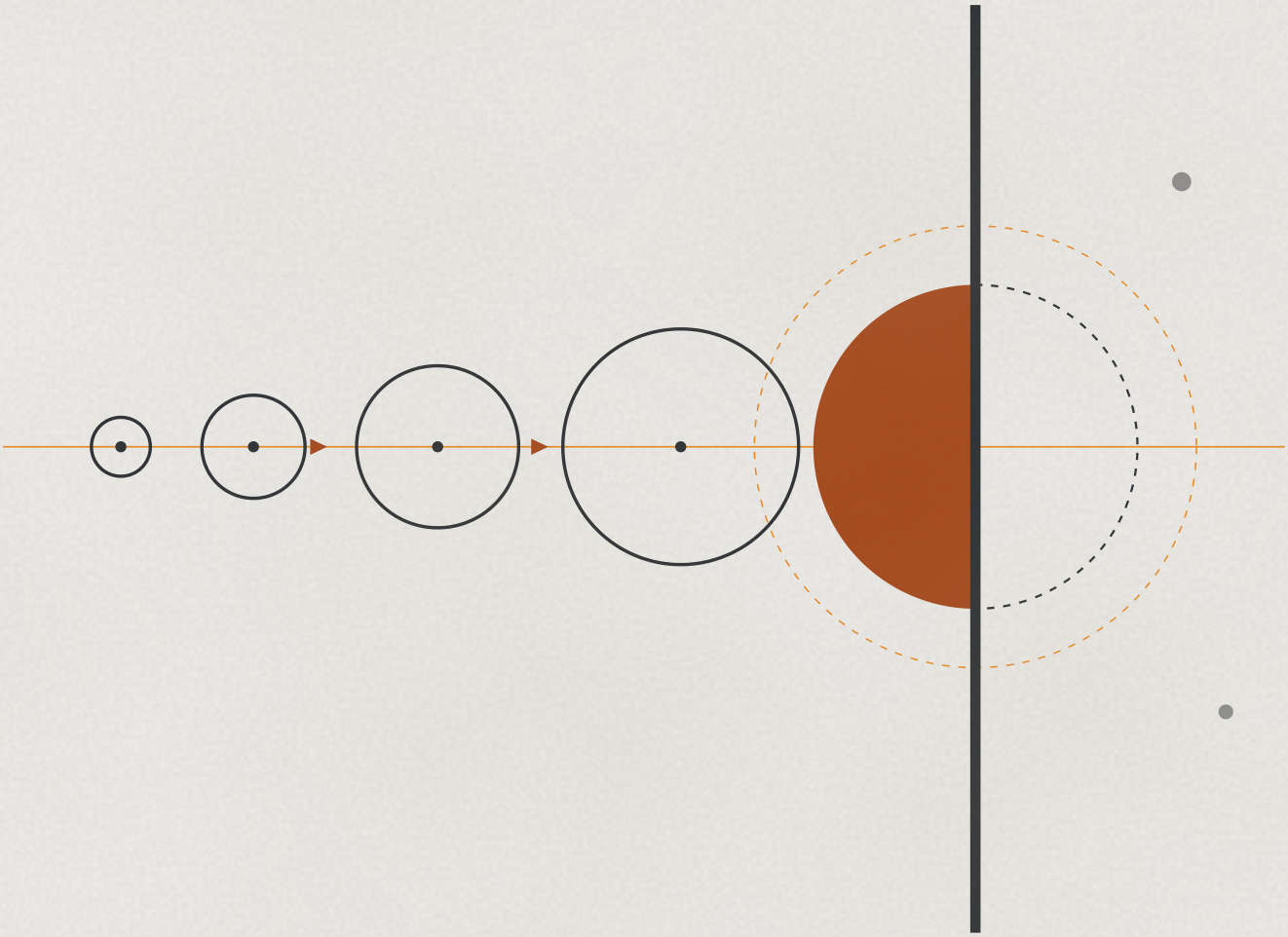


SEZIONE II · LA FUNZIONE DEL LIMITE

Oltre il mito del cambiamento

La funzione terapeutica del limite nella pratica clinica

Laura Dalla Vecchia

Oltre il mito del cambiamento

La funzione terapeutica del limite nella pratica clinica

Laura Dalla Vecchia

ABSTRACT

L'attuale ideale culturale dell'autorealizzazione tende a promuovere una rappresentazione di sé come soggetto costantemente migliorabile, alimentando la fantasia di una progressiva emancipazione da ogni fragilità, conflitto o limite interno. In tale prospettiva, possono svilupparsi aspettative secondo cui ogni ostacolo possa essere superato e ogni aspetto di sé trasformato grazie al lavoro terapeutico: al termine del percorso non si proverà più ansia, insicurezza o paura dell'abbandono, né vi sarà il rischio di confrontarsi nuovamente con modalità di funzionamento già conosciute. L'esperienza clinica mostra, tuttavia, una realtà più complessa. Accanto ai cambiamenti che la psicoterapia rende possibili, esistono aspetti profondi e strutturali della personalità che tendono a riemergere soprattutto nei momenti di crisi, stress o transizione esistenziale. Il presente contributo propone una lettura del ritorno del sintomo come espressione del limite costitutivo del funzionamento psichico dell'individuo. Il lavoro terapeutico viene quindi inteso non solo come promozione del cambiamento, ma anche come progressiva capacità di riconoscere, comprendere e integrare aspetti di sé che difficilmente possono essere trasformati in modo definitivo. La psicoterapia non conduce all'assenza del limite, ma può guidare il soggetto verso una relazione diversa con esso, nella quale cambiamento e accettazione cessano di essere termini contrapposti e diventano dimensioni complementari del processo terapeutico.

PAROLE CHIAVE **mito del miglioramento infinito; funzione terapeutica del limite; illusione della guarigione completa.**

---

1. Introduzione: il mito contemporaneo del miglioramento infinito

Nella cultura contemporanea il cambiamento occupa una posizione privilegiata. L'individuo è costantemente sollecitato a migliorarsi, ottimizzare le proprie prestazioni, superare i propri limiti e realizzare pienamente il proprio potenziale. L'idea stessa di autorealizzazione sembra oggi coincidere con un processo continuo di perfezionamento di sé, alimentando l'aspettativa che ogni fragilità possa essere corretta e ogni sofferenza definitivamente superata.

