

varchi

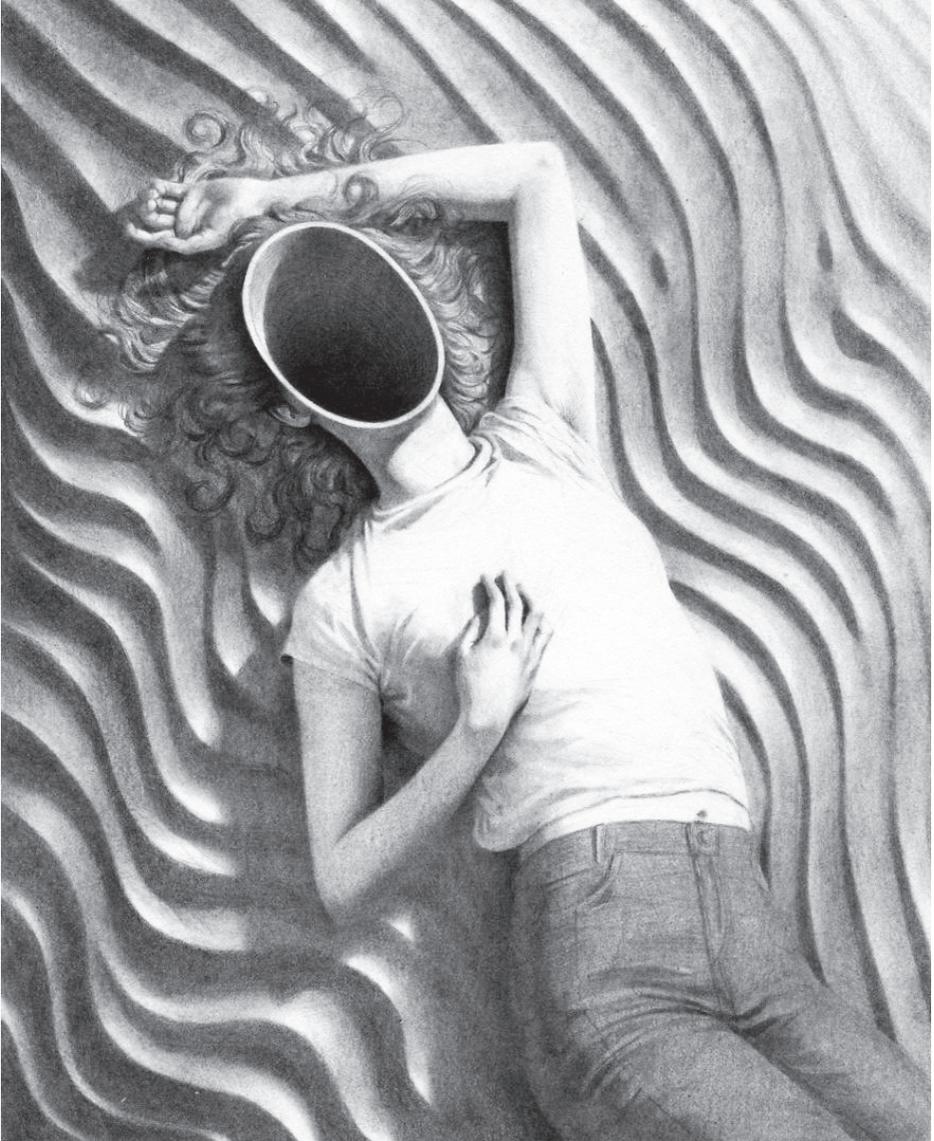
tracce per la psicoanalisi

sognare dopo Freud

scritti sulla vita onirica

SOMMARIO

- 4 **Editoriale**
- 7 **Il sogno e la psicoanalisi**
 Il sognare dopo Freud
 di Carola Del Favero
- 19 **Il sogno e la coppia**
 Il sogno nella psicoterapia psicoanalitica di coppia
 come regolazione del campo intersoggettivo
 di Giulio Cesare Zavattini
- 26 **Il sogno del terapeuta**
 Il sogno sul paziente come insight per il terapeuta
 di Fabrizio Rizzi
- 42 **Il sogno e la clinica: Emily e i sogni**
 di Lia De Micheli
- 59 **Il sogno in altre culture: una prospettiva antropologica**
 di Mauro Carosio



EDITORIALE

La vita è sogno, e i sogni, sogni sono
P. Calderon de la Barca

Per molti la Psicoanalisi inizia proprio con un sogno. È il sogno di S. Freud che si svolge nella notte tra il 23 e il 24 luglio del 1895. Ma la psicoanalisi non nasce con una visione onirica di per sè, se fosse stato così sarebbe nata insieme all'umanità!

