

# Dal mito di Chirone all'arte della psicoterapia

Giusy Porzio

Psichiatra, psicoterapeuta, socia IMPA, responsabile Sert Margherita di Savoia

Ho desiderio di avviare questa riflessione sul mito del Guaritore Ferito partendo dall'esperienza che quotidianamente viviamo noi operatori della salute (termine, già questo, che indica una posizione dell'io che identifica la salute coincidente con il benessere fisico, psichico, economico e sociale.) Ancora salute come efficienza, da ottenere nel minor tempo possibile e al minor costo possibile. Noi medici, psicologi e psicoterapeuti che giorno per giorno siamo in contatto, da un lato con la sofferenza del paziente che chiede prima di ogni altra cosa di essere ascoltato, accolto nella sua paura profonda di trovarsi in un cosmo totalmente sconosciuto, il cosmo della malattia, con tutte le fantasie distruttive connesse, dall'altro con le richieste diagnostiche, i protocolli terapeutici, le linee guida, i tempi stretti, le liste di attesa e quant'altro le Asl in cui lavoriamo ci richiedono. E l'elemento su cui si incentra giorno per giorno questo incontro-scontro è il sintomo. Nella pratica clinica infatti ci si trova continuamente ad avere a che fare con il sintomo. La richiesta che viene avanzata continuamente al terapeuta è quella di liberare il povero paziente da tanta, inutile, sterile sofferenza. Dare immediatamente una lettura del sintomo, che spesso non permette un inserimento *adeguato* al suo portatore all'interno del sociale, creando così un disadattato, un emarginato, insomma, un malato che non può beneficiare di tutte le buone possibilità che una società così consumistica, così *avanzata* offre. Per poter risolvere nel più breve tempo possibile questi *problemi del paziente*, il terapeuta è la soluzione adeguata. A lui sì che si può chiedere. Non è forse lui il detentore del sapere? Non è forse lui che ha il potere sul malato e sulla malattia? Ma il terapeuta, dal canto suo, come vive l'urgenza della richiesta? Se presta la propria opera all'interno della struttura istituzionale, *deve* in qualche modo adeguarsi alle aspettative che gli altri nutrono nei suoi confronti ed *esibire* il proprio *sapere*, preoccupandosi in maniera prioritaria di formulare una diagnosi. *Conoscere*, insomma, nella maniera più sintetica possibile il paziente, per poterlo etichettare in fretta e inserire, così, nello schedario del già noto. Entra in azione tutto il bagaglio testistico acquisito; ci s'inizia interrogare: «Ma che paziente

difficile da capire! Chissà s'è diventato prima psicotico e poi insufficiente mentale, o se è vero il contrario?»; «Ma via, quali dubbi dottoressa, cerchi di scoprirlo. È fondamentale saperlo!»; «Quante domande, quante prove, quanto lavoro!»; «Ma mica crederà, dottoressa, di scrivere tutte queste cose? E chi ha mai il tempo di poter leggere tanta prolissità. Due righe, bastano due righe!». Il terapeuta chiude così il suo giro esibizionistico e può restituire al paziente una diagnosi. Ora il poveretto qual è il suo male. Il paziente è per caso anche esigente? Vuol anche rimediare? Non c'è problema. Esiste un'ampia gamma di pillole colorate che hanno il pregio di cancellare il fastidioso sintomo e poi c'è anche la psicoterapia, che può correggere tutto ciò che in lui è inadeguato, per renderlo finalmente *normale* e, perché no, come chi l'ha curato! A un livello più profondo, invece, il sintomo viene accolto; è il benvenuto perché offre al suo portatore la possibilità di capire, di conoscere ciò che per altra via non gli sarebbe stato possibile nemmeno intuire. Il sintomo porta infatti con sé la caratteristica dell'urgenza che fa muovere finalmente il soggetto; lo *costringe* a fare qualcosa. Se andiamo all'etimo della parola, dal greco *symptoma-atos* (avvenimento fortuito) derivato di *sympiptein* (cadere), composto di *syn* (insieme) e *piptein* (cadere), risulta evidente che il sintomo rimanda a qualcos'altro, a ciò che *cade insieme*. Il paziente può quindi sfruttare questa situazione di disagio per recuperare a sé ciò che inconsapevolmente porta in sé. Io credo che il medico in generale e il terapeuta nello specifico, nell'immaginario collettivo e nelle situazioni che minano la salute fisica e psichica, venga visto inevitabilmente un po' come il mediatore tra il mistero della vita e il mistero della morte, perché ognuno di noi, quando sente che la morte potrebbe essere vicino, ha bisogno di poter credere che esiste qualcosa o qualcuno che, al di là delle conoscenze tecnico-scientifiche, possa produrre per lui qualcosa di speciale per salvargli la vita. Credo che, più o meno consapevolmente, questo sia un bisogno profondo, una sorta di ineliminabile riflesso di sopravvivenza.

