



Il terrore del radicamento di Maarten Aalberse

I CAVALIERI DELL' APOCALISSE

Secondo Masterson, una depressione d'abbandono "non comprende un solo sentimento, bensì una serie di sei: depressione, rabbia e furia, paura, senso di colpa, passività e impotenza, senso di vuoto. Il grado di intensità di ciascuno di questi componenti varia a seconda dei traumi evolutivi di ciascun individuo. In ogni caso ciascuna componente sarà presente a vari livelli in ciascun paziente" (5,38).

"I sei cavalieri psichiatrici dell'apocalisse richiamano, per il loro impatto emotivo e distruttivo, lo sconvolgimento sociale e la distruzione dei quattro cavalieri originali - carestia, guerra, inondazione, pestilenza. Dei termini tecnici sarebbero troppo astratti per rendere l'intensità e l'immediatezza di questi sentimenti e conseguentemente il potere che detengono sull'intera vita del paziente. Il suo funzionare nel mondo, le sue relazioni con le persone e addirittura alcune delle sue funzioni fisiologiche sono subordinate alla necessità di difendersi da questi sentimenti" (5,37).

Tramite queste immagini così forti Masterson cerca di dare al lettore una vaga idea di quale genere di inferno possa essere la depressione d'abbandono per questi soggetti. Nonostante in questo testo egli si riferisca a clienti borderline, nella mia esperienza ho riscontrato che anche clienti con blocchi di sviluppo più leggeri provano questi terrificanti sentimenti. La differenza maggiore sembra risiedere nel fatto che questi ultimi hanno a disposizione difese migliori, presentano un migliore orientamento verso il reale, riescono a relazionarsi meglio con il terapeuta e recitano in misura minore. In altre parole essi hanno una diversa relazione con questi sentimenti, ma i sentimenti stessi sono molto simili.

Quanto segue è una descrizione di questi componenti della depressione d'abbandono, basata in gran parte sugli scritti di Masterson, con alcune aggiunte che credo siano rilevanti per una psicoterapia più orientata verso il corpo.

Questa descrizione sarà un po' tecnica e astratta. In un altro paragrafo presenterò il caso di un cliente che attraversa una depressione d'abbandono molto profonda. Il caso illustra come un terapeuta possa rimanere troppo coinvolto nel processo, rendendolo più regressivo di quanto sarebbe necessario. Inoltre, mostra molto chiaramente che cosa prova il cliente nell' attraversare una crisi di questo tipo.

DEPRESSIONE E DISPERAZIONE

Il cliente sente "la perdita o la minaccia della perdita di parte di sé o delle scorte che ritiene necessarie per la sopravvivenza" (5,39). Il cliente può sentirsi come se stesse perdendo la mente, i genitali, il terreno; può sentire le braccia prive di forza, perde il suo cuore. Il cliente può anche sentire che sta perdendo la sua capacità di lavorare, il che, con una tale crisi, può anche essere vero, anche se solo temporaneo. Ma quando il cliente è immerso nel suo sentimento d'abbandono non riesce a vedere la luce alla fine del tunnel, teme che, una volta che rinuncia a lavorare, non sarà più in grado di riprendere. Questi sentimenti sembrano essere intollerabili per lui e sente che nessuno può dargli il sostegno di cui crede di aver bisogno. Addirittura può vergognarsi a tal punto di quello che sta passando e sentirsi così in colpa per quello che chiede alla sua famiglia e agli amici, da pensare, anche se le persone che lo circondano sono desiderose di aiutarlo, di meritare il loro rifiuto.

Nel processo di radicamento questi sentimenti diventano sempre più manifesti e vengono vissuti con maggiore intensità e profondità. Gradualmente "il cliente scivola sul fondo della sua depressione dove, quasi sempre, incontra una disperazione suicida e la convinzione che non gli sarà mai possibile ricevere l'aiuto di cui ha bisogno" (5,40).

