

I conflitti nel campo terapeutico

*Antonino Aprea*¹²

Abstract

In che modo i saperi analitici che confrontano la coscienza umana con ciò che, anche di più inquietante, si muove dietro le sue quinte possono dirsi “per la pace”? Può essere – e sarà questa la proposta del contributo – la stessa tortuosità ed enigmaticità della pratica terapeutica, con le sue esitazioni e i suoi slanci, a delineare un percorso di attraversamento e oltrepassamento del conflitto? Può, infine, la pace, nell’accezione di praticabilità della dialettica intra ed interpersonale in luogo della lacerante e ostile contrapposizione con se stessi e con l’Altro, essere un riferimento etico in alcuni snodi cruciali di un lavoro terapeutico? A queste domande l’intervento cerca di rispondere ripercorrendo alcuni momenti salienti di quasi tre anni di un lavoro terapeutico con una giovane donna e la sua famiglia.

Parole chiave: pace, casi clinici, etica

Conflicts in the therapeutic field

Abstract

How the analytical knowledge that compare human consciousness with that, even more disturbing, moving behind his fifth can be said to be “for peace”? It can be - and this will be the contribution of the proposal - the same tortuous and enigmatic of therapeutic practice, with its hesitations and his impulses, to outline a path crossing and overcoming the conflict? May, finally, peace, in the sense of feasibility of intra-and interpersonal dialectic instead of tearing and hostile confrontation with oneself and with the other, to be a reference in some crucial pivot of ethical therapeutic work? To these questions the intervention seeks to answer retracing some of the highlights of almost three years of therapeutic work with a young woman and her family

Keywords: peace, clinical cases, ethics

¹² Antonino Aprea, Psicologo, Psicoterapeuta, Resp. Training Laboratorio di Gruppoanalisi Scuola di Psicoterapia della COIRAG – Roma.

Traggo le considerazioni svolte nel presente contributo dal mio intervento al Congresso dell'Associazione di Psicoanalisi della Relazione Educativa (A.P.R.E.) "Perché la guerra? Psicoanalisi per la Pace" (tenutosi il 3 e 4 novembre presso la sala conferenze della Camera dei Deputati a Palazzo Marini, in Roma). Il tema del congresso ha un suo baricentro e insieme un punto di sbilanciamento nel suo riferimento esplicito ad una *Psicoanalisi per la pace*. Può un sapere per sua natura demistificante e problematizzante come quello analitico considerarsi teso verso un fine imperativamente dato? E può il fine nobile della pace sfuggire, in quanto tale, alla stessa lente d'ingrandimento dell'esercizio critico psicoanalitico? In realtà la domanda che il titolo del Convegno ci pone ha la forza inesausta di un interrogativo radicale, aperto come una ferita che non può rimarginarsi. È la questione ultima che si solleva, con la forza di un grido, dall'irredimibile esperienza umana del limite, della precarietà, della "mancanza di fondamento" dello stesso soggetto dell'esperienza. "Perché la guerra?" Si tratta a ben vedere di una domanda che inaugura non tanto il tempo di una risposta (fosse anche quella della pace) ma quello più dilemmatico e incerto di un cammino di ricerca. Su questo cammino l'uomo cerca di inoltrarsi da millenni con i più affilati strumenti del suo pensiero e del suo sentire. È il procedere timoroso nel territorio insondabile del mistero del male, un mistero che alberga, con i suoi fantasmi più oscuri, negli abissi del suo stesso animo e di cui la violenza omicida è di certo una delle epifanie più terrificanti e annichilenti.