Con questo sogno (il noto "Sogno dell'iniezione di Irma" che comparirà nell'"Interpretazione dei sogni" scritta nel 1899) abbiamo la prima interpretazione esaustiva di un sogno. È questa una delle rivoluzioni freudiane: il sogno come via regia per conoscere la vita psichica inconscia.

È trascorso più di un secolo da allora. Il sogno in psicoanalisi ha fatto tanta strada. Affiancato dal sogno nella cultura, nella religione, nell'antropologia... nella storia dell'uomo.

Ma anche la nostra vita inizia con un sogno, quello dell'essere sognati da chi ci genera: i sogni e le fantasie dei genitori che prefigurano il proprio figlio o figlia. Dal loro sogno comune, nasceranno anche aspettative, timori, proiezioni e quant'altro fa sì che si possa dire che noi nasciamo da un sogno, che ci precede e che, in parte, ci condiziona. Attraverso un sogno noi esistiamo prima ancora di esistere fisicamente!

E la nostra stessa vita è costituita da frammenti onirici. Del resto Shakespeare recitava che: "Siamo fatti della materia di cui son fatti i sogni; e nello spazio e nel tempo d'un sogno è racchiusa la nostra breve vita" (Shakespeare, *La tempesta*).

Sì, perché il sogno ci accompagna sempre. "Sogno o son desto?", si dice. Ma siamo certi che esista questa antinomia? E i "sogni diurni", e i sogni ad occhi aperti, e quei sogni così vividi ed emotivamente intensi che rappresentano una vera e propria esperienza di vita, per quanto parallela a quella diurna e "reale"? E le nostre stesse fantasie che ci rapiscono durante le nostre giornate sconnettonoci per un attimo dalla realtà che stiamo vivendo?

Lo psicoanalista Donald Meltzer ha considerato la vita conscia, nello stato di veglia, alla stregua del contenuto manifesto di un sogno. La nostra attività onirica è incessante e onnipresente, malgrado noi.

Questo ventunesimo numero di *Varchi* vuole provare a declinare l'attività onirica non in tutte le sue accezioni e funzioni possibili ma, più modestamente, in alcuni contesti clinici e antropologici.

Gli articoli di questo numero provano ad offrire un contributo sul sogno visto da differenti vertici di osservazione e relativo a diversi contesti.

Dopo un excursus storico sul sogno in Psicoanalisi della dott.ssa Carola Del Favero, che seleziona alcune delle teorie e pratiche più attuali del “dopo Freud” relativamente all’uso dei sogni nella terapia psicoanalitica, abbiamo l’articolo del Prof. Giulio Cesare Zavattini che lo colloca nella clinica della psicoterapia psicoanalitica di coppia mostrandoci, tra le altre cose, il sogno anche in qualità di fenomeno appartenente alla coppia di partner, ed interpretabile in questo senso anche quando si tratta di un sogno, raccontato in seduta, che è opera di uno solo dei due.

Successivamente troviamo il sogno collegato alla clinica: è la dott.ssa Lia De Micheli, questa volta, che ci accompagna nei sogni di una sua paziente, che chiameremo Emily, e nel lavoro svolto su di essi da terapeuta e paziente.

Ma il terapeuta non sogna? E i suoi sogni possono dirci qualcosa sul proprio lavoro e in particolare su qualche paziente? Ci risponde, con un caso clinico, il Dott. Fabrizio Rizzi: si tratta dei cosiddetti sogni di contro-transfert o sogni dell’analista che hanno come soggetto principale i propri pazienti.

Infine, non poteva mancare una prospettiva antropologica: il sogno in altre culture. Se ne occupa, con significativi esempi e riflessioni, il dott. Mauro Carosio.

