

Una crisi

Giuseppe Maffei, Lucca

Nella medicina ippocratica il termine crisi indicava la trasformazione decisiva che si produce nel punto culminante di una malattia ed orienta il corso di essa in senso favorevole o sfavorevole. Il termine è stato poi esteso a significare una trasformazione decisiva che si produce in un qualsiasi aspetto della vita sociale (1). Abbagnano, alla voce crisi, dà pure importanza al pensiero di St. Simon che affermava la necessità di un susseguirsi, nella storia, di una successione di epoche organiche e di epoche critiche. « L'epoca organica è quella che riposa su un sistema di credenze ben stabilito, si sviluppa in conformità ad esso, e progredisce nei limiti da esso stabiliti. Ma ad un certo punto questo stesso progresso fa mutare l'idea centrale su cui l'epoca è imperniata e determina così l'inizio di un'epoca critica ».

(1) N. Abbagnano,
Dizionario di filosofia,
Utet, 1971.

Ho citato questi diversi significati della parola crisi. perché mi sembra che, a livello psicopatologico, si usi il termine crisi in modi corrispondenti a quelli ora detti: si può intendere crisi come un periodo storico « personale » in cui un'idea centrale è superata e si ricerca un nuovo punto di partenza oppure la trasformazione decisiva occorrente in un punto culminante di un percorso psico(pato)logico.

Le teorie di Thom relative alle catastrofi possono probabilmente portare un contributo, specie su questo ultimo particolare punto, ma non saranno discusse in questo contributo che vuoi essere esclusivamente clinico e concernere una crisi in senso sfavorevole, intesa nel senso della medicina ippocratica. La paziente cui mi riferisco era una paziente che poteva essere definita eternamente in crisi nel senso non ippocratico della parola: era cioè alla continua ricerca di un punto stabile cui poter aderire e che le permettesse di organizzarsi un alquanto di stabile in cui riconoscersi. All'interno di questo essere permanentemente in crisi, una crisi in senso ippocratico determinò una necessità di intervento atipico che sarà l'oggetto di questo contributo. L'essere continuamente in « crisi » offriva inizialmente a questa paziente una qualche identità sia pure negativa. Marisa aveva molti problemi relativi alla propria identità: i suoi genitori, morti ambedue diversi anni prima dell'inizio della psicoterapia analitica, avevano vissuto due vite emotivamente separate, ciascuno per suo conto e nessuno dei due era riuscito a farla sentire sua propria figlia. Il padre aveva avuto tutte le possibilità di dirsi che i problemi della figlia nascevano dal fatto di essere figlia della moglie e la madre la possibilità di dirsi che questi problemi nascevano dal fatto di essere figlia del marito. Nessuno dei due si era assunto il carico del contenimento delle emozioni della figlia e queste si erano così determinate e sviluppate in una solitudine totale. Dei suoi vissuti emotivi ricordava pressoché esclusivamente ansia e paura: incubi le turbavano le notti con visioni di avvenimenti paurosi in cui lei stessa o altri erano oggetto di violenza; ansie violente senza contenuti precisi le turbavano i giorni; quando ne parlava, parlava contemporaneamente delle ansie che anche ora la turbavano, in una sorta di confusione tra passato e presente che le impediva appunto di porre distinzioni. Diceva di non essere mai riuscita e di non riuscire ad occuparsi a lungo di qualcosa di preciso e concreto. Tutte le volte che concentrava la sua attenzione in

una qualche direzione, era appunto presa da ansia perché comprendeva immediatamente che ciò che poteva realizzare non era assolutamente ciò che voleva; ciò che si realizzava, in qualche modo la determinava e questa determinazione non era possibile data la mancanza appunto di un'identità in cui riconoscersi. La parvenza di identità era possibile solo al calor bianco dell'incertezza e dell'ambivalenza, laddove questi vissuti erano percepiti come propri e non voluti da altri. Rimanendo legata a questi vissuti, era almeno certa di non doversi distaccare da sé. Questa ambivalenza ed incertezza erano state ed erano sempre sottese da una profonda depressione dell'umore, che, in coincidenza di crisi (in senso ippocratico) che l'avevano condotta a tentativi di suicidio, aveva fatto porre varie volte diagnosi psichiatriche di depressione. Non è dato, a posteriori, conoscere se, in questi episodi, la trasformazione sarebbe stata decisiva in senso sfavorevole. In questi momenti critici della sua sintomatologia erano comparsi fenomeni proiettivi molto intensi che si erano manifestati sotto forma di osservazioni e giudizi negativi nei propri confronti formulati da amici o anche da persone incontrate casualmente.

