

COME IN UN TRUMAN SHOW

GIORGIO CASTIGNOLI

La costruzione di una relazione terapeutica nel contesto della cura del primo episodio psicotico, coincide con l'avvio di un processo di faticosa integrazione delle esperienze e di risintonizzazione con il mondo. Ciò rimanda primariamente al ripristino dell'*attunement* in un ambito di noità duale, quale quella che si può ricostruire nella coppia terapeutica.

Nella prospettiva di una psichiatria antropologica – ci ricorda Calvi – l'incontro con l'altro è «comunione, costituzione intersoggettiva» (2013, p. 28); la psichiatria fenomenologica d'altronde «si caratterizza con il fungere intersoggettivo della coscienza trascendentale dei medici e dei loro malati» (*ibid.*).

Talvolta, tuttavia, questo percorso è reso poco praticabile da fattori ostativi, che possono riguardare la relazione terapeuta-paziente, pur essendo estranei, in quanto pre-esistenti, alla coppia terapeutica stessa.

In effetti nel caso clinico che qui si illustra per cenni, la ricerca di un senso relazionale è stata ostacolata dall'impossibilità del formarsi della coppia ontologica a partire dalla coppia terapeutica.

Come in un Truman Show

Suona il telefono: con voce flebile e incerta si presenta M.; la riconosco subito. Non ci sentiamo da almeno quattro anni. Il rapporto con lei, seppur sufficientemente confidenziale, è stato sempre mediato dalla figura del marito, mio stimato amico. È grazie al desiderio di rivedere lui che talvolta, col passare del tempo sempre più raramente, si organizzavano cene o incontri amicali presso casa loro o presso casa mia; un modo per rincontrarsi, chiacchierare un po' di lavoro ed un po' di

persone conosciute. Un po' per parlare delle nostre vite, dei figli, delle aspettative e dei sogni per il futuro. Come già detto, la confidenza, i rapporti ed eventualmente la ripresa di contatti, erano mediati preferibilmente dal marito. Mi fa specie quindi sentire che raggiunge il mio telefono interno la voce, un po' rotta, di M.: dopo un brevissimo convenevole, chiede di potermi parlare. Senza approfondire i motivi della richiesta la invito per il giorno seguente.

– Il 19 di quel mese

Solo un breve sorriso di circostanza, quindi mostra subito una profonda disperazione. Piange in modo angosciato, esprime con le parole e con la mimica una gravissima afflizione: sta molto male dal periodo di Natale, da quando ha deciso di iniziare una psicoterapia con uno psico-analista. Il malessere era però già presente da qualche tempo. Fatica a darmi elementi di biografia precisa, sembra anche prudente nell'aprirsi a me; ciò ovviamente può avere a che fare con l'essere un interlocutore, nella veste di psichiatra, non sconosciuto. Ci si scambia il tu in un'atmosfera di amicalità, secondo il consueto registro passato, con evidente contrasto verso il registro del colloquio informativo-terapeutico, quale dovrebbe essere il nostro. Rappresento un interlocutore non sconosciuto, al contempo non confidente, non propriamente prossimo, una persona verso la quale risulta difficile accedere ad una sfera di intimità. Vi è inoltre un terzo livello nel quale si manifestano le difficoltà dell'incontro. È palesato più tardi, quando si fa manifesta una non confidenza, che scade nella diffidenza; quest'ultima espressa con un fare sostenuto, col tono di chi, piccato, intende smascherare le intenzioni inquisitorie dell'intervistatore. Come a voler dire: «Giorgio, non vorrai mica fare lo psichiatra con me: so dove vogliono arrivare le tue domande, non mi puoi incastrare, non mi puoi interrogare come se fossi una psicotica». Le sue parole non sono queste ma un sorriso beffardo, come di chi smaschera la strategia interlocutoria dell'altro, è eloquente: «Ma cosa mi fai dire, cosa vuoi che ti dica?». Queste le sue parole.

Il racconto parte da un'esperienza depressiva, apparentemente senza cause, né eventi anticipatori (individuerò poi la fuoriuscita della figlia, universitaria da quattro mesi in una città lontana, nonché la stanchezza per la cura della madre, sempre richiedente e manipolatoria), di profondità endogena, caratterizzata da sentimenti di colpa e di rovina. L'uso di Paroxetina, ancor prima di Modalina, a lei prescritte, avrebbe indotto un beneficio sul vissuto di colpa, ora non più presente. Ma ciò che induce angoscia in questo momento non sembra essere una condizione depressiva primaria, bensì l'essersi trovata proiettata in un mondo nuovo, la cui apertura sembra definita da una percezione delirante classica

ed il cui dispositivo antropologico pare essere quello della rivelazione (Ballerini, 2002).