Come indicano le due ultime citazioni da Masterson, il cliente talvolta sente che sta per morire. La coscienza della morte e la paura di morire sono, credo, degli elementi importanti della crisi

d'abbandono, dei quali Masterson non parla esplicitamente. Egli lavora all'interno di uno schema di riferimento psicanalitico, entro il quale la coscienza e l'ansia di morte non ricevono tutta l'attenzione che meritano; esse vengono infatti ridotte a un rivivere una perdita antica o a un sintomo dell'ansia di castrazione.

In un altro paragrafo parlerò più estesamente di questo problema; per ora può bastare dire che aiutare il cliente ad affrontare la morte e ad elaborare la sua ansia di morte ad un certo livello, rende il processo terapeutico meno unilaterale e può mettere in moto potenti risorse che aiutano il cliente a condurre una vita più autentica e soddisfacente.

Lowen ha parlato di come la disperazione sia collegata alla perdita dell'illusione, alla caduta del sogno di una madre perfetta che sarà sempre lì pronta a tenere il paziente e a prendersi cura di lui, di un eroe onnipotente che eliminerà il dolore come per magia, di incontrare infine qualcuno che riconoscerà la sua superiorità, etc. Il cliente "non ha ancora" trovato il suo salvatore nella vita reale, ma finora è riuscito a rimanere attaccato al suo sogno.

Quando il cliente attraversa questa agonia, a lui e al terapeuta vengono richieste due qualità: una affettiva e una cognitiva.

Il cliente deve poter provare e condividere la sua disperazione con il terapeuta, che non deve lasciarsi coinvolgere troppo, ma nemmeno mostrarsi distante. "La calma emotiva del terapeuta (...) sottende la fiducia che il paziente abbia la capacità di dominare (la disperazione). Questo ha un effetto calmante sul paziente e lo incoraggia a tener duro nella sua lotta" (7,54). Il sincero interesse e la presenza affettiva del terapeuta aiutano il cliente a comprendere (nei suoi momenti di chiarezza) che tale calma non è fredda indifferenza.

Il paziente scopre che può condividere il suo dolore e sentirsi meno solo nella sua sofferenza; il legame affettivo che ha instaurato col terapeuta gli procura conforto (un tema che verrà elaborato più avanti).

Attuare una combinazione tra calma emotiva e presenza affettiva è più facile a dirsi che a farsi. La disperazione del cliente spesso andrà a toccare le ferite del terapeuta, per cui egli deve avere modo di continuare a guarire le sue proprie ferite e di condividere i suoi dubbi e le sue paure.

L'altra, più analitica dimensione in cui elaborare il sentimento di disperazione consiste nella comprensione delle sue radici, vale a dire l'identificazione delle illusioni alle quali il cliente deve rinunciare. Quando il cliente riconosce la natura arcaica e illusoria delle sue speranze, comprenderà, dapprima solo cognitivamente, che sarebbe frustrante rimanervi attaccato (1).

Lasciando andare i suoi vecchi sogni il cliente proverà più facilmente rammarico che disperazione. Abbandonando le sue illusioni può affrontare ed elaborare la realtà del suo passato. Inizierà a "reggere la realtà" sempre di più, più triste, ma più saggio, più solo, ma anche più in grado di sostenersi da solo. E può anche sentirsi più grato per i momenti di amore imperfetto e gentilezza che gli arrivano dagli altri.

RABBIA

Più il cliente andrà a fondo nella sua esperienza d'abbandono e più la sua rabbia verrà in superficie. Questa furia potrà spesso essere "cieca", cioè priva di un bersaglio preciso, proiettata su eventi e persone del presente. Nel corso della terapia emergeranno anche i ricordi legati a questa rabbia che si focalizzerà sempre più sulle figure parentali dell'infanzia del cliente. Come scrive Masterson, "alla fine, sul fondo del trogolo, insieme alla disperazione suicida si incontrano impulsi e fantasie omicide dirette alla madre" (5,41).

