

L'osservazione come allenamento a contenere l' ansia

Wanda Grosso, Roma

Il mestiere di analista porta ad un contatto costante con la sofferenza e l'ansia, è perciò fondamentale per la «buona cura» del paziente e la «salute» del terapeuta, che l'analista sia in grado di riconoscere, tollerare ed utilizzare la condizione di ansia con modalità adeguate.

Nella prima parte di questo scritto presenterò alcune esemplificazioni cliniche, terapeutiche e diagnostiche che illustrino lo stato di angoscia e le modalità utilizzate per gestirlo, nella seconda considererò la possibilità di apprendere modalità «sane» di gestione dall'esperienza maturata in un contesto non terapeutico come l'osservazione della relazione madre-bambino. Userò indistintamente i termini ansia e angoscia, rifacendomi all'uso inglese del termine *anxiety*, considerando che, se ad un livello teorico la distinzione si può basare sull'esistenza di un oggetto collegato causalmente all'ansia, dal punto di vista dell'esperienza soggettiva non è facile differenziare tra uno stato emotivo e l'altro. L'esperienza dell'ansia è un «fenomeno naturale che l'individuo sperimenta quando valori essenziali per la sua esistenza, il suo senso di esistere, e la sua identità sono minacciati» (Arieti, *Manuale di psichiatria*). Fino ad un certo grado lo stato di tensione permette una maggiore concentrazione e lucidità nell'affrontare e risolvere un problema, se però lo stato d'ansia è troppo intenso non

funziona più come stimolo ma si rivela un blocco al pensiero e/o all'azione.

In una condizione di sofferenza psichica, l'ansia e la relativa modalità di espressione e gestione possono essere considerate come la manifestazione del disagio. Le modalità di venire a contatto e di gestire questo stato di tensione si rifanno in linea generale a due differenti modi di funzionamento dell'apparato psichico. In un caso si ha un funzionamento di tipo adulto della psiche in cui la sofferenza viene riconosciuta come propria, sostenuta ed utilizzata per elaborare un pensiero inerente al proprio disagio. Nell'altro caso invece, se il dolore mentale è percepito come troppo carico emotivamente, non tollerabile con gli strumenti psichici di cui si è dotati, l'ansia non sostenibile deve essere scaricata. Vengono usati a questo scopo meccanismi difensivi onnipotenti per controllare o negare la realtà interna o esterna che genera sofferenza. Vediamo di seguito due esemplificazioni cliniche in cui vengono utilizzate queste modalità difensive. Michele, un bambino pre-scolare, nel primo incontro mantiene per quasi tutta la durata della seduta la stessa scomoda postura, gli occhi chiusi, una mano a coprire le orecchie, l'altra la bocca, come a voler negare l'esistenza stessa della situazione e l'esperienza di rapporto che si trova a fronteggiare.

Chiudendo tutte le possibilità di comunicazione con l'altro egli cerca in modo onnipotente di mantenere un suo senso di integrità percepito come talmente precario da non poter tollerare il minimo contatto con l'esterno-estraneeo sentito come intrusivo e minaccioso. In questo esempio abbiamo visto l'uso della negazione e del ritiro difensivo di tipo autistico dal rapporto, vediamo ora Monica, 6 anni, che «sceglie» una strada diversa per controllare la situazione ansiogena. Entra nella stanza e rapidamente si va a sedere al mio posto «ordinandomi» con la voce e coi gesti, di prenderle i colori che sono sullo scaffale.

La bambina occupa motorialmente e con la voce tutto lo spazio a disposizione, ribalta i ruoli assumendo un'attitudine direttiva, diventa lei l'adulto potente che ordina e gestisce. Cerca cioè di mantenere sotto il suo controllo

onnipotente l'altro e la relazione con questo negando di fatto la sua dipendenza e il suo essere una bambina. Così facendo può usare l'altro fantasticamente come un suo prolungamento, una sua parte dipendente da lei e sotto il suo controllo. In questo modo l'altro come essere separate e adulto non esiste più e perde pure la valenza persecutoria di cui è investito.

