

Capitolo 5

L'interpretazione dei sogni

Considerazioni preliminari

L'importanza del sogno nella tecnica psicoanalitica è pari a quella del transfert e del controtransfert. Il lettore incontrerà molto spesso in questo libro l'interpretazione dei sogni come «via regia per l'inconscio», e come sognatore l'avrà sicuramente già percorsa. Il sogno può essere paragonato all'inconscio, ma solo nel senso freudiano di via regia che conduce a esso, perdendosi poi da qualche parte nel profondo. Con l'interpretazione dei sogni è possibile avvicinarsi alle fantasie inconsece; le interpretazioni conducono al significato latente e inconscio del sogno. Perciò si può dire che non è il sogno, ma la sua interpretazione, la via regia che conduce all'inconscio.

La serie di sogni che presentiamo fa parte di un processo terapeutico di un periodo significativo nella storia della vita e della malattia di un paziente. La conoscenza del retroscena biografico e del quadro clinico, con le conseguenze sul sentimento di sé, è indispensabile per comprendere criticamente le interpretazioni dei sogni. Le informazioni e le discussioni relative servono a molti scopi. La malattia nevrotica e somatica del paziente si esprime anche nella sua descrizione dei sogni. Risulta perciò naturale discutere, riguardo a questo caso, i problemi generali della psicoanalisi e della medicina psicosomatica, che vanno al di là dell'interpretazione dei sogni.

Un'analisi di nevrosi nei sogni è il titolo di un lavoro in cui Rank (1924) ha presentato un trattamento come semplice analisi di sogni. Nell'interpretare molti sogni durante un trattamento conclusosi con successo dopo 150 sedute, egli non distingue fra interpretazioni astratte e interpretazioni tecniche particolari. Menzioniamo questa pubblicazione, tipica degli anni venti, perché mostra, per confronto, lo sviluppo della tecnica di trattamento. Riteniamo essenziale far conoscere al lettore i singoli passi del lavoro di interpretazione nel dialogo con il paziente.

5.1 *Rappresentazione di sé nel sogno*

Nel primo volume (5.2) ci siamo interessati alla complicata relazione tra parola e immagine nella teoria di Freud. Questa relazione è caratterizzata da diverse trasformazioni che, da un lato, hanno portato alla differenziazione fra contenuto latente e contenuto manifesto del sogno, e dall'altro sono legate al compito terapeutico dell'interpretazione, in cui le immagini vengono tradotte in parole e pensieri. Soltanto a partire dal contenuto latente del sogno come *pensiero onirico* che è alla base del lavoro onirico, la rappresentazione plastica del contenuto manifesto del sogno diventa in confronto un evento superficiale nella genesi del sogno. In questo senso Freud (1915-17, p. 295) parla del contenuto manifesto del sogno come di una concreta raffigurazione «che prende *spunto* dal *significato letterale*». Contemporaneamente, ma in modo contestualmente contraddittorio, dice che da molto tempo abbiamo «dimenticato da quale *immagine* concreta sia scaturita la parola e, di conseguenza, non la riconosciamo nell'immagine che ne prende il posto» (*ibid.*; corsivo nostro). Bucci (1985) ha sostituito la *dual code theory* (teoria del doppio codice, Paivio, 1971) alla contestata teoria freudiana dello «zig zag» nella relazione fra parola e immagine, dipendente in modo totale dall'ormai insostenibile principio economico (vedi vol. 1, 1.3). Nella *dual code theory* la distinzione tra il contenuto figurativo manifesto del sogno e il pensiero onirico latente nella *genesì del sogno* si sposta gradualmente verso l'*interpretazione*. La rappresentazione figurativa recupera il significato che nella teoria di Freud ha sempre avuto il *simbolo*. Nell'analisi configurazionale del sogno di Erikson (1955) è stata utilizzata una tecnica di interpretazione che ha soddisfatto pienamente il primato della rappresentazione plastica.

Con queste considerazioni preliminari vogliamo preparare il lettore al fatto che le rappresentazioni di sé, nella seguente serie di sogni, sono variazioni del significativo tema dell'*immagine corporea* (vedi 9.2.1). Le immagini che abbiamo di noi stessi e che l'ambiente circostante si fa di noi non si riferiscono solo alle nostre caratteristiche personali, al nostro comportamento o al nostro carattere, ma sono soprattutto connesse all'esistenza corporea. Le immagini che abbiamo di noi stessi e degli altri includono come identità personale l'immagine corporea, che non è affatto monostratificata, ma essendo carica di conflitti condiziona notevolmente il vissuto della sicurezza di sé. Oltre a questi punti di vista generali, il tipo di sintomatologia del paziente di cui riferiamo questa serie di sogni implica che l'immagine corporea abbia un ruolo particolare nell'attività interpretativa.

Freud consigliò di supporre che fosse l'Io del sognatore la persona che nel sogno vive un affetto. In pazienti che già nel loro vissuto conscio soffrono di difetti corporei immaginari, è probabile che questi vengano rap-

presentati scenicamente attribuendoli a varie persone relativamente alla loro connessione genetica. Pertanto, prima di avviarci con l'aiuto del sogno sulla «via regia per l'inconscio» e prima di arrivare alla messa in scena e alla soluzione dei problemi dell'Io del sognatore, è opportuno partire dai problemi generali e specifici che questo paziente presenta come caso tipico.

5.1.1 Dismorfofobia e torcicollo spastico

Il signor Erich Y soffre fin dall'adolescenza, cioè da circa venticinque anni, di una dismorfofobia. Circa tre anni prima dell'inizio del trattamento comparve anche un *torcicollo spastico*, descritto talvolta con l'aggettivo equivalente *spasmodico*. Questo *torcicollo* lo rese così insicuro da scatenargli una distimia depressiva.

Citiamo la definizione di dismorfofobia dalla monografia sull'ansia di Strian (1983, pp. 197 sg.):

La «dismorfofobia» è una paura irrazionale di una deformità corporea localizzata. Le rappresentazioni fobiche si riferiscono a parti del corpo, alle quali viene attribuita una funzione estetica o comunicativa speciale (...) Le paure di un aspetto antiestetico, deforme o orribile sono circoscritte quasi esclusivamente a parti del corpo, e solo in casi eccezionali sono dirette all'aspetto generale. Il caso più comune è che le paure si riferiscano a parti del viso o a caratteristiche del proprio sesso.

Dopo l'esposizione della storia del concetto, Küchenhoff (1984) assegna a questa «paura di malformazione» un posto indipendente nella terminologia e nella nosologia psichiatrica, tra le sindromi ipocondriache e il «delirio di richiamo di attenzione» (*Beachtungswahn*). Da un'analisi critica della letteratura fatta da Küchenhoff si può intuire che alcune storie di precedenti casi clinici psicoanalitici trattino in realtà di pazienti dismorfofobici, senza che questi siano definiti come tali (per esempio il caso dell'uomo dei lupi di Freud).

La psicodinamica dell'immagine corporea, in relazione allo sviluppo pulsionale, è stata considerata in modo troppo unilaterale nella letteratura psicoanalitica, per poter rispondere alla varietà di difetti o deformità immaginati, dal punto di vista genetico e da quello terapeutico. L'antica riduzione al complesso di castrazione è stata sostituita dall'accentuazione del narcisismo. Infine si ascrive alla sintomatologia una funzione protettiva nei confronti della disintegrazione psicotica, in modo simile all'ipocondria cronica (Philippopoulos, 1979; Rosenfeld, 1981). Crediamo che considerando in modo interazionale la genesi dell'immagine corporea si possano chiarire molti degli enigmi ancora irrisolti.

Secondo la nostra esperienza la dismorfofobia acquista importanza perché sono molti i pazienti che consultano il chirurgo estetico per una rino-plastica o una plastica della mammella, immaginando di avere una deformità. La convinzione del loro presunto aspetto antiestetico cambia poco anche dopo un eventuale intervento chirurgico (Mester, 1982).

Spesso con il passare del tempo la componente ansiosa dell'idea di avere una parziale «deformità» diminuisce rispetto a una preoccupazione ipocondriaca o ossessiva meno angosciante del difetto e della sua correzione. Dopo la tardiva accettazione dell'opera di Schilder (1933, 1935) e dopo la pubblicazione di Fisher e Cleveland (1968), la teoria dell'immagine corporea è stata utilmente applicata alla comprensione e alla terapia della dismorfofobia. Naturalmente anche le teorie dell'identità e del Sé di Erikson e di Kohut hanno contribuito a far comprendere l'insicurezza che assume una posizione centrale per questi come per molti altri pazienti (Cheshire e Thomä, 1987). In queste teorie il corpo non è un assunto tanto centrale come nel concetto di «immagine corporea», la cui formazione interazionale fu descritta così brillantemente da Schilder (1933, vedi 9.2.1).

Il signor Erich Y soffriva fin dall'adolescenza di un'accentuata dismorfofobia, cioè dell'idea infondata, elaborata in modo più ipocondriaco che fobico, di avere una testa malformata, con un mento sfuggente e un naso storto. Tentava di contrastare le presunte deficienze con un'ossessiva cura dei capelli e con altri rimedi come lo spingere in avanti il mento. La sua sicurezza di sé ne risultava limitata, causando comprensibili conseguenze nei rapporti con gli altri, insieme con la convinzione di avere un pene troppo piccolo. Questa idea viene riferita per ultima nell'elenco dei sintomi perché il paziente, come spesso accade per questi malati, all'inizio non ne ha parlato. Non si può comunque attribuire solo alle fobie il tipico spostamento verso altre parti del corpo. L'angoscia della vergogna è spesso così grande che solo nel corso della terapia i pazienti si avvicinano all'origine preconsocia dei loro presunti difetti.

È quindi ovvio che la già fragile autostima del signor Erich Y venisse pesantemente colpita all'aggiungersi di un sintomo che non si era immaginato: un tipico *torcicollo*, con torsione della testa verso destra. Secondo il suo ricordo, il torcicollo era apparso per la prima volta durante un esercizio di meditazione, in una situazione in cui cercava di rilassarsi. Assegnò immediatamente un senso alla malattia, mettendola in relazione a una crisi matrimoniale. Osservò soprattutto che la torsione involontaria della testa appariva o si aggravava quando veniva guardato o quando doveva presentarsi ad altri. Un'angoscia di vergogna, comunque esistente, acquisiva così notevoli dimensioni. Il signor Erich Y si sentiva perciò molto angosciato, e la reazione depressiva, cioè il suo modo di combattere questo sintomo, aumentava la sofferenza.

Circa due anni dopo la conclusione positiva di un trattamento psicoanalitico, durante una nuova crisi matrimoniale, il paziente diventò impotente. Ricomparve allora il sintomo del torcicollo, che lo indusse a riprendere un'analisi; con poche sedute si risolse l'impotenza psichica e migliorarono considerevolmente i disturbi causati dal torcicollo. Proponiamo ora una breve

descrizione di questo quadro clinico per dimostrare che la causa del torcicollo si trova a un altro livello rispetto alla dismorfofobia.

Il *torcicollo* consiste in una torsione o in un'inclinazione anormale e involontaria della testa, unita spesso a tremore, riconducibile a una spontanea attività continua, prevalentemente monolaterale, dei muscoli della testa e del collo. L'aumento di tono dei singoli muscoli, con inizio lento e rilassamento dopo molti secondi, i movimenti intermittenti e la stereotopia, sia nel decorso che nella localizzazione, configurano il quadro di una distonia ipercinetica nell'ambito di un disturbo extrapiramidale. Tali movimenti non si scatenano in forma riflessa tramite stiramento passivo, né si tratta di un aumento di tono con caratteri di spasticità, come nel caso di un disturbo motorio a livello centrale.

Una contrazione volontaria dei muscoli antagonisti o una pressione esercitata da un'altra persona o dal paziente stesso, non riescono a impedire il movimento distonico del torcicollo, che diminuisce durante il sonno e sotto l'effetto della narcosi. Di solito il sintomo è acuitizzato da movimenti intenzionali ma anche da un'eccitazione affettiva, da un aumento dell'attenzione e dall'esposizione in pubblico. Con determinate tattiche ausiliarie, non esercitando forza, ma per esempio massaggiando dolcemente con la punta delle dita lo zigomo o il lato controlaterale della fronte, si può inibire o calmare il movimento anormale (effetto magnete).

