Il mestiere dell'analista: difficoltà ed equivoci nell'avvio della professione
- 51 Annunziata Altieri
Difendersi in e dalla terapia
- 65 Valentina Carella
Non posso guarire: la resistenza in psicoterapia
- 81 Marta Ferraris
Spostare o non spostare le sedute? Questo è il problema
- 97 Niccolò Lavelli
Il ramo storto
- 123 Chiara Lucca
La stanza digitale: come mantenere la specificità psicoanalitica
- 141 Gianpaolo Benedetti, Simone Maschietto Silvia Molteni, Edoardo Riboni
Setting istituzionale psichiatrico e psicoanalisi: un incontro professionale ancora possibile?
- 167 Berenice Merlini
Vivere psicoanaliticamente la comunità terapeutica: setting come limite e limite del setting
- 195 Silvia Molteni
I fuori scena nel lavoro con l'imprevedibilità terapeutica

- 213 Silvia Pacchioni
Il processo di separazione - individuazione del terapeuta in formazione
- 229 Alessia Pace
Setting mutevoli: il ruolo della mente del terapeuta
- 245 Sara Pagani
Darsi del “tu” o darsi del “lei”: la giusta distanza tra terapeuta e paziente
- 259 Luca Paganoni
“Ho provato e ho sbagliato, la prossima volta sbaglierò meglio”
- 283 Riccardo Preziosi
Un millimetrico spazio: tra identificazione proiettiva e controtransfert
- 305 Donatella Rattini
L’esplosione dell’amore nella stanza d’analisi
- 323 Ambra Salustri
I genitori nella psicoterapia del giovane adulto: implicazioni per la clinica
- 343 Emanuele Visocchi
Le domande in seduta

Appendice

- 363 Simone Maschietto
Dialogo tra un apprendista e un artigiano nella bottega psicoanalitica
- 377 Luca Mazzotta
Tra Scilla e Cariddi: rigidità e flessibilità del setting nella libera professione
- 390 Anna Sordelli
Esperienza di lavoro di supervisione in una scuola di psicoterapia, brevi riflessioni

Donatella Rattini

L'esplosione dell'amore nella stanza d'analisi

L'amore di transfert è un fattore intrinseco al trattamento psicoanalitico che, per la sua natura estremamente soggettiva può assumere svariate sfaccettature, alcune delle quali di grande intensità e con una trama peculiare. Faccio riferimento in modo particolare al transfert erotico e al transfert erotizzato, definibili, a grandi linee, come una forma d'amore di transfert di tipo nevrotico il primo, caratterizzata dal predominio di processi depressivi, e di tipo psicotico il secondo, in quanto fondata sul prevalente utilizzo di una modalità di funzionamento schizo-paranoide.

I transfert erotico ed erotizzato sono, inevitabilmente, accompagnati dai loro correlati controtransferali, poiché non dobbiamo dimenticare che lo psicoanalista è sì un professionista che ha seguito un apposito percorso di formazione e un'analisi personale, ma è anche una persona che, a sua volta, ha un proprio inconscio dominato da emozioni simili a quelle del suo paziente. Giunge spontaneo, al riguardo, il ricordo dello scompiglio provocato nella vita di Breuer dal caso di Anna O. e delle difficoltà incontrate da Freud con Dora e da Jung con Sabine Spielrein.

Sin dalle origini della tradizione psicoanalitica l'amore di traslazione ha dato adito a una lunga serie di questioni incentrate, in particolar modo, sul se e sul quando l'amore di transfert dall'essere un alleato veicolo di cura e guarigione si trasforma in una resistenza talmente tenace e irriducibile da mettere in pericolo, nei casi più estremi, la relazione terapeutica. La letteratura esistente ad oggi sembra,

comunque, essere concorde sull'indispensabilità di tale sentimento, partendo dal presupposto che esso è, in quanto prototipo esperienziale, il fondamento di quelle relazioni affettive primarie che ognuno di noi ripete nella sua vita e che, attualizzandosi nella relazione analitica, viene rivissuto con riferimento alla figura dell'analista.