Monica offre di se una doppia immagine, dal punto di vista comportamentale, appare da un lato come un tiranno urlante ordini inappellabili, ma dall'altro, con un contrasto stridente, fisicamente si presenta assai fragile, iposomica, molto più piccola della sua età cronologica. Viene allora da pensare che l'aspetto onnipotente, il gigante della voce, non sia altro che una difesa tragica contro il dolore non pensabile della parte fragile, non sviluppata di cui Monica non può assumersi il carico. Un altro aspetto dell'ansia su cui vorrei soffermarmi è la sensazione che questo stato emotivo venga trasmesso da un individuo all'altro che si trova a partecipare suo malgrado del medesimo stato ansioso. Mi sembra che per comprendere questo fenomeno di trasmissione ed assunzione non volontaria di una condizione psichica, si possa far riferimento al concetto di Jung di contagio psichico. Una condizione di comunicazione che avviene ad un livello non consapevole, un tipo di linguaggio concreto che si basa sul far provare all'altro senza mediazioni simboliche il proprio stato emotivo. Penso alla *participation mystique* e all'identificazione proiettiva nell'aspetto comunicativo proposto da Bion come si struttura nella relazione tra madre e bambino. Il messaggio non utilizza canali comunicativi verbali ma il passaggio diretto dell'emozione dall'uno all'altro come se non ci fosse una cesura tra l'uno e l'altro ma una unione confusa.

Su questo stesso fenomeno si basa la capacità della madre di percepire e riconoscere i bisogni del figlio neonato differenziando con competenza le qualità del pianto, del gesto.

Questa condizione di contagio, se non elaborata, mi sembra non riguardi solo lo stato d'ansia ma pure le modalità psichiche di gestione. Sembra cioè vi possa essere una

corrispondenza ed una contaminazione reciproca tra le modalità patologiche di funzionamento della struttura psichica di un individuo e chi ne viene a contatto. L'emozione scaricata o allontanata perchè percepita pericolosa, può essere considerata come materiale di scarto evacuato come feci sporche e potenzialmente distruttive, che è difficile da assumere e contenere per chi ne viene investito. La tendenza del potenziale contenitore sarebbe di non accogliere questo materiale sporco-inquinante ma liberarsene perpetrando così in una catena senza soluzione il ripetersi delle medesime modalità di scarico e la necessità di far ricorso a meccanismi difensivi onnipotenti.

A questo proposito vorrei proporre un'esperienza clinica dove mi sembra ben si evidenzi la ripetizione in contesti diversi degli stessi modi di gestire l'ansia. Si tratta di Michele, il bambino di cui sono stati illustrati i meccanismi onnipotenti utilizzati per far fronte ad una situazione vissuta come persecutoria. Il bambino mostra immediatamente nel rapporto con la terapeuta come non abbia uno spazio interno dove comprendere le emozioni e le esperienze che si trova a vivere; a questa incapacità del bambino fa riscontro nella famiglia la medesima difficoltà a contenere ed elaborare il dolore mentale. La famiglia si presenta concretamente frammentata: il padre se ne è andato abbandonando moglie e figli dimostrando così la sua incapacità a mantenere un ruolo ed una funzione genitoriale, la madre a sua volta fatica a riconoscere e contenere la sofferenza del figlio, tende a negarne la gravità rassicurandosi che è solo piccolo. Nel momento in cui scarica proiettivamente la responsabilità su un colpevole esterno (il padre che se ne è andato), la madre può finalmente «vedere» il figlio e accettare che venga aiutato.

Quando però la scuola sancisce l'«anormalità» del bambino trattenendolo oltre tempo nella scuola materna, la madre viene sommersa da questo doloroso confronto che non può accettare perchè viene a danneggiare l'immagine di se come «buona» madre di un figlio sano. Cerca allora affannosamente il responsabile di questa ingiusta decisione.

Come per il bambino, l'angoscia materna non ha uno spazio psichico di contenimento dove possa diventare riflessione e pensiero ma viene scaricata maniacalmente nel fare subito qualcosa, e proiettata all'esterno nella ricerca del colpevole.