Fine del sogno? Non direi. Parafrasando Von Clausewitz, la vita quotidiana potremmo definirla come “una continuazione del sogno con altri mezzi”.

Quindi sogniamo!... pardon, leggiamo... O tutti e due.



IL SOGNO E LA PSICOANALISI

IL SOGNARE DOPO FREUD

di Carola Del Favero*

Il sogno, ineludibile crocevia tra mondo interno ed esterno e luogo che accoglie operazioni creative, continua ad interessare e affascinare gli psicoanalisti.

La funzione del lavoro del sogno appare però oggi più complessa e articolata rispetto agli inizi; proverò quindi a descrivere questa evoluzione facendo riferimento ad alcuni dei principali modelli teorici che si sono sviluppati nel corso degli anni.

IL SOGNO SECONDO FREUD

Quando nel 1899 Freud pubblicò *L'interpretazione dei Sogni* scrisse un'opera rivoluzionaria per la comprensione dei sogni e del funzionamento psichico.

Diversamente da quello che si era pensato fino ad allora, lui sostenne che i sogni erano una produzione del sognatore e non provenivano da una fonte esterna, e che avevano inoltre una loro organizzazione psichica con delle proprie leggi.

A partire dall'analisi dei propri sogni e di quelli delle sue pazienti isteriche, arrivò a definire che il sogno ha due contenuti: uno manifesto, conscio, che è quello ricordato al risveglio, e uno latente, inconscio.

L'attività onirica del sognatore trasforma il contenuto latente dei sogni nel contenuto manifesto, allo scopo di rendere irricognoscibile il contenuto latente, perché per Freud esso è costituito, in ultima analisi, da desideri sessuali infantili rimossi, quindi desideri molto angosciosi e inaccettabili che impedirebbero al sognatore di dormire.

Ad occuparsi di questa trasformazione del contenuto è la censura, che lascia passare unicamente ciò che è piacevole e trattiene il resto. Quello che viene escluso dalla censura viene rimosso e va a costituire l'inconscio.

Il contenuto sessuale quindi è quasi sempre mascherato e spetta al lavoro di analisi smascherarlo.

Raramente infatti il contenuto manifesto di un sogno lascia apparire l'appagamento di un desiderio sessuale, però esso è presente, come per esempio nel sogno di Freud della "Table d'hôte", la tavola comune di un hotel:

"C'è una compagnia, tavola o table d'hôte... si mangiano spinaci... La signora E.L. siede accanto a me, si volge tutta verso di me e mi pone confidenzialmente una mano sul ginocchio. Io allontano la mano schernendomi. Allora la signora dice: "Lei però ha sempre avuto occhi tanto belli". Vedo quindi confusamente qualche cosa come due occhi disegnati o come il contorno di una lente di occhiali" (Freud, 1900).

Al risveglio arrivano pensieri, associazioni sul sogno, ricordi di eventi accaduti e Freud inizia a fare collegamenti: per esempio gli occhi disegnati gli ricordano una coppa antica che gli aveva regalato un amico generoso e che lo fa sentire in debito; oppure l'essere a tavola con una donna gli ricorda una precedente disattenzione della moglie che, a tavola con lui, guardava verso altri invitati; nel sogno invece viene posta in primo piano la disponibilità di una donna.

Freud arriva a concludere che il sogno è la realizzazione del suo desiderio di godere per una volta di un amore disinteressato, un amore che non costi nulla, di aver successo senza sentirsi in debito.

Riconosce infine la presenza nel sogno di pensieri intimi inconfessabili, che poi per riservatezza non rivela completamente al lettore.

Persino i sogni d'angoscia sono espressione di desideri e si verificano quando la censura viene sopraffatta: ne sono un esempio i sogni tipici della morte di un genitore o di un fratello che in realtà per Freud sono appagamenti di desideri infantili edipici rimossi.

I sogni quindi sono per Freud la via regia che porta alla scoperta dell'inconscio nella vita psichica.

IL SOGNO DOPO FREUD

La concezione freudiana originaria circa la funzione del sogno come quella di un soddisfacimento allucinatorio di desideri sessuali infantili rimossi che al contempo protegge il sonno, non è né in sé smentita, né considerata superata dalla maggior parte degli autori postfreudiani; ciò che però sembra essere in discussione è l'unicità o meno di tale funzione (Bolognini, 2000).