All'inizio del rapporto psicoterapeutico Marisa ebbe molta speranza e molta fiducia nel terapeuta ed iniziò a lavorare su sé stessa con molta volontà di comprendere. Da parte del terapeuta ci fu un atteggiamento controtransferale sostanzialmente riparativo, ma nonostante i due atteggiamenti ambedue positivi, la sintomatologia rimaneva assolutamente imm modificata. Marisa non arrivava al di là del descrivere sé stessa ed il terapeuta non arrivava al di là di dire parole che gli sembravano profondamente giuste, ma che non raggiungevano veramente Marisa stessa. Di fronte alle interpretazioni, Marisa restava indifferente e non ne discuteva la correttezza di contenuto (sembravano anche a lei interpretazioni giuste), ma diceva che non le servivano nel modo più assoluto. Si trattava di interpretazioni relative alle difese ed anche ai contenuti verso cui queste difese si

attivavano, ma queste interpretazioni erano ascoltate al di fuori di ogni possibilità di elaborazione emotiva e personale. Il terapeuta aveva fra l'altro l'impressione di non essere, da un punto di vista interpretativo, su un percorso sbagliato. Il nucleo interpretativo era sostanzialmente costituito da alcune linee fondamentali ed esattamente non riconoscimento, rimozione della propria aggressività, identificazione all'aggressore — per cui nel rapporto transferale Marisa ripeteva verso il terapeuta ciò che le era stato fatto subire dai genitori (interni?) — e narcisismo onnipotente doloroso — per cui la propria potenza era appunto prevalentemente vissuta a livello negativo di sofferenza. Tutto questo nucleo interpretativo e le ricostruzioni storiche relative avevano una coerenza interna di cui era difficile dubitare, dato che il nuovo materiale che veniva portato, confermava in genere quanto prima era stato interpretato. Appariva al terapeuta, quasi visivamente, una trama che pure Marisa vedeva, ma la cui vista non portava nessun effetto terapeutico. Da un lato c'era un buon rapporto emotivo, dall'altro una serie di interpretazioni che sembravano adeguate, ma gli effetti erano nulli. All'interno di una situazione di continua sofferenza, di fronte all'apparente assoluta inutilità del lavoro terapeutico che era stato intrapreso con molta speranza, quando questa apparente inutilità sembrò certa, Marisa precipitò in una situazione psicopatologica molto grave, comunicando al terapeuta — che avvertiva la stessa impressione — che ormai la malattia aveva preso il sopravvento e che ormai si erano determinate modificazioni irreversibili del suo stato psichico. Avvertiva di essere definitivamente destinata a morire psichicamente e ad una depressione cronica. Come già detto, il terapeuta condivideva in fondo questo giudizio di Marisa o, per meglio dire, sentiva di non sapere più cosa fare. Non avrebbe potuto far altro che starle vicino. Di fronte all'andamento inaggravante dei sintomi i familiari di Marisa chiedevano cosa potessero fare, si rivolgevano a psichiatri che impostavano trattamenti psicofarmacologici, ma questi non portavano

che effetti transitori. All'interno di questi tentativi di aiuto in varie direzioni emerse così l'idea di una consulenza con uno psicoterapeuta diverso da quello che la aveva in cura sia a fini diagnostici che appunto terapeutici. Fu il terapeuta a proporre il nome del consulente e questo nome fu accettato dai familiari e da Marisa stessa. Avvennero così dei colloqui tra il terapeuta ed il consulente e tra questi e Marisa e i di lei familiari.

I colloqui avuti dal consulente furono importanti innanzitutto a livello del loro contenuto: il terapeuta vide aspetti del suo controtransfert che non aveva osservato; i familiari ebbero urla conferma che Marisa poteva uscire dalla sua situazione psicopatologica e ricevettero il consiglio di farsi aiutare anche loro da un punto di vista psicologico, da uno psicoterapeuta; Marisa comprese, come prima non aveva fatto, che la sua vita psichica poteva essere vista non solo in chiave negativa e psicopatologica, ma invece anche in chiave positiva come manifestazione di una sua soggettività spirituale ancora inespressa e tale perché coercita da molteplici incomprensioni, proprie ed altrui. Marisa uscì insomma modificata da questa consulenza e poté iniziare a lavorare in un modo più attivo e concludente di quanto prima avesse potuto. Il fatto più interessante è rappresentato dall'osservazione che tutto ciò che era stato detto nel lavoro psicoterapeutico precedente assunse, dopo questa consulenza, un rilievo particolare, acquistò spessore e Marisa poté iniziare a riconoscersi in quanto diceva ed in quanto il terapeuta le comunicava. Per quanto riguarda la crisi ci fu insomma un cambiamento radicale e positivo. La situazione psicopatologica di base necessita ancora di lavoro psicoterapico e quanto detto riguarda ovviamente solo la risoluzione della crisi, non della psicopatologia sottostante (2).