L'ansia della madre, sollecitata dalla sensazione di impotenza ed incapacità come genitore, viene scaricata sulla scuola dove fa leva sulle difficoltà di relazione e di apprendimento che le insegnanti sperimentano nel rapporto con Michele. La frustrazione rispetto ai risultati del proprio lavoro, l'impotenza e l'incapacità a comprendere e ad essere compresi dal bambino, caricate dall'aggressività e dal senso di colpa della madre, fa sì che pure la scuola tenda a scaricare il dolore e l'ansia. Le insegnanti infatti, allo stesso modo del bambino che si chiude al contatto con l'esterno pericoloso, allo stesso modo della madre che cerca un colpevole, cercano di spostare all'esterno da se e della struttura scolastica il problema e la colpa: si chiedono se non sia proprio la madre ad avere influenze patologiche sul bambino. La scuola sarebbe così deresponsabilizzata dall'assumersi la sofferenza per l'insuccesso scolastico e per l'incapacità delle insegnanti ad insegnare al bambino. Le proiezioni persecutorie all'esterno disgregano i legami tra il bambino, la famiglia, la scuola, creano sospetto e diffidenza che distolgono l'attenzione e la cura dal bambino che viene confermato nella sua convinzione che non esista un contenitore possibile per il suo disagio, ma che anzi l'esterno sia realmente pericoloso. Come abbiamo visto, la ripetizione di un modello di funzionamento psichico inadeguato, in quanto basato su modalità difensive patologiche, starebbe a confermare un collegamento inconscio che contamina e rende non utilizzabile una struttura mentale che potenzialmente potrebbe creare un pensiero di comprensione dell'esperienza emotiva altrimenti intollerabile e devastante. E' in questo ambito che si colloca la persona e l'intervento dello psicoterapeuta il cui compito è quello di porsi come contenitore consapevole dei materiali evacuati o negati, riconoscendone altresì il carattere comunicativo, tollerando l'emozione e la tensione per restituirli trasformati, per

quanto possibile, in un pensiero di comprensione sia empatica che cognitiva della sofferenza. Nel suo lavoro dunque il terapeuta come persona che offre aiuto a chi si trova in una condizione di dolore, viene ad essere costantemente in contatto con l'ansia dell'altro e con la propria evocata dalla condivisione empatica dell'esperienza emotiva. Non sempre questo contatto è facile o senza inconvenienti o conseguenze, vuoi per le massicce identificazioni proiettive di cui è fatto oggetto, vuoi perchè proprie problematiche controtransferali sono state risvegliate. C'è sempre la possibilità di utilizzare modalità «non sane» di gestione del dolore mentale. Allora un silenzio interrotto può assumere la qualità di scarica della tensione, oppure spostare l'attenzione su altro materiale, oppure ancora cercare nella situazione esterna alla terapia o la causa dei non progressi terapeutici o un appoggio con cui condividere e/o scaricare il peso della tensione.

Il paziente nell'incontro con il terapeuta porta il proprio modo di gestire il dolore mentale, implicitamente lo proporrà al terapeuta da un lato cercando una collusione patologica con gli aspetti «non adulti» del terapeuta stesso per invalidare la possibilità di un cambiamento, ma questa proposta dall'altro servirà pure a farsi conoscere e a verificare la possibilità di fare un'esperienza diversa. Possiamo leggere in questo senso il primo incontro con una giovane paziente che, dopo un preliminare contatto telefonico in cui si mostra direttiva ed eccessivamente «vicina» (propone ed agisce la richiesta di darsi del tu), mostra poi tutta la sua fragilità e la difficoltà a gestire la situazione di tensione relativa all'incontro. La ragazza arriva in seduta masticando una gomma americana che propone con insistenza ed urgenza al terapeuta che controtransferalmente vive questa offerta come una richiesta pressante di partecipazione e vicinanza. Possiamo leggere il modo in cui questa paziente si presenta come un messaggio che ci mostra da un lato come la ragazza non sia in grado di contenere il suo disagio se non usando modalità per alleviare l'angoscia, la gomma da masticare viene usata infatti per controllare e scaricare la tensione che non sa gestire, e dall'altro come cerchi

pure di coinvolgere patologicamente il terapeuta nelle sue modalita di scarica. L'angoscia della paziente contagia inevitabilmente l'analista che può essere indotto in modo collusive, per essere «vicino» alla paziente, ad usare le medesime modalita della ragazza: usare la gomma da masticare per alleviare la tensione e l'incertezza per l'incontro.