Byung-Chul Han (2010/2012) parla di una società della prestazione in cui il soggetto interiorizza l'imperativo del rendimento e si trasforma nel proprio sfruttatore. La stanchezza che ne deriva non è solo fisica: è la fatica di chi non si concede mai di essere abbastanza. Alain Ehrenberg (1998/2010), da parte sua, descrive come la depressione contemporanea sia in larga misura la patologia del soggetto che non riesce a sostenere il peso dell'ideale di sé che la cultura gli impone, una sensazione continua di inadeguatezza di fronte all'obbligo di essere sempre all'altezza e

padrone del proprio destino. Entrambi gli autori descrivono, da prospettive diverse, lo stesso meccanismo: quando il limite compare, viene vissuto come fallimento personale piuttosto che come dato strutturale dell'esistenza.

Questa prospettiva non rimane confinata al contesto sociale, ma entra inevitabilmente anche nello spazio terapeutico. Sempre più frequentemente i pazienti giungono in psicoterapia portando con sé una fantasia implicita: al termine del percorso non proveranno più ansia, non saranno più insicuri, non avranno più paura dell'abbandono e, soprattutto, non correranno più il rischio di ritrovarsi a fare i conti con modalità di funzionamento che credevano di essersi lasciati alle spalle.

L'esperienza clinica suggerisce tuttavia una realtà differente. Se da un lato la psicoterapia consente trasformazioni profonde e significative, dall'altro si confronta inevitabilmente con l'esistenza di aspetti relativamente stabili dell'organizzazione di personalità — aspetti che possono attenuarsi, essere compresi e integrati, ma che difficilmente scompaiono del tutto. Il presente contributo propone una riflessione sul valore clinico del sintomo che ritorna e sul ruolo del limite all'interno del processo terapeutico.

2. Quando il sintomo ritorna

Una delle situazioni cliniche più frequenti riguarda pazienti che, dopo un periodo di lavoro terapeutico, attraversano una fase di particolare difficoltà e riferiscono di sentirsi «come all'inizio». La conclusione che spesso ne deriva è drastica: «allora non sono cambiato», «la terapia non è servita», «sono tornato al punto di partenza».

Una paziente che aveva concluso un lungo percorso terapeutico chiamò dopo tre anni di silenzio. La sua voce era cambiata — non nel tono, ma nel peso. «È tornata l'ansia», disse. «Pensavo di averla superata per sempre. Evidentemente non è cambiato niente.» Eppure, nel corso della conversazione, ciò che emergeva era ben diverso: riconosceva il sintomo, sapeva da dove veniva, era capace di nominarlo. Quello che mancava era la possibilità di vedere questo come un cambiamento.

Vissuti simili emergono frequentemente in concomitanza con eventi evolutivi significativi: separazioni, lutti, maternità e paternità, cambiamenti lavorativi, malattie o passaggi esistenziali che mettono alla prova gli equilibri raggiunti. In questi momenti il soggetto può sperimentare nuovamente sintomi, emozioni o modalità relazionali che riteneva superate.