La subordinazione della *genesì attuale* del sintomo a influenze ambientali può essere un'osservazione clinica sicura, ed è stata descritta con particolare efficacia da Bräutigam (1956). Molti pazienti si liberano dal sintomo nella solitudine della natura. La torsione involontaria della testa appare prevalentemente quando si sentono guardati in modo inquietante.

Ora è essenziale definire quale importanza si attribuisca a questi fattori scatenanti, distinguendo le cause, da attribuire al paziente, dall'interpretazione dello specialista basata sui reperti. È accertato che i pazienti sofferenti di questo vistoso sintomo diventano insicuri, e quando si sentono osservati girano e inclinano la testa con maggior forza, talvolta anche con un lieve tremore. La comparsa del sintomo è dovuta alle loro aspettative ansiose. Questa causa parziale può essere interpretata in diversi modi. A nostro avviso i gravi fraintendimenti dei fattori *psicogeni* e *somatogeni* sono sorti perché il torcicollo è stato erroneamente diagnosticato come «isterico» per la dipendenza dall'ambiente di questa e di altre malattie somatiche. In relazione a ciò Bräutigam (1956, p. 97) ha osservato: «La dipendenza da condizioni situazionali è certamente uno dei motivi fondamentali del fatto che per tanto tempo sono stati misconosciuti i sintomi extrapiramidali, considerandoli come isterici.»

Era sbagliato in partenza ridurre le componenti *psicogene* nella formazione dei sintomi e nel decorso della malattia al modello genetico dei sintomi *iste-*

rici. In relazione alla componente psicogena dei disturbi extrapiramidali organicamente determinati, come in altre malattie somatiche, si devono inizialmente determinare le analogie (Alexander, 1935; Fahrenberg, 1979; Meyer, 1987). In sintesi si può dire che la manifestazione del movimento della testa nel torcicollo, essendo collegata a tensioni ambientali, non permette di concludere che si tratti di un movimento espressivo, nel senso sia di un'emozione che di un'azione ponderata.

Le ipotesi sulla componente psicogena nell'etiologia e nella patogenesi devono corrispondere ai reperti somatici se si vuole superare la dicotomia di tipo «o l'uno o l'altro» tra il somatico e lo psicogeno. In tal modo crediamo che anche il neurologo possa rendere giustizia alla grande importanza della disposizione *psichica* dei pazienti nei confronti delle influenze ambientali, di fronte cioè ai fattori situazionali precipitanti.

L'analista può utilizzare le sue risorse tecniche laddove, come in un circolo vizioso, veda incrementata la comparsa di determinate disposizioni reattive, per esempio per un'eccessiva angoscia di vergogna. In questo caso è possibile favorire un cambiamento perché le modalità di reazione non sono stabilite in modo assoluto. Già durante i primi colloqui diagnostici si possono scoprire con il paziente le influenze del vissuto sull'evoluzione del sintomo, come nell'esempio sopra citato, o fare in modo che le osservazioni del paziente siano il punto di partenza per riflessioni comuni. In stretto linguaggio tecnico si potrebbe forse azzardare l'asserzione che nell'uomo il complesso edipico non si estingue mai del tutto, «tramonta» solamente, e «richiede sempre (...) qualche tipo di superamento nel corso della vita» (Loewald, 1980b, p. 39). Molti reperti clinici e sperimentali esaminati da Greenberg e Fisher (1983) mostrano come gli uomini siano più insicuri delle donne riguardo alla loro integrità somatica. Il dominio della malattia è reso più difficile quando all'insorgere di disturbi somatici, per timori realistici, le nuove tensioni risvegliano e rafforzano angosce già superate. Questo punto di vista generale è ugualmente valido per donne e uomini, per quanto diverse siano le angosce legate al corpo in entrambi i sessi. È inoltre evidente che i timori infondati di avere una deformità somatica hanno nella donna uno sfondo conscio e inconscio diverso da quello dell'uomo. L'origine dei difetti immaginari dell'immagine di sé, nel senso ampio della parola, segue la tipologia delle fasi di sviluppo psicosociale. Tutti i fattori che causano insicurezza nel sentimento di identità possono avere un effetto anche sull'immagine corporea. Lasciamo ora sospeso il difficile interrogativo del perché in alcuni casi determinati difetti si mantengono al livello della coscienza di sé, mentre in altri colpiscono l'immagine corporea.

5.2 *Una serie di sogni*

Una delle ragioni per cui le rappresentazioni di sé nel sogno aprono una dimensione profonda è che il «linguaggio onirico» ha un carattere scenico. Le deformazioni dell'immagine corporea si manifestano in un contesto interattivo. A paragone con il linguaggio onirico e in contrasto con le vivaci lagnanze dell'ipocondriaco, le descrizioni della malformazione immaginaria sono monodimensionali. Le descrizioni del corpo sentito come difettoso – la mandibola piccola, per esempio, il naso storto, il cranio deforme, la vagina stretta, il cuore malato – e la corrispondente diminuzione dell'autoestima non rendono evidenti i processi di formazione di queste rappresentazioni spesso astruse dell'immagine corporea, né tanto meno permettono al paziente un accesso esperienziale a esse. Al contrario, le rappresentazioni di sé svelano nel sogno dimensioni latenti, delle quali solo il prodotto finale della fissazione immaginaria si manifesta nel vissuto conscio e nella descrizione dei sintomi. Il contesto scenico del sogno permette inoltre di guardare alla genesi, intesa come danneggiamento che si esprime nel vissuto conscio in fenomeni psicopatologici, come «immagine corporea danneggiata».

La lettura della seguente serie di sogni permette di esaminare il lavoro di interpretazione dell'analista curante. L'analista ha aggiunto i suoi commenti su ciò che ha sentito e pensato subito dopo la seduta o poco più tardi, nel leggerne la trascrizione.

5.2.1 *Sogno dell'iniezione (seduta 37)*

All'inizio della seduta 37 il signor Erich Y racconta contento di aver scoperto alcune affinità con il suo capo, con il quale in passato c'erano stati molti contrasti, «accettati dalla nostra ambizione». Spontaneamente e senza un'associazione evidente, racconta un sogno della notte precedente: «Ero in un ospedale con un giovane medico. Lo avevo informato della mia malattia e mi aveva dato delle speranze dicendomi che conosceva una cura. Fece un esperimento iniettandomi qualcosa nella schiena, e mentre mi faceva le iniezioni – il che è durato a lungo – mi sono tirato indietro perché mi faceva male.»

Il signor Erich Y comincia a parlare in modo vago di esperienze piacevoli, forse anche con sua moglie. Il giorno precedente gli era successo qualcosa di positivo in famiglia, che gli aveva fatto capire quanto fosse importante la stima reciproca. Al lungo racconto segue una pausa cui pongo fine spiegando al paziente che nel sogno ha ricevuto qualcosa di piacevole, che però gli ha anche causato dolore. Appare qui il tema dell'ambivalenza nei confronti della terapia. Alcune sedute prima egli stesso era molto dubbioso sulle risposte da dare a chi gli chiedeva per curiosità che cosa otteneva con l'analisi. L'idea di non ricevere spesso un aiuto concreto da me potrebbe averlo condotto a rivolgersi nel sogno a un medico più giovane che, come io accenno, conosceva un rimedio particolarmente buono.

PAZIENTE: Sì, è durato molto a lungo.

ANALISTA: Quello che le venne somministrato.

PAZIENTE: Sì, perciò mi sono agitato. Volevo che tutto finisse.

ANALISTA: Uhm!

PAZIENTE: Per me è durato troppo a lungo. E poi subito pensai se la medicina stesse già facendo effetto.

ANALISTA: Sì.

PAZIENTE: Mentre mi stava ancora facendo l'iniezione, già tentavo di muovere la testa.

ANALISTA: Uhm, uhm.

PAZIENTE: Quindi ha fatto subito effetto.

ANALISTA: Sì, e qui probabilmente entra in gioco la situazione terapeutica con l'aspettativa ansiosa: ma... aiuterà? Sta andando troppo per le lunghe.

[*Riflessione*]. L'aspettativa di un aiuto più rapido viene frustrata; il paziente si sforza di avere pazienza, ma al tempo stesso cerca un aiuto concreto e immediato per il sintomo, che potrebbe essere legato al corpo nel suo contenuto interpretativo inconscio.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Io sono seduto dietro di lei. Nel sogno le viene fatto qualcosa, no? Da dietro.

PAZIENTE: Uhm (*lunga pausa*).

Il paziente riporta l'immagine di una roccia di granito che egli stesso o qualcun altro sta scalpellando. In contrasto a ciò ci sono deboli impressioni che gli passano davanti senza che egli possa descriverle. Mi dà l'impressione di essere abbastanza infelice, ed egli conferma la mia supposizione. Parlando con lui rilevo l'espressione di una resistenza che gli impedisce di stare fermo e che lo fa sentire come di fronte a una piattaforma girevole. In seguito, ritorna a parlare del sogno in modo riassuntivo nominando alcune parole chiave: l'interruzione improvvisa, l'andare via.

PAZIENTE: Oggi tutto cambia. Solo deboli impressioni.

ANALISTA: Lo dice con un certo rammarico. Come se fosse lei a cambiare troppo, o no? C'è stato un momento in cui aveva la sensazione di non avere molta voglia di continuare a pensare o fantasticare, per esempio quando le ho fatto notare che qui si aspetta di più. Nel sogno le viene somministrato un farmaco particolarmente buono. La cosa andava per le lunghe, e allora ha avuto la sensazione di non volersene più occupare.

PAZIENTE: Adesso mi viene un pensiero, collegato con l'impazienza ed eventualmente con il sogno: di aspettare il tempo necessario e di non rinunciare prematuramente, per non lasciare le cose a metà.

[*Riflessione*]. La delusione provoca insoddisfazione, che però viene preferibilmente repressa. Questo tema viene svolto nelle seguenti interpretazioni.

ANALISTA: Uhm. Sì, questo è certo un aspetto, la delusione, ma c'è anche il desiderio, il desiderio inespresso di ricevere il più possibile, il più presto possibile, no?

PAZIENTE: Sì, sì, sì, sì.

ANALISTA: Questo è probabilmente uno dei desideri che lei ha nel sogno.

PAZIENTE: Giusto.

ANALISTA: E se possibile in modo rapido, se possibile tanto e in modo piacevole...

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: ...da poter accogliere dentro di sé.

PAZIENTE: Efficace (*breve pausa*).

ANALISTA: Si tratta di un giovane medico che le dà qualcosa, le inietta qualcosa, più giovane di me.

PAZIENTE: Sì, sembra di sì.

ANALISTA: Uhm.

[*Riflessione*]. Il paziente non raccoglie il suggerimento riguardo al transfert, che viene accettato dall'analista in silenzio.

PAZIENTE: Questa impazienza, è giusto che io diventi impaziente. Si deve poter vedere qualcosa in fretta. Bisogna che ci sia qualcosa di efficace, di palpabile. Sì, e se non è così divento impaziente, e allora preferirei lasciare perdere tutto. Se invece porto a termine tutto per bene, ottengo molto di più.

ANALISTA: Allora succede che qui quasi si violenta diventando paziente, no? Soffoca un desiderio naturale e si sforza di non esserlo.

[*Commento*]. Il sottolineare che l'impazienza è qualcosa di naturale dà sollievo al paziente, e lo incoraggia a vivere in modo più consapevole un'aggressività molto intensa, che viene trasformata in impazienza.

PAZIENTE: Sì, sì, sì. Ma io non voglio ammetterlo.

ANALISTA: Uhm, uhm.

PAZIENTE: Cioè, se ci penso, ho la sensazione...

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: ...speriamo che lei non mi cacci via.

ANALISTA: Uhm. Sì, forse per questo si sforza di avere pazienza, temendo di essere rifiutato se mostra di non averla.

[*Commento*]. Questa è una formulazione tipica in un incoraggiamento indiretto: non verrà abbandonato se diventerà impaziente. Solo l'inequivocabile assicurazione tardiva ha permesso al paziente di aprirsi in modo più risoluto. In relazione a questa sequenza vogliamo spiegare che le formulazioni nella forma «come se» spesso non riescono a trasmettere una sufficiente sicurezza. Alla base di questo frequente tipo d'interpretazione c'è la supposizione che il paziente sappia già che la sua ansia è ingiustificata. Con questa forma grammaticale si crea un'apertura che stimola la riflessione. D'altro canto, però, il paziente viene lasciato nel dubbio. Le assicurazioni non possono annullare le aspettative inconsce. Non è importante quanto precise siano queste osservazioni, piuttosto non deve essere ignorato che interpretazioni stereotipate del tipo «come se» possono danneggiare la sicurezza di sé. Abbiamo l'impressione che queste stereotipie interpretative si riscontrino frequentemente in decorsi terapeutici sfavorevoli.