Implicitamente verrebbe così a confermare la paziente che non ci sono altri modi per far fronte al dolore delle sue esperienze. Il terapeuta può invece accettare di farsi contenitore accogliente del disagio e dell'angoscia della paziente e, senza agire sul livello concreto proposto dalla ragazza masticando la gomma americana, proporre una sua lettura interpretativa della masticazione coatta come tentativo di gestire la tensione per l'incontro e come probabile modalita usuale della paziente di fronteggiare il dolore.

Così facendo l'analista fornisce importanti informazioni sulla paziente stessa, su di se e il suo modo di lavorare. Mostra come utilizza analiticamente il materiale del paziente, la capacita di accettare ed usare pero in modo diverso gli aspetti manipolatori della paziente riconoscendone la sofferenza sottostante, offre inoltre un'esperienza correttiva in cui la paziente sperimenta la possibilità di un contenimento dell'angoscia e nel contempo di un pensiero che fornisce di significato un comportamento coattivo. Questa breve esemplificazione testimonia la difficoltà di mantenere un livello di attenzione vigile di se e dell'altro e uno spazio di riflessione che permetta di contenere e gestire correttamente, cioè con modalita sane, l'ansia propria e altrui.

Proprio in riferimento a ciò, penso che nel percorso formativo dell'analista l'esperienza della *Infant-observation* potrebbe essere di grande utilita anche sotto questo profilo. Si tratterebbe di un allenamento a riconoscere, contenere ed utilizzare lo stato ansioso evitandone la scarica reattiva.

Il setting particolare della *Baby-observation*, o la condizione di osservatore in altri contesti, in cui viene amplificato l'aspetto della neutralità e di non intervento da parte dell'osservatore, la risposta alla situazione del momento

infatti manca o è differita, fa sì che l'attenzione si sposti dal «cosa fare ora» al «capire cosa stia succedendo». Si passa da una posizione attiva in cui è richiesto un intervento, ad una apparentemente più passiva in cui è richiesta una attitudine recettiva-accogliente facilitata dal rilassamento prodotto dal sapere che nella situazione di osservazione, nessun intervento diretto è richiesto. La tensione si sposta allora dall'esterno all'interno, assume una direzione introversiva che può fornire spazio alla formazione di un pensiero riflessivo sulla situazione e sulle proprie emozioni.

Come sostiene Jung infatti, la riflessione consiste nel movimento di ritrazione o introversione della coscienza che fa intervenire al posto della reazione immediata e non premeditata allo stimolo oggettivo, la considerazione psicologica.

Oltre alla direzione introversiva della coscienza, per la nascita di un pensiero riflessivo occorre pure uno spazio di attesa tra stimolo e risposta, un luogo di sospensione, potremmo dire, di vuoto che permette la formazione del pensiero.

Questo spazio di attesa è simile all'attesa della madre per la nascita del figlio in cui il bambino prende corpo nella fantasia materna, ed è simile allo spazio di separazione che il bambino sperimenta durante l'assenza della madre e che permette in lui lo sviluppo di un pensiero sulla madre assente, la definizione di confini di separazione tra lui e la madre.

