

L'ILLUSIONE DELLA SICUREZZA CON UN PAZIENTE VIOLENTO

Donald Campbell

Firenze, 7 Maggio 2016

Introduzione

Mr. Davis fu uno dei primi pazienti violenti che vidi alla Portman Clinic, 42 anni fa.

La Portman Clinic è un ambulatorio esterno del Servizio sanitario Nazionale che offre un trattamento di psicoterapia psicoanalitica a due categorie di pazienti: violenti o delinquenti o affetti da perversione.

Il padre di Mr. Davis aveva abbandonato la famiglia quando lui aveva un anno. Da giovane i comportamenti antisociali di Mr. Davis erano troppo difficili da gestire per la madre depressa e la scuola locale. Fu mandato in collegio a 9 anni. C'erano sospetti che fosse stato abusato sessualmente da uno degli insegnanti. Mr. Davis era un solitario che occasionalmente lavorava nei cantieri edili. Egli è stato inviato alla Portman perché veniva abitualmente coinvolto nelle risse nei pub, dopo aver bevuto in abbondanza, usando, di solito, colli di bottiglia di birra rotte, come armi.

Quando portai i miei primi incontri con Mr. Davis ad un gruppo di supervisione pensarono che non mi rendessi conto del suo potenziale di violenza nella stanza di consultazione. Mi fu chiesto se pensassi che fosse sicuro avere un pesante posacenere di vetro sulla scrivania alla portata di Mr. Davis. Ero imbarazzato ed allarmato di non averci pensato. Tolsi subito il portacenere.

Mentre si sedette per l'inizio della successiva seduta, Mr. Davis, con un malcelato senso di trionfo, disse: "Ho notato che è stato rimosso il portacenere". Non ricordo se dissi qualcosa in risposta o tacqui. Però ancora oggi ricordo la sensazione di essere stato colto in fallo e mi vergognai che la paura della violenza di Mr. Davis fosse stata pubblicamente mostrata. Pensai che Mr. Davis ritenesse che sotto la mia calma professionale si nascondesse ansia per la sua violenza.

Questo lavoro si occupa delle fasi (della terapia) in cui i pazienti che sono violenti infrangono le nostre capacità analitiche, mettendo a nudo qualcosa di più personale (del terapeuta).

Ripensandoci oggi, avrei potuto capire come Mr. Davis, con il suo atteggiamento intimidatorio, con la sua postura e con il tono della voce, si era potuto insediare sotto la mia pelle psichica (nella mia mente), ma non riconobbi questa esperienza. Ho preso in prestito il termine disconoscimento dal concetto freudiano perché, a differenza della negazione, si tratta di una scissione dell'Io. Il disconoscimento combina dinamiche conscie ed inconscie. Il disconoscimento coinvolge un simultaneo sapere e non sapere di elementi contraddittori che non si influenzano l'un l'altro. Io sapevo sia che Mr. Davis era pericoloso, sia di essermi comportato come se io non fossi a rischio.

Il mio disconoscimento della pericolosità di Mr. Davis e la mia vulnerabilità si sono manifestate nel gruppo di supervisione. Il gruppo di colleghi ha messo in relazione questi due elementi e inizialmente ha reagito, per usare il termine giusto, in modo auto protettivo, raccomandandomi di fare qualcosa, cioè togliere il portacenere di vetro. Inoltre io avevo provato vergogna che la mia ingenuità fosse stata mostrata nel gruppo di supervisione. Queste risposte hanno

bloccato il mio pensiero circa il perpetratore (di risse) e mi hanno condotto ad agire. L'eliminazione del posacenere è stata motivata dal mio desiderio per la sicurezza. Ero illuso che sarei stato più sicuro se avessi tolto il posacenere. Qui mi riferisco ad una definizione del vocabolario Americano-Inglese di "illusione" come "una percezione che non riesce a dare la vera caratteristica di un oggetto percepito" (Webster, 1954, p. 1242) o, nel mio caso, della situazione complessiva. Tuttavia voglio sottolineare che l'illusione di sicurezza a cui mi riferisco è anche un autoinganno, un fuorviante del sé.