Come analisti frequentiamo e approfondiamo ogni giorno la consapevolezza di come nelle pieghe dei discorsi umani più edificanti baleni, rifratto, distorto, occultato un lampo di quella sete di sangue che ha avuto la sua parte nell'affermazione evolutiva

della nostra specie. Ma in che modo i saperi analitici che confrontano la coscienza umana con ciò che, anche di più inquietante, si muove dietro le sue quinte possono dirsi “per” la pace? Può essere – e sarà questa la mia proposta - la stessa tortuosità ed enigmaticità della pratica terapeutica, con le sue esitazioni e i suoi slanci, a delineare un percorso di attraversamento e oltrepassamento del confliggere? Può, infine, la pace, nell’accezione di praticabilità della dialettica intra ed interpersonale in luogo della lacerante e ostile contrapposizione con sé stessi e con l’Altro, essere un riferimento etico in alcuni snodi cruciali un lavoro terapeutico?

A queste domande cercherò di rispondere ripercorrendo alcuni momenti salienti di quasi tre anni di lavoro terapeutico con Michela, una giovane donna oggi 31enne¹³. Si tratta di un percorso tuttora in atto di cui una caratteristica qualificante è quella di essere svolto in un serrato e sistematico confronto con la totalità dei colleghi coinvolti, con il supervisore, con la famiglia di Michela¹⁴. È mia convinzione che è proprio la costante attivazione, calibrazione e gestione (direi quasi “governo”) di questa delicata e complessa articolazione del campo terapeutico a contribuire fortemente a tessere la matrice generativa di senso offerta alla mente di Michela per accogliere, ospitare e dare alimento alle sue evoluzioni.

L’asprezza e la ruvidità esistenziale della sofferenza psicologica di Michela ha rappresentato per la terapia una vera e propria sfida. Accettarla ha significato in primo luogo porre tutto se stessi (tutta la propria disponibilità, il proprio tempo, la propria pazienza, la propria tenacia e la propria sensibilità) in tensione e collegamento tra le sponde della voragine che continuamente si è aperta tra le incrollabili verità private di Michela e i pensieri falsificabili, e per questo precari e fallibili, che via via hanno

¹³ Il presente contributo riprende e approfondisce il tema della relazione tenuta con il Prof. Corrado Pontalti alla XI edizione delle Giornate psichiatriche ascolane del 12-13-14 Maggio 2010 dal titolo: “*Psicosi? Ossessione? Scenografia isterica? La radicalità del comprendere fenomenologico come guida ad un trattamento psichiatrico-psicoterapeutico*”.

¹⁴ La costruzione e la gestione del progetto terapeutico è stata ispirata dalla prospettiva teorica e metodologica della “Psicopatologia e Psicoterapia Multiterpersonale” elaborata da Corrado Pontalti.

guidato la comprensione psicopatologica della sua situazione clinica e la gestione del progetto terapeutico.

La vicenda terapeutica di Michela può anche essere ripercorsa come una vera e propria *lotta* per conquistare l'inversione di un processo sclerotizzante della mente che assimilava famelicamente vita biografica per espellere una inservibile e dolente vita biologica. Da questa breve sintesi narrativa emergerà forse la rappresentazione della Psicoterapia come un processo fatto di azioni dense, di forze e di equilibri mutevoli e instabili, di tentativi di afferrare un senso degli eventi continuamente capace di sgusciar via, quasi un "*corpo a corpo*" con il paziente e con il suo mondo. Confesso che questa rappresentazione non mi dispiace affatto perché mi pare capace di dare pieno rilievo ad aspetti strutturali dell'impresa di ogni cura psicoterapeutica: la fatica dell'intreccio di vicende umane che in essa si realizza e lo sforzo del continuo tentativo di comprendere *con* l'altro, approssimandosi alla sua vita, affiancandolo, a volte standogli così vicino da sentire quasi *il suo corpo parlare*.

Incontro per la prima volta Michela circa tre anni fa in una stanza un po' angusta del Day Hospital di Psichiatria di un grande Policlinico Universitario romano. Di lei e della sua situazione clinica avevo lungamente parlato nelle settimane precedenti con la sua terapeuta che, trasferendosi in un'altra città, mi proponeva di prenderla in carico. Il nostro avvicendamento intendeva preservare la continuità del progetto di cura che prevedeva la presenza regolata nel campo terapeutico dei genitori di Michela, ognuno con un suo spazio personale di dialogo.