A mezza voce, con molta fatica, dopo un sospiro, dice di essere sorvegliata; lo dice *en-passant*, tra una frase e un'altra. Faccio finta di non cogliere, ma registro, la lascio parlare: avremo modo di tornarci dopo, penso, non voglio incalzarla. Dopo un passaggio sul senso del proprio malessere, ritorna sull'esperienza del controllo. «L'hai visto il film Truman Show*? Te lo ricordi? Come si conclude il film? Come ne esce il protagonista?». Sta in silenzio, poi con dolore ammette: «Vivo in un Truman Show!». «È tutta una farsa, c'è una regia. Dai, Giorgio, ammettilo!»

Di fronte al mio sbigottimento trova modo di irritarsi con me. «Ma quando finisce!» Oscilla ambivalentemente tra fiducia e diffidenza.

Mi trovo ad essere investito in certi momenti di una totale sfiducia, sono una comparsa anch'io. Non sono credibile né come conoscente, né come psichiatra. Viene letteralmente offuscata la mia presenza; per tutti gli sforzi che faccia per esserle vicina, nell'amplificazione dell'ascolto, nella manifestazione del tatto, della prudenza, dell'empatia.

Ciò che sento mi pervade in un modo diretto, non conativo: sono anch'io meravigliato e angosciato. L'esperienza di M. mi colpisce perché assolutamente inaspettata per come la conoscevo; inoltre mi colpisce perché trasmette un vissuto imperniato sulla totale perdita di confidenza nel mondo intersoggettivo. Con passaggi oscillanti tra un'angoscia, ancora figlia della perplessità ed altri segnati da una sciagurata concretizzazione delirante, ove è perduto qualsiasi appiglio critico.

Di tanto in tanto, però, chiede di essere aiutata e sembra affidarsi, mantenendo, ahimè, un registro delirante: «Aiutami ad uscirne, come si fa? Dov'è l'uscita?».

Trovo difficile ottenere la sua collaborazione nella richiesta di approfondimenti e delucidazioni, che vorrei condurre all'analisi delle esperienze vissute. Provo a impiegare quello stile di intervista curioso, non inquisitorio né voyeuristico, che si è soliti avere nei colloqui con lo psicotico acuto. Questo modo di procedere nel primo approccio solitamente fa da viatico, sia per la conoscenza della sequenza dei fenomeni psicopatologici prepsicotici e psicotici, sia per la creazione di un clima di dialogo. Tale atmosfera conversazionale, resa neutra dall'epochè e dall'empatia, funge da base per la costituzione di un primitivo abbozzo di alleanza terapeutica.

Sono perciò al contempo carente di informazioni e di *appeal* nella relazione. Acconsento a rispondere in modo diretto alle domande ri-

* *The Truman Show* di Peter Weir, 1998, con Jim Carrey.

guardanti il film, alla sua trama, alla posizione del protagonista, alla sua progressiva presa di consapevolezza, alla sua lotta contro il sistema-regia; l'attenzione è in specie puntata sulle modalità di uscita dal sistema. Mi sforzo di ricordare i passaggi salienti della trama, per rendermi conto che la curiosità è tutta rivolta ad aspetti concreti e che l'interrogazione è spinta a esaminare anche la mia appartenenza, o collusione, al sistema di regia.

Tutto nasce poche settimane prima, forse una o due, non vuole essere precisa, quando lo sguardo è attratto da una donna, della quale non sa specificare le caratteristiche. Questa le fa sapere che sono simili. M. si è appena accomodata nello scompartimento del treno, quando lo sguardo viene rapito da una donna seduta di fronte. Con quella presa immediata e totalizzante sulla sua attenzione, sulla sua persona, diremmo sulla sua coscienza, che è tipica di ciò che ci viene insegnato in fenomenologia quando si parla degli oggetti del mondo che muovono verso (o contro) il soggetto (Ballerini, 2002). La persona non parla, né si rivolge in modo diretto o esplicito verso M.: non ce ne è bisogno, la comunicazione è imperativa, folgorante ed al contempo illuminante. Il termine che uso per farmi intendere nel colloquio per definire la modalità di comunicazione, "allusiva", è accettato da M., ma in effetti potrebbe essere davvero molto riduttivo. Il messaggio è chiarissimo e sconvolge il mondo conosciuto sino ad allora da M., a partire da un contenuto in apparenza circoscritto e banale: «Sei come me».

Non viene risposto alla mia immediata richiesta di approfondimento, anche se ingenuamente declinata alla richiesta di descrizione dei caratteri esteriori della sconosciuta. Le fattezze, gli abiti, il *look*, l'atteggiamento, l'eventuale condotta specifica (es. leggere un libro o sistemarsi il trucco), l'"aria": nulla viene commentato. Il fatto di sapere in un modo categorico ed esclusivo di essere come lei, comporta uno stravolgimento dei rapporti interpersonali, che mutano progressivamente all'insegna della non confidenza prima, del sospetto in seguito, della rassegnazione alla sfiducia infine.