Riflettendo ulteriormente su questo episodio, mi sono reso conto di aver reagito alla proiezione dell'ansia del gruppo circa la violenza di Mr. Davis. Né il gruppo né io siamo stati in grado di utilizzare la nostra ansia per pensare a quello che stava accadendo tra Mr. Davis e me. Invece ho fatto affidamento su misure di sicurezza per proteggermi. Non è raro che la vittima difenda lui (l'aggressore) o se stessa, identificandosi con l'aggressore. Conoscevo abbastanza Mr. Davis per sapere che ricorreva alla violenza quando sentiva che le sue proiezioni paranoide erano confermate. Nelle sedute successive è emerso che, eliminando il portacenere, avevo comunicato la mia ansietà per la sua pericolosità. Tuttavia in modo ancora più inquietante per Mr. Davis, la mia azione ha confermato la sua aspettativa che io, come lui, avevo affrontato le mie paure con il ricorso all'azione. Inoltre ho confermato la paura di Mr. Davis che io, come le autorità che aveva affrontato prima, non potevo o non volevo pensare alla sua violenza insieme a lui, ma che io avrei dovuto fare qualcosa a riguardo.

Nel corso della mia autoanalisi e il mio lavoro analitico con Mr. Davis mi resi conto, in primo luogo, che avevo fallito nel valutare quanto io fossi pericoloso come figura transferale per Mr. Davis e, in secondo luogo, quanto fosse importante un'arma per Mr. Davis per garantire la sua sicurezza. Egli aveva spesso usato bottiglie rotte di birra durante le risse nei pub. La rimozione del posacenere di vetro, un atto che ha creato l'illusione della sicurezza per me, ha avuto l'effetto opposto per Mr. Davis. Avevo effettivamente disarmato Mr. Davis incrementando i suoi sentimenti di essere privo di difese e mettendo me stesso più a rischio. In terzo luogo, Mr. Davis ha messo a nudo la mia illusione di sicurezza e si è reso conto che avevo paura della sua potenziale violenza. E questo ha incrementato l'ansia di Mr. Davis. Sapevo che dietro il suo tono trionfante, Mr. Davis era preoccupato che la mia paura della sua violenza potesse oscurare la mia capacità di vederlo come una persona intera e potesse diminuire la mia capacità di aiutarlo.

La necessità di sicurezza

Mi concentrerò sulla natura molto fisica della nostra vulnerabilità come terapeuti con pazienti violenti. L'aggressione è per definizione ostile e distruttiva. Ci può far male. Ci può ferire. Ci può uccidere. Così quando trattiamo qualcuno che è stato violento non è la probabilità di violenza, ma la possibilità, l'eventualità che ora si manifesti, che corrode la nostra mente. Questa è un'esperienza viscerale, una sensazione fisica nel e attraverso il corpo, non un'esperienza distaccata e oggettiva.

Questo è il motivo di fondo per cui noi professionisti della salute mentale inconsciamente e consciamente difendiamo noi stessi contro individui violenti, con cui stiamo lavorando. C'è una sensazione di *generale* vulnerabilità fisica che sentiamo quando trattiamo un paziente violento. Ci sono anche momenti *specifici* in seduta quando ci sentiamo personalmente intimiditi o scioccati o spaventati che qualcosa potrebbe accadere al nostro corpo. E' molto personale. Farò riferimento a quel personale momento come *momento presente*.

Walter Freeman (Stern et al. 1998) ha introdotto il termine *momento presente* per individuare un tipo particolare di momento che dava l'avvio alla soggettività ed ai sentimenti della coppia paziente-analista e li metteva in un contatto più intimo. L'osservazione di Mr. Davis mi fece capire che sapeva che avevo paura di lui.

Non aveva mai fatto questo prima e io fui preso in contropiede ed alla sprovvista dal suo approccio più personale. I nostri modelli familiari intersoggettivi, il nostro modo usuale implicito di relazionarsi, che avevo dato per scontato, si alterò improvvisamente. Da quel momento, Mr. Davis ed io ci incontrammo come persone *relativamente libere* dai nostri ruoli abituali di paziente e terapeuta.

Lo psicoanalista e lo psicoterapeuta psicoanalitico sono sempre al lavoro sul confine tra la loro persona e il loro ruolo professionale, che comprende le loro conoscenze e la tecnica. I *momenti presenti* possono verificarsi con qualsiasi paziente in qualsiasi tipo di relazione di aiuto. Con alcuni pazienti si verificheranno frequentemente e con altri, che sono più introversi o schizoidi, raramente. Un *momento presente* può essere creato da una parola o da un'azione, dal terapeuta o dal paziente.