L'opera freudiana rimane ad oggi l'unica che abbia una visione d'insieme del tema, sia teorica che tecnica, ed è quindi un punto di riferimento e di partenza per tutti gli psicoanalisti che si occupano del sogno. Ci sono autori che si discostano molto dal pensiero di Freud, altri che invece lo considerano parte integrante della propria teoria; in letteratura quindi si possono trovare sia posizioni molto estreme, a favore o contro, sia posizioni più moderate che cercano di conciliare il nuovo col vecchio.

I contributi postfreudiani all'interpretazione dei sogni riguardano comunque solo aspetti parziali della teoria e della tecnica e sono accessibili sotto forma di articoli e di riviste.

Intorno alla metà del '900 c'è stata inoltre una diminuzione delle ricerche e delle pubblicazioni sull'analisi dei sogni. Diverse sono le possibili cause, tra queste un'ipotesi è quella di un progressivo slittamento della tecnica, visto infatti che dagli anni '50 gli analisti hanno accordato un'importanza crescente all'analisi del transfert, e per alcuni è diventata quella la via regia per la comprensione della vita emotiva e psichica del paziente (Quinodoz, 2004).

Un'altra ipotesi che spiega questo spostamento di interesse, come vedremo

più avanti, è la maggiore enfasi che alcuni autori hanno dato all'interpretazione del comportamento della vita diurna durante la terapia, cioè al materiale più vicino all'Io e alla parte consapevole del paziente come i sintomi, gli atti mancati, le fantasie, le modalità relazionali, etc... (Migone, 2006).

Negli ultimissimi anni stiamo assistendo invece a una rinascita dell'interesse verso il sogno: vengono organizzati convegni sul sogno, pubblicati libri e articoli, forse grazie alle nuove acquisizioni delle neuroscienze e all'attenzione suscitata dalle sperimentazioni dell'Infant Research, che hanno spostato lo sguardo sulla dimensione implicita pre-riflessiva dello sviluppo del pensiero.

In questa nuova corrente di pensiero le immagini manifeste del sogno assumono sempre più un valore in se stesse piuttosto che esprimere qualcos'altro, rappresentano un modo di elaborare le informazioni diurne attivo durante il sonno e anche una specifica modalità di funzionamento cerebrale. Durante il sonno i contenuti mentali vengono continuamente rielaborati, e questa è considerata un'attività fisiologica che ha pari dignità di quella che avviene durante la veglia. Il processo primario, di cui il sogno secondo Freud era tipica espressione, non è qui visto come una modalità regressiva di funzionamento che deve trasformarsi nel processo secondario, ma deve rimanere tale perché processo importante per l'equilibrio psichico (Fossaghe, 1983).

Le teorie sul sogno quindi si sono modificate in parallelo con lo sviluppo di nuove teorie sul funzionamento dell'apparato psichico e di nuovi concetti teorici.

Poiché la letteratura su questo tema è estremamente vasta mi soffermerò, senza pretese di sistematicità e consapevole di tralasciare molti autori, sulle teorie che ritengo più interessanti e che più mi consentono di mostrare la diversità di prospettive da cui oggi è possibile guardare il sogno e approcciarvisi.

M. Klein e i postkleiniani

Per la Klein, con la teoria degli oggetti interni, buoni e cattivi, non è solo il rimosso la molla inconscia che fa lavorare in sogno la mente dell'uomo, ma anche una tensione dinamica tra questi oggetti, che sono rappresentazioni di figure significative dell'infanzia fortemente investite di affetti. L'interesse quindi si sposta sul funzionamento dei processi primari e sulla loro possibilità d'ingresso nella coscienza più che sui processi secondari che cercano la via del benessere.

Sulla base del concetto di fantasia inconscia la Klein vede il sogno come luogo di fantasie in cerca di personaggi che riescano a rappresentarle: personaggi emotivamente significativi del passato o anche anonimi personaggi della vita di tutti i giorni si ritrovano nei sogni.

La mente può essere rappresentata come un teatro privato con personaggi in relazione tra loro, con conflitti e difese, da cui scaturisce un significato che è proiettato nel mondo esterno e nelle relazioni interpersonali.

