

Alice e la Regina di Cuori: una lettura di un difficile processo consulenziale

Anna Teresa Laudanno*

*Collegio Europeo di Scienze Psicosociali- Napoli

Parole chiave

Caso clinico; consulenza psicologica; individuo; psicosi; drop out; modello sistemico-relazionale

Keywords

Case report; psychologic counselling; individual; psychosis; drop out; systemic-relational model;

Riassunto

Viene qui presentata una consulenza individuale di quattro incontri, orientata secondo una prospettiva sistemico-relazionale in cui la paziente non è mai stata considerata disgiunta dal proprio sistema familiare di appartenenza. Inizialmente la richiesta di consulenza si orienta sulla gestione del conflitto in un rapporto sentimentale, ma ben presto nella vicenda clinica emergono elementi psicopatologici quali una forte impulsività, uno scarso autocontrollo, tendenze manipolatorie, la presenza di lutti non elaborati nonché fenomeni ideo-verbali di dubbia natura psicotica. Questi aspetti mettono il clinico in una situazione difficile da gestire. Come dialogare con una paziente che ti scruta in modo inquietante, che ti parla quasi urlando, che non accetta punti di vista diversi dai propri, che si agita spasmodicamente per la maggior parte della seduta e che mentre ti parla si rivolge a Dio e/o ai genitori morti? Il processo consulenziale si rivela molto difficile e si chiude con un drop out.

Abstract

An individual consultation consisting of four sessions guided by a systemic-relational perspective is discussed. The patient's problem was considered within her family system. Firstly, the request for counseling seemed to be inherent to the conflict management in a sentimental relationship, but soon, in the clinical context, serious psychopathological traits emerged as strong impulsiveness, lack of self-control, manipulative tendencies, the presence of untreated mourning as well as ideo-verbal phenomena of uncertain psychotic nature. These aspects tested the clinician in a difficult relationship to manage. How to dialogue with a patient who looks at you in a disturbing way, who speaks to you almost screaming, who does not accept points of view different from his, which agitates spasmodically for most of the session and that, while he speaks to you, turns to God and / or dead parents? The consulting process proved to be very difficult and ended with a drop-out.

“Mi sono immaginato la Regina di Cuori, come l’impersonificazione di una

passione ingovernabile – una furia cieca e senza ragione.”

“I pictured to myself the Queen of Hearts, as a sort of embodiment of ungovernable passion—a blind and aimless Fury.”

Lewis Carrol

Introduzione

Quando, nel suo girovagare nel Paese delle Meraviglie, Alice incontra la Regina di Cuori si sente, forse per la prima volta, in serio pericolo. Frastornata, confusa, fa una gran fatica a capire quale sia la logica che governa la natura pulsionale della Regina. Il caso clinico che presento può essere utile al lettore per riflettere sulle difficoltà che un giovane psicoterapeuta in formazione può trovarsi ad affrontare allorchè si ritrova, come Alice, al cospetto di una paziente impulsiva, imprevedibile e multiproblematica. Il lavoro si avvia in seguito ad una richiesta di consulenza psicologica per una dichiarata difficoltà nella gestione di un rapporto sentimentale scosso da frequenti litigi. Quello che inizialmente sembra un problema di natura strettamente relazionale, assume nel corso della consultazione caratteristiche assai peculiari che colorano la vicenda clinica. La paziente, orfana di entrambi i genitori, quando era bambina fu coinvolta in un grave incidente automobilistico che le causò un coma e problematiche fisiche e psicologiche. La perdita dei genitori sembra dare conto delle esperienze metafisiche della paziente, la quale, in diverse occasioni nel corso delle sedute consulenziali, si è rivolta a Dio ed ai suoi genitori morti.

Descrizione del caso

F., 27 anni, mi contatta dopo aver trovato il mio recapito su internet. La prima volta che ci incontriamo osserva subito che sono giovanissima e mi dà del tu. Quando le chiedo per quale motivo ha deciso di consultare uno psicologo, F. guardando il soffitto, congiunge le mani e dice “Gesù ho sempre fatto tutto per gli altri, ora posso fare qualcosa solo per me, no?” e poi, rivolgendosi a me dice di aver bisogno di qualcuno con cui parlare e che la possa aiutare perché da quando è morto suo padre, lei “è diventata un’altra persona”. Mi racconta di arrabbiarsi spesso e che questo sta rovinando il rapporto con il suo fidanzato.

F., è una ragazza minuta, magra, di media statura, dalla carnagione olivastra con occhi e capelli scuri. Veste stile rapper, pantaloni larghi dal cavallo basso, felpe con stampe vistose in tema cartoon, berretto con visiera, collane tipo catena, scarpe da ginnastica e giubbotti dai colori quasi fluorescenti. Ha un tono di voce molto alto, è inquieta sulla sedia, si guarda intorno scrutando ogni cosa e gesticola molto. In più occasioni, durante i colloqui, si alza e cammina nella stanza.