Il terapeuta può sperimentare diversi tipi di minacce nel corso di un *momento presente*. In primo luogo, l'equilibrio psichico del terapeuta, i modi familiari con i quali si aspetta di relazionarsi sono minacciati in un *momento presente*. In secondo luogo, la capacità del terapeuta di pensare può essere compromessa da pazienti che fanno affidamento su azioni per affrontare i conflitti interni, le cui proiezioni sono veicolate da azioni, e dove il confine tra il simbolico e il concreto è molto permeabile. Il bisogno di sicurezza è legato al desiderio di proteggere la propria mente, la propria capacità di pensare. I terapeuti di bambini avranno più familiarità con l'effetto che l'intensità e l'immediatezza delle azioni di un bambino può avere sulla capacità di consentire loro un pensiero oggettivo. In terzo luogo, una particolare minaccia per il proprio benessere fisico e la sopravvivenza si pone quando si lavora con un paziente violento. Questo crea un ulteriore bisogno di sicurezza per proteggere il proprio corpo.

Desidero chiarire in modo preciso che con alcuni pazienti, in alcuni setting è essenziale disporre di una struttura ambientale che garantisca la sicurezza del paziente e del professionista. Un giorno, nel futuro, quando comprenderemo meglio la psicopatologia dei pazienti violenti e miglioreremo la nostra formazione e la tecnica, potremmo non avere bisogno di una protezione esterna con alcuni pazienti, ma per il momento facciamo. Con Mr. Davis facevo la terapia in un setting ambulatoriale perché, dopo l'assessment, avevo sentito che era più sicuro fare così.

L'illusione della sicurezza

Vi è necessità di sicurezza e possiamo fare le cose in modo più sicuro. Ma il fatto è che in realtà la sicurezza totale è sempre un'illusione. Non c'è alcun modo per essere in grado di garantire sicurezza durante la vita: sia quando si va per negozi, sia quando si mettono le cinture in aereo, sia quando si attendono i risultati di un esame del sangue di routine

Di fatto, nel lavoro terapeutico l'eccessiva dipendenza dalle misure di sicurezza può essere pericolosa. Il terapeuta può inconsapevolmente mettere se stesso a rischio ogni volta che le misure di sicurezza lo invadono e lo inducono: 1) ad allentare la vigilanza terapeutica, 2) a perdere fiducia nella funzione protettiva della comprensione, e 3) ad abbandonare la tecnica terapeutica ed i confini del setting terapeutico.

In alcune circostanze la costante tecnica terapeutica può creare l'illusione di sicurezza e, purtroppo, aumentare l'ansia e la frustrazione del paziente violento. La sicurezza, sia che si basi

sulla possibilità di dare l'allarme, di avere colleghi di riserva, o sulla tecnica terapeutica, è un'illusione pericolosa se si crea una bolla impenetrabile attorno alla persona dell'analista, o metaforicamente un fossato che separa l'analista, nel suo ruolo, dall'analista come persona che è impegnato con il paziente e che è influenzato dal paziente. Un *momento presente* con un paziente violento è probabile che sia accompagnato da un senso di pericolo e da un timore più profondo per la propria persona. A volte la minaccia è viscerale, registrata da uno o più organi di senso, prima di riuscire a comprendere appieno la fonte della nostra ansia. La mia intenzione oggi è quella di concentrarsi su quei *momenti presenti* che scatenano una vulnerabilità fisica nel terapeuta e generano il bisogno di sicurezza fisica e possono provocare reazioni difensive nel terapeuta al fine di creare l'illusione della sicurezza.

Sono in primo luogo interessato a come possiamo utilizzare il *transfert* e il *controtransfert* per comprendere questi *momenti presenti* e contribuire anche alla sicurezza del terapeuta con un paziente violento. Tuttavia, voglio anche sottolineare come la *teoria* può illuminare il comportamento e aumentare la sicurezza in seduta. Per coloro che lavorano con i pazienti aggressivi, una teoria che può aiutare a comprendere la natura e la funzione dell'aggressività è essenziale. Ho solamente il tempo per delineare in modo molto schematico una teoria dell'aggressività, sviluppata da Mervin Glasser, che ho trovato utile nel mio lavoro clinico con pazienti violenti .

La violenza spietata

Considero la violenza come un istinto a disposizione dell'ego nel perseguimento della sua funzione primaria: la conservazione del sé.