Da circa un anno si assisteva al lento insorgere di crisi di ansia parossistiche con condotte di evitamento sempre più debilitanti e pensieri ipocondriaci relativi al timore di aver perso progressivamente numerose funzioni mentali ("la memoria", "la volontà") e biologiche ("i polmoni", "lo stomaco"), sensazioni che Michela descriveva con ideazione sempre più corporea, fino al terrore acuto in un Pronto Soccorso: "Sono morta, ho espulso tutto, cuore, polmoni, cervello, il corpo sta andando in pezzi *sento le ossa muoversi, così come i bronchi, così come le altre parti del mio corpo, non ho più*

le vertebre, se vado di corpo espellerò anche l'intestino, non ho la gola e non posso deglutire...". Questa nuova dimensione esperienziale la catturava totalmente, non lasciava spazio ad alcuna critica e falsificabilità, sentiva che le era rimasta solo l'anima.

La convinzione di <non avere!> è il filo rosso dell'esperienza esistenziale, del suo sentirsi <non esistere> al mondo ed è, al tempo stesso, il filo rosso del trattamento fino a pochi mesi fa.

Michela nel nostro primo incontro mi appare esile ed incerta, fragilissima. L'unico elemento di forza che intravedo è la tenacia con cui si appoggia al padre che l'accompagna. Lo cerca con lo sguardo, si avvicina a lui durante il colloquio, rimane a fissarlo mentre parla quasi che si aspettasse che la sua voce potesse esprimere anche i suoi pensieri, le sue paure. Quando emerge dal cono d'ombra della presenza del genitore lo fa per esprimere un sentimento in lei predominante e inattaccabile, quello di stare *"andando in pezzi"*. Quello che mi colpisce è la radicale letteralizzazione di questo vissuto. Michela non si sente *come se* stesse andando in pezzi. Lei *sta* andando in pezzi. Le mancano i polmoni, il cuore. Non ha organi vitali. Il respiro e il battito nel petto sono come un riflesso inspiegabile del corpo che lentamente si perderà. Le ossa e gli organi interni stanno andando in frantumi e crollano dentro di lei.

Da un lato, dunque, la *manca*za, dall'altro il *disfacimento mobile* di ciò che è al suo interno. Un'assenza che genera vuoto, ed un crollo continuo che lo abita. Di tutto questo Michela avverte in maniera profondamente angosciata una sensazione corporea che, in questi anni pur trasformandosi, non l'abbandonerà mai: quella che lei chiama *"movimenti"*. I movimenti di Michela aumentano (*"vanno a tremila"* lei dice) ogni qual volta si annuncia o si rende possibile un mutamento nel contesto protetto di vita che la sua condizione clinica contribuisce a creare.

Inoltrandomi nel lavoro terapeutico osservo ciò che la collega aveva già acutamente notato: Michela tende a presentare nel tempo gli stessi contenuti angoscianti ma con

una *intensità emotiva maggiore*, con una maggiore criticabilità del contenuto del pensiero, e con una *ridotta convinzione*.

La terapia registra l'impossibilità di Michela di sentirsi esistere fuori dal perimetro di vita del padre ed una crescente, acuminata ostilità nei confronti della madre. Nell'estate del 2008 Michela non può che passare le vacanze col padre nel suo nel paesino di origine nelle Marche. Ancora una volta bastano pochi momenti di lontananza del genitore per una commissione per generare una insopportabile sensazione di crollo degli organi all'interno del suo corpo.

