

Commento al caso clinico presentato in:
Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto alessitimico

Giulia Cavalli, Cristina Crippa***

So-stare

Le persone spesso si presentano da noi con un quadro variegato di sintomi, molti dei quali, se osservati da vicino, parlano molto più profondamente delle parole che i pazienti pronunciano.

Così sembra essere nel caso di Luca: la depersonalizzazione, l'ansia invalidante, i pensieri di morte, la disconnessione emotiva e la paura di impazzire esprimono in modo molto evidente la sua fatica e il tentativo di allontanarsi da ciò con cui lo aveva messo in contatto la caduta, con conseguente trauma vertebrale e immobilizzazione con busto ortopedico.

Lo stare, indotto dall'immobilizzazione, era a quel momento pensato invivibile e inaccettabile per Luca. Da qui i sintomi: lo spegnimento emotivo, la depersonalizzazione e gli attacchi di panico parlano di un tentativo di proteggersi tenendo fuori contenuti emotivi ritenuti non maneggiabili e masticabili in quel momento dal paziente.

Il paziente e il suo ambiente familiare

A partire dalle informazioni raccolte sulla famiglia di Luca, ci si fa un'ipotesi di grande vulnerabilità dei genitori, che ha esposto il paziente a solitudine e in generale a un non essere nella mente dell'altro, cosa che fa fare molta fatica ai figli in generale.

Ci possiamo immaginare che la presenza di una madre ansiosa abbia spinto Luca a un ritiro protettivo di cui la madre stessa parla ("sempre

*Socia SIPRe, Italia. E-mail: gcavalli7@gmail.com

**Socia SIPRe, Italia. E-mail: cristina.crippa@libero.it

chiuso in camera, non racconta mai nulla”). Allo stesso modo, la fuga nell’iperattività (“non fermarsi mai”) rappresentava già nel passato la modalità trovata dal paziente per togliersi e contrastare un immobilismo percepito come mortifero. Dove ciò che era troppo da reggere era la possibilità di essere contenitore di pensieri e vissuti non elaborati dei genitori. La madre lo aveva colto e ritenuto eccessivo, ma evidentemente non è stata in grado di occuparsene, lasciando nuovamente il paziente solo di fronte alle cose.

Tutto ciò aveva comportato una grande fatica nella regolazione di sé e nella capacità di percepirsi esistente e separato, in un dialogo fluido con la realtà.

A tal proposito, c’è da ricordare anche che Luca arriva dopo il lutto di un fratello che non sappiamo quanto sia stato digerito dai genitori e, quindi, ha accolto su di sé anche queste memorie.

Per stessa ammissione della madre, Luca “non ha mai pianto, mai dato problemi, si è sempre arrangiato”: la madre ha scotomizzato la ragione di tale tendenza del figlio a non dare problemi, che possiamo immaginare possa risiedere nel dolore di non avere un appoggio e una risposta alle sue esigenze. Così si finisce per ridurre le proprie necessità emotive, non si chiede più, ci si risolve a occuparsi di sé.

In tutto questo quadro, il padre viene descritto come una “figura periferica”, dunque non in grado di costituire una figura alternativa e valida alla presenza della madre.

È comprensibile che all’inizio Luca chiedesse al terapeuta di “tornare a funzionare”, ossia di allontanare da sé lo stimolo intrusivo del blocco e dell’immobilismo, che probabilmente lo avvicinava pericolosamente alla possibilità non desiderata di percepire il dolore sottostante al tutto.

Molto interessante il discorso che il collega fa sul tollerare l’incertezza e non aspettarsi cambiamenti rapidi nei pazienti: le persone arrivano quando qualcosa si è rotto nella loro vita. Quando qualcosa da fuori (o da dentro?) ha reso non più funzionali né vivibili le soluzioni storiche sin lì adottate dalla persona. Questo non corrisponde affatto al desiderio di un cambiamento. Più spesso le persone chiedono, come Luca, di essere riparate, senza andare a toccare le cose in profondità.

Occorre tempo e grande rispetto per tentare di delineare ai pazienti le ragioni profonde dei loro sintomi, il senso che portano con sé, il rimando e il richiamo alla propria storia. I sintomi, infatti, sono la porta d’ingresso al personalissimo abisso dei pazienti e l’unica breccia attraverso cui qualcosa trapela del complesso mondo interiore di ogni persona.

E qui si apre la sfida: stare davanti al paziente e col paziente, in bilico con lui, spesso costellato di grande dolore, accogliere il suo e il nostro smarrimento, il non capire, in attesa che il quadro si dipani, fiduciosi che una via sia possibile, ma che ciò richieda tempo, rispetto, pazienza. La

confusione è spesso indice di una iniziale non possibilità e non permesso della persona di entrare dentro di sé e guardarsi davvero, sensazione che si riverbera nel terapeuta.

La *self-disclosure*, usata a un certo punto del lavoro dal collega, ha probabilmente permesso a Luca di sentire che non era solo. La “presenza nell’incertezza”, il percepire l’altro (terapeuta) in difficoltà, ma non spaventato, il risuonare assieme costituisce qualcosa che fa bene al cuore e nasce da un sincero esserci alla presenza dell’altro e conduce il paziente, con più coraggio, a prendere in mano la propria vita.