Come già accennato, si potrebbe pensare che ciò che avvenne, accadde all'interno del rapporto tra Marisa e consulente: potrebbe darsi cioè che questi

(2) Capita talora di osservare in pazienti molto narcisisti che una seconda analisi o una seconda terapia portino risultati migliori della prima. Ciò può essere dovuto all'incontro con un analista o un terapeuta migliore, ma più profondamente si può invece pensare che questi pazienti possano elaborare la prima analisi nel corso della seconda, come non hanno potuto elaborare nella prima la loro vita familiare. La prima analisi viene a configurarsi come molto importante all'interno della seconda. Un fallimento della prima analisi viene vissuto come un fallimento del seno e successivamente diviene possibile con un secondo seno analitico l'analisi dell'invidia del primo. Si tratta di un argomento che implicherebbe una trattazione particolare.

avesse saputo dare a Mansa quello che il terapeuta non era assolutamente riuscito a dare, magari anche un'interpretazione che avesse colto il segno più di tutte quelle del terapeuta. Non si può cioè escludere che la risoluzione della crisi sia avvenuta per contenuti particolari comparsi all'interno della nuova - sia pur breve - relazione.

Ritengo però che tutto questo episodio possa essere viene a configurarsi come visto anche in un'altra luce ed è questo particolare

angolo visuale che giustifica il presente contributo perchè pone in evidenza aspetti che possono essere esaminati in relazione al problema del trattamento delle situazioni di crisi.

In una crisi che compare all'interno di un lavoro psicoterapeutico, occorre porsi il problema non solo a livello del paziente ma anche a quello del terapeuta e si risconterà spesso, allora, che il terapeuta si è come isterilito in una sua posizione e non riesce a trovare un altro punto di vista al di dentro di sé che gli consenta di dare delle interpretazioni diverse da quelle comunicate fino a quel momento. Se una crisi può essere superata da un'analisi del controtransfert del terapeuta, spesso essa si risolverà colla comparsa all'interno dello stesso di una nuova creatività che potrà anche stupirlo per la sua alterità rispetto a ciò che lui conosceva di sé stesso in relazione a quel determinato paziente. Voglio dire che l'analisi del controtransfert potrà agire a livelli molto inconsci e determinare appunto una sorpresa nello stesso terapeuta, quando si troverà a dare nuove interpretazioni « artistiche » di cui non conoscerà con esattezza la provenienza. Di fronte a una crisi il terapeuta, pur mantenendo ovviamente la propria autonomia ed individualità, deve essere pronto al nascere di un nuovo materiale « altro » dentro di sé.

Quanto descritto non sempre accade e motivi molto diversi possono appunto impedire il sorgere, all'interno della mente del terapeuta, di un nuovo punto di vista. È anche da dire che da un angolo visuale analitico, è spesso il paziente ad impedire, attra-

verso attacchi invidiosi mal controllati, la comparsa del nuovo « altro ». La situazione si può allora chiudere a due ed il pensiero del terapeuta può finire per essere percepito dal paziente non più come pensiero oggettivo, terzo tra lui ed il terapeuta stesso, ma come un pensiero rappresentante esclusivo del soggetto che lo pensa e pertanto attaccabile con le modalità invidiose con cui può essere attaccato un soggetto. Il pensiero è oggettivo, è, tra due persone, in posizione di terzo; un soggetto può esprimere la « verità » oggettiva anche se la sua soggettività è ad esempio malata; nel caso di situazioni duali il pensiero diviene come una parte del pensatore ed il paziente può credere di poterlo distruggere come è relativamente facile distruggere il terapeuta. « Tu mi puoi distruggere, ma ciò che ho pensato resta » è una frase non sempre comprensibile. La situazione di Marisa era di questo tipo: Marisa era entrata in una sorta di cortocircuito duale col terapeuta che appunto non riusciva a porsi di fronte a lei in una posizione di soggetto, la cui funzione era quella di oggettivare la problematica di lei. Ad un livello profondo si era instaurata come una lotta tra Marisa che voleva dimostrare a tutti i costi che il seno-terapeuta era incapace di aiutarla ed il seno-tera-peuta che cercava invece di nutrirla nonostante gli attacchi di lei. La situazione era divenuta insomma di tipo duale. Il terapeuta si trovava anche lui, a livelli profondi, in una situazione duale, in quanto l'ansia dei familiari di Marisa era tale che il terapeuta non aveva saputo contenerla ed aveva anzi dovuto mantenere una loro lontananza dal rapporto terapeutico con modalità non del tutto corrette; era però finito per trovarsi solo, senza alleati, nei confronti della psicopatologia di Marisa.