Nella fase iniziale dei nostri colloqui Michela è sfuggente, elusiva. A volte ho la sensazione che sia come dietro una nuvola di fumo, che in qualche modo si sprigiona da lei stessa. È preziosissimo a questo punto ancorarmi alla riflessioni che avevano guidato l'agire terapeutico della collega e come lei "mi rendo così conto che l'inafferrabilità che riscontro è soprattutto legata all'*assetto poco saldo e poco coerente* e non alla gravità della sua dimensione psicopatologica. Ripercorrendo gli eventi emerge infatti in modo dirompente e drammatico la componente metaforica e simbolopoietica del suo vissuto dissociativo; trovandosi in un' atmosfera crepuscolare e, come tale, angosciante e immobilizzante, Michela urla violentemente contro fenomeni che percepisce come reali, distruttivi e privi di rimandi simbolici. Di fatto la veemenza con cui si manifestano i sintomi nasconde la parte metaforica. Sembra perdersi ora lo sfondo ontologico tipico dell'esperienza psicotica e affiorare invece quella che Charbonneau (2007) definisce una "*situazione isterica*".

Inizio a comprendere che il trasferimento due anni prima di Michela a casa del padre assume un forte valore nell'ambito del controllo che la madre Anna intende ancora esercitare sulla vita privata del marito, Paolo, dal quale è separata non legalmente da 14 anni. La madre mi dice a questo proposito e senza mezzi termini: "*meglio che nel letto del padre ci sia la figlia, così Paolo evita di trasformare quella casa in un bordello*". E accade proprio questo. Benché infatti Michela abbia a casa del padre una stanza tutta per sé, comincia a dormire nel suo letto. A ben scavare

apprendo che gli scontri telefonici tra Michela e la madre sono animati da un correlato particolarmente corrosivo di questa esperienza di essere la guardiana della sessualità del padre. Anna, fin quando le comunicazioni con la figlia vanno avanti, fa pesare a Michela la morbosità di questa sua vicinanza al padre, alludendo perfino alla pericolosità di essere così prossima ad un uomo tanto depravato.

La sofferenza di Michela si acuisce e i nostri incontri lo registrano plasticamente. Passiamo molte ore a parlare del suo "corpo senza" (senza organi, senza vita) e della colpa, radicale, ontologica, dei due genitori che l'hanno uccisa. Per Michela sono di volta in volta "bestie", "aguzzini", "porci". Lei ha un ruolo ben preciso: quello di evidenziare queste colpe, "sbattergliele in faccia finché campano", e di punirli. Il castigo è spietato. Michela morta graverà per sempre sulla coscienza di chi le ha tolto la vita, dopo avergliela data. In realtà capiamo abbastanza presto che non è la morte di Michela ma *il suo morire sociale* dietro la maschera della psicosi (Pontalti e Buonanno, 2004) (e la carriera di malata cronica che il travisamento dei sintomi rischiano di sostanziare) ad essere la vera pena che viene inflitta a tutti. E poco conta per Michela che per farsi giustizia debba di fatto giustiziarsi. Peraltro, ma questo sarà chiaro in seguito, l'identità di malata protegge Michela da una vita faticosa e minacciosa perché responsabilizzante e le dà diritto a ricevere una cura incondizionata che le permette un viaggio apparentemente rigenerante e risarcitorio nella sua infanzia.

Nel Novembre del 2008 Michela peggiora, "i movimenti" diventano intollerabili. In accordo con i genitori ci adoperiamo per un ricovero privato in una struttura in cui possa essere preservato il lavoro che stiamo compiendo. Parlo lungamente con lo psichiatra che la prenderà in carico (e che da quel momento la seguirà senza soluzione di continuità e con infinita energia) e ci accordiamo per una gestione comune della situazione anche in clinica. Dunque gli incontri con Michela e con i genitori proseguono anche durante il ricovero nello stesso luogo fisico dove il corpo parlante di Michela sta ora gridando. I genitori, che non si parlano più da molti mesi, fanno in modo di non incrociarsi ma l'articolazione sempre più fitta della trama narrativa

familiare nella mente dei terapeuti genera curiosità in Michela che vuole sapere e in alcuni casi intende partecipare agli incontri che si tengono con la madre e col padre.