Affinché ciò possa avvenire è indispensabile che anche il terapeuta sappia, conosca la ricchezza del sintomo. Ma questa capacità, da parte del terapeuta, non è comunque immediata, né è solo frutto di una solida preparazione teorica. Per diventare degno testimone del sintomo, il terapeuta deve necessariamente aver superato dentro di sé la scissione dell'Archetipo «Guaritore-Ferito». Nelle mitologie della psiche l'Archetipo del «Guaritore-Ferito» è ben rappresentato dal mito di Chirone, uomo nella parte superiore del corpo e cavallo in quella inferiore, immortale perché figlio di Crono e Filira e profondamente umano per la sua piaga inguaribile. Una sorta di mediatore, un ponte, un

punto di contatto tra il mondo fisico e quegli aspetti intangibili del nostro essere come il pensiero, la coscienza, lo spirito. Chirone simboleggia anche l'apprendimento inteso come conquista di una nuova consapevolezza che genera comprensione dentro di pazienza che Chirone acquisì attraverso il dolore gli consentì di prendersi cura degli altri alleviandone le sofferenze con abilità e compassione. Provo a immaginare quello che Chirone provò, una volta ritiratosi nella sua grotta, dopo aver tentato con tutte le sue arti mediche di guarire la propria ferita senza riuscirvi... Chirone volle morire ma la sua stessa immortalità lo condannava a una vita eterna di dolore. Fu preda della disperazione. La ferita era infetta e puzzava. Insieme al dolore cominciò la solitudine abissale di chi non ha mai pace, di chi si sente abbandonato dalla voglia di vivere.

Ripenso a quanto spesso questo accade nelle nostre vite e in quelle dei nostri pazienti: la fantasia di essere totalmente impotenti di fronte al cosmo terrifico della malattia... di non farcela di fronte ai nostri complessi... Il desiderio di morire di Chirone, che corrisponde alla fantasia farla finita, di metterci una croce sopra i nostri complessi. Ma paradossalmente è proprio questa impossibilità di fuggire, questa «Coincidentia Oppositorum» tra Vita e Morte, questo doversi rassegnare alla sofferenza mantenendo la vita, che permette di fare il passo successivo. Chirone infatti ogni giorno, prima di prendersi cura dei suoi allievi, era costretto a prendersi cura di sé e della propria ferita per poter poi essere efficiente e presente al suo ruolo. Qui, accanto all'aspetto demiurgico del sapere e dell'arte, emerge il dolore contenuto nella comune matrice umana, corporea e mortale, che unisce, al di là dei ruoli, medico e paziente. Per poter curare, il medico non deve mai pensarsi separato dal suo aspetto di paziente.

Per Jung lo strumento più efficace dello psicoterapeuta è la sua personalità. Quindi, implicitamente, l'unica disciplina efficace per lo psicoterapeuta è la coltivazione incessante ed inesauribile di quella stessa personalità. La pariteticità di psicoterapeuta e paziente, che Jung per primo ha invocato, ha il suo limite nell'unica disparità reale e moralmente consentita, che è quella di un maggior progresso nella costituzione della personalità da parte del terapeuta rispetto al paziente. La situazione analitica è l'incontro di due pazienti, uno dei quali ha cominciato la sua analisi prima dell'altro.

Desidero ora parlare di quella che è la mia esperienza di Guaritore-Ferito, attraverso l'approfondimento terapeutico di una mia paziente che chiamerò Stella. Stella giunge in terapia cinque mesi fa con una diagnosi di «Psicosi schizoaffettiva in paziente anoressica».

Psicologa. 40 anni. Primogenita di tre figli, vive ancora nella famiglia di origine. Da quindici anni in trattamento farmacologico con antipsicotici. Attualmente assume, ufficialmente, olanzapina. Una volta al mese fa la fiala di long-acting. Sempre una volta al mese viene portata obbligatoriamente a visita dalla psichiatra che le controlla la terapia in presenza dei genitori. È evidente una coartazione dell'identità. Quando è giunta in terapia, Stella si presentava come una persona estremamente seducente, bionda ossigenata, gli abiti molto attillati, quasi sconci, che mettevano in evidenza un corpo palestrato, sorriso eccessivo stampato sulla bocca, totale condiscendenza adesiva al fuori. Due erano le sue preoccupazioni fondamentali:

- il mantenimento ossessivo della magrezza del corpo (attualmente pesa 53 Kg), che cura con un impegno esagerato con dieta, palestra, cyclette, trattamenti di bellezza, assunzione ormai da parecchi anni di terapie

dimagranti;