A questo punto, allora, la situazione critica in cui lo psicoterapeuta principiante potrebbe imbattersi è: come si fa a gestire questo amore di tipo platonico quando si attiva, nella relazione di cura, con una forza troppo potente?

Nel presente lavoro esporrò alcuni esempi clinici in cui, alle prime armi con il mestiere di psicoterapeuta e ancora in formazione e in analisi personale, mi trovai, per usare una famosa metafora freudiana¹, a dover lavorare con forze altamente esplosive, senza essere ancora in pieno possesso delle cautele e della coscienziosità del chimico, cioè il supervisore a cui mi rivolsi prontamente per essere aiutata.

Una poltrona per due

Prendo le mosse illustrando un breve resoconto di ciò che mi accadde durante il percorso psicoterapeutico di un paziente che mi fu affidato in cura, alcuni anni fa, da un consulente psichiatra/psicoanalista del Servizio Ambulato-

¹ “Quanto allo psicoanalista, egli sa bene di lavorare con forze altamente esplosive e di dover procedere con le stesse cautele e la stessa coscienziosità del chimico. Ma quando mai si è interdetto al chimico l'uso delle sostanze esplosive che gli sono necessarie per l'opera sua, a cagione della loro pericolosità?” Sigmund, Freud, “Osservazioni sull'amore di traslazione (1914)” in *Opere*, vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino 1989, p. 373.

riale di Psicoterapia presso cui svolsi i quattro anni di tirocinio formativo, con attività cliniche e di ricerca scientifica che erano settimanalmente supervisionate dal tutor.

Il caso di cui intendo parlare riguarda un paziente, che chiamerò Pietro, e che ancora oggi, a ripensarlo, faccio fatica a definire “uomo” poiché, nonostante fosse ultratrentenne, la prima impressione che ebbi nel vederlo fu di avere di fronte a me un “ragazzo”, carino e di aspetto gradevole. Il paziente si era rivolto al Servizio Ambulatoriale lamentando di soffrire, da diversi anni, di un persistente stato dell'umore depresso, di fluttuazioni dell'umore di moderata intensità e di ansia generalizzata. Tale malessere era da lui ricondotto a una serie di pensieri riguardanti la famiglia d'origine, il contesto lavorativo e, soprattutto, il fatto non avere mai avuto alcun rapporto relazionale intimo e sessuale con una donna. La sua unica attività sessuale era rappresentata dalla masturbazione compulsiva, solitaria e accompagnata da una serie di vivide fantasie. Malgrado il suo desiderio fosse quello di avere un incontro con una donna reale, nelle rare occasioni in cui ne ebbe l'opportunità, la sua erezione era stata completamente inibita da un inesplicabile e invincibile terrore.

Il Servizio di Psicoterapia era ben organizzato: il paziente in una sala d'attesa attendeva che lo psicoterapeuta/tirocinante, all'ora fissata per il colloquio, andasse a prenderlo e lo conducesse nello studio a lui assegnato, in modo permanente, per l'intero giorno della settimana che lo stesso aveva deciso di dedicare alla conduzione delle terapie. A me era stato destinato l'ultimo studio di un lungo corridoio che era preceduto da altri quattro studi; riporto questa precisazione per introdurre una prima difficoltà in cui mi imbattei, in occasione del primo colloquio con questo paziente.

Da me raggiunto in sala d'attesa, Pietro, dopo avermi salutato con due occhi sgranati e impauriti, che mi portarono a pensare: "Oh la miseria, guarda che non ti mangio", iniziò a seguirmi lungo il corridoio. Nonostante i miei ripetuti tentativi di spostarmi a sinistra, vicino al muro, per cercare di averlo al mio fianco, Pietro continuò imperterrito a stare, silenziosamente, dietro di me. Circa a metà del corridoio cominciai a sentirmi fortemente in imbarazzo e a essere presa dal pensiero: "Ma non è che quest'uomo vuole stare dietro per guardarmi il sedere?" Tale percezione, unita alla precedente, mi creò un profondo disorientamento, che mi rese assai arduo mantenere la concentrazione nel corso del colloquio. Dal sentire di avere di fronte a me una persona impaurita al punto di temere di essere "mangiato" da una donna, mi ritrovai a immaginare un uomo che, virilmente, mi guardava il sedere. La mia mente spesso tornava a quelle due immagini, soprattutto all'ultima.