È tramite queste modalità di contenimento che posticipa la risposta, che le emozioni possono essere provate, riconosciute come proprie e/o dell'altro, prese in considerazione cercando di fornirle di senso. Spostandoci un momento sul versante terapeutico possiamo dire che per far sì che un'interpretazione diventi un'esperienza trasformatrice devono sussistere le condizioni per cui la partecipazione emotiva del terapeuta allo stato del paziente si accompagna all'uso creativo della comprensione cognitiva della realtà psichica del paziente, cioè all'elaborazione in termini diversi del disagio. La comprensione empatica e la comprensione cognitiva, venute in contatto, si sono reciprocamente arricchite di

senso. L'incontro tra l'affetto e il pensiero necessita per la trasformazione in un pensiero affettivo di uno spazio silenzioso, vuoto dove la riflessione possa aver luogo. L'esperienza dell'Osservazione della relazione madre-bambino, in quanto non è richiesto all'osservatore di gestire la relazione né di fornire risposte interpretative, può aiutare a concentrarsi maggiormente a riconoscere gli stati di tensione del bambino, della madre, di assumerli su di se condividendoli emotivamente. Viene però mantenuta la distanza, i confini di differenziazione tra se e l'altro, facilitata dalla regola del non intervento che tende pure a limitare la possibilità di scaricare ansie proprie in un intervento o un'azione inopportuni.

Vediamo ora qualche breve sequenza tratta dall'Osservazione del neonato relativa alla possibilità dell'osservatore di funzionare, o meno, come contenitore. Primo incontro con la futura madre. La madre racconta all'osservatrice del suo lavoro con i bambini handicappati e del timore intervenuto con la gravidanza che una eccessiva vicinanza potesse contagiare in qualche modo il suo bambino.

La madre a questo punto riferisce i suoi timori per la nascita di un figlio handicappato. L'osservatrice sente dentro di se l'ansia della madre, si ritrova a pensare all'eventualità che il bambino possa essere realmente handicappato e chiede alla madre se non abbia fatto l'amniocentesi.

L'ansia della madre relativa ad un bambino fantastico non perfetto, contagia l'osservatrice che condivide la medesima preoccupazione, non riesce a sostenerla e sposta all'esterno, su un fatto concreto (l'amniocentesi) quella che era una fantasia simbolica. L'osservatrice ha cioè scaricato l'ansia trasmessa dalla madre nello stesso modo della madre e così facendo ha privato la madre di un'esperienza correttiva: la possibilità di stare con la sofferenza accettandola e riconoscendola come simbolica. Vedere cioè dietro la fantasia del figlio handicappato i dubbi e il timore di non essere una madre tanto capace da avere un bimbo sano.

Una situazione analoga si ripresenta quando la bambina ha circa un mese. La madre è angosciata perché Giulia

ha fatto la cacca verde e ha uno sfogo sul viso. Racconta che ha cambiato il latte, dato che quello di mucca la bambina non lo digeriva e vomitava, ma ora c'è questa cacca verde. L'osservatrice si sente chiamata in causa, non sa cosa dire e allora chiede cosa ne pensa il pediatra. Lo spostamento sul piano di realtà rende il rapporto con l'osservatore un rapporto come **tutti** gli altri, con la vicina di casa, l'amica, da un lato più rassicurante perchè è più facile da capire e da gestire, ma dall'altro fa perdere le potenzialità che risiedono nella sua particolarità. Far riferimento all'esterno, al concreto copre e toglie significato al dolore mentale e spinge alla ricerca all'esterno di qualcun altro (il pediatra) che si possa far carico della tensione.

D'altronde si impara pure ad osservare. Vediamo ora un'altra sequenza in cui Giulia ha circa due mesi. La bambina è in braccio alla madre che non la tiene bene, Giulia è molto scostata dal suo corpo, la testa non sostenuta ciondola giù.

L'osservatrice vive la sofferenza del bambino, identificata con lui si sente distante, non tenuta dalla madre-ospite, una presenza non gradita, intrusiva. Tiene silenziosamente per sé questi sentimenti senza intervenire. La presenza costante ed affidabile dell'osservatore rassicura la madre sulla sua capacità di «tenere» il figlio e l'osservatore che non se ne va spaventato dalla inadeguatezza di questa madre «non buona», come la madre a volte si aspetterebbe nella sua fantasia. Giulia ha ora 11 mesi circa. La bambina ha cominciato da poco a camminare, si muove barcollando, sbatte contro i mobili avvicinandosi ad una sedia posta vicino al tavolo. Si aggrappa alla sedia e cerca di salirci sopra. L'osservatrice è preoccupata, ha paura che si possa far male, che la sedia si chiuda e la bambina cada. La madre è nell'altra stanza.

