

Transfert e controtransfert concetti solo per specialisti?

L'esperienza di un missionario

Gabriele Burani*

Questo articolo si propone di approfondire alcuni concetti proposti da Otto Kernberg nel suo ultimo testo *Erotismo e aggressività nei disturbi gravi di personalità*¹. Intendo proporre in particolare i concetti di *transfert* e *controtransfert*, già trattati in altri scritti dell'autore², che il nuovo testo riprende introducendo nuove esperienze e idee. Le riflessioni che seguono sono maturate alla luce della mia esperienza di presbitero, formatore e missionario. Sono convinto infatti dell'importanza del tema «transfert e controtransfert» nel quotidiano lavoro pastorale, sia dei preti che degli altri educatori.

Psicoterapia focalizzata sul transfert

La pratica terapeutica e la ricerca teorica di Kernberg si sono sviluppate negli anni soprattutto in riferimento ai disturbi gravi della personalità, con una speciale attenzione al narcisismo e ai borderline. Quest'ultimo testo presenta un linguaggio accessibile e numerosi esempi clinici. L'approccio che ora l'autore predilige è quello chiama-

* Presbitero della diocesi di Reggio Emilia, missionario *fidei donum* in Brasile.

¹ O. Kernberg, *Erotismo e aggressività nei disturbi gravi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2019 (originale 2018). Il titolo originale è *Treatment of severe personality disorders*: la traduzione italiana mette in luce una parte importante del contenuto.

² Ad esempio, nel suo testo *Narcisismo, aggressività e autodistruttività nella relazione psicoterapeutica*, ci sono capitoli specifici dedicati a questi argomenti.

to *Psicoterapia focalizzata sul transfert* (TFP), che deriva dalla psicoanalisi e si propone in particolare per i pazienti con gravi disturbi della personalità (borderline, narcisisti, paranoidi, schizoidi), ma non solo.

Chi soffre di un grave disturbo di personalità fallisce nell'integrazione delle parti positive e negative del sé e degli altri. Tipica di queste persone è la «sindrome di diffusione dell'identità»:

Si instaura una scissione permanente tra la dimensione idealizzata e quella persecutoria dell'esperienza che interferisce con l'integrazione del senso del Sé e degli altri significativi. Nel contesto clinico, la sindrome di diffusione dell'identità si manifesta nell'incapacità del paziente di trasmettere al clinico una descrizione coerente e integrata di se stesso e degli altri significativi. Inoltre, essa si riflette anche nella manifestazione di comportamenti caotici, gravi sentimenti di insicurezza, autosvalutazione, senso di autostima rapidamente fluttuante e incertezza riguardo ai propri interessi e investimenti principali. Per lo stesso motivo, questi pazienti presentano grandi difficoltà nell'impegnarsi in attività lavorative e nell'investire su relazioni intime mature in cui sesso e amore non dovrebbero essere scissi l'uno dall'altro. Generalmente questi pazienti mostrano relazioni interpersonali instabili e caotiche che sono dovute all'incapacità di valutare le altre persone in modo accurato e alle repentine oscillazioni che si verificano nella percezione interna sia del sé che degli altri³.

Chiarendo poi gli scopi della TFP, Kernberg spiega che la terapia

mira alla riduzione dei sintomi tipici dei disturbi gravi della personalità, quali il comportamento suicidario cronico, il comportamento antisociale, l'abuso di sostanze e i disturbi alimentari. Inoltre, si pone l'ambizioso obiettivo di modificare la struttura di personalità dei pazienti, al fine di promuovere un significativo miglioramento del loro funzionamento nell'ambito lavorativo e nelle relazioni intime, in modo tale che il paziente sviluppi una piena capacità di integrare responsabilità emotiva, emancipazione sessuale e tenerezza. A sua volta, tale integrazione porta a miglioramenti nella capacità di creare amicizie profonde e autentici investimenti in attività creative e culturali⁴.

³ *Erotismo...*, p. 23.

⁴ *Ibidem*, p. 130.