F. è originaria della Calabria, attualmente, vive in provincia di Napoli a casa della famiglia del suo fidanzato G. con il quale ha una relazione da otto anni e che ha conosciuto in una chat. F. è figlia unica ed è orfana di entrambi i genitori. Il padre, di cui F. non parla molto, è morto cinque anni fa; la madre, affetta da enfisema polmonare, è morta circa un mese prima del nostro incontro. F. è sempre stata accanto alla madre durante tutto il periodo della malattia

Doi: 10.23823/jps.v2i1.37

prendendosi cura di lei a tempo pieno, tranne che per recarsi al lavoro. Quando lei non c'era, ad occuparsi della madre era una vicina di casa ed F., alzandosi e sbattendo le mani sulla scrivania, riferisce che prima o poi "le metterà le mani addosso", così la smetterà di parlare male della sua persona. F. mi dice che l'arrabbiarsi spesso le ha causato dei problemi in passato e mi racconta che in più di un'occasione è stata denunciata. Mi porta l'esempio di quando i medici le dicevano che la situazione della madre era grave, e di come lei avesse più volte aggredito il dottore di turno, mimando il gesto come di qualcuno che prende per la collottola un altro.

F. mi parla della sua passione per il ballo, che aveva iniziato a praticare da bambina ma che ha dovuto abbandonare in seguito ad un incidente stradale che la vide coinvolta quando aveva nove anni. Dice di non ricordare nulla dell'incidente perché lei stava dormendo sul sedile posteriore dell'auto mentre il padre era alla guida. In seguito all'incidente, fu in coma per un periodo e perse un rene. Ha una grossa cicatrice sulla testa che mi indica, ma che non vedo, e negli anni ha dovuto fare una serie di interventi chirurgici alle gambe. Dopo il risveglio dal coma F. dice di non aver parlato per cinque mesi. Ricorda che, in quel periodo, incontrò una psicologa. In seguito, attorno ai dodici anni, è stata inviata dalla scuola presso un'altra psicologa a causa dei tagli che si provocava sulle braccia. F., dice che smise di tagliarsi quando le fu detto che si prendeva in considerazione l'ipotesi di prescriverle farmaci per porre fine a questi comportamenti. F. ha assunto farmaci dopo la morte del padre, allorché ebbe amenorrea per circa un anno, ma anche in seguito agli interventi chirurgici alle gambe. F. mi racconta che dal periodo che va dall'incidente (8-9 anni) all'ultima operazione alle gambe (18-19 anni) avvenuta dopo l'esame di maturità, era sempre in terapia con cortisone ed a volte per alleviare il dolore ha assunto anche la morfina. Mentre mi parla delle numerose visite ortopediche alle quali si è sottoposta, mi chiede più volte di alzarsi per mostrarmi le gambe e, all'improvviso, gira intorno alla scrivania e prendendomi per le mani mi fa alzare e, con mio estremo imbarazzo, mi mette lì al centro della stanza mentre lei mima come restava bloccata e come i dottori le manipolavano le ginocchia. Mi dice, inoltre, di poter fare anche una spaccata senza fare prima riscaldamento e mi chiede se voglio vedere. In due occasioni F. mi ha chiesto di spostare l'orario che avevamo fissato per i colloqui dicendomi che avrebbe voluto recarsi in chiesa per la messa vespertina. Approfitto di queste richieste per sondare l'argomento della fede religiosa. F. mi dice che dopo essersi svegliata dal coma non credeva in Dio ma adesso crede in lui e gli parla; nel frattempo, alza la testa al soffitto e dice: "è vero?". Mi annuncia poi che le piacerebbe cercare insieme a G. una casa tutta per loro e mi racconta di aver molto pregato i suoi genitori defunti affinché il fidanzato le chiedesse di fare questo passo. F. Mi racconta di aver chiesto alla mamma, arrivata da poco in Paradiso, di parlare con il papà, che è lì da più tempo, affinché intercedesse con qualcuno più in alto, per far avverare questo suo desiderio. Per stessa ammissione di F. lei parla spesso con i genitori che sono in cielo. Durante il nostro secondo incontro, F. indossa orecchini pendenti a forma di ala di angelo. Uno dei due orecchini le cade più volte, lei raccogliendolo dice che è la mamma; lei lo stringe nella mano e guardando verso il soffitto dice in dialetto: "mammà, tu e papà, là 'ngopp facit semp casin" poi si toglie l'altro orecchino, mi dice che quello è il padre, e dopo averli sistemati entrambi davanti a sé sulla scrivania li accarezza più volte.

Laudanno A. T.