L'osservatrice si chiede se la bambina sia capace effettivamente di salire per cui la sua preoccupazione potrebbe essere la manifestazione di proprie ansie nel momento in cui il bambino si allontana autonomamente, si chiede inoltre se debba intervenire, e se il suo intervento possa essere sentito dalla madre come un sostituirsi a

lei. L'osservatrice decide per un intervento ma il più possibile marginale: tiene ferma la sedia perchè non si rovesci sulla bambina. In questo modo mantiene un ruolo passivo, non interviene sul bambino bloccando la sua sperimentazione autonoma, non crea una comunicazione propositiva, ma d'altronde non lascia che la situazione possa diventare pericolosa per il bambino stesso.

Nell'essere presenti come osservatori con la limitazione di non intervenire né di proporre in primis una relazione, ci si trova a confrontarsi pure con le proprie fantasie onnipotenti, fortunatamente senza poterle agire. Inevitabilmente ci si trova a pensare a volte che la madre non sia abbastanza o sufficientemente una brava madre, che noi saremmo sicuramente delle madri più capaci. In questo modo i bisogni non soddisfatti o parzialmente soddisfatti del neonato si intrecciano ed evocano i nostri bisogni di neonati poco o mal soddisfatti, che ci fanno fantasticare di una madre totalmente buona. L'identificazione con le parti bambine insoddisfatte e bisognose può portare l'osservatore allo stesso modo del neonato, alla scissione dell'immagine materna di cui un polo viene assunto fantasticamente dall'osservatore stesso, la madre totalmente buona, e l'altro viene lasciato alla madre reale, che diviene la madre totalmente cattiva. La sospensione dell'azione facilita nell'osservatore il tentativo di riconoscere e assumere su di sé queste fantasie che possono allora essere utilizzate per offrire una silenziosa comprensione all'ansia e alle difficoltà della madre. In questo senso c'è un apprendimento a tollerare la frustrazione relativa ad un ruolo parzialmente passivo che si confronta con la fantasia onnipotente di essere «l'aiuto» atteso e competente.

Lo sguardo benevolo dell'osservatore che non si pone come una madre migliore, più esperta, né si erge a giudice, la sua presenza costante e affidabile producono dei cambiamenti indiretti nella madre e nel bambino. Sia la madre che il bambino sperimentano la possibilità di non essere travolti dalle proprie emozioni: c'è una persona attenta e bendisposta che rimane aderente al suo posto e al suo compito e non sembra soggiacere al panico e

alla disperazione che a volte sembrano sommergere la madre e/o il bambino.

La definizione del setting aiuta l'osservatore a trattenere le sue emozioni, considerarle materiale di osservazione su cui interrogarsi per capire cosa stia succedendo tra la madre e il bambino. Attraverso gli occhi-mente dell'osservatore anche la madre può cominciare ad usare le proprie capacità di riflessione, i propri occhi per vedere e comprendere il figlio. La madre di una neonata osservata da un collega affermava che la presenza dell'osservatrice faceva sì che lei pure si soffermasse di più ad osservare la figlia per poter raccontare meglio all'osservatrice i cambiamenti occorsi nello spazio tra un incontro e l'altro. L'esperienza di questa madre mi sembra sia l'esatto contrario di quello che succedeva nell'esempio di Michele riportato precedentemente rispetto alla ripetizione di modalità patologiche di scarico dell'ansia. In questo caso possiamo notare come la funzione di contenimento offerta dall'osservazione possa fornire alla coppia madre-bambino un'esperienza di holding che viene interiorizzata dalla madre aumentando la sua capacità di relazione con il bambino.

Nel processo terapeutico la mente del terapeuta da un lato e il setting dall'altro, strutturano una simile funzione contenitiva che può fornire al paziente un'esperienza riparativa oltre che ripetitiva dell'esperienza traumatica. Nello spazio della relazione definita da regole precise ed affidabili è possibile sperimentare che le emozioni e l'ansia condivise non sono esperienze devastanti per se e per l'altro come possono esserlo state nell'esperienza precedente o nella fantasia.