E' fondamentale che il terapeuta abbia fatto una buona valutazione della forza egoica del cliente. Con le tecniche bioenergetiche il terapeuta può condurre il cliente a delle scariche di odio molto esplosive. Per un cliente con un io forte questo potrà alleviare la sua depressione. Tuttavia, questo potrebbe stimolare il cliente ad agire la sua rabbia sul partner o su chiunque gli causi frustrazione nella sua vita quotidiana, poiché "è sbagliato e insano reprimere i sentimenti".

Mentre in questi casi si possono insegnare al cliente dei modi costruttivi per gestire la sua rabbia, nel caso di clienti con un io più debole possono verificarsi delle situazioni più pericolose, poiché

il cliente si sente incoraggiato a "riversarsi fuori", il che, con molta probabilità, può condurre alla disintegrazione, a uno sfondamento psicotico, più che a una breccia terapeutica.

Boadella ha descritto un approccio suggerito in questi casi, che egli chiama "volontarizzazione". Il principio di base è che il cliente apprende *gradualmente* a esprimere la rabbia in maniera controllata, tirando calci o colpendo un cuscino, sapendo quello che sta facendo e dove si trova, e venendo istruito a smettere prima che i sentimenti prendano il sopravvento e inizino a travolgerlo.

Ad una cliente borderline che di solito colpiva il muro con i pugni facendosi male ogni volta che a casa si arrabbiava, suggerii di colpire, stando in piedi, un cuscino con una racchetta da tennis. Al principio si sentiva piuttosto imbarazzata: "Mi sento così cretina". Qui ho scherzato un po' dicendole che "in effetti trasformare le tue mani in due pezzi di carne sanguinante ogni volta che sei arrabbiata è un segno di matura sofisticazione, ma il problema è che la vista del sangue mi fa impressione, mi fa svenire, per cui ti prego, fammi questo favore ...". Un po' più tardi, ho aggiunto più coerentemente: "Il fatto che tu ti senta stupida significa che ti stai guardando; questo può non essere un male visto che ti aiuta a controllarti e ad impedirti di perderti nella tua rabbia". Questo aveva senso per lei e iniziò a colpire il cuscino; piuttosto cautamente all'inizio, ma gradualmente con più forza, facendo regolarmente una pausa e guardandomi con un sorriso "complice". Notò, piuttosto sorpresa, che sentiva le gambe divenire sempre più forti.

E' ovvio che il terapeuta deve essere in grado di valutare quanto un cliente può sopportare; in certi casi è meglio che il terapeuta sia esageratamente cauto piuttosto che entusiasta. Inoltre, se necessario, il terapeuta deve essere in grado di ri-orientare il cliente al qui e ora. Dopo ogni "tentativo" egli parlerà col cliente *di che cosa* ha provato e pensato, aiutandolo in tal modo a prendere una certa distanza dalle sue emozioni. Il terapeuta può anche aiutare il cliente assistendolo nella distribuzione delle sue energie.

PAURA E PANICO

"La terza componente è la paura di essere abbandonati, di morire o di essere uccisi, che può essere il sentimento dominante quando la minaccia di abbandono veniva usata come un mezzo per farsi ubbidire dal bambino (...). Il bambino si aspetta che la spada di Damocle gli cada sulla testa da un momento all'altro (...). I clienti con questo background ricordano la loro infanzia come un funerale continuo (...). Potrebbero seppellirmi" (5,41).

Ancora viene menzionata la paura della morte e del morire e, ancora, Masterson la riconduce a qualcosa di diverso, cioè ad una resistenza ad affrontare una perdita precoce: "Il panico stesso può dominare il quadro clinico al punto da nascondere la depressione e la rabbia sottostanti".