La TFP prevede due o tre sedute la settimana. Nella fase iniziale del trattamento viene condotta una valutazione approfondita sul funzionamento di personalità dei pazienti facendo riferimento a quattro aree⁵:

1. Studio, lavoro o professione;
2. Amore e sessualità;
3. Vita familiare e sociale;
4. Creatività personale.

I pazienti con gravi disturbi di personalità o con organizzazione borderline presentano una persistente scissione interna e una mancata integrazione del senso del Sé e degli altri significativi. Nella loro storia le relazioni connotate da affetti aggressivi prevalgono su quelle idealizzate; si sono sentiti vittime di abbandono, abusi, ostilità e tutto ciò ha provocato un sottofondo di rabbia costante. Le esperienze positive di affetto ci sono state, ma per il timore di travolgere tutto per la rabbia distruttiva si attiva il meccanismo della scissione: le relazioni di tipo persecutorio e la parte di sé svalutata, umiliata, vengono tenute affettivamente separate da alcune, in genere più rare, esperienze positive. L'effetto è che queste ultime sono percepite come totalmente positive, vengono idealizzate e diventano una sorta di isola felice, uno «spazio» più immaginario che reale nel quale la persona cerca di rifugiarsi per sfuggire alla durezza della propria esistenza.

Un paziente con questo tipo di personalità, come percepirà il terapeuta? Alternativamente con immagini idealizzate e persecutorie: i conflitti inconsci si attivano nel transfert così che vengono attribuiti al terapeuta ruoli diversi. Per questo è necessario esplorare attraverso il transfert le tendenze autodistruttive del paziente. Rispetto all'approccio psicanalitico standard, la TFP si differenzia su due versanti: anzitutto essa prevede una costante confrontazione e interpretazione del transfert, focalizzata però sull'inconscio presente più che passato, cioè messa in relazione ai problemi di vita attuali del paziente. In secondo luogo la TFP, per come viene presentata da Kernberg, presuppone la teoria delle relazioni oggettuali: il classico conflitto tra pulsione e difesa emerge in forma relazionale in quanto nel transfert vengono messi

⁵ Cf *ibidem*, p. 141.

in atto i ruoli attribuiti al Sé e all'oggetto, vengono attivate relazioni interiorizzate di segno opposto e contraddittorie tra loro.

Ad esempio, una persona manifesta un atteggiamento di gentilezza servile: questo può essere letto come un meccanismo di formazione reattiva a fronte di una ostilità profonda, una difesa quindi che si oppone a una pulsione (psicoanalisi «classica»); lo stesso atteggiamento può però essere letto anche come la manifestazione di una relazione oggettuale difensiva, dove il Sé è sottomesso a fronte di un oggetto vissuto come dominante, protettivo, ma forse anche esigente o minaccioso. La cordialità mostrata dal paziente suggerisce una interazione manifesta (il Sé cordiale con l'altro dominante e protettivo) a difesa di un'altra di natura opposta (il Sé rabbioso che si oppone a una autorità minacciosa).

Analisi del «transfert totale»⁶

Il transfert indica una sovrapposizione tra la relazione che il paziente attiva nei confronti dell'analista e i suoi conflitti interiori e relazioni passate. L'interpretazione tradizionale concepiva il setting e il ruolo dell'analisi come una posizione di neutralità, di conseguenza il transfert era inteso come la ripetizione inconscia nel «qui e ora» dei conflitti patogeni del passato. In questa chiave esso costituisce una resistenza al setting clinico e la sua analisi viene considerata come il più importante fattore di cambiamento.

In tempi più recenti, gli psicanalisti relazionali hanno sviluppato una visione più ampia nella quale viene attribuita la medesima importanza sia alla relazione di transfert motivata dal passato sia alla relazione reale e presente che si instaura tra paziente e analista. In altre parole, il transfert non è solo attivazione dei conflitti inconsci che derivano dal passato del paziente, ma è determinato anche dalla personalità e dal comportamento dell'analista. Il transfert del paziente infatti induce reazioni controtransferali nell'analista e, in modo simile, la personalità dell'analista e le sue reazioni controtransferali influenzano gli sviluppi del transfert. Si parla pertanto di «analisi del transfert totale» che implica «un'analisi sistematica delle implicazioni

⁶ Cf *ibidem*, pp. 76-81.

transferali dei comportamenti verbali e non verbali del paziente nelle sedute, dei suoi sforzi diretti e impliciti volti a influenzare l'analista in una determinata direzione, del materiale relativo alla vita esterna che viene portato in seduta»⁷.