Seguendo il pensiero di Glaser (1998), va fatta una distinzione fra due tipi di violenza: in primo luogo la violenza spietata, in secondo luogo la violenza sadica, che prende origine dalla modificazione della violenza spietata. I bio- fisiologi, come Cannon (1939), hanno dimostrato che il corpo ha un modello di reazione riflessiva elaborato che lo prepara per la lotta o la fuga di fronte al pericolo. Questo meccanismo di attacco-fuga riflessivo, che condividiamo con tutti gli esseri viventi, è la nostra difesa più primitiva ed è alla base dell'istinto di autoconservazione dell'ego. Il meccanismo di attacco-fuga è espressione dell'aggressività primaria, riferibile alla *violenza spietata*. Nella sfera psichica, ogni violenza è auto- conservante. Ciascuno di noi, sia come bambino che adulto, è capace di aggressività auto- conservante. Quando l'aggressione spietata viene rivolta ad un oggetto diventa violenza spietata.

La violenza spietata è una risposta di base, immediata e sostanzialmente fisica a qualsiasi minaccia al Sé che ha lo scopo di annullare la fonte del pericolo. Durante un evento di spietata aggressione o violenza l'oggetto non possiede altro significato personale se non quello della sua pericolosità. Lo scopo dell'attacco è l'autoconservazione e qualsiasi altra considerazione non è rilevante. La risposta dell'oggetto sotto ogni altro punto di vista non interessa (Glasser,1998,p.891).

In una prospettiva evolutiva le minacce alla psiche infantile e/o alla sopravvivenza fisica normalmente mobilitano un'aggressione spietata diretta verso qualsiasi oggetto che sia percepito come pericoloso. La minaccia può essere esperita come un attacco diretto, essere travolti, essere inglobati (*engulfment*), soffocamento, abbandono e fame (*abandonment to starve*).

L'attacco del bambino, sia fisico che nella fantasia, ad un seno intrusivo o non disponibile potrebbe essere un esempio di aggressione spietata. Come ho spiegato in precedenza lo scopo dell'aggressione spietata è annullare la minaccia. Winnicott (1945) riconosce la presenza di un sé primitivo spietato nel gioco normale del bambino piccolo durante il quale egli effettivamente

ferisce la madre e la sfinisce. La capacità del bambino di esercitare un'aggressione spietata e l'abilità della madre a tollerarla è cruciale affinché egli possa integrare la sua aggressione e mantenerla/possederla come una parte del Sé. Quando la madre fallisce il contenimento dell'aggressione spietata del suo bambino, lo stesso "può soltanto nascondere il suo sé spietato e renderlo vivo in uno stato di dissociazione" (Winnicott 1945, p. 154).

Il ruolo del sadismo

Quando l'oggetto percepito come minaccioso per la sopravvivenza del bambino, è lo stesso oggetto dal quale egli dipende per la sopravvivenza, cioè la madre, esercitare un'aggressione spietata lo mette di fronte ad un dilemma.

Come può sopravvivere se non può permettersi di sbarazzarsi di sua madre? Alcuni bambini escogitano una soluzione ingegnosa prendendo a prestito un modo familiare lievemente provocatorio di mettersi in relazione con la madre. Questo è un uso precoce del sadomasochismo che tutte le madri ed i bambini impiegano per gestire le ansie di perdita e di separazione. I giochi eccitanti del 'cucù' o di nascondersi e cercarsi (nascondino) sono esempi comuni di ciò. La madre, nello scherzare con il bambino, fonde la sua aggressione con l'amore per lui 'piccolo' (baby). Il bambino si identifica con la presa di giro (scherzosa) materna. In questo modo il bambino cambia lo scopo della sua aggressione spietata: dall'eliminazione della madre, al controllo di lei in un modo libidicamente gratificante. L'aggressione spietata è quindi convertita in sadismo, nel quale la gratificazione deriva dall'infliggere ansia, paura, disagio o dolore a un altro. Il sadismo, come l'aggressione spietata primaria su cui si basa, è motivato dalla necessità di autoconservazione.

In un attacco spietato dove lo scopo è, utilizzando il meccanismo di "attacco/fuga" (*fight or flight*), quello di eliminare la minaccia alla sopravvivenza, le conseguenze sull'oggetto sono irrilevanti, al di là del raggiungimento dello scopo. Comunque, in un attacco sadico la relazione con l'oggetto deve essere preservata e non eliminata. Il sadismo offre al bambino una seconda linea difensiva alterando radicalmente la relazione con l'oggetto minaccioso per assicurare la sopravvivenza sia del sé che dell'oggetto.