Racconterò poi di una esperienza di generalizzazione (Grivois, 2014) occorsa quando, turbata da iniziali percezioni di autoriferimento e primitiva centralità, si rifugia nell'Accademia di Brera a Milano. Le sale dell'esposizione si popolano di figure non più indifferenti ed estranee, che nella loro totalità (specificherò dopo meglio: quasi tutti, tutti quelli che incrociava) in modo allusivo, ma per certo, si riferiscono a lei. Lei, che rispetto alla moltitudine acquisiva un'inaspettata posizione di assoluta centralità e distacco.

Al centro della scena, senza volerlo, diventa oggetto dell'interesse di tutti gli astanti, comparse di un gioco di regia che vedeva in lei un'involontaria protagonista.

La perdita di quel sentimento di immediata familiarità che nutre la naturalità dell'evidenza nel mondo della mondanità, in sintesi, con Blankenburg, l'iniziale perdita dell'evidenza naturale (1998), si combina con il passaggio successivo che impone di percepire come artefatto qualsiasi elemento percettivo della realtà intersoggettiva: quindi costruito ad arte come arredo di una scenografia complessa.

Concordiamo per un ricovero, che accetta di buon grado, visto il livello di angoscia, pur con qualche remora. Ha modo di farmi avere una serie di scritti, redatti proprio la notte precedente il ricovero.

– Diario di una breve notte:

Io sono un caso borderline

finalmente ho un nome: M., datomi da mia madre e mio padre.

Sono una bambina dei boschi

che ha vissuto nel mondo della regina delle nevi

ma che non vuole

morire come una piccola fiammiferaia.

Il mondo di castelli di carta che mi circonda si sta sgretolando.

Devo rompere la grande scenografia: ora so che sarei affascinata da quel "taglio di tela di Fontana".

Il giudizio universale e quello dell'individuo non è di Dio, né dell'uomo, ma del demonio.

Ma dove ci sono anime non c'è demonio.

So che il demonio può ancora sabotarmi: temo il senso di colpa, vergogna e nullità, che, anche se per poco, ancora riaffiora.

So di non avere più difese, per questo temo la più estrema.

So di avere l'amore di chi mi vuole bene.

Non so perché il tutto sia avvenuto in questo modo: trovo imbarazzante lo spiegamento di forze, energia e coinvolgimenti personali. Mi verrebbe: «Scusate tutti per il disturbo».

Grazie a tutte le comparse di questo spettacolo, da quando ho preso progressiva consapevolezza, ne ho ricordate a decine...

Spero che il vostro tariffario non sia troppo caro.

Potremmo dare un titolo a questa pellicola: salviamo il soldato M.

Durante la prima fase della degenza (dal 20 del primo mese al primo di quello successivo) M. offre di sé un'immagine molto ritirata e schiva. All'inizio del ricovero preferisce rifugiarsi nella propria stanza; non si dà disponibile ai colloqui con i medici di reparto, se non per il minimo indispensabile, su argomenti superficiali, preferendo il rapporto con me. Le faccio visita quasi quotidianamente e le chiedo di scrivere.

Che inutile partita! Spettacolare ma inutile: se le mie mosse sono così prevedibili potrei pensare a qualche colpo di scena ma non ho l'energia. Mi accorgo di subire le vostre mosse.

Forse l'obiettivo è giocare a carte scoperte e sinceramente un po' mi dispiace. Un po' entro ed esco dalla recita, a volte volutamente, a volte no e in questo caso emerge di me la parte più insicura e fragile.

Non so se sto scrivendo qualcosa di utile, non mi viene altro. Scusate niente di nuovo da questo pianeta.

Bisogna mettere ordine nel caos.

Con il proseguimento della degenza prende progressiva confidenza con i codegenti, intrecciando rapporti anche molto significativi e amicali, esprimendo la propria capacità di ascolto, compassione e sostegno psicologico. L'apertura nella relazione con i compagni di reparto è molto utile per recuperare più fiducia nel rapporto con l'altro. Privilegia in questo la vicinanza con "gli ultimi", cui riconosce una carica di umanità superiore a quella dei "normali". In un primo tempo attribuisce a tutti i presenti in reparto la malevolenza del ruolo recitato e farsesco, ma poi riesce a riconoscere una naturalezza nei gesti e nelle espressioni dei compagni di reparto.

Io tengo il mondo per quello che è: un palcoscenico, dove ogni uomo deve recitare una parte.

I miei compagni recitano se stessi?

Io recito me stessa?

Se così fosse siamo veri!