PAZIENTE: Già altre volte ho pensato che questa potrebbe essere l'opportunità che forse non avrò mai più nella vita, la possibilità di ricevere qualcosa, poi mi assale la sensazione di doverne approfittare di più, di più...

ANALISTA: Uhm.

PAZIENTE: ...di ricevere e di prendere.

ANALISTA: Uhm. Sì, e forse il sogno fa riferimento al fatto che proprio oggi vorrebbe portarsi via il più possibile, a causa dell'imminente sospensione delle sedute.

[*Commento*]. Viene stabilito il riferimento alle possibili situazioni scatenanti il sogno: interruzione e allontanamento.

PAZIENTE: Uhm, può essere, sì.

ANALISTA: Per poter recepire il più possibile.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Guardando la seduta di oggi c'è anche qui la questione dell'allontanamento, vista l'imminente interruzione.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Però lei si allontana, si allontana dall'iniezione.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Forse è rappresentato in modo figurativo anche un piccolo dolore, un dolore, sì, ma dà fastidio che adesso ci sia un'interruzione, un allontanamento (*breve pausa*).

PAZIENTE: Sì, mi viene in mente questo. Mia moglie ha detto già un paio di volte: cosa farai quando non potrai più andare dal tuo dottore, quando sarai di nuovo solo?

[*Riflessione*]. Una conferma delle supposizioni contenute nelle interpretazioni?

ANALISTA: Uhm, uhm.

PAZIENTE (*respira profondamente*): E io le ho risposto che in realtà non me ne sono ancora preoccupato, e non vorrei neanche farlo.

ANALISTA: Sì, sì, per il momento lei è ancora qui, e anch'io.

PAZIENTE: Sì.

ANALISTA: Sì, uhm, uhm (*pausa più lunga*).

PAZIENTE: A un tratto mi sento così sicuro e protetto e penso alle marionette che vengono fatte camminare, ma sono legate, non sono libere. Io ho una certa libertà di movimento, ma c'è qualcuno, qualcuno che è presente e mi guida.

[*Riflessione*]. Il mio accenno tranquillizzante «per il momento lei è ancora qui, e anch'io», ha permesso una fantasia rivelatrice e ha attivato un processo regressivo. Ora forse non si tratta più di ricevere con l'iniezione una medicina (quale?), ma piuttosto di essere condotto dalla mano paterna (o materna).

PAZIENTE: Mi chiedo internamente, sì, libertà di movimento, libertà di movimento e – senza essere presuntuoso – penso di poter osare, di poter fare qualsiasi cosa perché so che c'è qualcuno con me (*pausa molto lunga*). Mi torna sempre in mente il sogno di stanotte, il dottore è lì (immobile) e io mi muovo.

ANALISTA: Uhm, uhm.

PAZIENTE: Mi trovo in una specie di cerchio e mi giro.

ANALISTA: Uhm, uhm.

PAZIENTE: E passa questo e quello.

ANALISTA: Uhm, uhm.

PAZIENTE: E lui sta lì e osserva, mi osserva (*respira profondamente*).

ANALISTA: Prima pensava alle marionette che si muovono, che vengono prese addirittura per mano e mosse, quindi non vengono solo osservate.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Lei può toccare e può muoversi, girare e cambiare direzione, no?

PAZIENTE: Sì, sì.

ANALISTA: Uhm. Sì.

PAZIENTE: Ad un tratto ricevo un aiuto. Qualcuno che è presente. Nella mia insicurezza non sapevo proprio se fosse giusto o sbagliato (*lunga pausa*).

ANALISTA: Sì, per oggi devo concludere. Allora si continua lunedì 25.

PAZIENTE: Dottore, le auguro una buona vacanza.

ANALISTA: Grazie, anche a lei. Arrivederci.

PAZIENTE: Arrivederci.

[*Riassunto (dettato subito dopo la seduta)*]. Mi riesce difficile riassumere questa seduta ricca di contenuto nei temi principali. Negli ultimi minuti il congedo è molto caloroso. Sento che si è creato un rapporto particolarmente stretto con il paziente, come risposta alla sua ansia di ricerca di armonia. Penso al teatro delle marionette che mi ha sempre molto turbato, il teatro delle marionette di Kleist, poi penso a una mamma che prende per mano il suo bambino. Negli ultimi minuti io stesso ho dato un'interpretazione per cercare di ridurre la distanza di osservazione menzionata dal paziente, e per compensare la sensazione di essere lasciato solo, e osservato soltanto dall'esterno. Questo stato d'animo è in relazione con il sogno che rappresenta il punto centrale della seduta e che il paziente ha subito riferito. Ho anche percepito una certa resistenza a continuare quando mi chiede di più. Pensava di aver recepito troppe cose diverse, e questo lo credo anch'io (per resistenza contro desideri transferali passivo-ricettivi o desideri omosessuali?). È importante la sua preoccupazione di essere rifiutato se diventa impaziente, costringendosi quindi a non esserlo. Penso ai suoi desideri orali e ad altri, come il ricevere il più possibile, il più rapidamente possibile, e anche alla sua ansia che questo non sia sufficiente, probabilmente per i vari rifiuti subiti a causa di tali richieste. Percepisco la sua paura. Il terzo tema è quello della sospensione (delle sedute). Effettivamente, dopo che gli ho fatto notare il desiderio di portarsi via il più possibile nell'ultima seduta, riferisce le osservazioni della moglie: cosa farai quando non potrai più andare dal medico? Io lo rassicuro sulla continuità e sul fatto che non verrà respinto se mostrerà impazienza.

5.2.2 Sogno della gru (seduta 85)

Il signor Erich Y apre la seduta raccontando un sogno che lo ha particolarmente turbato e che riferisce con alcune pause.

Un vicino molto logorroico, con il quale aveva avuto qualche tensione, partecipava al montaggio di una gru. Il paziente aggiunge subito di non avere alcuna intenzione di disprezzare il vicino. Poi si contraddice parlando di «lotta» invece che di «sogno». Nel sogno il signor Erich Y era uno spettatore senza nessuna funzione. Mancava un pezzo importante per il montaggio: il braccio.

PAZIENTE: Mi sono fatto veramente prendere dal sogno: che aspetto poteva avere il braccio, in che modo poteva starci? Non sono riuscito a non pensare a questo pezzo mancante, quale aspetto avrà mai nella costruzione, di quale materiale sarà fatto. Mi è sembrato di trascorrere tutta la notte così. I miei ragionamenti si concentravano nel cercare il modo di completare la gru. Adesso non so quale potrebbe essere il significato, non ci vedo molto senso.

Il paziente non fa associazioni spontanee. Per iniziare il lavoro di interpretazione ricordo – pensando al complesso di castrazione – che egli ha cercato disperatamente il pezzo mancante. Il paziente ripete che ne è stato tormentato fino alla mattina: «Perché e che senso ha che manchi qualcosa?» Nella seguente descrizione del suo stato d'animo usa una parola chiave che preannuncia ricordi di traumi della fine della guerra che riaffioreranno in seguito.

PAZIENTE: Il peggio è che mi sento legato, quasi fossi incastrato da qualche parte, prigioniero. Non riesco a venirme fuori, non c'è via d'uscita. Come tecnico dovrei pure essere in grado di risolvere questo problema, dovrei averne la capacità.

In seguito a domande riguardanti il pezzo mancante, il paziente descrive la forma precisa e la funzione del braccio della gru. Dice che la parte pescante del braccio è un importante membro di collegamento senza il quale la gru non funzionerebbe. Si indigna per l'indifferenza del personale addetto al montaggio, e nello stesso tempo è arrabbiato per la sua irritazione, pur essendo un semplice osservatore. Forse sta esagerando, mentre il personale è indifferente.

[*Riflessione*]. La sua reazione è un chiaro indizio del suo non essere solo un osservatore; al contrario, è coinvolto come lo sono anch'io! Il racconto del paziente mi ha ricordato le mie tipiche disperate ricerche di oggetti smarriti e le eccessive angosce di perdita.

ANALISTA: Lei non è soltanto un osservatore, chiaramente è così colpito perché è a lei che potrebbe mancare qualcosa. Diventa quindi comprensibile lo sforzo di trovare a tutti i costi il pezzo mancante.

PAZIENTE: Ma poi non sono più estraneo alla cosa.

[*Riflessione*]. Il paziente crede di non essere coinvolto. Faccio notare il nesso fra l'essere impressionato e il turbamento, e la formazione reattiva dell'allontanamento.

Ancora una volta il signor Erich Y sottolinea quanto sia fastidioso non potersi allontanare da questo campo limitato che non permette alcuna via d'uscita. Dopo una breve pausa ammette di sentirsi bene talvolta. Questa constatazione però non lo aiuta ad andare avanti.

Dopo gli tornano in mente all'improvviso alcuni ricordi infantili di quando aveva quattro o cinque anni: «Dei prigionieri venivano spinti attraverso il villaggio, prima i russi dai tedeschi, poi i tedeschi dai russi.» Nel suo ricordo rivivono la miseria e la mancanza d'aiuto. All'orizzonte attuale dei suoi pensieri compaiono attacchi a bassa quota sulla fattoria. Rivede i bambini che lasciano la cantina sicura, affascinati, incuriositi e senza paura, lo scoppio del panico sotto gli spari e gli animali che si disperdono e vengono feriti.

Ho isolato la «ferita» e la «perdita», evidenziando intenzionalmente gli sforzi di tutta la vita per compensare la perdita dei suoi beni. Questa conferma della riuscita ricostruzione della proprietà perduta mitigherà la reviviscenza del trauma e faciliterà il suo superamento.

Il paziente descrive poi alcune scene di angoscia, la paura dei russi e la paura per la madre. Stabilisce così lui stesso una correlazione con il suo successivo conflitto nel triangolo madre-moglie-sé stesso.

PAZIENTE: Non posso comportarmi con mia moglie come lei vorrebbe. Non posso certo insultare mia madre, la solidarietà con la madre certamente esiste.

Racconta che la moglie perse sua madre quando era ancora bambina. Forse per questo si aspetta che lui le appartenga totalmente. Ora il paziente piange la perdita del padre.

PAZIENTE: Perché dovevamo proprio perdere il papà, con lui avremmo certamente avuto più sicurezza.

Il nonno li aiutò generosamente, i suoi valori contribuirono essenzialmente a formare il suo Super-io.

Su mia iniziativa consideriamo la funzione del padre, che avrebbe potuto facilitare il collegamento con il mondo. Mi soffermo sul significato generale della perdita e tento di rendere comprensibile la rappresentazione di sé nella gru, descrivendo il «sollevarsi della gru sul paesaggio» come desiderio di compensare le tante umiliazioni che ha dovuto subire durante la fuga con la madre e i fratelli.

Queste esperienze dolorose sono il contenuto delle sue successive associazioni spontanee. «Siamo stati trattati come lebbrosi.» Egli riconduce a queste umiliazioni i suoi sentimenti di inferiorità e i suoi sforzi per riuscire a diventare qualcuno.

Considerando le altre associazioni spontanee del paziente, si rafforza la mia ipotesi che i suoi difetti dell'immagine corporea siano da intendere come derivati del complesso di castrazione.

Offro un'interpretazione riassuntiva utilizzando intenzionalmente un *linguaggio figurativo onirico*, per dare vita alle sensazioni corporee.

ANALISTA: Lei vorrebbe tenere la testa più liberamente e lasciar girare allegramente la gru così imponente con il suo braccio pescante nel paesaggio. Ma poi sente questa disperata insicurezza e con essa vengono a mancare molte cose. Non è soltanto il sintomo che la ostacola, lei non può dimostrare cos'è veramente. In questi momenti le vengono in mente tutte le perdite possibili. Ciò che vede sono danni e conseguenze di danni. Così oggi le sono venute in mente rovine, minacce, bombardamenti. Se si tira la testa fuori dal buco, si viene colpiti.

In seguito il paziente si lamenta ancora della sua mancanza di sicurezza, che non lo fa migliorare molto. Quando in una discussione viene stimolato o addirittura attaccato e non reagisce in modo ottimale, allora si sente un «fallito».