Un blando sadomasochismo sottilmente modulato risulta ora una componente libidica di un legame sufficientemente buono fra la madre e il bambino. Comunque, quando il sadismo della madre non è temperato dalla riparazione o va oltre/eccede le capacità del bambino di recuperare un'immagine accudente; oppure quando il narcisismo della madre le rende impossibile essere consapevole dei bisogni del suo bambino e rispondere quindi appropriatamente, allora quest'ultimo può fare appello a scambi sadomasochistici più frequenti e intensi per controllare una madre 'non sufficientemente' buona.

Quando la linea di sviluppo dalla aggressione spietata alla libidinizzazione dell'aggressione, procede verso l'intensificazione del sadismo, si determina una predisposizione psichica all'uso del sadismo (il funzionamento psichico di base si orienta verso l'uso del sadismo) come soluzione ai conflitti neurotici o psicotici. Quando il sadismo della madre fallisce nel difenderla da ciò che ella percepisce come una persecuzione da parte del suo bambino, ella stessa è a rischio di lasciarsi andare ad una aggressione spietata o al suo equivalente psichico di negare o eliminare ogni aspetto del bambino che rappresenta una minaccia per la sua sopravvivenza. In questa situazione il benessere del bambino non ha più importanza per la madre e lo sviluppo del Sé del bambino è a rischio al massimo grado.

Ma di quali risorse dispone il bambino se il suo sadismo fallisce nel controllare in modo soddisfacente un genitore distruttivo? In questi casi è probabile che il bambino e più tardi l'adolescente e l'adulto, abbandoni la sua relazione sadomasochistica con l'oggetto e regredisca affidandosi a una aggressione spietata, al fine di eliminare una realtà troppo dolorosa, utilizzando il ritiro psicotico o fisico o la distruzione mentale dell'oggetto.

Raramente la violenza si verifica in forma pura come semplice attacco spietato o sadico, più spesso la violenza è mista, o comincia come uno scambio sadico che si degrada e quindi scatena l'angoscia del perpetratore e, di conseguenza, aumenta la sua tendenza ad affidarsi alla violenza spietata.

Nel definire la natura dell'aggressione di un paziente e ciò che la innesca, il terapeuta dovrebbe essere in grado di stabilire quando sono a rischio (la coppia terapeutica). Per esempio un paziente che si affida prevalentemente alla aggressione spietata è molto più pericoloso di uno che è più propenso a ricorrere ad una aggressione sadica.

Lavorare con un sadico è disturbante, ma in fondo non così pericoloso perché il sadico vuole controllare l'oggetto non eliminarlo.

Il resoconto di una aggressione violenta

Mi piacerebbe illustrare il mio punto di vista sulla natura spietata e sadica dell'aggressione raccontandovi il resoconto di un altro paziente, Mr Giles, della aggressione alla sua fidanzata Sylvia, che lui descrive nel seguente modo:

- lui e Silvia stavano pranzando con una "donna più anziana" nell'appartamento di lei, lui si rese conto di essere stato irritato dalla donna anziana che aveva detto "*cose assurde*". Mr. Giles riportò Sylvia nel suo (di lui) appartamento e si assicurò che non ci fossero vicini nei pressi perché non "*volevo che fosse avvisata la polizia*". Poi cercò di costringere Sylvia ad ammettere che la donna aveva detto cose assurde, ma Silvia negò che così fosse stato. -

Dal momento che Sylvia si rifiutò ripetutamente di essere d'accordo con lui, Mr. Giles intensificò il livello delle minacce e degli attacchi passando dallo schiaffeggiarla al prenderla a pugni. Alla fine si ritrovò sul letto, con le ginocchia sopra il corpo di Sylvia e con i pollici sui suoi bulbi oculari nel tentativo di cavarle gli occhi. A questo punto si rese improvvisamente conto di quello che stava facendo e indietreggiò.

Successivamente provò vergogna e senso di colpa per aver fatto sentire Sylvia "così inutile". Sylvia, che ne uscì gravemente contusa tutto intorno alla testa e gli occhi, lo lasciò. Questa non era la prima volta che gli era capitato di essere così violento, ma penso che fosse stata la prima volta che si era reso conto di stare per infliggere danni permanenti alla sua vittima, e questo è ciò che lo allarmò e che lo portò a cercare aiuto per la sua violenza.