La terapia, a cadenza settimanale, era condotta vis à vis, con l'ausilio di due poltroncine poste l'una davanti all'altra. Nei primi mesi, le sedute si svolgevano in questo modo: Pietro mi raccontava, nei minimi dettagli, differenti aspetti di una realtà ai suoi occhi corrotta, piena d'ingiustizie, dominata da una potente aggressività, che paragonava a un suo mondo immaginario che era l'opposto. Sembrava che nella sua mente non ci fosse alcuna possibilità di mettere in contatto l'uso della realtà con quello della fantasia, per il timore che poi quest'ultima potesse esserne irrimediabilmente influenzata. Allo stesso modo contrapponeva il mondo femminile, abitato da donne inaffidabili, volubili, maliziose, interessate a coinvolgersi in una relazione d'amore solo con uomini facoltosi, a quello maschile, contraddistinto da uomini indifesi, innocui e buoni. Utilizzava tali pensieri per

dare a se stesso e a me una ragione del suo bisogno di arrendersi e ritirarsi nel momento in cui un eventuale approccio con una donna poteva evolvere verso un contatto fisico.

Dopo circa quattro mesi di terapia in cui, oltre a questi racconti, Pietro riuscì a confidarmi alcuni aspetti molto significativi della sua intima vita sessuale e della sua storia personale, accadde che, nel corso di una seduta, cominciò a rivolgermi delle domande attinenti la mia vita privata, chiedendomi quanti anni avevo, se ero fidanzata o sposata, se avevo dei figli e se abitavo a Milano. Me le poneva con uno sguardo diretto, penetrante e non più sfuggente e impaurito come era stato nel corso dei primi incontri. Il ripetersi di tali domande e dello stesso sguardo all'inizio dei successivi due incontri mi fecero sentire fortemente in imbarazzo ed eccessivamente osservata, al punto che finii per essere io, e non più lui, in difficoltà nell'incontrare i suoi occhi. A ciò si aggiunse la circostanza che mi stavo rendendo sempre più conto di come anche il suo abbigliamento cambiava progressivamente: diventava meno ingenuo e più intrigante, più adulto. Difensivamente non risposi alle sue domande, anzi, assunsi la tendenza a riempire il tempo e lo spazio analitico con un eccesso di parole, facendo troppi interventi, probabilmente per raffreddare il clima relazionale e far diminuire l'eccitazione presente nella stanza d'analisi. Tuttavia tale mio impacciato tentativo non funzionò, anzi, fece sì che quella che era una brace si infiammò, e capitò ciò che segue.

Siamo in seduta e, mentre Pietro parla lamentosamente di un'uscita serale fatta con un collega e due ragazze, come al solito conclusasi per lui in modo fallimentare, io mi rendo conto che è seduto nella poltroncina con le gambe divaricate e che sta eseguendo un lievissimo movimento di an-

cheggiamento. Cerco di distogliere lo sguardo dal suo bacinò e di concentrarmi su ciò che mi sta dicendo circa il suo continuo farsi da parte anziché trovare l'energia per proseguire nell'incontro e lasciarsi andare al desiderio, quando d'improvviso mi ritrovo a fantasticare di avere un rapporto sessuale con lui, sedendomi a cavalcioni su di lui, sulla sua stessa poltroncina. Ricordo ancora oggi con estrema chiarezza l'angoscia e la dolorosa confusione da cui fui assalita nei minuti immediatamente successivi, quando la mia mente tornò alla realtà della seduta. Inoltre, mi sentii profondamente in colpa sia per aver fatto quella fantasia sessuale, sia, soprattutto, per essermi dissociata e quindi per non essere stata lì ad ascoltare ciò che il paziente, nel tempo a lui dedicato, mi stava dicendo. Portai avanti e terminai la seduta con estrema difficoltà: mi sentivo irrequieta, ansiosa, abitata da qualcosa che non capivo, e continuavo a chiedermi che cosa mi fosse accaduto. Purtroppo, se ne accorse anche Pietro, che, al termine del colloquio, mi chiese se fosse tutto a posto perché mi aveva percepita un po' strana. Non sapendo come gestire la situazione, mentii: risposi che non avevo nulla, che in me era tutto a posto.