La sua reazione dimostra nuovamente che il nominare gli eventi traumatici rappresenta soltanto un passo preparatorio per il loro superamento, con il quale potrà poi essere recuperata la sicurezza.

Dal mio attuale punto di vista noto con autocritica che il mio entusiasmo per le connessioni psicodinamiche mi ha portato a non considerare il danno attuale provocato dal vicino che parla troppo (l'analista), e forse a lasciarmi sfuggire la possibilità di proporre delle interpretazioni di transfert curative, partendo dal «qui e ora».

Il seguente *riassunto* psicodinamico è stato preparato per descrivere al lettore il retroscena teorico, dal quale sono stato influenzato più o meno consciamente. I desideri di tirare fuori la testa e di sentirsi grande e forte falliscono per l'angoscia inconscia del paziente di poter sembrare solo un fallito. I difetti causati dalla nevrosi, le sue idee di avere un pene troppo piccolo, un mento troppo corto, un naso troppo insignificante ecc., sono stati rafforzati dalla malattia neurologica del torcicollo; un difetto reale che è diventato evidente a tutti. Si è creato così un vero circolo vizioso, dove egli collega i traumi del passato, attraverso gli sguardi umilianti degli altri, a sé stesso in quanto «storpio». Il difetto, in passato solo immaginato, è diventato realtà; da un lato perché è sopraggiunta una malattia fisica, dall'altro perché il disturbo della sua immagine corporea gli sembra reale all'interno del circolo vizioso descritto.

Fra l'altro ho messo in relazione il complesso di castrazione, come espressione della natura pulsionale dell'essere umano, con una carenza e una difettosa rappresentazione di sé. Questa considerazione contiene diversi passaggi interpretativi intermedi. Di fatto non è stato rappresentato un torso umano a cui manca il pene, ma una gru senza braccio. Si ha quindi un'equivalenza, partendo dal primato della percezione e del pensiero antropomorfo. Le macchine costruite dall'uomo sono estensioni del suo corpo e come nel pensiero animistico vengono guidate dal sognatore. In tal modo la gru serve per la rappresentazione di sé, alla quale si arriva con la semplice interpretazione dell'equivalenza. Tuttavia in questo percorso bisogna risolvere diverse questioni. Perché il paziente non si è rappresentato come un torso umano privo di fallo, e perché nel rappresentarsi sotto forma di gru non ha aggiunto un braccio gigante, invece di mettere in scena una disperata ricerca del pezzo mancante? In ogni caso, nel sognatore non si è fatto strada alcun desiderio fallico onni-

potente. Incontriamo invece desideri di riparazione; nel sogno viene simboleggiata una carenza, viene cercata una soluzione. Il trauma sembra essere veramente accaduto, per cui si cerca aiuto. Si può ipotizzare che il dolore per il distacco di una parte del corpo erogena e necessaria alla vita sia talmente grande da far ricorrere il sognatore a una rappresentazione indiretta che si collega alla possibilità di tornare a essere un tutto «integro». In tal modo si potrà superare e riparare il trauma temuto, che per il momento si impone come difetto. In questo senso c'è un'analogia tra rappresentazione onirica e dismorfofobia. Sottolineiamo fermamente che l'etiologia relativa al torcicollo si situa a un altro livello.

Da questa descrizione si può dedurre come il circolo vizioso possa essere interrotto terapeuticamente per fare in modo che le situazioni scatenanti, come per esempio l'essere guardato, non raggiungano più il valore soglia che rende possibile la comparsa del disturbo motorio del torcicollo, di origine fondamentalmente neurologica. Ora bisogna trasformare la fondata teoria clinica della situazione precipitante e le relazioni sopra descritte in passaggi tecnici.

5.2.3 Sogno della riparazione dell'automobile (seduta 153)

Nel commento che accompagna la seduta ho riportato quei pensieri che di volta in volta influenzano la mia interpretazione. Le mie riflessioni si basano sui sentimenti provocati dai temi discussi.

Nella prima parte della seduta il paziente ha parlato di un litigio con sua moglie, successivamente ha preso in considerazione alcune soluzioni costruttive con le quali termina questa parte della seduta.

PAZIENTE: Ho tentato di parlare con lei. «Dimmi cos'è che ti pesa, perché non ne parliamo adesso?» Sento che la sua aggressività diminuisce quando si può sfogare così. Devo diventare più deciso con me stesso e non sentirmi, possibilmente, sempre aggredito; piuttosto devo capire riguardo a che cosa vuole sfogarsi con me, dal momento che secondo lei sono io il responsabile del suo stato attuale.

Un risultato positivo raggiunto finora con la terapia è il potersi interessare maggiormente della moglie.

Dopo una pausa il paziente racconta un sogno che lo ha particolarmente colpito.

PAZIENTE: Stanotte ho fatto di nuovo un sogno molto strano. Ero un'altra volta in un'autofficina e avevo dei problemi con il tubo di scappamento rotto. C'erano delle difficoltà e nessuno se ne voleva occupare, allora hanno cominciato a costruire un nuovo tubo di scappamento. Si trattava della marmitta, e le persone che partecipavano alla costruzione sono diventate sempre di più. Alla fine tutta l'officina era alle prese con questo pezzo del tubo di scappamento. In un attimo fu pronto. La macchina era di nuovo a mia disposizione, e non riuscivo a rendermi conto del perché così tanta gente si fosse mobilitata per aiutarmi. Dopo mi fu chiesto di dare qualcosa in cambio. Io dissi che mi sembrava giusto.

[*Riflessione*]. Il sogno fa supporre uno sfondo anale del suo disturbo ipocondriaco dell'immagine corporea, che si è rafforzato con il disturbo neurologico.

Il paziente riflette sulle numerose persone che lo hanno aiutato.

PAZIENTE: Stamattina ci ho pensato durante la preghiera. Mi è subito venuto in mente che questi possono essere i fratelli di fede che mi hanno dato così tanto, quando non trovavo aiuto da nessun'altra parte. Lì sono stato accolto e mi hanno percepito pienamente (*questo è un modo di esprimersi tipico del paziente: percepire sé stesso ed essere percepito in modo distinto e il più intensamente possibile*), e anche lei si trovava fra loro; già l'ultima volta volevo dirle che più mi sento liberato da quello che mi pesa, più mi ritrovo credente, e in questo sento così tanta, così tanta sicurezza.

ANALISTA: Sì, e nel sogno viene anche riparato, viene guarito quello che si era rotto.

[*Riflessione*]. In un primo momento mi infastidiva questo essere incluso nel gruppo dei suoi fratelli di fede, ai quali è unito spiritualmente nella preghiera. Poi ho capito la necessità del paziente di quest'armonia, di questo bisogno di farmi partecipe per rafforzare la propria sicurezza. Questo sogno mi ha stupito per il suo simbolismo anale. Fino a questo momento dell'analisi, infatti, è il primo sogno con un tale contenuto. Ho però riflettuto sul fatto che in alcuni disturbi extrapiramidali la coprofilia si presenta come sintomo associato. Tali pazienti sentono la necessità di esprimere in modo ossessivo parole oscene, soprattutto del vocabolario anale. Mi occupo della rappresentazione di sé nel sogno e del latente significato anale da me supposto, menzionando in modo diretto vocaboli del repertorio anale come scaricare aria, scoppiare, rumoreggiare, dare gas e puzzare. In seguito utilizzo anche le parole scorreggiare, merda, e prendo alla lettera l'allusione al vaso (l'orinale).¹ Ho il sospetto che egli rifiuti questo suo lato anale ma che il suo desiderio di essere amato anche come «puzzone» sia grande.

PAZIENTE: È strano, adesso mi viene in mente che in questa autofficina c'era anche una donna nubile che mi ha subito affascinato; io ero scapolo. Questo però non c'entra molto con il tubo di scappamento.

[*Riflessione*]. Questa aggiunta è stata probabilmente provocata dalla mia interpretazione del suo desiderio di essere amato nonostante tutto. La donna non è adatta al mondo anale degli uomini o dei ragazzi.

Il paziente ricorda poi in modo particolareggiato dei giochi sessuali della sua infanzia, con alcuni dettagli nuovi.

ANALISTA: Quando prega con i suoi fratelli di fede lei si sente sicuro. Allora non è un malvagio, né un puzzone, né uno che scorreggia.

PAZIENTE: Ho un altro atteggiamento verso le cose sessuali, ma mia moglie mi condanna sempre quando, per esempio, per esempio, il massaggio il sedere o le accarezzo il seno e i genitali.

ANALISTA: Sentire ciò che le ho detto sul tubo di scappamento, sul defecare e puzzare, le è certamente piuttosto estraneo; ho l'impressione che non le risulti molto chiaro.

PAZIENTE: Non molto.

[*Riflessione*]. I miei tentativi forzati d'interpretazione sono andati troppo oltre, e il paziente li ha ignorati. Tenta perciò di proporre qualcosa che faccia da ponte, ritornando sull'argomento e mettendo in dubbio la mia invadenza. Ero sicuro riguardo ai contenuti inconsci, ma mi erano venuti dei dubbi sull'adeguatezza del momento e sull'intensità della mia interpretazione. Per questo provo a far ricordare al paziente le osservazioni fatte sulla fattoria paterna. E qui egli riporta molti particolari.

PAZIENTE: E poi c'era un toro comunale a cui portavano le vacche da montare; adesso mi viene in mente un fatto accaduto, era durante il periodo di apprendistato. Un garzone mi chiese di spogliarmi e di strusciargli i miei genitali sul sedere e viceversa.

¹ [Topf = vaso; Auspufftopf = marmitta.]

Mi sorprende che diventi cosciente un ricordo dimenticato dalla tematica inequivocabile. Rimane poco chiaro fino a che punto sia arrivata la seduzione, anche perché non volevo diventare invadente. Il paziente parla di questa esperienza fino al termine della seduta, della sua paura di essere sorpreso e punito, della sua sottomissione, del suo timore che accadesse qualcosa, ma anche della sua curiosità piena di piacere.

5.2.4 *Sogno dell'agente segreto (seduta 216)*

Nell'introdurre questo «sogno tipico» il signor Erich Y fa notare che il seguente sogno dell'agente segreto si adatta perfettamente ai suoi problemi.

PAZIENTE: Cercavano un agente segreto. Mi sospettavano. Per non essere scoperto mi muovevo come uno storpio.

Il mio atteggiamento di attesa permette al paziente di rendere più completo il succinto racconto del sogno: un osservatore gli stava sempre alle calcagna dovunque andasse. Veniva seguito e controllato quando viaggiava, alla stazione, in bagno.

PAZIENTE: Dovevo impormi di non raddrizzarmi per non essere riconosciuto e scoperto.

Non risulta chiaro perché fosse perseguitato nel sogno e di quali fatti venisse accusato; era ricercato come agente segreto, e il nascondersi rappresenta il centro della sua esperienza.

La descrizione appassionata del suo atteggiamento chinato e la sua paura di raddrizzarsi per non essere scoperto e arrestato mi danno l'opportunità di alludere a come soffochi i suoi movimenti espressivi. Gli faccio notare che molte delle sue azioni sono accompagnate da sensi di colpa. Come un agente segreto, fa le cose di nascosto.

Con cautela introduco un'interpretazione di transfert, accennando all'ambiguità che egli attribuisce al mio ruolo: per il suo vissuto conscio sarei quello che gli offre aiuto. Inconsciamente però teme ciò che non è stato ancora rivelato e potrebbe diventare visibile.

ANALISTA: Questa per lei è comunque un'angoscia. Come poter mantenere segrete le fantasie aggressive, come poter nascondere le sue fantasie da agente segreto? Questo è dovuto al suo non voler essere un cattivo e non volersi svelare totalmente.

PAZIENTE: Sì, è vero. Ci sono molti aspetti che represso, solo per non dare agli altri alcun tipo di informazione che mi riguardi.

ANALISTA: In questo modo lei si nasconde, si comporta come una gatta morta anche quando non è necessario, come fa qui con me.

[*Commento*]. Il lettore si stupirà forse di questa prudenza: il paziente sa che l'analista non è un poliziotto, né un agente segreto o un avvocato, ma aiuta a chiarire le cose chiamare col suo nome un'incertezza ansiosa. Molti analisti vi rinunciano perché pensano sia superfluo spiegare ciò che il paziente conosce bene, o credono di poterlo fare in una qualsiasi occasione. Noi crediamo invece che accennando alla doppia funzione dell'interpretazione transferale data si possa da un lato avere un effetto calmante, e dall'altro aprire l'intera dimensione delle azioni segrete inconscie.