Utilizzo del controtransfert⁸

Il controtransfert si configura come la reazione emotiva totale dell'analista che si sviluppa momento per momento a fronte del paziente e del materiale che porta in seduta. Una realtà complessa: reazione dell'analista alla dinamica transferale del paziente e della sua realtà di vita, ma anche co-determinato dalla realtà di vita del terapeuta; le reazioni emotive del terapeuta possono modificarsi significativamente in ogni seduta. Posizioni di stallo nella terapia possono derivare da difficoltà del carattere dell'analista e non solo del paziente.

La dinamica transfert-controtransfert è circolare (tra paziente e terapeuta si crea una influenza reciproca) e aperta a continui sviluppi. È un aspetto centrale della relazione terapeutica, sia perché aiuta a comprendere il mondo interno del paziente, sia per il fatto che i cambiamenti nella dinamica transfert-controtransfert sono tra le più forti motivazioni di un eventuale miglioramento.

Ci sono due forme tipiche di reazione controtransferale: *identificazione concordante*, ovvero identificazione emotiva dell'analista con la principale esperienza soggettiva del paziente, e *identificazione complementare*, che consiste nell'identificazione con l'oggetto transferale del paziente proiettato sull'analista (oggetto interno che il paziente non è in grado di tollerare).

Nella situazione terapeutica, ma anche nelle dinamiche di relazione che si sviluppano nei nostri contesti pastorali, queste reazioni si alternano. Dalla mia esperienza posso dire che, in genere, nelle prime fasi di una relazione prevale l'identificazione concordante. Vivo l'ansia di una persona ansiosa, e la tristezza di una persona in lutto, malata o afflitta da gravi problemi. Mi coinvolge la gioia di persone che vivono esperienze di preghiera felici, l'entusiasmo di chi sa trascinare.

⁷ *Ibidem*, p. 77.

⁸ Cf *ibidem*, pp. 81-83.

Ricordo invece molti casi in cui ha prevalso una identificazione complementare che si è attivata soprattutto a fronte di relazioni durature o con persone affette da gravi patologie. Avevo un amico narcisista e mi ritrovavo con lui sempre nella posizione dell'ascoltatore devoto delle sue esperienze e riflessioni, come se io non avessi nulla di importante da dire (= lui è il sole che illumina, il resto non esiste). Nella casa parrocchiale in Brasile, entrava frequentemente un ragazzo con tendenza a rubare e mentire e quando lui entrava io diventavo sospettoso, sempre all'erta: mi imponeva di giocare a guardie e ladri!

Struttura borderline di personalità e transfert erotico

La dinamica transfert-controtransfert con i borderline può assumere mutamenti frequenti e disorientanti; il paziente borderline può vedere nel terapeuta il proprio padre (o madre) dominante e provare risentimento per il fatto di doversi sottomettere nella situazione terapeutica. Il terapeuta, indipendentemente dal fatto che sia uomo o donna, può «impersonare» sia la figura del padre che della madre. Di fronte a un errore o a un fraintendimento, una ipotesi sbagliata del terapeuta, emerge improvvisamente il senso di superiorità del paziente e un giudizio svalutante sul terapeuta come uomo stupido. I ruoli di oggetto dominante, superiore, che si rapporta a un Sé umiliato sono ora invertiti: il paziente si sente deluso dal terapeuta giudicato incompetente e quindi identifica se stesso con il padre dominante e proietta nel terapeuta il proprio Sé umiliato e inferiore.

Spesso i pazienti con patologia borderline mostrano una condensazione di desideri erotici, paure e conflitti che ruotano intorno al tema della dipendenza⁹. Seguendo gli studi di Kernberg, è possibile individuare alcune tipologie:

- a) nel paziente prevale la rimozione degli impulsi sessuali, le reazioni erotiche nel controtransfert possono essere minime o assenti;
- b) il paziente proietta i suoi impulsi sessuali sul terapeuta con il conseguente timore di essere da lui sedotto e reprime questi sentimenti; il controtransfert erotico sarà probabilmente scarso o assente;

⁹ Cf *ibidem*, p. 278.