Nel corso del lavoro fatto insieme Mr. Giles riconobbe di essersi sentito umiliato e di aver provato vergogna di fronte alla sua ragazza Sylvia a causa della signora più anziana che diceva cose ridicole. Ho scoperto che la vergogna è il più frequente fattore motivazionale della violenza nei pazienti che ho trattato. La signora più anziana ricordava a Mr Giles l'intrusività seduttiva della propria madre. La madre aveva un certo modo di entrargli dentro e di farlo sentire piccolo, specialmente in rapporto al padre, violento e imprevedibile. Il comportamento della donna più anziana riattualizzava quelle precoci esperienze di rabbia impotente vissute con la madre.

Con questo background in mente, relativo alla natura e alla funzione dell'aggressività, vorrei ora darvi un'idea di cosa si provi in una seduta con Mr. Giles. Ma prima di farlo, vorrei enfatizzare l'importanza che l'impatto traumatico della realtà aveva avuto su Mr. Giles e più in genera-

le sui pazienti come lui. Sebbene io ritenga che non possiamo veramente sapere che cosa i nostri pazienti abbiano sofferto nella realtà, possiamo imparare a conoscere la loro realtà psichica, cioè quello che ricordano delle loro esperienze traumatiche e il modo in cui le hanno capite. Pazienti come Mr. Giles hanno sofferto durante la loro infanzia traumi esterni che hanno profondamente influenzato il loro mondo interno e la loro percezione degli altri. Mr. Giles era acutamente consapevole del reale perché era lì che era depositato il pericolo. La violenza del padre e l'intrusività seduttiva della madre erano espressione del loro essere genitori. Lui immaginava che la realtà del mio Sé più pericoloso fosse nascosta dietro il mio ruolo di terapeuta. Si sentiva più al sicuro quando poteva controllare il "reale" attualizzandolo in me.

Un momento presente con Mr. Giles

Mr. Giles era arrivato per fare la seduta precedente solo per apprendere che io non ero disponibile e che in realtà egli aveva saltato la sua ultima seduta perché aveva "dimenticato" che avevamo concordato di cominciare a un altro orario.

All'inizio di questa seduta Mr. Giles stava attento a proteggermi dalla sua rabbia per il mio aver fallito nel prevenire un "fraitendimento" (riguardo al nuovo orario). Poi cominciò a parlare di un tizio ungherese che giocava con le parole, cambiando il loro significato, o utilizzando allusioni e facendo ricorso a un linguaggio ambiguo. Io interpretai la sua sensazione che io non gli stessi comunicando le parole correttamente e che questo avesse indotto il fraintendimento e il suo saltare la sua ultima seduta. Gli dissi che quando lui sentiva che c'era un fraintendimento si domandava che cosa io veramente intendessi dire. Potevo essere davvero affidabile nell'essere disponibile per lui, nel capirlo e nel capire quanto lui si sentisse arrabbiato con me per aver saltato la sua seduta?

Negò di biasimare me per la seduta saltata, mi disse che si sentiva la testa troppo affollata e che aveva bisogno di prendersi più spazio dalla sua ragazza. Io mi resi conto della pressione che saliva come in una pentola a pressione. Lui chiuse gli occhi e improvvisamente colpì la scrivania con il pugno. Io trasalii. Il colpo sembrò far fuoriuscire un po' la pressione. Decisi di restare in silenzio.

Dopo una pausa durante la quale Mr. Giles sembrò riprendersi, proseguì con un discorso su di un uomo Russo che lo aveva visto con un drink a una festa. Mr. Giles in realtà stava portando quel drink alla sua ragazza. L'uomo pensò di aver beccato Mr. Giles che rompeva la sua astinenza, ma chiaramente non aveva capito quale fosse la situazione. Mr. Giles era stato contento di non avergli rovesciato il drink addosso o di non averlo preso a pugni.

Gli dissi che ero trasalito quando aveva colpito la scrivania, che avevo pensato che stesse cercando di farmi arrivare che cosa lui sente quando io non capisco di che cosa ha bisogno, quando non capisco che lui avrebbe avuto bisogno che io gli ricordassi del cambiamento di orario. [Gli dissi] che era difficile entrare in contatto con me (per farmi capire) perché lui voleva anche proteggermi, così come aveva fatto prima chiudendo gli occhi e colpendo la scrivania invece di colpire me. Lui fece una pausa e poi parlò associativamente di una vecchia amica alla quale era molto affezionato perché è una che dice esattamente ciò che intende dire, senza preoccuparsi di ciò che le altre persone pensano o sentono. Lui vorrebbe poter esprimere la sua aggressività nel modo in cui lo fa lei.