A quei tempi, settimanalmente, portavo un caso clinico in supervisione al dottor Guido Medri. Ero sicura che nella settimana successiva avrei portato proprio l'esplosiva seduta appena esposta, ma c'era in me un certo imbarazzo all'idea di dover raccontare una tale fantasia erotica, per il timore di essere giudicata da uno dei miei maestri. Ad ogni modo andai, raccontai tutto ciò che si era verificato e che avevo sentito (compreso l'imbarazzo nei confronti suoi e del paziente), e, come prima percezione, sentii una dolce sensazione di sollievo e di liberazione nel momento in cui il dottor Medri, con uno dei suoi sorrisi smaglianti, esordì

dicendo: "Dottoressa Rattini, proprio lei, ma cosa mi combina!" Inizii in quella supervisione, e proseguì in quelle successive, a farmi vedere come l'essere stata dominata dalla mia reazione controtransferale erotica non mi aveva permesso di mantenere una sufficiente distanza psicologica dal processo in atto per riuscire a osservare, nel qui e ora della seduta, l'interazione terapeutica che poi mi spiegò. La mia fantasia sessuale era stata, in parte, l'effetto dell'erotizzazione del transfert agita dal paziente mediante un forte movimento d'identificazione proiettiva, messo in atto con l'azione di richiamo dell'ancheggiamento, secondo il seguente modello descritto da Ogden: "Nella seconda fase, colui che proietta esercita una pressione sul ricevente affinché si senta e si comporti in modo corrispondente alla fantasia proiettiva inconscia. Non si tratta di una pressione immaginaria quanto piuttosto di una pressione reale, esercitata mediante una moltitudine d'interazioni tra chi proietta e chi riceve." Pietro così avrebbe cercato di farmi conoscere l'angoscia che lui provava nelle situazioni che avrebbero potuto sfociare verso il contatto fisico e sessuale con una donna, ossia di farmi capire concretamente qualcosa che con le parole non era in grado di dirmi. E il mio essere troppo identificata con lui aveva fatto sì che arrivassimo a condividere un fantasma non detto. In parte, però, la stessa fantasia sessuale era stata prodotta dal mio controtransfert erotico, che mi aveva portato a provare un'attrazione sessuale nei confronti del paziente, da me avvertito, in questa fase della terapia, come intrigante e sessualmente desiderabile. Richiamando gli assunti teorici di Gabbard, io avrei giocato un ruolo nello sviluppo e nella forma finale del transfert erotizzato del paziente.

Sempre tenendo come mappa teorica gli assunti di Gabbard e le sue definizioni di transfert erotico ed erotizzato, a livello di ipotesi diagnostica, definimmo il transfert espresso

dal paziente con il termine “erotizzato”, non “erotico”, poiché tale transfert ci apparve arcaico, intenso e tenace, oltre che per la sua apparizione improvvisa e veloce. Il collegare il mio primo controtransfert, in cui immaginai che Pietro mi guardasse il sedere, agli agiti transferali del paziente, alla mia fantasia erotica e ad alcuni aspetti significativi della sua storia personale, in particolare della vita attuale e intima (che per il rispetto della privacy non cito), ci indusse a ipotizzare la presenza in lui di quella che Bergeret definisce “perversione del carattere”. Il paziente, più che da una perversione vera e propria, sarebbe stato affetto da “perversità”, vale a dire da una patologia non solo della relazione oggettuale, ma anche della costituzione della rappresentazione oggettuale. Pietro usava l’erotizzazione perversa come difesa per mettersi al riparo dall’angoscia provocata in lui alla sola idea di avere un rapporto a due. Si perdeva in una sensorialità che lo conteneva e che gli permetteva di controllare una situazione fantasmatica tremendamente pericolosa e di non diventare succube di un’angoscia devastante.