Il ricorso al consulente agì a vari livelli: Marisa venne a conoscere che il seno-terapeuta non si riteneva onnipotente, che accettava un possibile aiuto da parte di un altro; che il seno-consulente non si poneva neppure lui in posizione onnipotente, non si situava a livello magico, ma accettava di collaborare col seno-terapeuta; che i pareri del terapeuta e del con-

solente, pur differenziati l'uno rispetto all'altro, tenevano conto dell'uno e dell'altro; che una ricerca di verità appariva necessaria ad ambedue. Nella mente del terapeuta comparve un riferimento al Flauto Magico di Mozart: Pamina non può accedere all'amore di Tamino se non dopo essere passata sotto le prove impostele in qualche modo da Sarastro. Di fronte ad una madre distruttiva come la Regina della Notte, non è sufficiente l'amore di un uomo, Tamino, ma anche la saggezza di Sarastro. È cioè difficile per un bambino crescere se solo uno dei genitori lo vuole: una buona opera richiede un lavoro comune. / Marisa aveva avuto due genitori molto separati emotivamente; ciascuno aveva vissuto la sua vita ed aveva rinviato all'altro le responsabilità dei problemi della paziente. L'invio di Marisa al consulente giocò probabilmente a livello di un buon funzionamento di coppia genitoriale. Il ricorso al consulente fu determinato da una necessità clinica, ma ritengo di poter sostenere, a posteriori, che ci fu un movimento a livelli molto inconsci.

Sembra inoltre importante riferire che il ricorso al consulente avvenne dopoché in effetti il terapeuta aveva esaurito tutte le sue energie e Marisa non poteva non avere avvertito questo fatto e cioè che il terapeuta aveva sinceramente dato il meglio di quanto avesse potuto e che pertanto non aveva più energie liberamente disponibili. In un certo modo Marisa si dimostrò cioè che un solo genitore non era sufficiente, che la pretesa di un solo genitore di risolvere i suoi problemi era una pretesa di impossibile realizzazione. Lei necessitava di un accordo tra i due genitori ed il fatto che terapeuta e consulente avessero potuto parlare fra loro di lei, realizzò probabilmente, a livello profondo, una necessaria gratificazione.

Il modo di conduzione di questa crisi non è ovviamente proponibile come modello; va anzi detto che un terapeuta non dovrebbe mai cadere in una situazione duale di questo tipo; dovrebbe essere molto attento alla scomparsa dalla relazione della possibilità di un'oggettività di pensiero e fare in modo di

mantenere una situazione triadica. Se la conduzione della crisi non è proponibile come modello, possono invece essere formulate, in relazione a questa descrizione. considerazioni generali relative appunto alla gestione di situazioni di crisi. Mi sembra che possano esserne tratti insegnamenti specie nei riguardi del talora necessario ricorso ad istituzioni psichiatriche. Quando il ricorso ad un'istituzione è necessario, occorre che l'istituzione si ponga chiaramente in posizione di altro, di terzo rispetto a chi chiede l'intervento. Il fine dell'intervento dell'istituzione è cioè quello di consentire una visione oggettiva di quanto è accaduto e questo sia nei confronti dei terapeuti inviati sia e con maggiore difficoltà nei confronti dei familiari o degli stessi pazienti. Per essere terapeutica l'istituzione deve essere ben consapevole del suo funzionamento in delega da parte della soggettività dell'utente. Non deve cioè porsi come istituzione che risolve i problemi, ma come istituzione che restituisce al soggetto la gestione stessa della crisi: questa non può essere utilizzata che nella direzione di una crescita e questa può essere raggiunta attraverso l'attivazione, nel paziente, della sua creatività, del suo altro-nuovo in sé. Se un soggetto sta male tanto da dover ricorrere ad uno psichiatra, non ha trovato evidentemente in sé e nell'ambiente una risposta ai suoi problemi. Chi affronta la crisi non ha allora alcuna altra posizione possibile che non sia quella di fornire lo sguardo oggettivo che è stato carente. E questo sarà tanto più possibile quanto più lo psichiatra avrà inteso che nessuno da solo — neppure una istituzione perfetta — può risolvere alcunché se non attraverso l'accettazione degli aspetti positivi della coppia genitoriale combinata. Non ci può essere terapia al di fuori della triade. Non il terapeuta ma l'altro nel paziente è ciò che può essere attivato in occasione di una terapia e ciò può avvenire solo se il terapeuta ha esperienza che per aiutare una persona psichicamente sofferente occorre essere in due (il terapeuta e l'altro in sé) come

rappresentanti di una coppia genitoriale combinata l'invidia verso la quale sia stata elaborata. Nel caso di Marisa il consulente ha supplito all'altro interno del terapeuta ed ha giocato il ruolo, anche per la paziente, di altro da sé come proiezione dell'altro presente in sé.