In tal senso ho completato la mia interpretazione suggerendo al paziente di immergersi nei ruoli da lui preferiti quando vede dei film gialli o di spionaggio, con lo scopo di aumentare la percezione di sé stesso.

In risposta a ciò il paziente cerca le cause che lo portano «ogni volta di più in questa posizione chinata, sottomessa, per non essere riconosciuto». Si accusa di essere un vile e poi gli viene all'improvviso in mente il proverbio: «Diventare padre non è difficile, il difficile è esserlo.»²

Siamo tutti e due sorpresi da questa associazione, e senza aspettare gliela giro: «Si diventa padre molto facilmente se non ci si mette la coda fra le gambe. Lei doveva sempre mettersi la coda fra le gambe perché non accadesse niente.»

Il paziente si interessa della metafora contenuta in questo modo di dire popolare, riportando molti esempi. Teme ancora di essere cacciato via se lascerà trapelare le sue fantasie aggressive. Si vede come un uccello in gabbia che cerca di fuggire o anche come un uccello che, diventato indipendente, vorrebbe abbandonare il nido; da questo nascono subito delle ansie di punizione e di lesionismo del tipo: «Sì, mi hanno tarpato le ali.»

Propongo allora con un'interpretazione una serie di possibili cause che il paziente in precedenza aveva inutilmente cercato. Per ampliare il più possibile la prospettiva, gli parlo in generale di voglia di muoversi, di mani che non possono prendere nulla, mani di un agente segreto. Nel mezzo del dialogo si trova questa dichiarazione: «Lei è un agente segreto e come tale quando si guarda in giro vede molto di più, anche qui nel mio studio. Allora pensa di fare qualcosa di proibito.»

Incoraggiato dal mio accenno il paziente scopre di essere lui a tarparsi le ali, mentre finora aveva sempre creduto che fossero gli altri a limitarlo.

[*Riflessione*]. Questa scoperta non può certamente cancellare il fatto che il signor Erich Y fosse esposto a pericoli reali, considerando la teoria freudiana dell'angoscia, e che avesse perso alcune penne nella lotta. Rimane però la questione terapeutica fondamentale del perché il paziente si comporti ancora oggi, in relazione alla sua scoperta, come una «gatta morta», e si nasconda. Anche la seguente interpretazione si riferisce a questo.

PAZIENTE: Io stesso voglio rimanere così, e mi lego le ali.

ANALISTA: L'angoscia di essere punito rinasce sempre, la paura di venir tagliato sempre più, se non si tiene legato.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Com'era nell'altro sogno, quando veniva sottoposto a un'operazione chirurgica?

PAZIENTE: Sì, alla testa, mi veniva tolto il cervello.

ANALISTA: Nel sogno si protegge affinché non accada niente e non ci siano altri danni.

PAZIENTE: Sì, la cosa strana è che comprimo il mio corpo e tutte le mie possibilità, tanto da andare in giro storto come un paralitico, e non mi ribello, non mi oppongo. Perché, per quale motivo?

Alla fine della seduta viene isolato il tema della relazione fra perseguitato e persecutore. Il paziente fa propria questa idea raccontando che cosa succederebbe se potesse cambiare la situazione, restituendo tutte le umiliazioni e mortificazioni subite. Questo cambiamento viene descritto in modo drammatico nel seguente sogno dell'amputazione.

² [Water werden ist nicht schwer, Vater sein dagegen sehr.]

5.2.5 Sogno dell'amputazione (seduta 223)

Nell'ultima parte della seduta il signor Erich Y ricorda, come per caso, un sogno molto crudo: con una particolare associazione la parola *piede* gli ricorda di aver fatto un sogno terribile.

Il racconto del sogno comincia con un argomento che lo aveva molto preoccupato anche come residuo diurno. Si preoccupa se la mutua continuerà a pagare la terapia, e vorrebbe ridurre la frequenza delle sedute. Egli paga una piccola parte dei costi del trattamento, circa dieci marchi per seduta. In quanto titolare di un'assicurazione volontaria, viene trattato come paziente privato. Questo elemento scatenante deve essere menzionato subito perché il paziente si sente continuamente turbato da questo contributo – piccole cause hanno un grande effetto – e a livello inconscio questa somma è una grave perdita di sostanza.

All'inizio si occupa di questioni finanziarie, di risparmio e avarizia. La differenza di opinioni porta a tensioni coniugali. Il signor Erich Y è eccessivamente preoccupato per debiti contratti per l'acquisto di una casa. Dopo molte considerazioni sugli aspetti razionali e irrazionali della questione, dice una parola chiave che gli fa ricordare un sogno.

PAZIENTE: Vorrei essere di nuovo libero.³ A proposito di questa parola mi viene in mente un terribile sogno della notte scorsa. Ero da lei, lei zoppicava e si è seduto. «Ma che cos'ha?», le ho chiesto. «Mi hanno tolto l'ultima gamba che mi restava.» «Come, l'ultima gamba?» «Sì, perché una gamba è già di legno, adesso ho perso anche l'altra.» Non potevo credere a quello che sentivo. Non mi ero mai accorto che avesse una gamba di legno, e adesso anche l'altra. Lo ha sopportato abbastanza serenamente, io non sarei riuscito a superarlo. Che strane combinazioni di pensieri si svolgono e appaiono nei sogni.

ANALISTA: Sì, lei mi vorrebbe vedere sempre sano e vorrebbe essere sicuro che non mi accada niente; ciò significa che quando è qui deve stare attento a non ferirmi. Nell'ultima seduta si parlava di persecuzione e di vittime, di essere passivo contro essere aggressivo, di ferire contro attaccare.

Le associazioni e le interpretazioni partono dal residuo diurno. Il paziente ha visto una minaccia esistenziale nella mia esigenza di una sua partecipazione ai costi della terapia. È sorpreso, quasi sconvolto, degli enormi effetti emotivi prodotti dalla mia aspettativa.

Il punto centrale delle mie interpretazioni è che il paziente tenta di assicurarsi pace e armonia con la sottomissione, e vive, nello stesso tempo, come una vittima. Tenendosi attaccato e proteggendo con avarizia le sue proprietà, è riuscito a trovare un equilibrio e a limitare i danni.

ANALISTA: Lei vede la mia richiesta come un'appropriazione delle sue sostanze. Occhio per occhio, dente per dente. Chi la fa l'aspetti.

PAZIENTE: Posso ben immaginare che se dovessi pagare integralmente le sedute, sentirei una tale tensione interna che mi darei da fare per liberarmene al più presto e per trovare così un sollievo.

[*Commento*]. Senza la sua partecipazione personale ai costi, che comporta un minimo aumento dell'onorario, da 80 a 90 marchi, naturalmente ben accetto all'analista, i desideri e le aspettative inconscie del paziente avrebbero

³ [Auf freien Fuss.]

trovato un altro possibile legame con una percezione realistica. La partecipazione personale ai costi, pertanto, non rappresenta un mezzo introdotto intenzionalmente per guidare il transfert in una particolare direzione. Non è infatti necessario introdurre artificialmente delle percezioni realistiche plausibili che potrebbero essere dannose. L'utilità della modesta partecipazione privata viene dimostrata e rafforzata dai seguenti pensieri del paziente.

ANALISTA: Sì, le darebbe talmente fastidio e le sarebbe più facile arrabbiarsi, se io fossi quello che dà fondo al suo portafoglio, tagliandole in qualche modo le gambe che la sostengono. Se dovesse pagare tutto da solo, sarebbe davvero un grosso peso, lo sente già tale per dieci marchi. In un secondo momento la cosa può anche essere minimizzata, lei può pensare che non sia così terribile anche se emotivamente la sente tale; questo nel sogno appare chiaro. Con la mia richiesta è come se io l'assalissi, occhio per occhio, dente per dente. È una fortuna che le sia venuto in mente, e soprattutto che sia stato in grado di sognarlo e di raccontarlo. Ha ricordato il sogno in modo del tutto improvviso.

PAZIENTE: Uhm, sì, il sogno mi è tornato in mente alcune volte durante il fine settimana. Ho pensato spesso al suo possibile significato.

[*Commento*]. Per questioni di principio, e non solo per l'inquietante potere della dinamica inconscia, si consiglia di considerare al primo posto nel lavoro di interpretazione il problema della sicurezza, e di continuare poi con il desiderio di integrità, con le formazioni reattive e con i tentativi di riparazione. In questo trattamento l'analista segue questa regola interpretativa. Egli parte dall'ipotesi che il paziente desideri che l'analista resti sano e che non gli accada nulla, e che ogni ferita possa essere superata. Altrimenti per lui stesso, storpio, non ci sarebbe alcuna possibilità.

Questo sogno transferale permette di scoprire la provenienza dei difetti dell'immagine corporea, riportando quindi il danno nei termini della sua storia genetica interazionale.

Il tema continua a svilupparsi nel racconto del sogno della decapitazione.

5.2.6 Sogno della decapitazione (seduta 230)

All'inizio della seduta il signor Erich Y parla di un peggioramento dei sintomi a causa di una lite con la moglie.

A tale proposito faccio la seguente riflessione: il paziente a volte reagisce alla pedanteria della moglie cercando di accontentarla in tutto, cosa che, comprensibilmente, non riesce a sostenere a lungo. Davanti a questi problemi matrimoniali sono anch'io perplesso, dal momento che il comportamento della moglie influisce sugli avvenimenti psichici del paziente con un rafforzamento del Super-io. Finora si è sempre rifiutata di cercare anche per sé un aiuto terapeutico, nonostante accusi il paziente di avere, *lui* solo, la possibilità di sfogarsi e di trovare sollievo.

Dopo una breve pausa lo stato d'animo del paziente cambia, e comincia a raccontare molto turbato il «sogno terribile» della notte precedente.

PAZIENTE: Eravamo in una piccola fabbrica che non conoscevo. Dapprima c'erano due uomini che stavano litigando. Poi la situazione si è fatta seria, ed è cominciata una vera lotta. Uno ha staccato la testa all'altro e l'ha lanciata lontano. Improvvisamente l'uomo senza testa è scomparso; nonostante fossi presente, ho chiesto dove se n'era andato. Mi risposero che se n'era andato, sparito senza lasciar traccia, e la stessa cosa sarebbe successa anche a una ragazza che mi ero accorto mancare da tempo. Anche quella sarebbe scomparsa in modo simile, non senza testa, ma sarebbe semplicemente scomparsa. (*Breve pausa*): Strano, sogni così terribili.

ANALISTA: Sì, questo sogno è la continuazione del sogno della perdita della gamba. Adesso è più evidente l'intensità della lotta e del lottatore, del volersi imporre.

[*Riflessione*]. Con questo accenno cerco di sottolineare la continuità del tema della castrazione nel transfert.

PAZIENTE: Il sogno è continuato poi con il mio tentativo di cancellare tutte le tracce per rendere impossibili indagini successive. Tutto girava attorno a una stufa e al suo contenuto che, non so come, era stato distrutto e portato via in modo da non lasciare tracce, nonostante fossi spettatore degli avvenimenti (*pausa più lunga*).

ANALISTA: Doveva sempre coprire, nascondere, nascondersi, non essere mai aggressivo, non fare neanche una gara, una lotta. Anche per paura. Allora lo sconfitto era lei, era il piccolo, il fuggiasco che doveva mettersi la coda fra le gambe di fronte a una lotta all'ultimo sangue. Nel sogno lei è solo spettatore, ma come spettatore partecipa intensamente nel nascondere i fatti.

[*Riflessione*]. Interpreto il duello crudele e mortale come una rappresentazione del transfert e come una diversa rappresentazione del Sé del paziente che, a livello inconscio, ha elaborato le conseguenze di duelli passati, in modo da essere lui ad andare in giro con la testa deformata. Nel contempo ha anche stabilito una distanza, o meglio una distinzione, in virtù della quale è soltanto un osservatore imparziale. Considero innanzitutto importante l'aspetto difensivo del sogno.

PAZIENTE: Ma tutto questo è così orrendo.

ANALISTA: Non a caso si tratta della testa. Proprio nella testa si svolgono molte cose. Il suo immaginarsi piccolo deriva in parte dall'idea che proprio lì manchi qualcosa, anche se in realtà non è mai stato vero; ma a livello figurativo, di fantasia, e a livello inconscio, i desideri si trasformano in realtà, per esempio quando si dice che si sta rischiando la testa.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Uhm. Si è anche meravigliato di avermi sognato invalido.