Vita e morte

Luca nasce in un contesto dove vita e morte si mescolano fin da prima della sua venuta al mondo, dove non si può vedere e accogliere davvero né l’una né l’altra, dove si scappa sia dall’una che dall’altra. L’iperattività di Luca precedente al “crollo” – una caduta che rappresenta in realtà una rinascita nel dolore, che prima non poteva essere sentito – è rappresentativa del suo continuo scappare. E come terapeuti sentiamo questa iperattività e ne veniamo trasportati, cercando cambiamenti che, alla fine, non sono soluzioni, ma di nuovo l’impossibilità di toccare così tanto dolore. La paura del tempo vuoto, rallentato, che Luca ha provato dopo l’incidente è la prima possibilità per lui di sostare (nel senso etimologico di “saper stare con solidità” nel fluire vitale, nel non bloccarlo e rifiutarlo).

Lo stare del terapeuta, il suo dichiararlo apertamente, è la possibilità che si apre per entrambi di poter iniziare a sfiorare il dolore senza giudicarlo, senza incasellarlo, senza espellerlo. Il primo tocco che smuove è dato dal dirsi che esiste una preoccupazione e una confusione, che entrambi provano, e che la vita è anche in questo, che il dolore non è morte da espellere, ma una sensazione del vivere e, in quanto tale, può essere guardato in faccia, può essere pianto e amato, può essere attraversato e, in questo movimento, illuminare il sentiero che porta al contatto con sé stessi.

La paura del dolore considerato come morte (e non come vita) fa scappare Luca da ciò che sente e fa scappare la mente del terapeuta (in cerca di diagnosi, per esempio).

La Presenza

Il nucleo creativo e profondamente vitale dell’esperienza terapeutica è la qualità della Presenza nella relazione. Questa Presenza non coincide con l’attenzione tecnica, né con l’applicazione pedissequa di un modello, ma con una modalità dell’esserci che rende possibile al paziente un incon-

tro con sé stesso, attraverso un terapeuta che incontra per primo sé stesso, la sua confusione, la vita e morte in sé, le proprie Parti, per usare una terminologia del collega che ha descritto il caso. In questa prospettiva, il lavoro terapeutico non è primariamente un intervento su contenuti mentali, bensì un'esperienza relazionale in cui può accadere qualcosa che modifica il modo di stare al mondo.

La clinica contemporanea è attraversata dal rischio di una deriva tecnicistica: protocolli, linee guida, standardizzazioni. Tali strumenti hanno una loro funzione, ma possono diventare difese condivise contro quella che viene sentita come l'angoscia mortifera dell'incertezza, del non avere un genitore rassicurante e riconoscente, come se questa incertezza fosse qualcosa di doloroso, mentre – se la guardiamo con occhi puliti da paure, aspettative e desideri, che generano giudizi – l'incertezza è la vita così come ci si presenta e non ha una connotazione positiva o negativa, è quella che è.

La ricerca di risposte, di definire, classificare, spiegare, ammazza il creativo della vita: infatti, l'esperienza trasformativa (cioè il fluire con la vita che è un continuo trasformarsi) non nasce dalla chiusura del senso, ma dalla possibilità di sostare in uno spazio non saturato.

La Presenza implica una sospensione del giudizio e una disponibilità a lasciar emergere ciò che accade nel campo relazionale, senza anticiparlo né forzarlo.

La Presenza è un contatto in cui il terapeuta è pienamente implicato come soggetto. Il giudizio – anche quello apparentemente benevolo – può diventare una forma sottile di difesa. Essere presenza significa lasciar-essere l'altro nella sua organizzazione attuale, riconoscendo che ogni soggetto fa ciò che può in quel momento per mantenere la propria coerenza.

La creatività del terapeuta, che pur segue un suo modello teorico (facendo attenzione a non scambiarlo per la realtà!), non è improvvisazione, ma capacità di rispondere in modo unico a una situazione unica. E nasce dalla libertà interiore di non attaccarsi al già conosciuto, di fluire con ciò che si presenta, senza paura e, come diceva Bion, senza memoria e desiderio.

La sicurezza del contesto terapeutico, che consente di stare alla vita e alla morte, emerge dalla qualità della presenza, non dal controllo dei contenuti e men che meno dalle applicazioni tecniche.

Ridurre i sintomi o aumentare le competenze possono essere esiti importanti, ma potremmo definirli come effetti collaterali dati dalla possibilità per il soggetto di esserci, di vivere presente a sé stesso.

Come le guide di montagna, possiamo condurre i pazienti fin dove siamo arrivati noi come terapeuti nei termini di Presenza, talvolta possiamo osare insieme a loro un essere alla vita che può sperimentarsi come nuovo anche per noi, ma non possiamo negare che in terapia è differente

se il nostro cammino interiore si è fermato al Monte Bianco o è giunto all'Himalaya, se si è fermato soddisfatto per una vetta raggiunta o se ha utilizzato una vetta non come arrivo ma come nuova partenza.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 9 marzo 2026.

Accettato: 11 marzo 2026.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2026

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2026; XXXVII:1170

doi:10.4081/rp.2026.1170

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.