Nel trattare questi sentimenti il terapeuta può una volta di più dover essere guidato dal "principio di volontarizzazione". Un altro mezzo per raggiungere lo stesso scopo (impedire che il cliente venga sopraffatto) è l'uso terapeutico della disassociazione descritto nella letteratura PNL. Il cliente viene aiutato a orientarsi nel qui e ora e ad "assistere a ciò che è accaduto alla tua parte più giovane". Se anche questo è troppo spaventoso, il cliente può essere istruito a guardare il suo sé impaurito su di uno schermo televisivo tenendosi a distanza di sicurezza, ad abbassare il volume del televisore o addirittura a tramutare ciò che vede in un film in bianco e nero. Quando il cliente ha "visto e sentito" quanto è successo là, gli viene detto di stabilire un contatto verbale o di altro tipo con il suo sé ferito e di trovargli un posto sicuro all'interno del corpo. Dopo aver messo in atto questa procedura, credo sia importante che il cliente possa condividere con il terapeuta come si sente riguardo a quello che ha visto, ancora rimanendo consapevole che ora è con il terapeuta e non "nella sua infanzia".

SENSO DI COLPA E VEGOGNA

Il cliente ha introiettato anche gli atteggiamenti delle figure genitoriali e si sentirà tremendamente colpevole e/o in imbarazzo per tutti quei sentimenti, pensieri o impulsi che contrastano le loro aspettative e bisogni.

Quando il cliente comprende che i suoi sentimenti di colpa e vergogna sono delle introiezioni, si trova di fronte alla scelta apparentemente crudele tra il continuare a soddisfare queste aspettative parentali e rinnegare parti vitali di sé o il rinunciare alla speranza di avere l'approvazione genitoriale, il che equivale a sentire di non avere più nessuno dalla sua parte.

Colpa e vergogna sono strettamente legate alla passività e all'impotenza, sentimenti che approfondiremo nel prossimo capitolo.

PASSIVITA' E IMPOTENZA

Credo che questi sentimenti presentino sia un aspetto manipolatorio che curativo.

Possono essere un tentativo di manipolare gli altri così che agiscano al nostro posto e possono essere un modo per fustigare gli altri quando il cliente sta esercitando il potere dell'impotenza: "Se sono impotente, non sono responsabile; se non sono responsabile, come puoi criticarmi e avere delle aspettative nei miei confronti?"

In altre parole, questi sentimenti possono essere una difesa contro l'assertività e l'autonomia.

Ma, specialmente per i clienti narcisisti, l'impotenza può essere un sentimento molto importante da riconoscere. Ammettere che le aspettative dei genitori erano davvero troppo alte, può essere una vera e propria liberazione. Può essere una necessaria disidentificazione da un grandioso, falso senso di sé e un grosso passo verso l'accettazione di limitazioni molto reali. Oggettivamente parlando si tratta di una consapevolezza di umiliazione (e quindi di radicamento). Da un punto di vista soggettivo, è, comunque, profondamente umiliante e specialmente con un cliente marcatamente narcisista il terapeuta deve avere la pazienza e la disponibilità ad accettare i profondi sensi di vergogna che emergeranno. Quando arriverà a provare questa vergogna il cliente crederà di meritare di essere rifiutato: "Chi vorrebbe voler avere a che fare con una persona di tale inferiorità, con un così miserevole fallito?". A questo punto al paziente potrebbe risultare difficile accettare la disponibilità del terapeuta di cui ha così disperatamente bisogno e nella quale, altrettanto disperatamente, non riesce a confidare. Il cliente può interpretare l'accettazione del terapeuta come una pietosa accondiscendenza. E' necessario rendere esplicita ed esplorare anche questa reazione di transfert; se ciò non avviene, il cliente avrà la tentazione di banalizzare il suo "fallimento" allo scopo di salvare la faccia e di risparmiarsi la vergogna: "Quello che non riesco a fare non è importante". Si alienerà poi nuovamente dal suo vero sé e nuovamente chiuderà il suo cuore e si isolerà dagli altri.

Per i clienti borderline, il lato manipolatorio, sopra menzionato, di questi sentimenti, deve essere affrontato per primo. Ma può anche darsi che "Non posso" sia anche un genuino riflesso di "Non potevo". Quando erano piccoli essi non potevano permettersi delle tendenze individuali perché non avrebbero potuto vivere senza l'appoggio e l'incoraggiamento di almeno uno dei genitori.