- il controllo totale della sua parte emotiva, che «non deve assolutamente venir fuori, altrimenti la mette nei guai». Stella si è abituata negli anni a nascondere e a mascherare, attraverso vari meccanismi, la sua vera essenza, per il terrore che gli altri possano comprendere qual è la sua diagnosi. Tra l'altro la sua laurea in psicologia ha rafforzato questo atteggiamento difensivo. In terapia affiora una relazione materna molto disturbata. Stella mi descrive la madre come una donna-uomo, rigidissima, totalmente anaffettiva, incapace di curare i figli, cattiva. La madre è insegnante di religione. La conflittualità con la madre è molto antica e nell'epoca adolescenziale si acuisce a causa del desiderio che affiora in Stella di manifestare la sua femminilità, che invece viene radicalmente castrata dalla madre. Stella a 10 anni riesce ad iscriversi a una scuola di danza che frequenta forsennatamente per 12 anni. Questo la porta anche a cominciare a controllare ossessivamente il suo peso e la sua forma corporea. Non accetta i cibi preparati dalla madre e

comincia a pensare che la madre voglia avvelenarla. La motivazione inconscia che è affiorata in terapia era il desiderio, attraverso la danza e il controllo del peso, di mantenere le gambe sottili e agili, non come quelle della madre che invece erano grosse e tozze. Si riesce a intuire che Stella già dai dieci anni volesse inconsciamente differenziarsi, attraverso una sottilizzazione del corpo e del pensiero, dall'immagine materna estremamente grossolana e materialista. Stella descrive il padre come una figura debole, succube della moglie, che lo ha sempre apostrofato come cretino e stupido. Il padre di Stella, per sfuggire alle grinfie della moglie, ha sempre mantenuto una distanza affettiva anche nella relazione con i figli. Nonostante questo, però, Stella ha stabilito un legame di forte dipendenza dal padre. Stella descrive anche il suo nucleo familiare come molto promiscuo, senza confini tra le intimità personali, ove finanche le funzioni fisiologiche vengono svolte alla presenza di chiunque entri nel bagno. Ha studiato Psicologia a Roma e mi parla del periodo universitario come di una fase finalmente di libertà dalle oppressioni familiari. In quel periodo aveva molti amici e aveva cominciato a usare sostanze stupefacenti. Ha cambiato colore ai capelli e da bruna è diventata bionda ossigenata. Si era fidanzata con un ragazzo, anche lui tossicodipendente. Quando questa storia è terminata, dopo tre anni di totale immersione nel dionisiaco, Stella è tornata a casa e ha tentato di buttarsi dal treno. Da quel momento è iniziata la trafila degli psichiatri, cui la obbligava la madre, con la diagnosi di «Psicosi schizoaffettiva in paziente anoressica» e la terapia antipsicotica. In questo contesto Stella decide, per la prima volta in vita sua, di avviare una terapia analitica e riesce a comunicare questa sua decisione ai suoi genitori, che accettano, sia pure a mala voglia e senza grande fiducia. Nel setting terapeutico Stella, per la prima volta, ha imparato ad affidarsi e a non avere terrore delle sue emozioni. Ha

cambiato colore ai capelli che, da biondi ossigenati, ha riportato al suo colore naturale castano. Gli

atteggiamenti seduttivi sono notevolmente regrediti in favore di una maggiore autenticità e capacità di esporre le proprie idee. Gradualmente ha cominciato a prendere consapevolezza dei meccanismi di scissione che utilizzava per difendersi dal dolore. Questo ha portato a una graduale riduzione, fino all'eliminazione totale, della terapia con olanzapina, con miglioramento sugli effetti collaterali di aumento del peso, e regolarizzazione del sonno. Anche l'immagine del cibo è cambiata, non più vissuta persecutoriamente e in maniera letterale, ma come un nutrimento animico, oltre che fisico. Per ciò che concerne l'immagine corporea, Stella l'ha finora vissuta come costituita da compartimenti stagni tra loro separati. L'immagine interiorizzata del proprio corpo era relativa soltanto alla parte anteriore, anche questa spezzettata, come se il dietro non esistesse

e il suo corpo fosse sottile come un'immagine bidimensionale. Nelle ultime sedute Stella più volte ha comunicato che pian piano la relazione con la madre in questi mesi è migliorata tanto che ha sperimentato per la prima volta, con profonda commozione, il vissuto di avere una madre che l'ama. Questo vissuto ha permesso a Stella di prendere consapevolezza, per la prima volta, dell'immagine posteriore del suo corpo, dalle spalle, ai glutei, ai polpacci ed è come se, per la prima volta, il suo corpo avesse acquisito spessore. Il vissuto di Stella attualmente è quello di essere incinta. In questa mia esperienza terapeutica sento di aver messo in gioco non solo il mio bagaglio tecnico ma, prima di tutto, sento di aver accolto i sintomi di Stella. Questo mi ha permesso di non allontanarmi dalla dimensione interna delle mie ferite (fisiche, psichiche o esistenziali) e di considerare la malattia come qualcosa che mi riguarda da vicino, con una coscienza acuta e dolorosa che mi ha fatto accedere a una reale comprensione dei problemi di Stella.