Doi: 10.23823/jps.v2i1.37

Durante il quarto colloquio F. dice di voler chiudere le pagine tristi del libro della sua vita per poter cominciare a scrivere un nuovo libro, mi racconta che il rapporto con il fidanzato è migliorato e che anche i rapporti con la suocera e con le cognate sono più sereni e litigano molto meno. Poi volgendo sempre lo sguardo al cielo dice “mammà tu hai sofferto, papà tu pure ma io no, non vi preoccupate, io ho le spalle forti”.

Al quinto colloquio F. non viene e mi avvisa tramite messaggio whatsapp, dicendomi di dover stare accanto alla cognata che è in procinto di partorire. Le propongo di fissare un appuntamento qualche settimana dopo ed F. mi dice che il lavoro, la nipote ed il trasloco la terranno molto impegnata ma ritiene di poter affrontare tutto da sola perché i nostri incontri l’hanno resa più forte e le hanno fatto capire molte cose. Dopo questa lusinga, che non sento veritiera, mi saluta dicendomi che adesso che siamo amiche appena avrà qualche minuto passerà a salutarmi.

Commento

Il percorso consulenziale si è svolto nell’arco di due mesi, nel corso dei quali ho incontrato F. per quattro colloqui. L’intero processo è stato caratterizzato da incontri individuali orientati in una prospettiva sistemica, secondo la quale bisogna continuamente tener presenti sia gli individui che i sistemi cui appartengono (Selvini Palazzoli et al., 1988). Per quanto mi riguarda, ho tenuto a mente il contributo di Ronald Laing: gli individui tendono a proiettare all’esterno gli schemi introiettati della famiglia di origine (Laing, 1973). Con tale premessa, il sistema familiare di F. si potrebbe definire come caratterizzato prevalentemente da chiusura (Minuchin, 1976; Bowen, 1979). Rari i rapporti che mi sono stati riferiti con altri sistemi sociali e non ho informazioni circa le famiglie di origine dei genitori della ragazza, che mi accenna solo relativamente ad una assenza di rapporto con i nonni, malgrado essi siano ancora in vita. La chiusura si evidenzia anche nella comunicazione. Sono, infatti, tanti gli argomenti di cui F. evita di parlare, come, ad esempio, l’incidente, il coma, i tagli che si procurava. Anche l’espressione di talune emozioni e sentimenti sembra fortemente inibita.

Nonostante l’esiguo numero di incontri, la difficoltà nell’approfondire alcuni argomenti e nel reperire nuove informazioni, nella supervisione del caso si è riflettuto su ipotesi diagnostiche e progettualità terapeutica. La formulazione di ipotesi è un momento importante di ogni processo consulenziale o psicoterapeutico, in quanto ci permette di connettere informazioni e significati nel tempo e nello spazio, valutandone poi la plausibilità nel processo, in modo da evitare di cadere nella loro reificazione (Boscolo, Bertrando, 1996). Le interlocuzioni della paziente con Dio e con i propri genitori morti mi hanno creato non poche difficoltà, sia per la gestione del colloquio che per la valutazione diagnostica del caso. Fin dal primo incontro ho ipotizzato che F. fosse al limite di una franca condizione psicotica, tuttavia non ho escluso una diagnosi di un grave disturbo di personalità nel registro schizoide, borderline o istrionico. In supervisione si è discusso sull’utilizzo della metafora e l’accesso al simbolico. Infatti, il dialogo della paziente con i genitori e con Dio si poteva configurare come una ricerca di senso, come disperato tentativo di supplire a quell’assenza di significato che il mondo aveva assunto. Era anche necessario capire se tale dialogo fosse attinente al registro delirante o, piuttosto, al registro metaforico con

Doi: 10.23823/jps.v2i1.37

importanti implicazioni diagnostiche. Inoltre, ritengo siano particolarmente rilevanti per una lettura del caso gli eventi luttuosi che F. ha dovuto affrontare. Il grave incidente automobilistico che ha coinvolto F. ed il papà, la morte del padre avvenuta pochi anni fa, la grave malattia e la recentissima morte della madre sono vicende da tenere in considerazione ai fini della diagnosi e del trattamento. In questa costellazione familiare, F. si è trovata suo malgrado a ricoprire, in seguito alla morte del padre, un ruolo genitoriale all'interno della famiglia con conseguenti carichi di responsabilità che si è trovata ad assumere (Boszormenyi-Nagy, Spark, 1973). Nel caso di F., penso che assuma particolare importanza il concetto di onda d'urto emotiva e le sue conseguenze psichiche. Bowen (1979) definisce l'onda d'urto emotiva come un "fitto intreccio di contraccolpi sotterranei costituiti da eventi vitali gravi che possono prodursi ovunque nel sistema familiare esteso nei mesi o negli anni che seguono un evento di grave significato emotivo, di solito dopo la morte o dopo la malattia che ha messo in pericolo la vita di un membro significativo della famiglia, ma anche dopo una perdita di altro genere". Oggi F. non si concede l'opportunità di vivere i suoi lutti, dichiara di "voler chiudere queste pagine del libro della sua vita per poter cominciare a scrivere un nuovo libro". Nella "modernità liquida" in cui F. è immersa, l'esperienza del lutto, divenuta difficile, viene rinviata, trascurata, vissuta superficialmente (Cazzaniga, 2017). F. mi parla di questi eventi come se non la riguardassero direttamente. L'unica emozione che durante i nostri incontri circola liberamente e che lei riconosce di provare è la rabbia.