Quindi, il terapeuta deve prendere in considerazione sia l'aspetto manipolatorio che quello più genuino dei sentimenti di impotenza del cliente.

La passività e l'impotenza possono anche essere il risultato di un'armatura pelvica strutturata quale disperata misura per alleviare l'ansia edipica. Il cliente ha imparato che se bloccava le sensazioni pelviche, diventava sì debole ma accettabile, perdendo molta vitalità, ma riuscendo a mantenere un potente alleato al proprio fianco: "E' meglio essere impotenti ma appartenere a qualcuno, che dover affrontare un rivale geloso che è anche molto più potente di me". In questo caso il cliente ha bisogno di affrontare la sua ansia, di lavorare sulla *sua* gelosia, di separarsi dalla coppia dei genitori (che include l'elaborazione del transfert edipico) e riappropriarsi della mobilità pelvica, del potere e del piacere.

SENSAZIONE DI VACUITA' E VUOTO

L'ultima componente della depressione d'abbandono che Masterson descrive viene percepita dai clienti come "una terrificante assenza di sensazioni e vuoto interiore" causata, secondo Masterson, in parte dall'introiezione dell'atteggiamento negativo della madre che lascia il paziente svuotato o privato di introiezioni supportanti e positive".

Un altro aspetto di questo senso di vuoto che il cliente può provare quando rinuncia al suo sogno di trovare un salvatore o di essere riconosciuto in tutta la sua superiorità, è che nella realizzazione di questo sogno era concentrato tutto il significato della sua vita. Ora che il sogno è svanito, la sua vita non ha più senso, è vuota.

L'aspetto bioenergetico di questo vuoto è che il cliente ha dovuto ottundere quei sentimenti e quegli impulsi che non erano graditi; il cliente, per necessità, si è tagliato fuori da una larga parte della sua energia vitale. L'assenza di vitalità e di sensazioni è la manifestazione di un'armatura profonda; quando il cliente scioglierà questi blocchi, entrerà in contatto con la sua disperazione e la sua rabbia. Che scelta per lui: essere morto o rischiare di essere ucciso!

Uno psicoterapeuta ad orientamento corporeo incontrerà (almeno) due altre componenti della depressione d'abbandono: un freddo agghiacciante o correnti di freddo e l'ansia di cadere.

FREDDO

A volte il cliente può anche provare un freddo terrificante; non le comuni mani e piedi gelati, ma un freddo totale; può sentirsi come se gli si stesse gelando il midollo. Altre volte può sentire correnti di freddo, in modo diverso l'esatto opposto delle profondamente piacevoli correnti libidiche (che possono altresì causare paura, fintanto che il cliente ha paura di arrendersi, come descritto sopra). Ma non c'è niente di piacevole riguardo a queste correnti di freddo; non fanno sentire bene allo stesso modo della loro fonte: la paura di essere lasciati al freddo.

E' molto interessante assistere al momento in cui il cliente prende contatto con questo freddo terrore, inizia a tremare, a battere i denti, a lamentarsi con un tono di voce sempre più basso. Quando il cliente inizia a provare e a manifestare il freddo (2), questo può trasformarsi in una disperata furia per essere stato abbandonato. Il cliente può diventare molto caldo, proprio come se avesse la febbre: il terrore diventa rabbia bruciante.

Il cliente ha bisogno che il terapeuta sia molto presente e non abbia paura, controbilanciando con la sua presenza l'abbandono rivissuto dal cliente e assicurando quest'ultimo nel momento in cui sfoga la sua rabbia.

Dopo che avrà espresso la rabbia, il cliente si sentirà disperato e proverà un'infinita tristezza, che sarà in grado di sopportare solo quando percepirà la compassione del terapeuta. Il cliente ha vissuto un incubo e ha bisogno di risvegliarsi in un ambiente più amorevole in cui non ha bisogno di strutturare armature per sostenere la vulnerabilità che sente adesso.