Ritorno dal bar. Questi ragazzi sono meravigliosi, mi sembra di avere scoperto ora cos'è l'amicizia ed ha anch'essa le ali.

Piango di commozione per due motivi: uno di questi mi è dato da questi ragazzi.

È strano come mi sento: non so se ho una scorza felice e un nocciolo triste o una scorza triste e un nocciolo felice.

Riuscirà a recitare un ruolo di primo piano e farsi riconoscere come una sorta di “angelo degli afflitti”.

Le giornate sono scandite dai pasti e dai rituali del bar, delle sigarette, dalla camminata in giardino. Niente di più arido e squalido se, nel loro interno, non ci fosse tra noi la condivisione di tempo e spazio e la consapevolezza che qualcosa ci accomuna, forse la “diversità” da ciò che si ritiene “normalità”.

Ritengo questa mia esperienza un privilegio. Aldilà della recita, lo scambio che c'è tra noi è di un autentico pazzesco: scervo ed essenziale, carico di significato. I loro interventi, i loro messaggi, quelli che devono essermi trasmessi non rientrano in uno schema recitativo, si espandono fino a dissolversi in momenti di estrema dolcezza per me.

Non ho mai ricevuto tanto dal mondo della normalità. Non ho mai percepito nessuno di loro con diffidenza. Anche quando, all'inizio, mi chiedevo se qualcuno di loro fosse attore. Mi sentivo perplessa perché li trovavo tutti troppo autentici.

(Provavo diffidenza nei confronti del personale, la fiducia è arrivata progressivamente.) Attraverso loro rivivo parti di me: loro sono la mia “analisi”. Pensavo di riuscire a sopportare tutto quanto grazie al nuovo sentimento che provo per una persona, ora so che è soprattutto grazie a loro.

Mi viene da piangere nello scrivere le due righe precedenti: so perché piango, ora lo so. Mi sono sempre chiesta cosa fosse esattamente l'amicizia, non riuscivo a darle un significato, passava attraverso la strettoia dell'opportunismo, ora le attribuisco tutte quelle frasi che si trovano anche nei Baci Perugina (quelli veri), o sui muri, sui diari di scuola, sulla corteccia degli alberi, nei temi di scuola, nelle lezioni di catechismo.

Tutti gli altri, esclusi i codegenti, rimarranno invece in una posizione distante e insincera. Il rapporto con il personale medico e paramedico è segnato da controllo e misura; questo trova ambivalente espressione nell'oscillare da una fredda disponibilità formale alle regole del reparto a un'insofferenza nel riconoscimento del ruolo degli operatori. Si perde un'immediatezza nella prospettiva di prima persona (Stanghellini, 2006).

*M. piange e ride di M.
M. controlla M.*

Spesso c'è questo binomio, è come se fossi spettatrice di me stessa e mi giudicassi continuamente: «Sei troppo euforica, sei troppo rigida, sei troppo triste con gli altri».

«Gli altri non devono subire i tuoi problemi. Cerca di essere sempre adeguata, quando passano i medici di loro ciò che vogliono sentirsi dire».

– *Il 9 del secondo mese*

Dopo il ricovero, rivedo per la seconda volta M. in ambulatorio. È serena, ha riacquisito un'ottima lucidità, ha ripreso una normale condizione di umore, ha ripreso una buona partecipazione attiva alla vita quotidiana ed una discreta progettualità; è meno centrata su sé stessa e generalmente più critica. Ahimè permane il delirio della regina, non ancora criticato. Di fronte alle mie obiezioni circa la reale consistenza del costruito "regia", trova ad irritarsi e, schermendosi con un sorriso di circostanza, mi ripete: «Ma cosa vuoi che ti dica, Giorgio? Cosa vuoi che faccia?».

Cerco di farle comprendere l'opportunità di ripercorrere con me i passaggi delle sue esperienze e del suo disagio, ove ammesso dai suoi ricordi e da sue remore eventuali.

Solo ora ammette di essere stata in grande difficoltà nell'ultimo anno, in ragione del distacco della figlia, avviata, dolorosamente per la madre, verso una progressiva emancipazione. Ciò si è tradotto nel dolore per la perdita temuta, la perdita del ruolo di madre, quindi nel successivo senso di vuoto, nonché nell'abbozzo di un depressivo senso di invecchiamento, preludio della morte. Tale abbozzo avrà in seguito modo di concretizzarsi, sostenuto da un vissuto francamente depressivo, che ha avuto l'acme nel periodo di Natale; i sentimenti di tristezza e perdita diventano più pressanti, così come l'idea di una accelerazione dei processi di senescenza, esitata nella rappresentazione della decadenza del corpo e della morte. Questo coinvolge, agli occhi di M., anche il compagno, che vede triste, pensieroso, meno disposto ai contatti sociali, invecchiato, curvo sui propri studi. L'ultimo dei quali, che vedrà faticosamente coinvolta anche lei nel ruolo di dattilografa al pc, per ironia della sorte, è centrato sull'analisi del suicidio. L'impegno viene affrontato con dolore e pena, in un'atmosfera di alta permeabilità affettiva. È qui che il turbamento di M. sembra coinvolgere per la prima volta la stabilità della coscienza dell'io e indurre i primi segnali di psicosi. E ciò costituisce un suggestivo richiamo al conflitto che in queste prime note sembra appalesarsi tra la carne ed il corpo persona.