Una simile situazione fantasmatica tremendamente pericolosa che non seppi gestire, probabilmente, fu proprio quella che vissi io subito dopo aver preso coscienza della mia dissociazione avvenuta nel corso della seduta. Ciò che avvenne mi fece sentire concretamente di non avere tutti gli strumenti necessari per contenere e, soprattutto, per elaborare la forza altamente esplosiva che era scoppiata nella stanza d’analisi, e mi diede la prova di quanto, in alcuni frangenti, il mestiere dello psicoanalista possa essere davvero complesso per l’imprevedibilità cui è sottoposto.

La stanza dei bottoni

Esporrò ora un'altra situazione clinica che mi capitò un paio d'anni prima rispetto a quella sopra illustrata, ma nello stesso contesto clinico.

La paziente in questione, Francesca (anche in questo caso utilizzo un nome fittizio) era una bella e giovanile signora di una quarantina d'anni, molto colta e intelligente, che aveva consultato il Servizio Ambulatoriale di Psicoterapia per dei sintomi di agorafobia, piuttosto invalidanti, di cui soffriva da diversi anni e che si erano progressivamente acuiti al punto da portarla a escludere quasi totalmente dalla sua vita ogni attività da compiere in contesti sociali. Raramente riusciva ad andare al ristorante, al cinema e a teatro, malgrado fosse un'amante dei film e delle rappresentazioni teatrali, per la tremenda paura di non potersi allontanare da uno spazio chiuso nel caso in cui fosse stata preda di un attacco improvviso di ansia. Oltre a tale sintomatologia, la paziente riferiva di un malessere terrificante attribuito alla conclusione di una relazione sentimentale con una donna, durata svariati anni, che l'aveva fatta crollare in una terribile solitudine. Francesca aveva espresso, quale motivazione principale per l'inizio di un percorso di psicoterapia, il bisogno di un sostegno che la aiutasse sia ad affrontare un momento così difficile della sua vita, sia, soprattutto, a comprendere le sue fragilità da lei definite "ancestrali" e legate a una serie di lutti familiari che contraddistinsero la sua storia personale.

Il desiderio transferale della paziente sembrava essere quello di trovare una madre, un oggetto relazionale capace di darle la funzione materna primaria definita da Winnicott con il termine "holding": quella capacità della madre o, più in generale, del *caregiver*, di prendersi cura del suo bambino,

identificandosi e rispondendo ai suoi bisogni. Di fatto, la sofferenza e la necessità di aiuto, espresse così chiaramente da Francesca a livello verbale, discordavano con il suo modo di porsi: la prima volta che la incontrai, restai colpita dal passo deciso e per nulla impacciato con cui entrò nello studio, dalla sua posizione comoda e a suo agio sulla sedia, e dall'eloquio preciso e ordinato nell'esposizione delle varie tematiche della sua vita. Tutto in lei sembrava esprimere sicurezza di sé, al punto che, nei colloqui iniziali, la percepii come una persona troppo riflessiva per una semplice tirocinante come ero io. Temetti di non essere capace di prendermi cura di tale paziente e di poter essere da lei fagocitata.

Nei primi sei mesi circa di lavoro, la paziente dedicò la maggior parte delle sedute a parlare della donna con cui aveva avuto la lunga relazione conclusasi, di altre compagne avute in precedenza definite abbastanza "disastrate", di amiche frequentate attualmente, dei diversi componenti della sua famiglia e di argomenti vari, che oscillavano dai libri letti a tutta una sua serie di passioni culturali. In alcune occasioni ebbi l'impressione che si preparasse a casa l'elenco degli argomenti da affrontare per riempire lo spazio analitico a sua disposizione, al fine di tenere sotto controllo tutto ciò che vi avveniva all'interno. Io terminavo svariate sedute con il mal di testa e con una sensazione d'impotenza, d'incapacità di fare la psicoterapeuta, perché avevo la testa piena di una moltitudine d'informazioni che mi portava a chiedermi, ripetutamente: "ma che cosa bisogna farne di tutto questo materiale?" Sentii la necessità di confrontarmi più volte con il mio supervisore per essere aiutata a contenerlo e a comprenderlo, ritrovandomi così a essere io, non la paziente, una bambina piccola e bisognosa dell'aiuto di un adulto grande.