I sentimenti e le emozioni che trovano una forma mentale che li racchiuda e li definisca nel processo di elaborazione possono diventare un pensiero sul significato genetico e dinamico dell'esperienza dolorosa. Vorrei ora portare una breve sequenza di una seduta con Monica, la bambina che abbiamo conosciuto all'inizio di questo scritto.

Ancor prima di entrare, Monica appare angosciata, e ambivalente se entrare o no nella stanza di terapia. Appena dentro nel chiuso della stanza, l'angoscia sembra

sommergere la bambina che prende a calci la porta per uscire, sputa, urla che vuole uscire, chiama il padre che aspetta fuori.

La terapeuta si sente controtransferalmente travolta dalla violenza di queste emozioni, si sente estremamente cattiva a tenere la bambina dentro la stanza e si chiede cosa fare. La prima tentazione è quella di aprire la porta per «liberare» la bambina prigioniera della fantasia persecutoria proiettata sulla terapeuta e contemporaneamente liberare se stessa dall'assumersi queste proiezioni di madre terribile che imprigiona e ingloba. L'angoscia della bambina contagia la terapeuta, rende difficile pensare e spingerebbe verso la risposta più semplice, un agito: l'aprire la porta.

Ma l'analista pur nella tensione, si rende però anche conto che questo fatto sarebbe liberatorio solo apparentemente, si configurerebbe come una dichiarazione di incapacità a tollerare l'ansia portata da Monica ripetendo in una collusione patologica la medesima tendenza all'evacuazione che è l'atteggiamento costante con cui la piccola paziente cerca di fronteggiare la sofferenza. Fermarsi sulle emozioni lasciandosene investire senza agire, permette invece alla terapeuta di capire tramite il suo sentirsi cattiva la valenza persecutoria che rappresenta per la bambina in quel momento. In questo senso può proporre un pensiero interpretativo che cerchi di dare significato alle emozioni della paziente e nello stesso tempo, mantenendo inalterato il vas, il claustrum, fornisca un'esperienza nuova in cui insieme si può vivere e tollerare l'angoscia senza esserne distrutti. L'esperienza di contenimento vissuta con la terapeuta si struttura come alternativa, un'esperienza riparativa e trasformatrice che in seduta viene convalidata dal gioco che subito dopo la bambina intraprende. Monica inizia infatti a togliere e rimettere le parti di un puzzle raffigurante due bambini.

Questo cercare di sistemare i pezzi dentro una forma precisa che li contiene e ne definisce il significato, mi sembra possa essere la simbolizzazione dell'esperienza di uno spazio di holding appena sperimentato, che permette una nuova integrazione.

La funzione cioè di contenimento svolta dal terapeuta viene ad essere introiettata e va a consolidare un'immagine interna positiva capace di confrontarsi con la sofferenza utilizzando modalità più sane. Concludendo, vorrei sottolineare la qualità trasformativa per la psiche del paziente di una esperienza in cui l'angoscia viene compresa e contenuta. Data la particolarità della relazione terapeutica in cui l'analista è soggetto continuamente al contatto contagioso con l'ansia, si può affermare l'importanza fondamentale che acquista la capacità del terapeuta di vivere insieme al paziente questa esperienza sapendola però elaborare in un pensiero riflessivo.

Anche per questo aspetto particolare, penso che la *Infant-observation* offra un valido sostegno di formazione e di apprendimento. La particolare struttura contenitiva del setting e della relazione nell'osservazione sono sicuramente degli utili strumenti per riconoscere, vivendolo sulla propria pelle, sostenere ed utilizzare lo stato di tensione cercando di evitare la scarica difensiva e/o la negazione onnipotente.

In questo modo si struttura una condizione di apprendimento protetto da un lato perchè non c'è nessun paziente di cui l'osservatore sia responsabile, e diretto dall'altro perchè basato su una esperienza personale che coinvolge contemporaneamente sia l'aspetto emotivo che cognitivo.