Laddove il concetto di carne (Calvi, 2013) richiama l'idea di un ponte che si erge nell'area di mezzo della trascendentalità immanente tra il

corpo-cosa e lo stesso corpo-persona e si presta a rappresentare il nocciolo metafisico della nostra fisicità, ecco che il tributo di sofferenza che la carne esperisce sembra non limitarsi al vissuto d'iniziale dissoluzione del fisico, ma coinvolge anche la rappresentazione angosciata dell'integrità fisica del convivente.

Tutto ciò fa da preludio all'uso dei farmaci e contestualmente all'avvio della psicoanalisi.

Il legame con il terapeuta ben presto si complica di un transfert erotizzato psicotico. M. sente un trasporto amoroso per l'analista, ciò che sembra spezzare momentaneamente quella cortina grigia nella quale si trovava da qualche mese.

“Comprende” in un secondo tempo che viene ricambiata dallo psicoterapeuta, il quale dà chiari segnali (chiari a lei, anche se mai concreti ed espliciti); questi rimangono tuttavia in un'ambigua area di non detto, di allusivo, di mai espresso in modo diretto. Questi intensi stati estatici, solo parzialmente inquinati dall'ambiguità dell'interlocutore – che ne guida la corrispondenza su modalità comunicative allusive – sono talvolta seguiti da momenti di terrore, dove si percepisce soggettivamente ancora il sentimento di rovina. Ciò investe primariamente il corpo-carne, che nella sua globalità, nella sua intima essenza, rivela segni preoccupanti di decadimento, rovina, penosa astenia ed afflizione. La carne, che anticipa nella sua percezione immediata e soggettiva il destino della morte. È in quei momenti che tale esperienza viene attribuita all'azione dell'analista; questi viene ritenuto responsabile di sottrargli l'anima e di impersonare perciò il diavolo.

È curioso il modo con il quale ammette queste esperienze, la cui portata delirante – «era il diavolo» – non sfugge a M., che tende a puntualizzare: «È proprio come i pazienti psicotici, ma non è così, erano sensazioni forti, io sentivo proprio così, erano impressioni nette ma fugaci, sentivo che il diavolo mi strappava l'anima dal corpo». Successivamente ammetterà che lo psicoanalista è nientemeno che il regista del Truman Show.

– *Il 17 del secondo mese*

Preceduta da una telefonata del marito, che ne temeva un peggioramento, anche in ragione di una mancata risoluzione del rapporto con lo psicoterapeuta (mi aveva detto che l'avrebbe voluto vedere per l'ultima volta per interrompere le sedute), M. si presenta un po' più serena; la vedo anzi più presente e facile al contatto. Mi pare cioè di percepire un'apertura più fluida e spontanea verso l'interlocutore ed una più limpida facoltà critica. È però piuttosto centrata tuttora sulla figura dello psicoanalista: l'ultimo incontro non è stato risolutivo, ma solo interlo-

cutorio. Si “è persa”, non riuscendo bene a definire la risoluzione del rapporto di cura attraverso il chiarimento di ciò che rimaneva in dubbio. È proprio questa atmosfera di sospeso che attira M., tuttora incerta circa i reali interessi del terapeuta verso la sua persona. Alla mia domanda se il desiderio di rivedere lui attenesse all’interesse sentimentale o a quello terapeutico, in modo inequivoco mi risponde a favore del primo interesse. La terapia, ricordo, era iniziata però in un momento di grande fragilità e i tempi brevi del rapporto rendevano sospetta la giustificazione dell’innamoramento come semplice erotizzazione del transfert. Inoltre sussisteva sullo sfondo anche l’immagine dello psicologo come satana-che-strappa-l’anima, nonché come regista occulto del Truman Show. Ritorniamo così a ripercorrere a ritroso alcuni passaggi topici che avrebbero segnato i mesi precedenti.

È il 14 di due mesi prima quando la figlia porta a M. una confezione di Baci Perugina; la ricorrenza non è del tutto positiva poiché, in effetti, la figlia ha appena lasciato il proprio ragazzo. Il marito le porge un cioccolatino; confusa, si affretta a scartarne l’involucro per leggere la frase. Questa recita: «L’amore non è eterno, rimane solo l’eternità dei gesti». Tale rassegnata e prosaica affermazione la colpisce, ma ciò che procura sbigottimento è la firma in calce: P... S...! Nientemeno che nome e cognome del suo analista!