- c) il paziente nega sul piano esplicito le reazioni erotiche, ma le esprime in altri modi: il modo di vestire durante le sedute, gli atteggiamenti. In questo caso il controtransfert erotico è la via per individuare il vissuto dissociato del paziente, di cui egli non è cosciente;
- d) il paziente lotta contro desideri erotici consci e cerca di reprimere le informazioni in merito; il controtransfert erotico può essere molto intenso;
- e) il paziente dissocia gli impulsi erotici dall'espressione della tenerezza emotiva e della dipendenza; questo in genere riduce significativamente qualsiasi tipo di reazione erotica controtransferale;
- f) il paziente vive ed esprime il transfert erotico; il terapeuta potrebbe rispondere con un controtransfert erotico positivo, qualora la reazione del paziente non sia in realtà dominata da pulsioni di natura aggressiva.

Narcisismo patologico e transfert

Il narcisismo patologico è sempre caratterizzato dalla cristallizzazione di un Sé grandioso, volto a tenere scisso e a negare il Sé umiliato e inferiore. Nella terapia si attiva una relazione di transfert tra un Sé grandioso (sensazione di diritto e superiorità) e un oggetto sul quale viene proiettata la svalutazione. In altre parole, la parte svalutata, inferiore e paralizzata generalmente viene proiettata sul terapeuta; i narcisisti non sono in grado di dipendere dal terapeuta e i suoi interventi vengono rifiutati o svalutati come se non aggiungessero nulla di nuovo a ciò che il paziente già sapeva. Il narcisista normalmente non si sente capito o aiutato dal terapeuta.

L'esperienza dell'analista è, almeno inizialmente, l'assenza di transfert¹⁰. Il Sé grandioso del narcisista nega qualsiasi dipendenza, e deve svalutare il terapeuta per timore di essere inferiore; ma potrebbe esserci il pericolo di sperimentare delusione, vuoto e perdita di denaro e tempo se il terapeuta viene assolutamente svalutato. Il narcisista si difende da un doppio pericolo: quello di essere svalutato da qualcuno che si comporta come superiore a lui e quello di avere di fronte un terapeuta inutile che fa perdere tempo e soldi. Nel transfert il narcisista

¹⁰ Cf *ibidem*, p. 189.

controlla il terapeuta, che dovrebbe essere bravo quanto il paziente, ma non di più per non suscitare invidia.

Il narcisista inoltre ragiona sulle interpretazioni del terapeuta, le può ignorare, o negare, o analizzarle con cura esprimendo la propria opinione; egli farà di tutto per cercare di avere il controllo completo ed evitare di essere influenzato dall'analista perché vuole evitare di sentirsi dipendente e quindi inferiore rispetto al terapeuta e, nella sua ottica, in posizione umiliante.

Alcuni narcisisti presentano un Sé grandioso patologico gravemente infiltrato di aggressività e fragile dal punto di vista strutturale¹¹; per questo oscillano rapidamente tra stati di arroganza e superiorità, sdegnando il terapeuta, e momenti in cui provano inferiorità, umiliazione, autoaccuse, depressione e tendenze suicide. Le caratteristiche sadiche vengono proiettate sul terapeuta che viene percepito come persecutore e disonesto o svalutante e quindi nel transfert trattano il terapeuta come persona inutile e disonesta, accusandolo di non capire nulla.

Altri accentuano i tratti di arroganza, un comportamento sprezzante verso il terapeuta, si sentono in competizione con lui per vincerlo.

Se il disprezzo implacabile si protrae nel tempo, ciò può influenzare fortemente la disponibilità dell'analista verso il paziente, cosa che rappresenta uno degli obiettivi inconsci dello sviluppo di questo tipo di transfert: esso prevede infatti sia la vendetta contro figure parentali odiate sia, a un livello più profondo, lo sforzo disperato di mantenere ancora una buona relazione con l'analista e non essere abbandonato, nonostante il proprio comportamento¹².

Facilmente questi narcisisti parlano male del terapeuta alle spalle oltre ad avere un atteggiamento sprezzante nelle sedute; il terapeuta è soggetto a forti reazioni controtransferali negative, poiché questi pazienti sfidano profondamente il rispetto e la fiducia che l'analista ha verso il proprio lavoro, per cui tollerare il controtransfert diventa uno dei problemi principali del trattamento.

¹¹ Cf *ibidem*, p. 194.

¹² *Ibidem*, p. 198.