Non avevo realizzato che avevo creato un *momento presente* per Mr. Giles affollando la sua mente con i miei commenti sul fraintendimento. Quello che non avevo capito è che lui sperimentava le mie interpretazioni come intrusive. Non eravamo sincronizzati.

Colpendo la scrivania Mr. Giles aveva creato un *momento presente* per me. Era venuto fuori dal nulla. Io ero trasalito, ma non avevo risposto immediatamente. Il colpo sul tavolo di Mr. Giles mi aveva messo in ansia per il mio corpo e mi aveva fatto smettere di parlare in quel momento, ma aveva anche concentrato la mia attenzione sull'oggetto minaccioso. Io decisi di stare in quel momento e di riorientarmi su Mr. Giles. Quando ritornai a quel momento con lui utilizzai quello che mi era accaduto per dire, onestamente, che mi aveva fatto trasalire e che era entrato in contatto con me. Mr. Giles confermò la mia comprensione di quel *momento presente* parlandomi di una vecchia amica che diceva esattamente ciò che aveva in mente. L'interpretazione fu probabilmente meno importante del mio dire a Mr. Giles che egli poteva avere un impatto su di me e che l'aveva effettivamente avuto, e che io l'avevo così potuto utilizzare per cercare di capirlo.

Ripensando successivamente a quel violento incidente, ho realizzato che non avevo tenuto sufficientemente conto di quanto Mr. Giles fosse stato traumatizzato dallo shock di presentarsi alla Clinica e non trovarmi disponibile per lui. Il trauma è, per definizione, qualcosa alla quale non siamo preparati. Mr. Giles si era liberato della conoscenza relativa al cambiamento di orario della seduta forse perché questo scatenava la paura di perdere il controllo su di me. In conseguenza di ciò fu colto di sorpresa dal non avere la seduta quando si aspettava di averla, e biasimò me per non averlo preparato per il cambiamento di orario.

Mi stavo dimenticando lo shock che avevo causato quando avevo cambiato l'orario della sua seduta e il colpo che aveva provato quando si era presentato alla clinica e aveva visto che non ero là. Non poteva dirmi ciò che stavo tralasciando. Doveva fare qualcosa.

La violenza era il mezzo con cui proiettava il suo trauma e il suo essere scioccato. Da una parte il suo colpire la scrivania era il suo modo di fare rappresaglia, facendo cioè a me ciò che sentiva essere stato fatto a lui. Dall'altra, il colpire la scrivania fermava il mio sovrastarlo con interpretazioni che avevano origine dal mio tentativo di funzionare nel mio ruolo terapeutico, prima di avere compreso ciò che lui aveva sperimentato.

Avevo dimenticato la sua esperienza affettiva. Allarmandomi, Mr. Giles mi mostrò, concretamente, che cosa si sente a stare con me quando sono in uno stato mentale non impegnato.

Quando interpretai questo nella seduta successiva, Mr. Giles lo associò a suo padre violento. Fu capace di aiutarmi a vedere come il mio comportamento imprevedibile fosse stato per lui più scioccante di quanto io avessi compreso.

Noi potemmo allora pensare a come quello shock avesse risvegliato il trauma legato alle esplosioni imprevedibili, intrusive e violente di suo padre.

Da un *momento presente* ad un'interpretazione

Il mio punto di vista è che esiste un senso autentico di una relazionalità più personale, che sta alla base delle dinamiche di transfert-controtransfert-transfert, specialmente quando lavoriamo con pazienti come Mr. Giles. Questa dimensione personale include per il terapeuta la sensazione di sicurezza fisica o di insicurezza che prova con il paziente, così come una genuina attenzione, sollecitudine e rispetto per il paziente. Comunque io ho enfatizzato la sensibilità del terapeuta alle proiezioni del paziente perché ciò aiuta il terapeuta a comprendere il transfert e a formulare interpretazioni di transfert che possano essere ascoltate dal paziente.

Nonostante che la nostra responsabilità professionale ci proibisca di condividere le nostre vite con i nostri pazienti, non è realistico pensare che la complessità emotiva del terapeuta possa essere ignota al paziente.