In un attimo viene ad apprendere che lui parla di amore, le recapita un messaggio, le conferma quindi una possibile corrispondenza di sentimenti, salvo denunciarne con amara prevegenza la natura effimera. Lo stupore muta in dolore, quindi in sospetto. L’amato potrebbe essere il demonio!

Veniva percepita in quel periodo una sensazione pervasiva, impalpabile, ma diffusa, di grande stranezza interiore; «Pur facendo le cose normalmente: ... come una tempesta interiore». Una sorta di diffuso clima di parziale obnubilamento, non visibile all’esterno, né influenzante la condotta nei normali atti quotidiani. Affiorano in questo contesto fugaci, ma penosissime impressioni somatiche, per le quali il corpo, già consunto nell’esperienza depressiva (l’immagine della consunzione e il susseguente pessimismo nella prospettiva della morte imminente sembrano essere complicazione coerente della precedente esperienza depressiva), si trova a vedersi spogliato dell’anima tramite un atto di sottrazione brusco e doloroso. Come uno strappo.

Ed è proprio l’autore di una frase così inopportuna e irriverente colui che, per immediata intuizione, viene a essere riconosciuto come l’esecutore satanico del gesto. M., in un’atmosfera di recuperata lucidità critica, ritiene che senz’altro il P.S. della massima del cioccolatino non era altri che un omonimo (io invece nutro dubbi che l’aforisma fos-

se firmato da quel nome e cognome), ma ricorda il profondo turbamento del momento che aveva innescato tale riconoscimento, ora criticato. Così come sembra criticata l'attribuzione di corrispondenza amorosa, che ora non è più affidata ad una interpretazione psicotica, acritica, dell'atteggiamento dell'altro, quanto alla speranza di vedere rispecchiati nell'amato i propri sentimenti.

Contatto telefonicamente l'analista (per la seconda volta) ribadendo in modo più chiaro l'opportunità di una risoluzione del rapporto, stante una parziale controindicazione alla terapia analitica dello scompenso ed il persistere di un transfert erotico.

– *Il 23 del secondo mese*

Sta bene. Sembra aver ripreso una sufficiente capacità critica. Il dialogo rimane più superficiale. Riferisce di aver rivisto l'analista e di aver interrotto il rapporto. Sembra aver compreso la mancanza di interesse sentimentale di questi nei suoi confronti e pare accettare la cosa. È composta in ciò, anche se rattristata; palesa in questo un atteggiamento critico. Mi chiede ancora lumi sulla diagnosi, che vorrebbe traducersi in senso psicologico: «Che personalità ho?».

Mi mancano in questo quei presupposti informativi e quegli elementi di condivisione che di solito uso per rappresentare al paziente un temporaneo collassamento della coscienza ed una transitoria vulnerabilità dell'io.

Ritorno perciò alla definizione di depressione e di transitorio scompenso, usando un termine già utilizzato da lei. È generalmente più serena e lucida.

– *Il 9 del terzo mese*

Sembra aver ripreso una buona capacità critica. Descrive un po' di stanchezza e malavoglia; è comunque impegnata nella normale *routine* domestica, che implica anche lavori di campagna fisicamente onerosi. Torna sulla passata esperienza: «Non riesco a capacitarmi come abbia fatto ad immaginare tutto. È davvero tutto frutto della mia immaginazione? Io stavo bene, non rinnego quello che dicevo». A tal proposito durante la degenza così scriveva.

Non so fino a che punto sia stata scandagliata la mia vita passata, spero che il regista si sia dato dei limiti, non tanto per me ma per gli altri.

Pensare ad alcune cose che inevitabilmente avete detto o fatto mi ferisce molto.

Mi sento come un soldato in trincea che non sa più se il nemico è dietro o davanti a lui. Poi penso che non posso che andare avanti, sia quel che sia. (Potrei anche non amare come prima!!!) E non cambiare di una virgola!

Cerco di spiegarle che definirlo frutto dell'immaginazione è un po' fuorviante. Dobbiamo però scendere ad un registro colloquiale perché io sto male (collasso). Cerco comunque di terminare la seduta, riducendo la terapia: Paroxetina 20 mg./die + Olanzapina 15 mg./die.