Durante il ricovero, che dura circa un mese, e alle soglie della sua dimissione, per la prima volta da quando la seguo Michela fa questo sogno: *“Oltre un cancello c’era tanta neve e c’era anche una massa di neve con un buco fatto di lastre di ghiaccio. C’era tanta gente e anche i miei genitori e mio fratello che mi incitavano ad entrare lì, ma io non volevo morire così. Si staccava una parte di me, sentivo il mio corpo ghiacciato dalla vita in giù. Pensavo che se proprio dovevo morire però non volevo morire così. Erano i miei che mi avevano accompagnato, poi dopo che siamo usciti di lì non mi si filavano più”*

Riflettendo sul suo sogno insieme alla sua precedente terapeuta, con cui mantengo un contatto ed un confronto continuo, iniziamo a pensare che la massa di neve, ghiacciata al suo interno, possa rappresentare non necessariamente un luogo mortale e pericoloso ma anche una sorta di Igloo, un luogo protettivo in cui rifugiarsi. Sembra, da questo punto di vista, una prima flebile e incertissima rappresentazione per Michela dell’accessibilità di un campo terapeutico vissuto come un riparo sicuro.

Ciò che però sembra venir meno di fronte a questa intuizione è la sua capacità di distinguere e quindi di decidere che significato ha una certa cosa e cosa rappresenta. È questa condizione di “indecidibilità” ad essere per lei paralizzante e immobilizzante. Sembra qui racchiuso il senso della dimissione: ora è necessario che questa vitalità ritrovata sfoci in una maggiore progettualità all’interno della sua esistenza e non vada incontro ad una paralisi.

Michela viene dimessa. La clinica è riuscita a essere una esperienza di prima ritessitura di una storia personale e familiare sfibrata ma non lacerata da anni di lotte e di violente opposizioni. Lei stessa ha contribuito a questo iniziale riannodarsi di fili con una sorprendente agevolezza nel farsi parte di un’articolazione complessa e ricca degli incontri terapeutici. Dialoga fittamente con lo psichiatra, con la terapeuta precedente che la va a trovare, con me, col padre, col fratello e finanche con la madre.

Dopo un lungo lavoro individuale con i due coniugi, e non senza fatica, si creano inoltre le condizioni di un loro primo incontro congiunto in terapia in cui iniziare a maturare un assetto comune di fronte alle difficoltà della figlia.

Michela reagisce a questi cambiamenti con un crescente sgomento. La poca docilità del padre rispetto alla sua condizione e la minaccia di portarla in un ricovero Ospedaliero (*“ma è il manicomio?”*) domanderà più volta angosciata) coincidono con sentire di nuovo tutto crollare dentro di sé. È in questo frangente però che Michela fa questo sogno: *“Mi trovavo in uno strano ascensore, dovevo andare ad una festa. Mentre l'ascensore saliva era come se avessi una gamba fuori dalla porta. Arrivavo al piano ed entravo in una casa. C'era tanta gente. Passavo davanti ad uno specchio e mi rendevo conto che avevo i denti completamente frantumati”*.

La frantumazione interna, la incoercibile convinzione di stare morendo, diventa nella figurazione onirica rappresentazione di una situazione esistenziale ben diversa. Michela è come reduce da un violento incidente che l'ha lasciata però illesa, solo i denti si sono spezzati. Ciò che manca non è la vita (il respiro, il battito del cuore) ma la possibilità di *arrivare alla vita*, alimentarsi di essa, addentarla. La terapia è da qui in poi configurabile più come il doloroso lavoro di protesi del dentista o come la lenta e faticosa fisioterapia dopo un grave incidente piuttosto che come una terapia sintomatica per accompagnare alla morte.