Da un punto di vista clinico, tuttavia, il ritorno del sintomo non coincide necessariamente con una regressione globale del funzionamento. Più spesso esso rappresenta il riaffacciarsi di modalità profonde attraverso cui la personalità organizza l'esperienza di sé e dell'altro. L'ansia può tornare a manifestarsi. La paura dell'abbandono può riattivarsi. Vecchie insicurezze possono riaffiorare. Ciò che cambia non è necessariamente la loro completa scomparsa, quanto il modo in cui il soggetto le riconosce, le comprende e le attraversa.

Il rischio, in assenza di questa consapevolezza, è che il ritorno della sofferenza venga interpretato come una prova del fallimento personale o terapeutico, generando ulteriore frustrazione e senso di impotenza. È su questo punto che la cornice teorica della psicoanalisi e della psicoanalisi relazionale offre strumenti preziosi.

3. Il limite come dimensione strutturale

La riflessione psicoanalitica ha sempre riconosciuto l'esistenza di aspetti relativamente stabili della personalità. Pur nelle differenze teoriche tra i vari autori, emerge l'idea che il funzionamento psichico non sia una realtà indefinitamente plasmabile.

Karen Horney (1950) offre in questo senso una delle cornici teoriche più pertinenti. Il suo contributo ruota attorno alla distinzione tra il Sé reale — ciò che il soggetto autenticamente è, con le sue potenzialità e i suoi limiti — e il Sé idealizzato, costruzione difensiva che promette di liberare il soggetto dall'angoscia di base attraverso il raggiungimento di una perfezione immaginaria. La sofferenza nevrotica, in questa prospettiva, non deriva direttamente dalla struttura del Sé reale, ma dalla distanza che si crea tra ciò che il soggetto è e ciò che ritiene di dover essere. Quanto più egli investe sull'immagine idealizzata, tanto maggiore diventa la difficoltà di incontrare se stesso.

In questa luce, il ritorno del sintomo assume un significato preciso: esso segna il momento in cui il Sé reale riemerge, nonostante tutti gli sforzi compiuti per tenerlo a distanza. Il paziente che dice «pensavo di averla superata per sempre» sta in realtà descrivendo il ritorno del contatto con la propria esperienza autentica — un contatto che, senza una cornice terapeutica adeguata, viene vissuto come fallimento invece che come possibilità.

Fromm (1947) integra questa prospettiva sul piano dell'esistenza. La maturazione psicologica, in questa visione, non coincide con il raggiungimento di una condizione ideale, bensì con la capacità di sviluppare un orientamento autentico verso la vita. Diventare ciò che si è non rappresenta un traguardo definitivo, ma una direzione che si abita nel tempo, con le sue oscillazioni e i suoi ritorni. La crescita non implica l'eliminazione delle proprie fragilità, ma il loro riconoscimento all'interno di una personalità sufficientemente integrata.

Winnicott (1965) contribuisce a questa riflessione da una prospettiva diversa, ma complementare. Nella sua teorizzazione, la salute psichica non è assenza di conflitto, ma capacità di vivere creativamente la propria realtà interna senza esserne sopraffatti. Il Vero Sé non si sviluppa nell'assenza di frustrazione, ma attraverso una frustrazione sufficientemente tollerabile — quella che l'ambiente, prima, e la relazione terapeutica, poi, possono offrire. Il limite non è, in questa prospettiva, il contrario della cura: ne è una condizione.

Kohut (1971), nella sua riflessione sulla psicologia del Sé, mostra come certi bisogni narcisistici fondamentali — essere rispecchiati, sentirsi significativi, poter idealizzare — non scompaiano mai del tutto nel corso della vita. Ciò che cambia, con la maturazione e con il lavoro terapeutico, è la loro forma e la loro intensità. Anche qui, il cambiamento non riguarda l'eliminazione di una struttura, ma la sua trasformazione progressiva.

Il limite assume così un significato diverso rispetto a quello comunemente attribuitogli. Non rappresenta semplicemente un ostacolo da superare, ma una caratteristica costitutiva della condizione umana. Paradossalmente, è proprio il suo riconoscimento a rendere possibile una forma più autentica di cambiamento.

4. L'illusione della guarigione completa

La cultura contemporanea tende a promuovere una visione in cui ogni aspetto della personalità possa essere modificato attraverso un adeguato impegno. In questo contesto, anche la psicoterapia rischia talvolta di essere investita di aspettative salvifiche: uno strumento capace di eliminare definitivamente il dolore, l'incertezza e la vulnerabilità.

Tale fantasia contiene una componente implicitamente onnipotente, che rispecchia esattamente la dinamica descritta da Horney: il soggetto che aderisce al Sé idealizzato crede di poter diventare immune alla propria umanità. Se ogni limite può essere superato, allora ogni ricomparsa della sofferenza viene inevitabilmente vissuta come una sconfitta.