ANSIA DI CADERE

Come ho detto precedentemente, l'ansia di cadere può segnalare che il cliente sta lasciando andare le sue resistenze contro il radicamento e che la paura di essere abbandonato sta venendo in superficie. Ho anche citato le associazioni caratteristiche fatte dai clienti, sia di quelli che tendono a staccarsi dal suolo che di quelli che tendono ad affondarvi, quando iniziano a provare questa ansia di cadere.

L'ansia di cadere può anche essere provata quando il cliente è immerso nella sua depressione, ma, in questo caso, il cliente può produrre delle associazioni diverse: "La vita per me è insopportabile", "Non posso reggere questa agonia". In altre parole, l'ansia di cadere può essere un'espressione somatica della disperazione e dell'impotenza del cliente, sentimenti di cui abbiamo già parlato.

Tuttavia, dietro all'ansia di cadere può nascondersi un'altra dinamica. Quando il cliente consente alle vibrazioni che sono caratteristiche di molti esercizi bioenergetici di grounding di affluire nella pelvi (cosa che, al principio, sarà piuttosto difficile per molti clienti: possono vibrare dappertutto, eccetto che nella pelvi), dal pavimento pelvico possono risalire verso il diaframma delle forti sensazioni di scioglimento. Queste sensazioni possono essere simili a ciò che proviamo stando su un'altalena o quando ci troviamo in un ascensore che inizia bruscamente la discesa quando ci aspettavamo che salisse.

Lowen ha parlato dettagliatamente di questa sensazione di cadere, dell'innamorarsi (letteralmente in inglese "cadere in amore"), dell'arrendersi alla propria energia erotica. Se esiste un conflitto nell'arrendersi ai propri sentimenti sessuali, radicati nel conflitto edipico, il cliente si sentirà piuttosto terrorizzato nel momento in cui non si sentirà più in grado di controllare questi sentimenti. Questo perché in parte egli teme che cedere a questi sentimenti significhi cedere alla seduzione edipica e all'abuso, con tutti i pericoli che questa resa può comportare: essere alla mercé del genitore proibito, ma così attraente, che può possederlo, sfruttarlo e rifiutarlo e perdere il sostegno dell'altro genitore che diventa un nemico geloso che potrebbe vendicarsi duramente. Più avanti in questo studio descriverò le idee di Reich circa l'ansia dell'orgasmo che è strettamente legata all'ansia di cadere.

Avendo parlato delle varie componenti della depressione d'abbandono, ritornerò ora al processo di grounding e discuterò su quale possa essere il legame più appropriato ora che il legame riequilibrante ha soddisfatto la sua funzione di aiutare il cliente a essere meglio radicato e ad essere maggiormente in grado di gestire i suoi sentimenti d'abbandono.

LIVELLI DI ABBANDONO E STILI DI RELAZIONE

Gli emergenti sentimenti di abbandono che il cliente in qualche modo riesce ora ad affrontare meglio (dato che ha sviluppato, almeno per un certo grado, la sua forza o la sua sensibilità all'interno della relazione riequilibrante), si originano in varie fasi dello sviluppo. Ciò significa che clienti diversi devono apprendere a gestire questi sentimenti all'interno di diversi stili di relazione, poiché diversi sono i fattori di sviluppo che si collegano al sentimento d'abbandono.

Perciò sia l'atteggiamento del terapeuta che i suoi interventi in risposta ai sentimenti emergenti devono necessariamente differenziarsi da un semplice assistere il cliente nella scarica di questi ultimi, come tendevano ad affermare le teorie "pop" neo-reichiane.

Un fondamento basilare della teoria relazionista è che il genere di relazione che cliente e terapeuta instaurano quando questi sentimenti squassanti vengono alla superficie, determinerà in larga misura se il cliente si muoverà verso la crescita, se cadrà in una dannosa regressione o se cercherà di forzarsi prematuramente al progresso.