Michela sta ancora malissimo. I movimenti tornano *“a tremila”*. Vuole essere nuovamente ricoverata. Si decide di non portare oltre il braccio di ferro sul *“dove”* e ci si adopera per un ricovero in clinica. Vive per un mese tra le cure amorevoli della madre e del padre, quasi un accudimento primario. La madre passa interi pomeriggi a pettinarla e accarezzarla, il padre le porta del cibo e le sta vicino mentre mangia. Anche in questa occasione incontro con regolarità Michela e i genitori. Il padre si rende conto che per la vita che conduce gli è difficile offrire alla figlia una presenza costante e protettiva. Prende così corpo dopo due anni la possibilità del ritorno di Michela a casa della madre, ritorno che Anna può oggi accettare grazie ad una

maggior pacificazione interna rispetto alla vicenda coniugale. Michela accetta la soluzione, ma sa che alla madre dovrà garantire di essere attiva in casa e la cosa un po' la intimorisce. La sua identità di malata dovrà piegarsi ad un contesto più responsabilizzante.

Dopo le dimissioni i movimenti di Michela cambiano. Lentamente si spostano verso i reni. Dialoghiamo a lungo sulla funzione di filtro e assimilazione dei reni nel corpo, funzioni svolte per la mente dalle esperienze che sedimentano competenze filtrando ciò che è superfluo. Si tratta proprio di quelle esperienze che attualmente nella sua vita mancano, essendo lei aggrappata ad una condizione prolungata di convalescenza. Alla fine di ogni nostro incontro Michela deve andare in bagno per tranquillizzarsi del fatto che ancora può urinare. Si chiede adesso come si muore non avendo i reni. Ma inizia anche ad interessarsi a *come si può continuare a vivere pur non avendo reni e polmoni*. Ragioniamo a lungo su "polmoni d'acciaio", "ventilazioni artificiali", dialisi. Michela è interessatissima, vuole sapere, vorrebbe vedere come funzionano questi macchinari. Michela cerca un oggetto transizionale da animare. Queste apparecchiature di supporto alle funzioni vitali appaiono essere precursori simbolici dell'ordine del materiale di ciò che è mancato nel suo sviluppo evolutivo, qualcosa cioè dell'ordine del mentale capace di mediare tra le sensazioni del corpo che lei è e la corporeità delle emozioni che la sua vita esprime.

Queste considerazioni ci portano a pensare che lei sia in questo momento più in grado di utilizzare risorse esterne per poter sviluppare quelle funzioni vitali rimaste come fratturate nel suo percorso biografico. Iniziamo a delineare un iter di avvicinamento alla terapia di gruppo da affiancare ai nostri incontri individuali. Michela si avvicina all'esperienza del gruppo (che io stesso conduco con un collega gruppoanalista) con un misto di curiosità e timore. I primi incontri, nel Marzo del 2009, coincidono con un interesse crescente di Michela verso la propria genitalità e sessualità. I movimenti si spostano verso il basso e dischiudono una valenza vivificante. Negli incontri individuali Michela si chiede: *"se i reni non funzionano*

posso avere il ciclo?'). Supportata dal gruppo decide di farsi accompagnare dalla madre dalla ginecologa. È molto interessata all'ecografo e a tutto ciò che le consente di guardare l'interno del suo corpo. Il ciclo arriva e Michela fa questo sogno: *"ho sognato che stavo avendo un figlio, ma mentre partorivo avevo anche il ciclo, perdevo tantissimo sangue, poi pulivo il bambino e lo prendevo in braccio"*.

L'immagine onirica realizza la crasi tra due dimensioni che adesso Michela inizia a sentire interconnesse, quella della fertilità e quella della generatività. Il lungo percorso terapeutico appare in questa fase come ciò che le ha restituito fertilità prevenendo il rischio che le vicende di vita e la sua maschera psicotica la sterilizzassero.