Il problema non riguarda soltanto l'aspettativa iniziale del paziente. Anche il terapeuta può essere inconsapevolmente coinvolto nella stessa logica, sentendosi chiamato a produrre cambiamenti sempre più evidenti e duraturi, e sperimentando a sua volta qualcosa di simile a un senso di fallimento quando il paziente ritorna con la sofferenza che si pensava superata. È una forma di controtransfert particolarmente subdola, proprio perché si maschera da ambizione terapeutica.

La clinica insegna invece che il cambiamento autentico raramente coincide con la scomparsa dei conflitti fondamentali dell'esistenza. Piuttosto, esso riguarda la possibilità di sviluppare nuove modalità di stare in relazione con essi: riconoscerli, nominarli, attraversarli con meno terrore. Una parte importante del lavoro terapeutico consiste nell'accompagnare il paziente verso una progressiva accettazione della propria complessità. Accettare non significa rassegnarsi. Significa riconoscere che alcune caratteristiche del proprio funzionamento continueranno probabilmente ad accompagnare l'individuo lungo il corso della vita.

Un paziente, uomo sulla cinquantina, aveva lavorato sulla propria difficoltà a tollerare i momenti di solitudine. Aveva fatto progressi reali e profondi. Poi, dopo la nascita del primo nipote, aveva vissuto settimane di inspiegabile malinconia. «Mi sembrava di essere regredito», disse. «Come se tutto il lavoro non fosse servito a niente.» Nel tempo, ciò che emergeva era diverso: quella malinconia non era un ritorno al passato. Era il suo modo di attraversare una transizione che toccava qualcosa di antico — il desiderio di non essere mai davvero soli. La differenza era che questa volta riusciva a starci dentro, senza fuggire.

L'ansia potrà ancora comparire. Il bisogno di conferma potrà riattivarsi. Alcune vulnerabilità relazionali potranno tornare a manifestarsi. La differenza consiste nel fatto che tali esperienze non verranno più vissute automaticamente come prove della propria inadeguatezza o come segnali del fallimento del percorso terapeutico.

In questo senso, il concetto junghiano di individuazione offre un contributo prezioso. Jung (1928) non descrive la maturazione come il superamento definitivo dei propri nodi psicologici, ma come il progressivo ampliamento della coscienza nei loro confronti. Individuarsi significa imparare a riconoscere ciò che si è — ombre comprese — e sviluppare la capacità di abitare la propria complessità con maggiore consapevolezza e minor terrore. Non è la fine del conflitto: è un modo diverso di stare nel conflitto.

In questa prospettiva, il sintomo-che-ritorna può assumere una funzione paradossalmente evolutiva. Esso ricorda al soggetto la presenza di un limite, ma al tempo stesso gli offre l'opportunità di confrontarsi con quel limite in modo nuovo. La cura non coincide allora con l'eliminazione della sofferenza, bensì con la trasformazione del rapporto che il soggetto intrattiene con essa.

5. Conclusioni

La clinica contemporanea si confronta sempre più frequentemente con pazienti che chiedono alla psicoterapia non soltanto di alleviare la sofferenza, ma di liberarli definitivamente da essa. Di fronte a tali aspettative, il tema del limite assume una rilevanza particolare.

Il percorso teorico proposto in questo contributo — da Horney a Fromm, da Winnicott a Kohut, con lo sguardo culturale di Han ed Ehrenberg — converge verso un'unica direzione: il limite non è il segno di ciò che la psicoterapia non è riuscita a fare. È, piuttosto, la realtà all'interno della quale il cambiamento autentico può aver luogo.

Riconoscere che alcuni aspetti del proprio funzionamento tendano a ripresentarsi nel corso della vita non significa rinunciare al cambiamento. Significa piuttosto collocarlo entro una prospettiva più realistica e umana: non la scomparsa del dolore, ma una relazione diversa con esso. Non l'assenza della fragilità, ma la capacità di riconoscerla senza esserne travolti.

La psicoterapia non conduce all'assenza del limite, ma alla possibilità di abitarlo in modo più consapevole.

Bibliografia

Ehrenberg, A. (1998/2010). La fatica di essere se stessi. Depressione e società. Torino: Einaudi.

Fromm, E. (1947). Man for Himself. An Inquiry into the Psychology of Ethics. New York: Rinehart & Co.

Fromm, E. (1955). The Sane Society. New York: Rinehart & Co.

Han, B.-C. (2010/2012). La società della stanchezza. Roma: nottetempo.

Horney, K. (1950). Neurosis and Human Growth. The Struggle Toward Self-Realization. New York: Norton.

Jung, C.G. (1928). L'Io e l'inconscio. Torino: Boringhieri.

Kohut, H. (1971). The Analysis of the Self. New York: International Universities Press.

Sullivan, H.S. (1953). The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York: Norton.

Winnicott, D.W. (1965). The Maturational Processes and the Facilitating Environment. London: Hogarth Press.