I dati raccolti dal radar psichico del nostro paziente sono raccolti e testati nel tempo, spesso al di fuori della nostra consapevolezza e, riuniti insieme, danno forma a un quadro delle nostre caratteristiche personali, della nostra psicopatologia e del nostro modo di essere. Il paziente usa, per attualizzare il transfert, non il ruolo professionale esplicito del terapeuta, ma questa sua più intima conoscenza. Sandler (1976) ha notato come i pazienti spingano l'analista a diventare l'oggetto di transfert che si aspettano di trovare. I pazienti valutano anche la congruità tra ciò che noi diciamo e come sentono che siamo. L'incongruità nel terapeuta rende i pazienti sospettosi riguardo all'interpretazione. Penso che questo sia vero soprattutto con i pazienti violenti, se sentono che noi non siamo consapevoli delle nostre ansie relative alla loro violenza. In tali momenti l'analista usa difensivamente l'interpretazione per disarmare il paziente o allontanarlo. Noi siamo nella condizione migliore per comprendere queste ansie relative ad una minaccia fisica e per rispondervi, quando siamo ancorati a un assetto analitico, quando siamo impegnati in un setting analitico e quando manteniamo confini analitici.

Un momento di incontro può rendere evidente il transfert e più tardi essere usato dal terapeuta per costruire un'interpretazione di transfert. Il punto che desidero rendere riguardo a un momento presente è che esso ha bisogno di essere conosciuto prima di formulare un'interpretazione. Alcuni terapeuti evitano questo step e vanno direttamente all'interpretazione di transfert. Io sto suggerendo che con pazienti come Mr. Giles, il terapeuta deve rispondere a ciò che sta succedendo nel qui ed ora con il paziente, in un modo che esprima la specifica e personale esperienza del terapeuta riguardo al paziente. Questo dà agli affetti una sensazione di autenticità. In questo modo il terapeuta e il paziente divengono contemporaneamente oggetti l'uno per l'altro. Può essere non realistico verbalizzare "ciò che sta succedendo fra noi qui ed ora", in un momento che è pieno di pericolo fisico. Ma noi possiamo tornarci in seguito come a qualcosa che è accaduto fra di noi in un momento precedente.

Conclusione

Ho sottolineato due elementi (e sono sicuro che voi potete pensarne molti di più) che contribuiscono alla sicurezza con un paziente violento: 1) una teoria, che spieghi la natura e la funzione dell'aggressività può aiutare il terapeuta a comprendere come e quando il terapeuta può essere a rischio e 2) una tecnica analitica, che renda il paziente pericoloso capace di ascoltare un'interpretazione e pensare riguardo ad essa, invece che agire.

Nell'esempio portato dalla mia seduta con Mr. Giles, il *momento presente* di intensa minaccia fisica creò un'opportunità per riconoscere la capacità del paziente di avere un impatto viscerale sul terapeuta. Questo richiede una risposta personale, da parte del terapeuta, che sia autentica: cioè se è sperimentata come conseguenza di un'interazione tra paziente e terapeuta. L'interpretazione del *momento presente* con un paziente violento può aprire la possibilità di una nuova modalità di relazionarsi quando il terapeuta non risponde all'intimidazione del paziente - o con il distanziarsi emotivamente per proteggersi (flight), o con il congedare (fight) o con velati scambi sado-masochistici- ma con il riconoscimento di quel suo personale sentire che è stato attivato dai pensieri e dalle azioni del paziente. Attraverso un processo reciproco che avviene durante i momenti di incontro, la violenza, come mezzo per proiettare pensieri e sentimenti inaccettabili, può essere sostituita dalle parole riguardo a un'esperienza nel qui e ora.

References

- Cannon, W.B. (1939) *The Wisdom of the Body*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner.
- Glasser, M. (1998) On violence: A preliminary communication. *Int J Psychoanal* **79**:887-902.
- Stern, D.N., Sander, LW, Nahum, JP, Harrison, AM, Lyons-Ruth, K, Morgan, AC, Bruschweilerstern, N, Tronick, EZ (1998) Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *Int J Psychoanal* **79**:903-921.
- Webster's New International Dictionary, 2nd Edition (1954) Springfield, Mass., USA: CC Merriam Co. p1242.
- Winnicott, D.W. (1945) Primitive emotional development, in: 1958a *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock, pp 145-156.

Donald Campbell
dlcampbell4@gmail.com