[*Riflessione*]. Stabilisco una relazione con il sogno dove il paziente mi aveva visto amputato, e gli faccio notare che si sta verificando un cambiamento: nel sogno lui non è soltanto la vittima, ma anche il carnefice. Il cambiamento dal soffrire passivo all'agire attivo non è fondamentale solo da un punto di vista terapeutico generale. Mi ritornano in mente idee relative al fatto che sullo sfondo del movimento automatico si potrebbero instaurare potenziali attività analoghe alle «attività a vuoto» nel senso di Lorenz (Lorenz e Leyhausen, 1968).⁴

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Per molto tempo lei si è visto come un invalido, come una vittima.

PAZIENTE: Uhm.

⁴ [«Attività a vuoto»: concetto e fenomeno molto noto in etologia in relazione alla tematica della complessa interazione tra «coordinazioni ereditarie o movimenti istintivi o innati» e ambiente. Si riferisce a quelle attività o movimenti che persistono anche in condizione di privazione dell'oggetto o dell'esperienza rispetto ai quali erano finalizzati prima che intervenisse la privazione.]

ANALISTA: Dal momento che ha molta paura di sé stesso, preferisce essere la vittima piuttosto che il carnefice. Per questo motivo cerca di far sparire le tracce perché nessuno possa accusarla e nessuno sappia che è implicato nella faccenda. Come molti altri anche lei gareggia, partecipa a violente discussioni, a rivalità, a situazioni pericolose, magari non nella realtà, ma tutto questo si agita nella fantasia.

Mediante la generalizzazione secondo la quale egli compete come qualsiasi altro essere umano, tento di mitigare la sua angoscia nei confronti delle aggressioni mortali, perché questi aspetti inconsci abbiano più spazio. Per lo stesso motivo sottolineo il livello della fantasia, dopo aver esagerato con le parole «morte» e «attacco mortale», che lo avevano fortemente spaventato. Rileggendo la trascrizione mi accorgo di quante riserve egli abbia, pensando che io possa rubare i suoi pensieri, perché inconsciamente non è sicuro che li utilizzi per il suo bene.

PAZIENTE: Sì, è proprio questo sentimento. Ieri in ditta, per esempio: in questo periodo abbiamo con noi un uomo che dovrà fare carriera in una nostra filiale. Sta raccogliendo informazioni, e noi lo stiamo istruendo. Ieri è venuto da me a chiedere alcune cose. Gli ho dato le informazioni e i dati, e gli ho fornito una copia del rapporto mensile perché sappia che cosa riferire alla direzione amministrativa. Più tardi un collega mi ha detto che stavamo dando a questo signore la migliore formazione. Intendeva dire che non gli si sarebbe dovuto dare alcun aiuto per iniziare la carriera.

[Riflessione]. L'esagerata disponibilità del paziente ad aiutare presenta anche un altro aspetto. La rivalità e la competitività irrompono come residuo diurno sul piano della concorrenza nei confronti di chi ha delle idee migliori. Il paziente, come si vede nelle successive associazioni spontanee, ha avuto un'idea vincente che un altro gli ha sottratto. Si tratta quindi di qualcosa concepito nella sua testa che gli viene tolto.

Le associazioni seguenti mostrano che il paziente aveva avuto una buona idea per migliorare il funzionamento dell'azienda. Il signor Erich Y ha sopportato in un silenzio amareggiato che il caporeparto se ne appropriasse facendo credere fosse sua.

PAZIENTE: Mi ha fatto molto male, ma l'ho sopportato.

ANALISTA: Vede, lui le ha tolto ciò che era nella sua testa. Nel linguaggio onirico, le ha tolto la testa. Questa è una piccola situazione di rivalità. Lei si è dimostrato succube, vero, e allora...

La mia interpretazione nasce dalle implicite riflessioni teoriche. Il residuo diurno può avere un grande effetto.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Lei vede gli altri che sono invidiosi o che si permettono di esserlo.

PAZIENTE: Ma se mi metto in mostra (*sospira*), allora mi sembra di voler primeggiare.

ANALISTA: Sì.

PAZIENTE: Nonostante tutto mi dà fastidio. In fondo dovrei essere contento che una mia idea abbia avuto successo. D'accordo, okay, per me ora sarebbe utile se il capo sapesse che il merito è mio e non di altri.

ANALISTA: Vede quanta rivalità emerge. Anche lei combatte i suoi duelli. Sembra che quando si tocca la testa, il duello disputato nel sogno si trasformi in una lotta fra la sua testa e la sua mano.

Con questa interpretazione tento di mettere in evidenza l'interiorizzazione di un duello. Il signor Erich Y si stupisce nuovamente nel constatare come la sua mano

lotti contro i movimenti involontari della sua testa. Quanto più forte diventa la sua rabbia e la forza che mette nella mano, tanto più forti diventano le forze contrarie che fanno girare la testa verso destra. Le sue osservazioni sono degne di nota. Oltre al duello descritto, anche il toccarsi, per esempio, durante la rasatura, o l'accarezzarsi le guance, fanno sì che la testa si giri automaticamente. L'interpretazione data si basa sulla supposizione che in questo sviluppo dei sintomi si rappresenti un duello interno, che cerco di far regredire a un livello interpersonale con le mie interpretazioni, includendo la *relazione di transfert*.

ANALISTA: La mano è proprio la sua. Le appartiene tanto quanto la testa, ma quando si tocca, quando sfiora la testa, allora la sua mano si trasforma in un corpo estraneo...

PAZIENTE: Uhm, uhm.

ANALISTA: ...in un aggressore.

PAZIENTE: Uhm (*pausa prolungata*).

ANALISTA: I soldi che le chiedo, pur essendo pochi, rappresentano per lei qualcosa di materiale, un pezzo di sé. Inconsciamente sente una grande sensazione di perdita che provoca una rabbia che la induce a troncarci una gamba.

Ritengo importante dimostrare che il duello nel transfert è a un livello concreto per il paziente. Lì si situano anche gli affetti.

PAZIENTE: Che questo sentimento, questa tensione che si esprime nel sogno, sia così mostruoso, così radicale come la testa tagliata...

ANALISTA: Sì, sì (*pausa prolungata*).

PAZIENTE: ...come se non ci fossero altre possibilità.

ANALISTA: Uhm. Sì, non per niente esistono i cacciatori di teste.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Inoltre la testa è qualcosa di magico, avere testa, avere forza. Come tagliare i genitali per estrarne la forza, allo stesso livello (*pausa prolungata*). Anche i cannibali mangiano carne umana per appropriarsi della forza dei nemici.

Con queste spiegazioni vorrei portare la componente magica anche su altri livelli, per far capire al paziente le sue motivazioni inconse. Mi accorgo però di aver superato i limiti, perciò con la successiva osservazione torno al livello dei sintomi e all'invidia nei confronti delle teste sane degli altri.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: I suoi disturbi scatenano molte cose. Lei dice a sé stesso: potessi avere un'altra testa, potessi avere la testa di quell'altro. Potesse avere la mia testa: adesso faccio riferimento a me personalmente. Si ricorda, avevo disegnato il circuito cerebrale della sua testa e così mi sono appropriato delle sue idee, come il suo caporeparto.

[*Riflessione*]. Ricordo un suo precedente sogno, che gli rammento per fargli capire che nel linguaggio onirico vuole avere la mia testa, e sostanzialmente impossessarsi delle mie idee.

PAZIENTE: Sì, sì, sì. Ma questi sono pensieri primitivi, da uomo di Neanderthal.

Il paziente è diventato molto attivo. Mentre ripete i «sì» di conferma la sua voce è piena di entusiasmo. Poi c'è una leggera diminuzione, dovuta alla primitività dei suoi pensieri.

ANALISTA: Sì, sono vivi in ognuno di noi.

PAZIENTE: Sicuramente ognuno li porta in giro con sé nello zaino dell'inconscio. Ma che io non possa dominarli! E se domino tutto, allora sopravvengono queste repressioni. Ma non è plausibile che questo voler possedere e questa violenza non possano mostrarsi. Se ognuno agisse secondo questo principio sarebbe una cata-

strofe (*pausa prolungata*). Adesso sto pensando ai rapporti umani, alle discussioni per reclami. Ci si rende talvolta conto che il cliente vuole venire a sapere ciò che è successo. Immagino una persona che non riesce a controllarsi, che passa ogni limite e perde il senso delle proporzioni. Io detesto le persone che si comportano in questo modo anche nella vita quotidiana.

[*Riflessione*]. Il paziente si sforza, comprensibilmente, di incanalare l'intensità del sentimento di concorrenza e di rivalità su un livello abbastanza umano, e tutti i successivi residui diurni si riferiscono a questo tentativo. Inoltre per me è importante chiarire la componente transferale riguardo alla sua partecipazione ai costi di circa dieci marchi, che egli sente come una perdita materiale.

PAZIENTE: Certamente esistono capacità, possibilità, pensieri che vengono risvegliati ma che non sono violenti. Ma a cosa mi serve dire al collega, ti sembra corretto avermi sottratto l'idea? Mi servirebbe a qualcosa adesso? Lui lo sa benissimo che non è giusto. Dovrei controllarmi al punto da sentirmi soddisfatto pur non esprimendogli la mia opinione. Uhm. Sì, e vorrei naturalmente fare bella figura davanti agli altri.

Questo tema e quello della competitività occupano il resto della seduta.

PAZIENTE: Certamente l'essere ferito è un punto importante, dà la sensazione di essere dimenticato. Come dice lei, mi viene tolto qualcosa, vengo tagliato, limitato, ma per me questa è ristrettezza di idee.

ANALISTA: Sì, credo sembri così. Non è tanto una ristrettezza mentale se consideriamo l'enorme impatto che ha sul suo modo di vivere. Si direbbe quasi che è un modo di vedere di ampio respiro. Ampio, nel senso che le conseguenze vissute sono molto forti, e nello stesso tempo viene nascosto quanto lei si senta colpito da tutto questo. Lo vive, contemporaneamente, come gretto, perché a livello cosciente è molto lontano dall'essere una cosa così terribile.

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Da un lato è un evento ridicolo, ma nello stesso tempo è un'esperienza molto forte.

PAZIENTE: Sì, dal punto di vista emotivo.

ANALISTA: Se io le tolgo dieci marchi, per lei ne va della sua sostanza, l'essere o il non essere.

PAZIENTE: Sì.

ANALISTA: D'altro canto, se io ho nella testa il suo circuito cerebrale, allora lei vorrebbe avere la mia testa per portarla liberamente come me, non nascosta come fa l'agente segreto. Vorrebbe entrare nella mia testa, sì, avere tutto quello che c'è dentro, tutto ciò che so, così tutto le apparterebbe. Questo è molto umano. Allora sarebbe libero e...

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: ...avrebbe forza e potere e tutto quello che attribuisce alla mia testa. Si dice infatti «pezzi grossi» (*Grosskopfeten*).

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: I «pezzi grossi» sono proprio quelli che hanno molto, molti soldi, sono ricchi e hanno il potere; i padri potenti che lei desidera ardentemente, specialmente dopo la precoce perdita di suo padre e la fuga, dopo la perdita della patria e di tutti i beni (*pausa*).

PAZIENTE: Forse mi illudo che l'altro, essendo forte e capace di controllare tutto al meglio, si renda immediatamente conto di ciò che io mi sto giocando.

ANALISTA: Uhm. Ma nascondere non è certo la soluzione migliore, vero? Dobbiamo concludere.

Il paziente aggiunge al reciproco «arrivederci» l'augurio di un buon fine settimana, che io contraccambio.

[*Commento*]. È importante il modo di concludere le sedute, le parole con cui si annuncia che il tempo è scaduto. Entrambi i partecipanti, in modo diverso, dipendono dal tempo. Attraverso l'uso del «noi» si sottolinea la familiarità, che deve nascere spontanea. Al paziente appartengono solo 45-50 minuti, ed è l'analista a dover concludere la seduta, se vuole rispettare il suo orario. Per ricordarlo al paziente consigliamo espressioni corrispondenti alla forma «io», sostituendola con la forma «noi» qualora questa corrispondesse meglio all'atmosfera della seduta.