Transfert e reazioni negative alla terapia

Il paradosso di alcune reazioni terapeutiche negative è che il paziente chiede di essere aiutato ma nello stesso tempo desidera inconsciamente il fallimento della terapia. Il narcisista, ad esempio, vedendo che il terapeuta nutre interesse autentico per lui e fornisce un efficace aiuto, si paragona a lui e lo invidia, si sente inferiore e questo è inaccettabile. Quindi per stare bene e sentirsi superiore deve svalutare il trattamento e possibilmente farlo fallire; questo però vuol dire opporsi alla cura della propria patologia.

Altri provocano aggressivamente per suscitare una reazione aggressiva nel terapeuta e poi poterlo denigrare, rovinare la sua reputazione parlando male di lui ad altri. Si arriva anche a tentare il suicidio o ad avere fantasie su esso; alcuni vogliono scioccare il terapeuta con una azione che lui non ha sospettato; si sentono trionfanti agendo un comportamento che sfugge al controllo del terapeuta (e della famiglia) mettendo in luce la sua incompetenza. Il narcisista che mette in atto scelte suicidiarie pensa di colpevolizzare il terapeuta, di esercitare un controllo sul terapeuta e sulla propria vita, sente la soddisfazione di un illusorio potere.

Kernberg presenta alcune di queste dinamiche paradossali di peggioramento della situazione e regressioni transferali distruttive che si verificano dopo aver preso coscienza della utilità dell'aiuto dell'analista. I pazienti peggiorano dopo aver sperimentato qualcosa di buono in arrivo. L'autore individua tre motivazioni principali alla reazione terapeutica negativa.

1. *Senso di colpa inconscio*. Tipico della personalità depressivo-masochista.

Questo paziente può nutrire inconsciamente la convinzione di non meritare l'aiuto ricevuto o l'idea che essere aiutato implichi una sorta di ingiustizia implicita nei confronti di altre persone più meritevoli. Inconsciamente, il paziente può temere che l'analista non sia consapevole della sua profonda indegnità o della sua intensa aggressività non riconosciuta. A volte, inoltre, la paura inconscia del paziente di poter perdere il suo rapporto di dipendenza dall'analista qualora dovesse migliorare, può contribuire all'instaurarsi di una relazione terapeutica

negativa. Infine, è possibile che il senso di colpa inconscio vissuto da questi pazienti derivi dal loro vivere la buona relazione con l'analista come una sorta di trionfo edipico proibito¹³.

2. *Invidia verso l'analista*. Tipico dei narcisisti e già descritto sopra. Il fallimento della terapia esprime

la necessità del paziente di negare qualsiasi dipendenza dall'analista e rappresenta il tentativo di evitare sentimenti di inferiorità e umiliazione che emergerebbero qualora dovesse riconoscere la "trionfante" capacità di aiuto dell'analista¹⁴.

3. *Relazione sadomasochistica*. Persone traumatizzate che nutrono l'inconscia convinzione che l'unico modo affinché un altro possa esprimere il proprio interesse nei loro confronti sia attraverso attacchi sadici e maltrattamenti. Per loro l'interesse dell'analista è autentico solo se motivato da rabbia o risentimento.

Transfert e pastorale

Transfert e controtransfert sono termini utilizzati in senso tecnico nel mondo della psicanalisi, tuttavia essi indicano un fenomeno che riguarda tutte le relazioni. Il nostro modo di vivere la relazione con gli altri è motivato dalla reale personalità dell'altro, ma anche dal nostro transfert: influenziamo l'altro con il nostro mondo interiore, e leggiamo l'altro anche alla luce delle relazioni oggettuali interiorizzate. Il mio inconscio e l'inconscio degli altri entrano in relazione influenzando una certa coloritura affettiva nei rapporti, forme di simpatia e antipatia, manifestazioni di affetto o di odio con tutta la grande gamma di possibilità emotive.

Per questo motivo, credo che una attenzione sia preziosa nella attività pastorale. Noi preti, e ogni persona coinvolta nella pastorale delle nostre parrocchie o impegnata in una attività educativa, siamo continuamente immersi nel transfert-controtransfert e la vigilanza cosciente è assai utile per non rimanerne travolti. Una

¹³ *Ibidem*, p. 116.

¹⁴ *Ibidem*, p. 118.

lettura delle nostre reazioni interiori unita alla volontà di aiutare ed essere aiutati potrebbe portare a circoli virtuosi nelle relazioni quotidiane.