Per aiutare me a vedere Francesca e aiutare lei a farsi vedere da me senza avere paura, iniziai a confrontarla con

l'inversione della dipendenza che lei stava agendo, e a mostrarle il mio interesse e curiosità per i suoi vissuti emotivi, oltre che per quelli delle donne da cui era circondata. Il risultato fu che, pian piano, la paziente mi avvicinò al suo mondo interno, abitato da una profonda solitudine che, seguendo l'approccio teorico di Simone Maschietto, definirei "malevola", poiché creatasi a causa di un "troppo vuoto". Una solitudine "legata a una impossibilità di fare proprie delle identificazioni significative. In assenza di queste, la pulsione orale diventa predominante, impregnata di violenza e di impossessamento e il risultato è quello di rapporti sempre insoddisfacenti, in cui l'oggetto è sempre "rosicchiato", "masticato", "consumato", ma mai assimilato, acquisito, mantenuto dentro di sé."

In questo periodo della terapia mi disse che il tempo della seduta scorreva veloce (ma io non potevo offrirle una seconda seduta per il contesto clinico in cui la ricevevo) e fece un sogno particolare: "Siamo in questo studio, io sto piangendo tanto e non ci sono i fazzoletti; lei si alza dalla sua poltroncina, viene accanto a me e mi asciuga gli occhi con le sue mani." Si palesò così un transfert preverbale, fatto di scambi emotivi e, in particolare, di una richiesta di delicatezza infantile che richiamava la relazione madre-figlio. Un transfert che, difensivamente, assunse una sfumatura piuttosto accesa e scottante.

La paziente iniziò a farsi "vedere" non solo interiormente, ma anche esteriormente: il suo abbigliamento cambiò progressivamente, divenendo più femminile ed elegante, e per la prima volta sciolse la coda in cui da sempre raccoglieva i capelli, mostrando un nuovo taglio di capelli e di tinta. Se ne accorse anche una collega che un giorno, notatala in sala d'attesa, mi disse: "La tua paziente è proprio

una bella donna!”, commento che trovò la mia totale condivisione perché in più di una occasione recente avevo pensato che Francesca, come donna, cominciasse proprio a piacermi. Il suo sguardo, anziché sfuggente, divenne diretto, penetrante, seduttivo e accompagnato dal suo ricorrente saluto iniziale: “Eccoci finalmente qui!” In più di una circostanza mi sentii eccessivamente osservata e, per questo, a disagio. Fu così per alcune sedute, fino a che capitò questo.

Francesca arriva in seduta, si accomoda nella poltroncina e comincia a parlare. A un certo punto, d'improvviso, io mi rendo conto che indossa una camicetta di lino bianca e che diversi bottoni sono sbottonati, gli unici chiusi sono i due centrali. Noto poi che nel corso del colloquio le capita di portarsi in avanti con il busto, con un movimento che fa sì che la camicetta si apra ancora di più e che io veda il suo reggiseno di pizzo bianco e un po' del suo ventre. In pochi secondi cerco di mettere un'adeguata distanza di sicurezza tra me e lei, attaccandomi letteralmente allo schienale della poltroncina, che, inavvertitamente, faccio arretrare leggermente. Avverto una grande e angosciante confusione, un'improvvisa sensazione di calore corporeo e il bisogno di uscire dalla stanza per prendere una boccata d'aria. Cerco, in qualche modo, di ristabilire la mia quiete, ritraendomi dalla relazione non solo fisicamente, ma anche verbalmente, rimanendo in silenzio per un lungo periodo di tempo. Non saprei dire ancora oggi se la paziente se ne accorse, credo di no, perché proseguì, imperterrita, nel suo discorso; o forse sì, e riempì lei, con un eccesso di parole, il silenzio che era calato tra di noi.