M. anche questa volta oscilla tra atteggiamento di fiducia e di distanza. Un collega (E.), comune amico, mi riferisce, telefonandomi il giorno seguente, che M. ha avuto con lui un atteggiamento tra il sarcastico ed il provocatorio (in relazione all'essere, nel suo modo di vedere le cose, lui psichiatra – "in alto" – e lei – "in basso" –, non pienamente credibile; avevano parlato di un paziente, in cura da lui, conosciuto in reparto da lei, riguardo all'opportunità di non frequentarlo in quanto antisociale e profittatore). Anche in questo penso si dovesse misurare l'autenticità delle persone tra un "malato" dotato di maggiore naturalezza e lo psichiatra, uomo dell'*establishment*.

Dopo la visita di E. che so che sa.

Ancora faccio fatica a trovare le parole per dire quello che sta accadendo, non capisco perché, forse è un mio limite lessicale.

Così non va bene, sono colpi bassi, volete farmi impazzire!!! O ripiombare nel senso di vuoto! O mi devo incazzare!

In conclusione M. mi dà l'impressione di non essere più in un Truman Show, ma di non aver recuperato il senso di una facile e naturale confidenza con il prossimo. Tecnicamente si trova quindi, sul piano clinico, in una condizione di remissione dallo stato psicotico, non presenta sintomi ascrivibili all'area dell'affettività primaria, anche se pare un po' triste e scoraggiata, non presenta segni di scollamento della coscienza dell'io, quali fenomeni di base o esperienze anomale del sé (Schultze-Lutter *et al.*, 2008; Parnas *et al.*, 2005).

Tuttavia, sussiste una sorta di difettualità nell'*attunement* intersoggettivo, che nell'ultima seduta ho provato, mio malgrado, a stimolare presentando una vistosa sofferenza. Pensavo che mi potesse considerare più avvicinabile in quella mia condizione particolare, più vera, e quindi empatizzare: ho ottenuto solo una generica, anche se affettuosa, espressione di partecipazione al mio disturbo.

È sempre stata così M.?

Quel suo fare un po' strano, reperibile negli scambi interpersonali, apparentemente un po' fatuo ed un po' supponente (al contempo come di chi si pone umilmente *down*, ma ti giudica; che ti è vicina, ma non la senti perfettamente in sintonia con te stesso). Quel tornare spesso a confrontarsi su sue deduzioni in materia di psicologia, d'interpretazione del comportamento umano, quel volerti portare a commentare quel sentimento, quel vissuto o quella emozione come se si fosse sempre in un ambito di supervisione psicoterapica; a voler mettere a confronto e misurare quanto si era dedotto o intuito dell'umano, dell'essere, dell'agire nell'ambito delle relazioni interpersonali... Tutto ciò in una cornice di non sempre comprensibile coerenza con il contesto conversazionale; ciò che lasciava talvolta un poco stupiti e imbarazzati. Sempre nell'ambito di un non detto, per cui era come se si presentasse al tuo cospetto come una persona dal rango e dal lignaggio inferiori, anzi inferiori, che ti poteva guardare solo dal basso verso l'alto, cercando però di provocare la tua disponibilità ad un confronto alla pari, che *a priori* si presupponeva (da parte sua) non poter essere genuino. Né tantomeno capace di esitare facilmente in una soluzione dialettica condivisa e coerente.

È sempre stata dunque così M.?

Alcuni stralci delle sue esperienze biografiche infantili ed adolescenziali, così come sono state rappresentate negli scritti redatti nel periodo di maggiore sofferenza e durante la degenza ospedaliera, rimandano a fatti traumatici, dove non si è potuta costruire o dove si è persa la fiducia nel prossimo. Un'esperienza precoce di abuso, il senso di essere sfruttata da quella che poteva essere un'amica, il rapporto insoddisfacente e quasi perverso, tra squalifica e atteggiamento profittatore, della propria maestra elementare, una relazione disturbata e sofferta con i genitori (tra conflittualità, mancanza di cure sufficientemente amorevoli, angosce di abbandono, parentificazione del ruolo di figlia): tutto ciò richiama il concetto di attaccamento insicuro (Holmes, 1994).

Richiama altresì l'impossibilità di edificare una buona sicurezza ed un'immagine personali, nonché un buon sentimento di familiarità con il prossimo.

Se rileggo quello che ho scritto nel pomeriggio, ho la sensazione di uno scritto di adolescente. Perché è così, a volte, qui, quando sono con i ragazzi che mi sento.

L'adolescenza mi è passata di fianco e io non l'ho attraversata: come quando sei in macchina, seduta di fianco a un guidatore di cui non ti fidi, non puoi rilassarti e tantomeno addormentarti, così io dovevo tenere il controllo di una situazione familiare sem-

pre in procinto di deflagrare. Temevo che l'uscire di casa, nei momenti di tensione tra mia madre, mio padre e nonno, avrebbe causato qualcosa di irreparabile.