Esperienza personale in Brasile

Il prete è riconosciuto ancora come figura autorevole (sebbene ben diversamente dal passato) e nella mia esperienza di cinque anni in Bahia (Brasile) posso confermarlo. La figura del parroco è rilevante in un paese, egli è una persona in vista e forse anche per questo entra in contatto con tante persone affette da disturbi di personalità gravi e lievi. Qualche esempio.

- *Accoglienza.* Adolescenti che avevano rapporti problematici con i genitori o con il padre come figura negativa (alcolizzato, spacciatore di droga...) o assente (spesso i padri abbandonano la famiglia) ricercavano nel prete qualche forma di sostituto paterno e, nella mia esperienza, hanno provocato un controtransfert di affetto sincero e un desiderio di prendermi cura. Nello stesso tempo mi scopro intento a pensare alle intenzioni di questi ragazzi temendo richieste eccessive nei miei confronti e preoccupato nel mantenere un controllo emotivo. Che significa tutto ciò? Da un lato rivela un aspetto del mio carattere (sono attaccato alla mia indipendenza), dall'altro emerge la mia percezione che questi ragazzi si muovono con impulsi caotici e necessitano anche di argini e controllo. Un controtransfert complementare.
- *Distanza.* Con altri che avevano un vissuto familiare pieno di violenze e privazioni, ho invece sperimentato come una barriera, mancanza di empatia e indifferenza di cui mi sentivo colpevole. Penso fosse un controtransfert concordante: vivevo in me la mancanza di speranza nella vita, la sfiducia di base che caratterizzava questi ragazzi e loro stessi mi percepivano probabilmente come qualcuno di cui non fidarsi e da tenere alla larga.

- *Fallimento.* Abbiamo aiutato come Caritas parrocchiale una signora, Lucia, che si prostituiva e rubava; aveva una figlia adolescente, Anna, che ho tentato, inutilmente, di coinvolgere nelle attività parrocchiali. Quando la incontravo in casa era gentile, educata e diceva che avrebbe partecipato alle iniziative che le proponevo; sentivo in lei qualcosa di insincero... infatti non veniva mai. Quando la incontravo in piazza non mi salutava, andava da un'altra parte... mi sentivo rifiutato. Forse rifiutava in me il mondo ecclesiale di cui non si sentiva degna, o che percepiva giudicante, o voleva negare chi conosceva la realtà della propria madre. In questa, come in altre situazioni, una attenzione alla dinamica del transfert aiuta gli operatori pastorali a non fermarsi al senso di colpa per quello che sembra essere un fallimento pastorale.
- *Variazioni disorientanti.* Per un periodo ho avuto incontri frequenti con Luna, una donna borderline, con evidenti tratti paranoide ed esibizionisti. Con lei, controtransfert concordante e complementare si alternavano in modo impossibile da prevedere. Mi cercava per sfogarsi della sua situazione difficile, accusava molte persone, riferiva di un complotto contro di lei e che tutte le notti arrivavano davanti alla sua porta poliziotti in borghese per controllarla e intimidirla... Malgrado la severa patologia, era intelligente e vivace, e mi lodava perché ero disponibile ad aiutarla. Poi passava giorni di depressione rancorosa, nemmeno mi salutava quando la incontravo; poi mi vedeva come parte di un sistema che la voleva escludere da tutto e la odiava; poi ha iniziato a dire in giro che io la guardavo con desiderio e quindi doveva entrare in chiesa ben coperta evitando gonne corte. Un giorno mi ha telefonato dicendomi che mi perdonava tutto (di cosa ero colpevole?) e che potevo stare tranquillo.
A volte in parrocchia era insostenibile, fomentava contrasti e litigi e molti, ovviamente, la evitavano o la contrastavano aggredendola. Era difficile da sopportare nella sua instabilità, ansia, esibizionismo, aggressività, sospetti, manipolazioni. Ho vissuto questa presenza con una varietà di emozioni contro-

transferali: interesse, pena, irritazione, partecipazione alle sue difficoltà e noia per la ripetitività delle accuse. Ho preferito non allontanarla dalla comunità, nonostante l'invito a farlo da parte di alcuni parrocchiani, convinto che un atteggiamento cristiano richieda sia di non lasciarsi trascinare dalla sua variabilità, sia di riconoscere la sua dignità e trattarla con rispetto nonostante la patologia psichica. La sua presenza suscita domande per una comunità cristiana: dobbiamo escludere le persone instabili per la pace di tutti o c'è spazio anche per loro? In che modo conciliare le esigenze dei vari membri della comunità? Sicuramente con questa persona era necessario porre dei limiti, fare attenzione alle manipolazioni, ricordare regole fondamentali.