Ma per concepire occorre una inseminazione. Il seme è per Michela l'ipotesi sempre più concreta di tornare a lavorare. Appena i familiari però si fanno più pressanti a proposito torna il mantra dei *"movimenti"*. Michela dice di rimanere convinta di non avere i polmoni ed i reni. A differenza di qualche mese fa oscilla tra la sensazione di essere candidata alla morte e quella di essere una miracolata (*"Se vivo per miracolo forse c'è un perché"*). Adesso che è un po' più esperta di ecografie vorrebbe avere una prova definitiva dell'assenza degli organi. Il padre l'accompagna a fare una radiografia al torace e una ecografia ai reni. Guardiamo in seduta, alla luce della lampada, i risultati. Delineiamo con le dita i contorni dei suoi polmoni e dei suoi reni. Michela protesta vivamente: *"La sanità italiana fa veramente schifo. Hanno scambiato le lastre! Ci sarebbe da denunciarli. Ma non mi importa. Io so come stanno le cose."* Sentiamo in terapia di poter osare oltre perché la maschera dissociativa copre non un vuoto ma un volto che pian piano inizia ad emergere. Il suo psichiatra si offre di accompagnarla a fare una nuova radiografia e di essere garante per lei dei suoi diritti di cittadina onesta di fronte al Sistema Sanitario. Si impegna dunque a prendere lui stesso la lastra tra le mani quando esce dalla macchina. Michela è interessata alla proposta ma glissa e non tornerà mai più sull'argomento.

Il volto di Michela oltre la maschera sembra alludere finalmente ad un nome. Il velo dell'etichetta diagnostica psichiatrica sembra bucato da un "esserci" che

finalmente acquisisce una valenza e contrattualità sociale. Michela fa in sequenza questi due sogni: "Ero in un negozio pieno di vestiti belli, mogliettine a righe, tutte cose molto particolari, e non costavano neanche molto, tipo 6-8 euro. Provavo la S, ma mi stava piccola. La M non la trovavo, non c'era. Poi vedevo anche un paio di scarpe bianche carinissime ma, siccome con la mia amica, che stava guardando un altro reparto, eravamo arrivate tardi ed il negozio stava chiudendo, non c'era tempo e così **lasciavo il mio cognome al commesso, dicendo che sarei tornata il giorno dopo**"

"Lavoravo come parrucchiera in un salone e facevo le treccine ad una ragazza, poi facevo anche il colore, cosa che nella realtà non so fare! Ero anche brava e ad un certo punto la principale mi lasciava da sola in negozio mentre lei andava in pausa pranzo".

Nell'incontro individuale successivo Michela mi dice di voler fare un disegno di sé stessa. Sul proprio petto, all'altezza dei polmoni scrive "tristezza" e "rabbia", sulla propria pancia, all'altezza dei reni aggiunge "paura" e "spavento". Protesta con forza e lungamente quando, facendo la memoria dei quasi tre anni del nostro lavoro, le ricordo che fin quando era solo il suo corpo a poter esprimere quei sentimenti lei era imprigionata nella sua identità di malata: "Ma quale malata, dottò!!", mi urla investendomi come una furia. "Io avevo dei problemi, soffrivo! Ha capito?! Come glielo devo dire che non sono malata, non lo sono mai stata...". Michela è come allo specchio, dialoga con sé stessa attraverso di me. È un fiume in piena, impetuosa, inarrestabile. Mentre continua senza posa a travolgermi con la sua protesta, penso dentro mi me: "prendi fiato un attimo, perdio!". Sorrido di questo pensiero. Adesso Michela può davvero farlo.

Bibliografia

Charbonneau, G. (2007). *La situazione esistenziale delle persone isteriche: intensità, centralità e rappresentazioni figurative*. Roma: Fioriti, 2007.

Pontalti, C. e Buonanno, A. (2004). Psicosi versus rappresentazione della Psicosi.
Relazione alla V edizione delle Giornate Psichiatriche Ascolane, Ascoli.