5.3 *Un sogno del sintomo*

Non è per nulla sorprendente che i sintomi possano apparire anche nei sogni. Secondo la teoria dei desideri, dovrebbe addirittura accadere frequentemente che i malati nel sogno si liberino dei loro sintomi e si vedano sani. Nel seguente sogno il signor Erich Y soffre per il torcicollo. Tale osservazione non sarebbe degna di essere comunicata se fosse priva del contesto che il paziente e io, come analista, abbiamo assegnato a questo evento. Le sue associazioni spontanee e le mie interpretazioni dimostrano che nel sogno i movimenti rotatori della testa devono essere intesi come movimenti di ricerca, analoghi a quelli del lattante al seno. Il signor Erich Y riferisce che nel sogno vagava ansioso e senza meta. La sua azienda occupava uno spazio molto ampio, la mensa era all'aperto e la fabbrica era totalmente inserita nel paesaggio.

PAZIENTE: Mi sentivo piccolo e sperduto, poi ho incontrato una segretaria e un assistente che chiacchieravano. Mi sentivo emarginato. Abbiamo camminato un po', e la mia testa si è girata da un lato, non sono riuscito a controllarla nonostante tutta la forza, non ci riuscivo. Proprio nel momento in cui era importante averla ben dritta, si girava da un lato.

[*Riflessione*]. La sensazione di sentirsi perso nel sogno e la grande insicurezza mi portano a pensare a situazioni infantili dove lo stato di impotenza e la carenza di abilità motoria sono particolarmente palesi.

ANALISTA: Sì, e che cosa le viene in mente rispetto all'atmosfera del sogno? Potrebbe rappresentare qualcosa il fatto di essere esposto agli sguardi in questo mondo tanto grande?

Il paziente nega decisamente di essersi sentito esposto agli sguardi e poi continua:

PAZIENTE: Non mi sentivo a mio agio. Ero lì, tutto solo. Non ho avuto nessun contatto. Quelli dell'amministrazione parlavano tra loro. Io mi sentivo messo da parte. Per me questo era un altro mondo, qualcosa... (*pausa prolungata*) che ha a che fare con «bambino», ma non riesco a dirlo meglio, è qualcosa di molto lontano.

ANALISTA: Nel grande spazio, abbandonato e alla mercé di tutti, senza un appoggio che la sostiene.

PAZIENTE: Sì, forse ero di troppo, se camminavo così muto accanto a loro e me ne stavo in disparte a causa del mio modo di fare o del mio atteggiamento riservato. Forse volevo stare con loro, far parte del gruppo, ma per il mio atteggiamento e il mio comportamento, per come mi muovevo, era impossibile. Da tutto ciò traspare il fatto che non posso lasciar avvicinare gli altri, anche se talvolta mi piacerebbe. Però è strano, adesso mi viene da pensare a un seno di donna.

ANALISTA: Come, lo sta pensando proprio in questo momento?

PAZIENTE: Nei pensieri, come il bambino che cerca il seno della madre per ritorsarsi. Lo dico senza ironia.

ANALISTA: Sì, sì, lei temeva che io reagissi *ironicamente*.

PAZIENTE: Non c'è niente di sessuale in questo.

[*Riflessione*]. Sono ben lontano dal pensare che la ricerca e il ritrovamento dell'oggetto primario dipendano in senso stretto dal piacere sessuale, tanto da non sentirmi toccato dalla preoccupazione del paziente che io veda ironicamente la sua sensualità pregenitale. Da molto tempo, infatti, cerco di non confondere le differenze qualitative della sensualità con la teoria della libido.

ANALISTA: Ah, sì, come se pensassi che lei cerca solo il piacere sessuale e nient'altro; allora anche i bambini girano la testa.

PAZIENTE: In questo momento non riesco a non pensarci.

ANALISTA: Sì, perché dovrebbe anche allontanarsi dal seno. Intende quello, no?

PAZIENTE: Uhm.

ANALISTA: Proprio adesso lo sta cercando nel sogno, nel grande spazio.

PAZIENTE: C'è di nuovo la paura di attaccarmi al seno e di tirarne fuori qualcosa che l'altro potrebbe valutare in modo sbagliato, dal momento che sbaglio sempre quando manifesto i miei sentimenti, la mia inibizione, la paura degli altri (*pausa*). Nella mia immaginazione è sempre così, è esattamente come in questo sogno. La segretaria e l'assistente mi sembravano così grandi, perché io li vedevo ingranditi.

ANALISTA: Sì, probabilmente come il seno, che è in qualche modo grande, enorme, rispetto alla bocca. La bocca che cerca di prendere qualcosa, o l'occhio quando è proprio vicino al seno e questo diventa molto grande. Se uno vede solo una parte, allora la parte sembra ingrandita.

PAZIENTE: E allora mi sembra di provare molto più affetto verso mia madre di quanto voglia ammettere o di quanto dimostri. Da quando ero bambino, già da allora, sono sempre andato in cerca di amore, di affetto, ma già da bambino ero molto introverso e non ho mai parlato dei miei sentimenti. Allora può darsi che abbia dei momenti in cui mi comporto come un bambino con mia moglie, quando ci facciamo le coccole e vorrei abbracciarla, stringerla e accarezzarla, finché lei mi dice: senti tu, stai esagerando, questo non è normale. Se ci penso è sempre stato così, ho cercato sempre amore. Amore, amore e affetto.

Il signor Erich Y intende l'amore in senso totale, e mentalmente si difende da sua moglie, che interpreta male i suoi sentimenti teneri e sensuali che solo alla fine hanno una meta sessuale, e lo rimprovera anche per delle carezze «innocenti». La ricerca di un contatto intimo e tenero viene così soffocata sul nascere. Il legame fra tenerezza e sessualità, sia per gli uomini che per le donne, porta spesso a malintesi che possono avere profonde conseguenze nella relazione uomo-donna. Pertanto non è un semplice caso che Freud abbia formulato sulla tenerezza due teorie che sono state approfondite da Balint (1935).

5.4 *Riflessioni sulla psicogenesi*

La diminuzione dell'autostima del paziente, dovuta a immaginare difetti somatici, è stata al centro dell'attenzione fin dall'inizio della terapia. Già nella quinta seduta il paziente si è visto in un sogno come vittima di un inci-

dente stradale. Nella seduta 35 ha poi introdotto il tema della «marionetta», con le molte variazioni relative al controllo dei movimenti e delle azioni. Le rappresentazioni difettose di sé sono apparse non solo in altri sogni, ma spesso anche nel dialogo fra paziente e analista. I sogni scelti mostrano i punti tematici culminanti, i quali permettono di individuare uno sviluppo che va dalla scelta di oggetti inanimati fino alla rappresentazione di sé tramite persone. Qui però non si tratta di una semplice progressione lineare. In precedenti pubblicazioni del nostro gruppo di lavoro è stato studiato in modo approfondito il problema dei cambiamenti che può mostrarci lo studio di una serie di sogni (Geist e Kächele, 1979) e di quali conclusioni diagnostiche e prognostiche si possono trarre dal sogno iniziale (Schultz, 1973). Poiché consideriamo il processo terapeutico come una terapia focale continua con focus variabile (vedi vol. 1, cap. 9), utilizziamo una serie di sogni per illustrare i problemi elaborati. Dato che ci interessava evidenziare i difetti del Sé nel sogno e la loro elaborazione terapeutica, abbiamo trascurato altre dimensioni del processo terapeutico che sono rilevanti per una sintesi della ricerca sul suo sviluppo e sui risultati.

Riteniamo di aver abbastanza chiarito l'origine della dismorfofobia, attraverso questa serie di sogni. Questo sintomo si trova sullo stesso livello del sogno, se si ipotizza che le formazioni di compromesso abbiano una struttura simile. Nella psicopatologia psicoanalitica del conflitto, sintomo e sogno sono collegati dall'idea della formazione di compromesso tra le forze rimosse e rimosse e le rappresentazioni (Freud, 1896). Applichiamo l'idea del compromesso alla formazione del sintomo e all'interpretazione dei sogni, così come facciamo per la totalità delle produzioni dell'inconscio. Freud (1915-17, p. 515) sottolinea che i sintomi nevrotici

sono il risultato di un conflitto (...) Le due forze che si erano disgiunte s'incontrano di nuovo nel sintomo, si conciliano attraverso il compromesso della formazione del sintomo. È anche per questo che il sintomo è così resistente: viene sostenuto da entrambe le parti.

Ma che cosa accade nel *torcicollo* di Erich? Secondo le differenziazioni diagnostiche iniziali si tratta di una malattia neurologica che può essere causata e condizionata nel suo decorso da conflitti psichici. Nel dialogo terapeutico talvolta si confondono le differenze fra i sintomi della dismorfofobia puramente *nevrotici* e i movimenti del torcicollo di natura *fisiologica*. Il disturbo motorio neurologicamente condizionato viene posto nel contesto dei cambiamenti dei moti espressivi e degli stati d'animo, sia nel sogno dell'agente segreto, sia nell'immagine del movimento di ricerca del seno materno. Il carattere *globale* dell'esperienza umana implica che i pazienti spesso non facciano alcuna differenza fra l'origine psichica e quella somatica delle loro menomazioni corporee. L'analista a questo riguardo ha molteplici compiti, fra cui per esempio quello di analizzare i motivi delle idee del paziente rispetto al proprio disturbo. È importante scoprire a che cosa il paziente attribuisca

le proprie sofferenze fisiche, e se per esempio le viva come una punizione. Una teoria soggettiva, anche se scientificamente errata, sull'origine della propria malattia, rappresenta un passo avanti verso il suo superamento. Le osservazioni e le supposizioni dei pazienti sulla loro affezione rivelano eventuali fattori psichici nell'origine e nel decorso. L'analista ha il compito di effettuare distinzioni diagnostiche e di determinare il contributo di fattori somatici e psichici. D'altra parte è essenziale considerare seriamente la teoria soggettiva della malattia, per non essere fraintesi dal paziente.

Il benessere del signor Erich Y dipende in larga misura dalla sua capacità di stare diritto o, a causa della sua fobia sociale o superegoica, di dover andare in giro di soppiatto, con la testa incassata, per non essere riconosciuto, o, come nel sogno dell'agente segreto, per non essere catturato. Il vistoso movimento del torcicollo, che non riesce a controllare, ha reso il paziente ancora più insicuro. Si è così sviluppato un tipico circolo vizioso con un rinforzo reciproco di condizioni somatiche e psichiche. Il signor Erich Y non era in grado di muoversi con libertà e disinvoltura già da decenni, a causa delle sue idee nevrotiche di avere la testa malformata e altre limitazioni, che Reich avrebbe forse descritto come «corazza caratteriale» (vedi cap. 4). Il suo matrimonio pieno di tensioni ha contribuito a mantenere labile la sua sicurezza di sé. Si deve qui sottolineare il significato esistenziale della postura eretta e del raddrizzarsi per autostima e fiducia in sé stessi. Le capacità di raddrizzarsi e di rimanere eretto appartengono alle esperienze umane fondamentali, e sono il punto di partenza di molte metafore. Negli ultimi decenni le descrizioni fenomenologiche e psicoanalitiche (Freud, 1929; Erikson, 1950; Straus, 1949) sono state integrate da studi sistematici sullo sviluppo dell'andatura eretta nell'età della prima infanzia (Mahler, Pine e Bergman, 1975; Amsterdam e Levitt, 1980). È evidente che una malattia somatica, che si manifesta soggettivamente come incapacità di controllare e coordinare i movimenti, può risvegliare insicurezze latenti e molto remote. In questo trattamento è stato particolarmente importante determinare quali condizioni associavano la perdita di autonomia alla vergogna, quando la sicurezza di sé si trasformava in timidezza, e come questo processo potesse essere capovolto. Sintomi nevrotici di questo tipo sono infatti facilmente influenzabili.

Il signor Erich Y ha collegato il sintomo somatico del torcicollo a un senso di colpa, di paura e di vergogna da lui sperimentato. L'analista curante ha seguito questa teoria soggettiva del paziente per poter eliminare gli effetti nevrotici secondari. È plausibile che la liberazione dalla sofferenza nevrotica si possa ripercuotere anche sul sintomo somatico del torcicollo, in quanto diminuiscono le aspettative ansiose, e con esse gli aumenti del potenziale di eccitazione generale e specifico.