- *Senza speranza?* Pamela si presentava ordinata, calma, con discorsi ponderati che inizialmente ascoltavo con attenzione: faceva osservazioni pertinenti su aspetti della vita parrocchiale e critiche logiche e acute. Poi arrivava a dirmi di stare attento perché le avevano messo un apparecchio nel corpo e da Roma, S. Paolo e New York potevano controllare tutto quello che veniva detto intorno a lei. Volevano spiare la nostra parrocchia e bisognava denunciarli, il parroco precedente sapeva, ma non aveva fatto nulla perché era d'accordo con loro. Pamela aveva ricoperto ruoli importanti in parrocchia anni prima e mi dicono che è cambiata da quando il marito si è suicidato. Ogni tanto fissava un appuntamento per parlarmi e la mia reazione interiore era di rifiuto, insofferenza, desiderio di non vederla. Perceivo una struttura rigida, senza possibilità di cambiamento. Nel dialogo arrivavo sempre ad uno scontro verbale perché cercavo di dirle che le sue idee paranoiche erano pura fantasia. Anche in questo caso sorgono domande per una comunità cristiana: ci può essere qualcosa al di là di un rifiuto o di una cortese e fredda condiscendenza per allontanarla quanto prima? Forse accettare una persona così in comunità richiede anche di accettare gli aspetti irrazionali che, poco o tanto, abitano tutte le nostre esistenze.

- *La cura nel tempo.* In un contesto parrocchiale si formano molte relazioni che portano benefici, non solo perché *si parla* di vangelo, regno di Dio, sacramenti, ma *per il tipo di relazione* che viene attivata. Ricordo Francesca, giovane universitaria, che chiede di parlarmi raccontandomi che ha continuamente pensieri di morte, e non sa perché. È triste, pensa alla morte e al suicidio. È una ragazza studiosa, con poche amicizie, vive molto in casa; nei primi incontri mi percepisco interessato a lei ma distaccato. Mi scopro nel ruolo di chi sta studiando un'altra persona, forse in reazione ad una sua freddezza emotiva: lei mi parla, mi comunica certi suoi problemi, ma non entra emotivamente in relazione con me e io sono alla finestra studiandola. In seguito percepisco un senso di vuoto che dice molto della sua vita interiore: è una ragazza intelligente ma senza passioni, senza una vita spirituale, con poche relazioni profonde; i genitori separati, lei vive con la madre e scarsi sono i contatti con il padre. Ha avuto qualche legame affettivo, ma solo per breve tempo, delusa dai ragazzi che ha conosciuto. Le propongo di iniziare a riempire quel vuoto curando la vita spirituale e le relazioni: la invito a leggere libri della Bibbia per poi trovarci a dialogare su di essi. Lei partecipa attivamente anche se in alcuni momenti riemerge la depressione. Nel tempo la relazione diventa più viva, passano gradualmente i pensieri di morte e le ossessioni sul suicidio, mentre lei continua il percorso di fede, di approfondimento biblico e partecipa ad iniziative della comunità. Anche il mio controtransfert cambia, percepisco una crescente speranza e gli incontri diventano più gratificanti.

Domande per gli educatori

- Nelle relazioni importanti che vivo, quali emozioni, sentimenti, pensieri sperimento in relazione a quella persona? Sto reagendo a qualcosa che lei mi sta comunicando o è solo il mio carattere che si fa sentire?
- Mi capita di avere coscienza che sto impersonando un ruolo che, in qualche modo, l'altro mi spinge ad assumere? Come le emozioni e i pensieri che sorgono in me possono aiutarmi a comprendere l'altro? Come posso utilizzare la coscienza di queste dinamiche per creare relazioni costruttive?
- Mi lascio andare a reazioni controtransferali immediate, con il rischio di rovinare la relazione educativa?