Andai dal dottor Medri, esposi ciò che era accaduto, e lui, dopo avermi ascoltato e prima di qualsiasi spiegazione teorica, mi pose questa domanda: “Com'era il seno della paziente?”. Io risposi che, per quello che avevo visto, mi era

sembrato un bel seno, alto e sodo. Per tutta risposta lui affermò: “Ah, quindi da una parte c’era la paziente che mostrava il suo seno e dall’altra parte c’era lei, dottoressa Rattini, che quel seno lo guardava con interesse.” Credo che sia stato il mio sguardo allibito per il prendere atto del mio controtransfert erotico omosessuale che fece scoppiare il dottor Medri in una fragorosa risata, per stemperare ciò che lesse nel mio volto. Mi fece quindi notare come mi ero difesa, a più riprese nel corso degli ultimi mesi di lavoro terapeutico, non solo dal transfert erotico omosessuale della paziente, ma anche dal mio controtransfert della stessa natura. Avevo ignorato i desideri omosessuali di Francesca e i miei.

I sentimenti transferali espressi dalla paziente non sembravano realmente sessuali e fondati su un intento erotico, ma piuttosto una specie di genitalizzazione di desideri più primitivi, attinenti sia alle cure genitoriali di cui Francesca non poté fare esperienza sia alla ricerca di quella fusione simbiotica in cui poter trovare un modello femminile a cui potersi identificare. Gabbard descrive tale processo così: “Una spinta erotica regressiva verso la madre preedipica, costituita dal diluirsi dei confini e dalla perdita di un’identità di genere distinta.” La paziente si difese dunque da questa spinta regressiva erotizzando la seduta e negando quella sana dipendenza dalla relazione di cura e da me, che stava cominciando a sentire e che però avvertiva come pericolosa e minacciante in quanto era una situazione per lei sconosciuta.

Dal canto mio, mi spaventai nel percepire il suo desiderio di fusione e, soprattutto, il mio controtransfert materno erotico. Si attivò in me un’angoscia rispetto alla mia stessa omosessualità che non seppi contenere e che agii nel corso della seduta ritraendomi dalla stessa fisicamente e verbal-

mente. Questo mio sentire mi fece capire che anche io negavo i miei sentimenti erotici infantili nei confronti di mia madre e di mia sorella gemella omozigote; a riprova di ciò, pensai che non avessi mai portato materiale omosessuale al mio analista.

In analisi con Alfredo

Dai casi clinici descritti nei due precedenti paragrafi, emerge palesemente l'angoscia spazzante che mi provocarono i transfert e i controtransfert erotici vissuti e quanto fu significativo per me il trovare nel dottor Medri un terzo soggetto che mi aiutasse a guardare la dinamica in atto per comprenderla e che mi fornisse gli strumenti utili a fronteggiarla. Ricordo con precisione la sua capacità di ascoltare analiticamente ciò che gli portavo del paziente e di me stessa, di studiare l'agire delle resistenze da parte di entrambi, di spiegarmi ciò che il paziente, del suo passato, stava attualizzando nella relazione analitica e, infine, di segnalarmi le mie rimozioni e le eventuali lacune della mia analisi personale. Era una specie di "analista-supervisore".

Il suo prezioso insegnamento si unì a quello che ebbi nel vivere e nel ripensare a come il mio psicoanalista, dottor Alfredo Civita, accolse e a come si comportò rispetto agli svariati tentativi di seduzione che ebbi nel corso degli anni della mia analisi. Per ottenere il suo amore esclusivo e incondizionato ne combinai d'ogni tipo: dallo scegliere accuratamente un abbigliamento e una bigiotteria per andare in seduta che mi facessero apparire unica e bella ai suoi occhi, al circondarmi del mio profumo preferito affinché lo sentisse e gli rimanesse nella stanza d'analisi, all'espore sogni con un contenuto dichiaratamente erotico. In uno di questi,

lo sognai appena svegliatosi in un letto posto accanto a un altro letto in cui dormivo io. Alzatosi, indossò gli abiti per scendere nel soggiorno, dove lo attendeva una donna (che poi emerse, a livello simbolico, essere la moglie); nel guardarlo, notai che, come accessorio del suo abbigliamento, portava una cintura molto particolare, che, nella successiva interpretazione del sogno, associammo a una "cintura di castità". In pratica nel sogno io facevo indossare ad Alfredo una cintura che mi avrebbe garantito la sua esclusività sessuale, ossia che potesse essere solo e soltanto mio. Il suo approccio al mio transfert erotico fu di restare affettuosamente neutrale, di legittimarlo come quella normale attrazione che ci può essere tra una donna e un uomo, e di farmi notare l'importanza che fosse e restasse simbolizzato, non agito. Il poterne parlare fu ciò che poi ci permise di analizzare il significato profondo dei desideri erotici che comunicavo tramite il transfert e, soprattutto, degli affetti passati e presenti, di tutt'altra natura, che si celavano sotto l'impronta erotica acquisita dal mio transfert. Al pari dei miei pazienti, utilizzai il transfert per dare voce a qualcosa di profondo che non ero in grado di comunicare diversamente.