Quindi il terapeuta deve decidere, ancora una volta, che tipo di legame vuole stabilire con il cliente al fine di poterlo aiutare a passare oltre questa "buia notte". Nella mia esperienza, un legame di nascita o di nutrimento solitamente si rivela essere il più appropriato per questo stadio; quando il terapeuta cerca di formare un legame più maturo con il cliente (cioè un legame unitivo o finalizzato all'acquisizione di potere), non riconosce la profondità della depressione d'abbandono del cliente (3). Quasi sempre questa depressione trova origine nei primi anni di vita del cliente. Le strutture caratteriali rigide, per esempio, sono connesse con il conflitto edipico; ma un buon motivo per cui una persona non è stata in grado di risolvere la propria questione edipica può essere dovuto al fatto che sia stata più o meno menomata da un abbandono pre-edipico (cfr. con l'osservazione di Lowen che la rigidità ha una forte componente schizoide).

Naturalmente, ci sono delle eccezioni; alcune delle più ovvie sono:

- clienti che hanno alle spalle un considerevole lavoro di terapia dinamica e che hanno lavorato ampiamente sui loro sentimenti di perdita,
- clienti che sono piuttosto ben integrati,
- clienti che non sono sufficientemente motivati o in grado di affrontare un processo che comporta un lavoro in profondità e prolungato nel tempo.

Ma più spesso la scelta si pone tra lo stabilire un legame di nascita o di nutrimento.

Un legame di nascita è indicato quando la madre del cliente, mentre era in gravidanza, è stata sottoposta a forte stress e/o quando la nascita (la prima separazione) è stata traumatica e il bambino non ha potuto recuperare perché la madre non era in grado di fornirgli sufficienti e rassicuranti cure dopo la nascita.

Credo che questo sia il legame più appropriato quando la principale tematica emergente nella depressione d'abbandono sia l'intrusione, negante l'esistenza del bambino.

Una forma di intrusione è quella che può essere definita "*calore cieco*". In questo caso la madre si è presa cura del bambino preoccupandosi del suo buono stato fisico, era affettuosa, apparentemente con buone intenzioni, apparentemente disponibile, ma le mancava sicurezza interiore ed era cieca ai sentimenti del bambino. Di fatto lo ha sommerso con il suo calore ansioso, dietro al quale probabilmente si nascondevano sentimenti più negativi.

Una forma di intrusione più direttamente minacciosa si verifica quando i genitori si "*scaldano troppo*", ad esempio quando sono violenti l'uno con l'altro e/o con il bambino.

In questi casi il terapeuta deve essere centrato e attento al sentimento inespresso che il cliente trasmette. Deve creare per il cliente un "ambiente" sicuro nel quale possa imparare a riconoscere, accettare e impossessarsi dei suoi sentimenti. Il cliente ha bisogno di acquisire maggior sicurezza con se stesso per essere pronto poi a muoversi verso gli altri.

Un legame di nutrimento, d'altro canto, è indicato quando la privazione costituisce la tematica principale del cliente. In questo caso egli rivive il suo ambiente iniziale come essenzialmente "*troppo freddo*"; specialmente la madre viene ricordata come priva di cure, egoista e non disponibile, negante il diritto del bambino di avere dei bisogni. In questo caso cliente e terapeuta devono pensare, per usare le parole di Winnicott, "non tanto al trauma, quanto a ciò che non è accaduto quando il contrario avrebbe potuto essere proficuo se si fosse verificato".

Il terapeuta rappresenta calore per il cliente, mobilita attivamente l'energia del cliente toccandolo (un tocco gentile o fermo può essere considerato un dare energia al cliente e quindi una sorta di nutrimento) e aiuta il cliente a identificare i suoi bisogni. Il compito del cliente non consiste solo nella scarica del vecchio dolore, ma anche nell'asserire i suoi bisogni, nel muoversi verso gli altri, nell'accettare le gratificazioni offerte e nell'imparare ad accettare le delusioni.