Fin dal primo incontro ho percepito F. rabbiosa nel modo di parlare e di muoversi e ho avuto molte volte il timore di poter essere io stessa aggredita fisicamente qualora non fossi stata accondiscendente; anche la sensazione di essere manipolata, di essere un burattino nelle sue mani non è stata facile da gestire e sostenere. Tutto ciò mi ha messo nella condizione emotiva di Alice al cospetto della Regina di Cuori.

Durante la supervisione sono stata invitata a riflettere sulle mie difficoltà nel gestire la paziente. Mi sentivo in grado di prendere in mano il timone e di condurre la barca? Oppure mi sarei lasciata trasportare dal mare in burrasca? Nei due colloqui successivi alla supervisione e grazie anche al role-playing che ne è seguito ho cercato di riprendere in mano il timone dei colloqui per poter tracciare la rotta da seguire nella navigazione, tuttavia non è stato semplice affrontare il mare in tempesta. Con il gruppo di supervisione come scialuppa di salvataggio ho iniziato ad essere più direttiva nel corso dei successivi due incontri.

Ho rivolto quindi ad F. molte domande per raccogliere informazioni sulla famiglia estesa, sul rapporto che aveva con i genitori, sul rapporto con i suoceri, sulle sue relazioni sociali, sulla precedente terapia psicologica, sul rapporto con la fede, sui comportamenti violenti ma, in tutte queste occasioni, ho avuto solamente risposte generiche ed elusive. In particolare, alle domande che facevo riguardo l'incidente subito da bambina, F. ha sempre risposto in maniera evasiva, dicendo di non ricordare nulla. Le ho chiesto due volte di poter consultare le cartelle cliniche ma la mia richiesta è stata totalmente ignorata. F. ha un disperato bisogno di occultarsi all'interlocutore.

Non sono mai riuscita a capire se F. realmente credeva di parlare con i genitori e con Dio o se interloquiva con loro in maniera *ironica*; non sono mai

Doi: 10.23823/jps.v2i1.37

riuscita a capire se ascoltava voci in risposta. Prima del drop-out progettavo un consulto psichiatrico e riflettevo su come formularle questa indicazione.

Credo che il drop-out possa essere dovuto alla difficoltà della paziente ad affrontare le vicende che l'hanno segnata e i suoi vissuti personali. Ritengo che, allorchè ho iniziato ad indirizzare il corso dei nostri incontri, F. abbia sentito di non detenere più il potere di manovra nella relazione che stava assumendo una connotazione diversa da quella di una "chiacchierata tra amiche". Al quinto colloquio, infatti, F. non viene e mi avvisa tramite messaggio, adducendo futili motivazioni. Alla mia proposta di fissare un nuovo appuntamento mi dice di pensare che da sola ce la farà ad affrontare tutto perché i nostri incontri l'hanno resa più forte e mi saluta dicendomi che adesso che siamo amiche appena avrà qualche minuto passerà a salutarmi.

È molto probabile che F. non fosse pronta ad iniziare un percorso di riflessione su sé stessa e sui propri vissuti e che abbia preferito pertanto abbandonare la nave prima di entrare in territori sconosciuti ed inquietanti. Quanto a me, direbbe Lacan, ho verificato che non ero ancora pronta a dialogare con persone come F.

“Questa Alice non sarà pronta ad accettare che le si annunci l’aritmetica dicendole che non si fa di tuttata l’erba un fascio o che non si addizionano le mele con i meloni: frottola inventata per rendere ottusi i bambini al più semplice maneggiamento di tutti i problemi, tramite cui si torturerà poi la loro intelligenza”

Jaques Lacan

Bibliografia

- [1] Boscolo L., Bertrando P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Raffaello Cortina, Milano.
- [2] Boszormenyi-Nagy I., Spark G. M. (1973). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Astrolabio, Roma.
- [3] Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all’individuo*. Astrolabio, Roma.
- [4] Cazzaniga E. (2017). *Il lutto*. Otis, pubblicazione indipendente.
- [5] Laing R. (1973). *La politica della famiglia*. Einaudi, Torino
- [6] Minuchin S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma.
- [7] Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.