Dopo aver discusso nel primo capitolo i principi generali della verifica delle ipotesi nella ricerca in psicoterapia, ci limitiamo qui a un ulteriore chia-

rimento riguardo al movimento di ricerca del seno materno in relazione all'analogia del (patologico) movimento rotatorio della testa. Ricordiamo che il signor Erich Y, nelle associazioni a un sogno, pensava a un seno di donna che si trasformava nel seno materno allattante. Nel transfert il paziente, temendo un rifiuto, si tranquillizzava sottolineando di non cercare niente di sessuale. I rifiuti della moglie determinano il timore di essere frainteso per il suo desiderio di vicinanza e tenerezza, richiesto anche all'analista. La scena ha senza dubbio un grande valore terapeutico. Ma come la mettiamo con l'ipotizzata analogia fra il movimento di ricerca e il movimento patologico della testa? È possibile che nel torcicollo, nel movimento rotatorio della testa, venga espresso un cercare inconscio riflesso, un cercare l'oggetto orale?

Gli interrogativi sollevati riguardano il problema della componente psicogena nell'origine e nel decorso del torcicollo come malattia somatica. La conoscenza del processo terapeutico giustifica l'ipotesi motivata nelle considerazioni preliminari, secondo la quale i fattori psichici contribuiscono a determinare la manifestazione e l'esacerbazione del sintomo. A questo punto si vorrebbe anche sapere se, sulla base dello studio di questo singolo caso, siano state fatte osservazioni che chiariscano i fattori psichici scatenanti e le condizioni psicogene come cause parziali, intese da Freud come «serie complementari».

Per aiutare il lettore a orientarsi, anticipiamo il risultato della discussione seguente, riflettendo sulle serie complementari, una riflessione derivante dalla nostra teoria dell'aspecificità della patogenesi delle malattie psicosomatiche. Riteniamo che la disposizione somatica, nel senso più ampio della parola, determini la malattia che si manifesterà. Così la relativa sintomatologia segue modelli biologici predeterminati che, in accordo con la nozione di serie complementari di Freud, risiedono nella costituzione somatica, e che nello schema di Alexander (vedi 9.7) sono definiti come «vulnerabilità d'organo». Nelle diverse dimensioni del vissuto psichico si devono cercare i motivi accidentali che contribuiscono alle diverse reazioni del corpo, all'aumento o alla diminuzione della resistenza. Per quanto riguarda le riflessioni che seguiranno, possiamo già domandarci criticamente perché un presunto disturbo precoce si manifesti come condizione psichica di una malattia solo in età avanzata.

L'ipotesi generale di un disturbo precoce nella formazione del torcicollo è stata postulata da Melitta Mitscherlich (1983). Dopo aver descritto in precedenti lavori il torcicollo come isteria di conversione (preedipica), nonostante i problemi venuti alla luce già durante la discussione sui tic tra Abraham (1921) e Ferenczi (1921), l'autrice sosteneva che il torcicollo rappresenta un *simbolo preverbale*. Il paziente regredirebbe in modo da non essere più in grado di simbolizzare i suoi affetti nel linguaggio verbale. In questa condizione di profonda regressione, non disponendo di altri mezzi espressivi, il

paziente ricorrerebbe a modalità motorie di espressione che trovano il loro riscontro nella fase precedente alla comparsa dell'Io del lattante. Il modello motorio qui utilizzato equivale al *rooting*,⁵ che corrisponde allo schema dei movimenti tattili e del poppare del neonato durante l'allattamento, descritti da Spitz, i quali segnano l'inizio della capacità di dire no. Riferendosi al lavoro di Ferenczi *Onnipotenza dei gesti* (1913), Melitta Mitscherlich sostiene che i pazienti con torcicollo hanno la credenza magica dell'«onnipotenza del movimento». Nell'atto motorio stesso sarebbe contenuta la profonda ambivalenza dell'avvicinamento, del bambino affamato, o dell'allontanamento, come nella sazietà.

Ma una cosa è il *rooting* del lattante in analogia con i movimenti di ricerca nello stato di regressione, altra cosa è il movimento extrapiramidale della testa nel torcicollo. Dobbiamo notare che i risultati degli studi neurofisiologici ci impongono di considerare patologico il movimento del torcicollo, perché tale movimento non può essere attribuito a uno schema motorio naturale della prima infanzia. Le attività muscolari, in questo caso ipercinesiche, dimostrabili con l'elettromiogramma, possono essere interpretate neurologicamente come disintegrazione, condizionata a livello centrale, dei programmi motori extrapiramidali dello schema motorio, che comportano un'attivazione scorretta dei muscoli coinvolti. La compresente innervazione dei muscoli antagonisti, già tesi in posizione di riposo, durante la rotazione volontaria della testa, costituisce, secondo Fasshauer (1983, p. 538), «assieme alla complessità, già di per sé considerevole, dell'anomalia dei movimenti, un argomento contro la psicogenesi del torcicollo spasmodico». Pertanto l'anomalia motoria del torcicollo non è un sintomo psicogeno isolato, inteso come un movimento di ricerca alterato a causa della regressione. Per motivare questa teoria si dovrebbero valutare e confermare molte ipotesi. Si dovrebbe, cioè, non solo poter dimostrare quali processi affettivo-cognitivi provocano movimenti di ricerca infantili nell'adulto, ma soprattutto come questi vengano trasformati con la regressione nello schema motorio del torcicollo. Il concetto di simbolo preverbale e l'ipotesi di una conversione pre-epidica non possono sostituire ipotesi plausibili e la loro verifica. Il concetto di simbolo preverbale, come tutte le speculazioni sulla genesi precoce delle malattie somatiche, contiene fantasiose ipotesi sui processi di scissione. Per non essere fraintesi vogliamo evidenziare espressamente che la scoperta di Freud e Breuer sulle conseguenze della rimozione degli affetti e il significato dell'abreazione e della catarsi nella terapia appartiene ai fondamenti della pratica psicoanalitica. Ma se il movimento del torcicollo fosse una scissione limitata alle pulsioni o agli affetti delle relazioni oggettuali orali,

⁵ [Letteralmente «grufolare», in analogia al movimento di spostamento della terra col muso, tipico dei maiali.]

dovrebbe essere possibile riscoprire tale scissione nella catarsi provocata dall'«urlo primordiale» o in qualunque altra terapia corporea. Lo stato attuale delle cose non permette però di sostenere l'idea che nel torcicollo, come in altre malattie somatiche simili, un'abreazione possa avere un'efficacia causale. Dunque il sintomo non si sviluppa a causa della separazione di una quantità di affetto.

Queste considerazioni critiche sulla psico(pato)genesi delle malattie somatiche e del torcicollo in particolare, anche se limitano la portata della terapia psicoanalitica, le forniscono un fondamento scientificamente solido. Il resoconto presentato dimostra che fattori psichici possono ripercuotersi come fattori psicogeni parziali nell'origine di una malattia e nell'evoluzione dei sintomi. Se partiamo da quei fattori che sostengono la sintomatologia, ci imbattiamo nelle tipiche angosce di base, scatenate e rafforzate dalla malattia, e che si presentano secondo la psicodinamica personale. In tal modo emergono punti focali essenziali della tecnica. Seguendo gli orientamenti fondamentali del modello di processo di Ulm, che abbiamo descritto schematicamente nel primo volume (9.4), alcuni sbocchi dell'analisi del signor Erich Y si presentano come punti tematici nodali. In accordo con la teoria della genesi delle malattie psicosomatiche, che sosteniamo da anni, questi punti focali hanno una correlazione *aspecifica* con il torcicollo. Condividiamo pertanto il punto di vista di Bräutigam e Christian (1986, p. 21), secondo i quali, «nella maggior parte delle malattie psicosomatiche, *gli elementi formativi, cioè specifici della malattia, sono già collocati nella disposizione somatica*». Anche secondo la nostra esperienza le influenze psichiche e sociali determinano la manifestazione della malattia e il suo decorso.

La molteplicità e la varietà dei problemi psichici rendono fin dall'inizio improbabile di poter trovare per il torcicollo correlazioni specifiche con determinati problemi o conflitti psichici, e lo stesso vale per altre malattie somatiche. Nonostante ciò, l'impressione di molti clinici, che i pazienti con torcicollo si differenzino per esempio da altri malati, non è solo dovuta a una generalizzazione acritica di singole osservazioni. Le somiglianze osservate o supposte nascono dal fatto che la stessa malattia comporta problemi psicosociali simili, che a loro volta influenzano il decorso e riattivano ansie e insicurezze tipiche. Grazie alla psicoanalisi, quindi, è possibile non solo alleviare la sofferenza soggettiva, ma anche influenzare favorevolmente il decorso della malattia. Sarebbe dunque un errore svalutare i fattori psichici nell'insorgenza e nell'evoluzione della malattia per l'aspecificità della patogenesi. Se la diagnosi psicodinamica viene condotta nell'ambito di una prospettiva terapeutica, cercando cioè di individuare punti tematici nodali, intraprendiamo con il paziente un percorso che ammette delle correzioni. Confrontare vari gruppi di pazienti è un'altra cosa. Secondo la prospettiva del ricercatore, i casi studiati verranno classificati in base a determinate tipo-

logie. I reperti così trovati non possono essere generalizzati, a causa della mancanza di studi prospettici, e anche perché si trascurano le conseguenze della malattia sullo stato di salute generale del paziente. Il fatto indubitabile che molto spesso compaia una *nevrosi secondaria* è molto significativo e a nostro avviso è sufficiente per l'indicazione di una terapia psicoanalitica.

Il vissuto di mancanza d'aiuto, a fronte di una malattia cronica socialmente vistosa, è particolarmente pesante da sopportare per pazienti già nevrotici. Spesso angosce sociali e superegoiche preesistenti si rinforzano reciprocamente quando vi sono sintomi somatici vistosi, cosicché il paziente ricorre all'isolamento per evitare di sentirsi esposto agli sguardi umilianti degli altri. L'insicurezza comporta un'autosservazione esagerata. I propri sguardi si rivolgono, come quelli altrui, verso sé stessi, e producono il proverbiale fenomeno del millepiedi: per una crescente confusione, inciampa sui propri piedi. Allo stesso modo la liberazione terapeutica va di pari passo con la liberazione dall'aumentata osservazione da parte di sé stesso e degli altri; è quindi possibile fare esperienze essenziali nella relazione con l'analista.

Da questo punto di vista si può facilmente spiegare la dipendenza della manifestazione dei sintomi dall'ambiente, dall'umore e dalle condizioni spaziali, descritta da Bräutigam (1956); per esempio l'automatico rafforzamento dei sintomi per l'inquietudine nel sentirsi osservato. Christian (1986) segue un simile approccio nella spiegazione del crampo dello scrivano, interpretandolo come un affaticamento legato all'elaborazione simultanea di richieste affettive e cognitive. In questa situazione fallisce la libera esecuzione dell'azione, perché l'elaborazione simultanea di richieste affettive e cognitive contrastanti sovraccarica la capacità di coordinazione del paziente. I muscoli agonisti e antagonisti lavorano letteralmente gli uni contro gli altri e non collaborano armoniosamente. Il crampo dello scrivano, come azione diretta finalizzata, ha naturalmente un aspetto strumentale, mentre il movimento patologico della testa nel torcicollo è, per così dire, a vuoto. Sono il toccare lo strumento per scrivere e l'azione dello scrivere che provocano il crampo. Spesso a questo si aggiunge anche lo sguardo critico degli altri che, come fattore scatenante, rafforza il sintomo. Frequentemente il crampo dello scrivano appare solo in situazioni circoscritte o in determinate azioni, come per esempio nell'apporre la propria firma in banca ecc. Da questa osservazione si deduce che il crampo dello scrivano e altri tic, come azioni in cui la contrattura fa fallire il movimento – per esempio nel suonare uno strumento musicale – si riscontrano *primariamente* in un contesto di significato inconscio, che è assente nel caso del torcicollo.

Stando ai risultati della ricerca sugli affetti, siamo del parere che questi fenomeni si svolgano in gran parte a livello subliminale, vale a dire non siano consci. Per esempio con la cognizione «pericolo» nasce contemporaneamente l'affetto «paura» e si scatena la disposizione motoria ad allontanarsi

dall'oggetto. Se è così, in uno stato di tensione ansiosa presente in modo subliminale e inconscio, dovrebbero essere innervati anche i muscoli. Gli schemi del sistema motorio extrapiramidale, che intervengono automaticamente, dovrebbero scatenare l'attività ipercinetica. Questo potrebbe valere per tutte le «tensioni» abituali che si manifestano come disposizioni reattive personali. La terapia psicoanalitica si occupa di queste e dei loro rapporti con i sintomi nevrotici o somatici.