Riprendendo il pensiero iniziale sull'amore di traslazione, da quanto esposto risulta che i transfert erotici ed erotizzati non sono soltanto una difesa, ma anche una finestra sul mondo interno del paziente. Come scrive Evelyne Sechaud: "Sono dei movimenti dal Sé all'altro che combinano il presente e il passato per ricomporli in modo diverso." Il processo di comprensione dei significati non erotici veicolati da tali transfert non può esimersi dal tenere presente il ruolo giocato, nella loro realizzazione, dal particolare coinvolgimento controtransferale dello psicoterapeuta, implicato in quella che è una situazione analitica ma, al tempo stesso, anche una relazione fra due persone. Paula Heimann, al riguardo, specifica:

“Ciò che distingue questa relazione dalle altre non è la presenza di sentimenti in un partner, il paziente, e l’assenza nell’altro, l’analista, ma soprattutto l’intensità dei sentimenti provati e l’uso che se ne fa, giacché questi fattori sono interdipendenti. Da questo punto di vista, lo scopo dell’analisi non è di trasformare l’analista in un cervello meccanico, che può produrre interpretazioni sulla base di procedure puramente intellettuali, ma di renderlo capace di sostenere i sentimenti che si agitano in lui, invece di scaricarli come fa il paziente, in modo da subordinarli al lavoro analitico, in cui egli funziona come uno specchio che riflette il paziente.”

All’inizio di questo imprevedibile mestiere di psicoterapeuta, fu proprio la mia incapacità nel contenere e sostenere ciò che esplose nella stanza d’analisi e dentro di me che non mi permise di funzionare come uno specchio. Il non sapermi liberare dalle fantasie in cui mi trovai a essere invischiate mi spinse all’azione, piuttosto che all’osservazione, impedendomi così di comprendere la situazione analitica.

Concludo questo mio breve scritto citando le seguenti parole di Blaise Pascal: “*Noi conosciamo la verità non soltanto con la ragione, ma anche con il cuore.*” Credo che questo suo Pensiero sintetizzi in modo ottimale l’importanza per uno psicoterapeuta del sapere unire il ragionamento teorico e clinico al suo sentire emotivo, andando oltre al significato conscio trasmesso da una parola o da un fatto compiuto dal suo paziente o da se stesso.

Bibliografia

- Albarella, C. & Donadio, M. (1998). *Il controtrasfert: Saggi psicoanalitici*. Liguori, Napoli.
- Bergeret, J. (1974). *La personalità normale e patologica*:

- Le strutture mentali, il carattere, i sintomi.* Raffaello Cortina, Milano 1984.
- Freud, S., "Osservazioni sull'amore di traslazione (1914)", in *Opere*, vol. VII. Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- Gabbard, O.G. (1996). *Amore e odio nel setting analitico.* Astrolabio – Ubaldini, Roma 2003.
- Maschietto, S. (2020). *Solitudini condivise: Esperienze cliniche in psicoanalisi.* FrancoAngeli, Milano.
- Ogden, T. H. (1991). *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica.* Astrolabio – Ubaldini, Roma 1994.
- Pascal, B. (1670). *Pensieri.* Giulio Einaudi, Torino 1966.
- Racker, H. (1957). Il significato e l'impiego del controtransfert. In *Studi sulla tecnica psicoanalitica: Transfert e controtransfert* (pp. 171-229). Armando, Roma 1970.
- Sechaud, E. (2008). Il trattamento del transfert nella psicoanalisi francese. *L'Annata Psicoanalitica Internazionale*, 6/2012, (pp. 153-171).
- Winnicott, D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente: Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo.* Armando Armando, Roma 2007.