Non avevo amici di riferimento. Un'amica e compagna di scuola alle superiori mi usava come copertura per uscire con il ragazzo, spesso dovevo reggere il moccolo o attendere per ore che lei tornasse dalla camporella. In seconda superiore è rimasta in cinta: amen.

Che rapporto c'è dunque tra la M. che perde temporaneamente le coordinate della reciprocità interpersonale nel Truman Show (ricordiamoci dell'episodio occorso all'Accademia di Brera) e la M. che si descrive da sempre come la bambina dei boschi (scappava nel bosco per rimanere sola, nell'impossibilità di essere aiutata e consolata), che non vuole finire come piccola fiammiferaia?

Dove la bambina dei boschi descrive una piccola, lontana dagli altri, che gode di una sua libertà (autistica?), mentre la piccola fiammiferaia vive una condizione di penosa emarginazione (malata?).

Che rapporto esiste quindi tra un'esperienza di subitaneo collassamento delle strutture dell'intersoggettività (il richiamo è anche a Gri-vois) e precoci e pervasive esperienze maladattive che implicino l'impossibilità di vivere una socialità piena, gradevole e caratterizzata da una piacevole reciprocità negli scambi interpersonali?

– Il 22 del terzo mese

Più serena, sembra aver recuperato una buona sintonia interpersonale. Ammette di essere impegnata in un passaggio esistenziale difficile (rapporto con la figlia, con il marito, con la famiglia, parziale perdita del ruolo materno) e di avere oggi poche risorse "moralì" a disposizione. Si percepisce in questo una certa *nuance* depressiva, confermata anche dall'esperienza di una temporalità disturbata. M. percepisce un senso di dilatazione del tempo, al contempo di vuoto, con la pressante necessità di costruirsi per schemi e calendarizzazione dello scorrere del quotidiano. Non pensa altro che al cibo, ha recuperato i sei chili persi nel periodo di malattia. Si riduce perciò Olanzapina a 10 mg. Desidererebbe riprendere un percorso psicoanalitico.

– Il 5 del quarto mese

Sta bene, sembra più serena. Si parla della possibile connessione tra perdita della confidenza intersoggettiva come matrice dello scompenso psicotico e pregresse esperienze infantili traumatiche o di disturbato attaccamento. Esibisce ancora una certa rigidità interpretativa tutta cen-

trata su presupposti di natura psicodinamica da una parte ed una visione medico-categoriale dall'altra, entrambe figlie di una certa cultura professionale e "familiare". Il sapere di M., come sempre, il sapere mediato da una conoscenza culturale, impedisce in parte una ricostruzione condivisa dell'esperienza psicotica, che sia legata alle esperienze vissute in prima persona. In altri termini di tentare una co-costruzione, centrata su una narrazione antropo-fenomenologica. Torniamo all'esperienza di *concernment* e, non senza qualche remora che ho modo di esplicitarle, le affido, come promesso in precedenza, un breve saggio di Grivois (2005) sull'esperienza della psicosi nascente. Le remore riguardano la comprensione che si può avere di un testo "tecnico", non incline a linguaggi di scuola psicologista, nonché della semplificazione prognostica che può derivare dal leggere della "nascita della psicosi".

*Forse un mattino andando in un'aria di vetro,
arida, rivolgendomi, vedrò compirsi il miracolo:
il nulla alle mie spalle, il vuoto dietro
di me, con un terrore di ubriaco.
Poi come s'uno schermo, s'accamperanno di gitto
alberi case colli per l'inganno consueto.
Ma sarà troppo tardi; ed io me n'andrò zitto
tra gli uomini che non si voltano, col mio segreto*

Anche M., come il soggetto di questa poesia di Montale, scopre il mondo in un certo modo, forse non avendolo mai potuto sentire vero. Lo scopre falso e forse non tornerà più indietro, limitandosi a fare buon viso.

BIBLIOGRAFIA

- Ballerini A.: *Patologia di un eremitaggio*. Bollati Boringhieri, Torino, 2002
Blankenburg W.: *La perdita dell'evidenza naturale*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998
Calvi L.: *La coscienza paziente*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2013
Grivois H.: *Psicosi nascente e nascita della psicosi*. Nòos, 1: 33-48, 2005
... : *Parlare con i folli*. Giovanni Fioriti Editore, 2014
Holmes J.: *La teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994
Montale E.: *Ossi di seppia*. Gobetti Editore, Torino, 1925
Parnas J., Møller T., Kircher T., Thalbitzer J., Jansson L., Handest P., Zahavi D.:
EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. PSYCHOPATHOLOGY, 38: 236-258, 2005

Schultze-Lutter F.S., Addington J., Ruhrmann S., Klosterkötter J.: *Strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2008

Stanghellini G.: *Psicopatologia del senso comune*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006

Dott. Giorgio Castignoli
Via Montegrappa 14
I-28040 Dormelletto (NO)