Più il cliente è in grado di fare questo, più si rende disponibile al progresso e il legame deve venir sostituito con un altro finalizzato all'acquisizione di potere. Qui il cliente impara a gestire le questioni dell'autonomia e della responsabilità e ad attivare le sue proprie risorse (più che quelle dell'ambiente), i suoi interessi e talenti. In questo legame, come più avanti, quando si stabilisce un legame unitivo, i vecchi sentimenti di abbandono possono ripresentarsi nuovamente. Possono essere collegati a ricordi che non erano stati analizzati prima, ma può anche succedere che riemergano anche vecchie esperienze sulle quali il cliente ha già lavorato all'interno di un precedente tipo di legame. Sarà più utile trattare questi ricordi nello stile di relazione esistente ora tra terapeuta e cliente. Spesso, non c'è bisogno di regredire a un precedente livello di relazione, anche perché il cliente lo vivrebbe come una ricaduta scoraggiante. Lavorando su esperienze d'abbandono molto vecchie all'interno di un legame di acquisizione di potere o unitivo, il cliente impara ad avere a che fare con esse in modo sempre più maturo. E' questo, credo, lo scopo del processo terapeutico.

Idealmente, terapeuta e cliente si impegnano l'uno con l'altro alla fine del processo terapeutico in un legame unitivo, del quale le tematiche di matura intimità e di trascendenza del sé sono il fulcro. Qui il cliente viene aiutato ad integrare i sentimenti del cuore con le energie della pelvi e viene incoraggiato ad incontrare le altre persone considerandole delle entità complete e separate. Il cliente impara a instaurare dei dialoghi autentici, esprimendo i suoi sentimenti e metasentimenti, e a stabilire un'empatia con i più profondi sentimenti dell'altro. Il terapeuta stesso diventa più presente come persona completa e separata, come partner maschile (o femminile) di un dialogo, radicato nel cuore e nella pelvi. Di tanto in tanto condivide maggiormente le sue immagini e sentimenti del qui e ora, invita il cliente a rispondere il più completamente e onestamente possibile e a stare in contatto con la carica intima che si è stabilita tra loro due. Contemplando questa carica, a pelvi e cuore aperti, e stabilendo un contatto con gli occhi, cliente e terapeuta possono momentaneamente sperimentare un'unione non genitale, che trascende la dualità del soggetto e dell'oggetto. Questi sono momenti di grazia, momenti di profonda guarigione sia per il cliente che per il terapeuta.

NOTE

(1) Anche se può risultare difficile da credere, l'umorismo, il gioco e il riso possono costituire qui un valido e potente aiuto fintanto che il terapeuta è in un buon rapporto con il cliente ed è anche in grado di ridere di se stesso. Molte delle nostre illusioni, se considerate all'interno di una prospettiva più ampia, si rivelano essere piuttosto assurde. Frank Farrelly ha affermato e dimostrato in maniera molto convincente che la terapia, come la vita può essere un misto di tragedia e commedia. In questo articolo viene maggiormente enfatizzato il lato tragico della vita; per controbilanciare questo, vorrei qui sottolineare "molto seriamente" che l'inserimento dell'umorismo nella terapia potrebbe essere non solo professionale, ma addirittura un riconoscimento fortemente terapeutico delle risorse del cliente. Un atteggiamento terapeutico professionale non è necessariamente legato ad un comportamento rigidamente serio.

(2) Questa non sempre può essere la strada migliore da intraprendere; ancora una volta dipende dalla forza dell'io del cliente e dal livello di relazione in cui cliente e terapeuta sono impegnati. Può essere più appropriato coprire il cliente con una o più coperte e toccarlo o abbracciarlo per scaldarlo con la propria energia.

(3) Se, d'altro canto, il cliente ricade nel suo vecchio schema difensivo di staccarsi dal suolo o di affondarvi, può essere appropriato passare alternativamente dallo stile di relazione formato nel legame riequilibrante allo stile che viene indicato per le prime fasi del lavoro sulla depressione d'abbandono. Specialmente un cliente borderline può avere bisogno di regolari confronti quando inizia a recitare invece di affrontare il suo abbandono.