Esemplificazione clinica:

Roberto, giovane ipocondriaco che non ha accettato la separazione dalla madre, con cui ha sempre intrattenuto un rapporto simbiotico e ambivalente, fa questo sogno (dopo anni di analisi, quando un processo evolutivo era già stato avviato):

“lui giovinello doveva incontrare dei terroristi sul loro terreno in Sudafrica. Incontrava in effetti una tribù di giovani che gli davano fastidio, pensava di affrontarli con il fucile. Gli sembravano ignoranti, buffi, rozzi, confusivi. Lo invitavano a qualcosa che era un po' una danza o un girotondo che però gli toglieva le forze per eliminarli” (Ginzburg, 2000).

Nel sogno quindi a livello intrapsichico, per la teoria kleiniana, i terroristi e la tribù di giovani rappresentano un oggetto interno del paziente che si oppone al cambiamento.

Si tratta in questo caso di un'organizzazione patologica della personalità (Rosenfeld, 1964) da cui il paziente si sente minacciato.

Spesso nei sogni compaiono mafiosi, brigatisti, nazisti extraterrestri, etc..., persecutori che operano in gruppo e corrispondono a una mobilitazione specifica delle strutture difensive sollecitata dal lavoro psicoanalitico e dal suo tentativo di modificare l'abituale funzionamento dell'individuo.

Si tratta di un contrattacco dell'area narcisistica che riafferma il proprio potere, come una gang mafiosa, che minaccia il Sé libidico e dipendente quando cerca di costruire un legame costruttivo con l'analista.

Secondo i kleiniani quindi il sogno è un momento fondamentale in cui, attraverso le rappresentazioni, è possibile elaborare i propri conflitti intrapsichici e relazionali, ma è anche occasione per sviluppare nuove possibilità di funzionamento mentale.

Inoltre il lavoro interpretativo del sogno si fonda sul transfert, inteso come una situazione relazionale particolare e specifica, trasferita dal passato al presente, ma anche come una proiezione nel presente e nell'analista degli oggetti interni del sognatore nelle loro dinamiche intrapsichiche e intersoggettive (Joseph 1985).

Tra i poskleiniani la posizione più estrema presa in questa direzione è quella di Joseph, che arriva a considerare il transfert come situazione totale, per cui tutto quello che accade nella stanza d'analisi riguarda due mondi interni, non solo quello del paziente ma anche quello dell'analista.

Bion

Con Bion la considerazione del sogno e del sognare si apre a una prospettiva che travalica la dimensione onirica e diviene attività psichica fondante della funzione del pensiero.

All'originaria ipotesi dell'esaurimento allucinatorio del desiderio, della coazione a ripetere e del momento storico traumatico da elaborare si aggiunge la

consapevolezza della funzione espressiva e comunicativa del sogno e dell'importanza che il sognare assume nella costruzione stessa della mente.

Bion parla di funzione alfa per riferirsi a uno sconosciuto insieme di operazioni mentali che trasformano impressioni sensoriali grezze (elementi beta) in elementi dell'esperienza (elementi alfa), che possono essere immagazzinati come ricordi inconsci.

Gli elementi beta non possono essere legati gli uni agli altri nella creazione del significato, ma possono solo essere evacuati o immagazzinati come rumore psichico e non come ricordi.

Gli elementi alfa invece hanno una forma che li rende disponibili per creare legami, inconsci e consci. Generalmente sono immagini vivide, pittogrammi.

“Perché possano essere trasformati in pensieri del sogno le percezioni di un'esperienza emotiva devono quindi essere preventivamente elaborate dalla funzione alfa.

Se un paziente non è in grado di trasformare la propria esperienza emotiva sensoriale grezza in elementi alfa, non può neanche sognare.

È la funzione alfa che trasforma le impressioni sensoriali nelle immagini del sogno. Il paziente che non è in grado di sognare non potrà né addormentarsi né svegliarsi, come lo psicotico che allucina e non sogna” (Bion, 1962).

Secondo Bion noi sogniamo continuamente giorno e notte (anche se negli stati di veglia ne siamo consapevoli solo in forma derivata, per esempio negli stati di reverie che avvengono in una seduta analitica), cioè trasformiamo continuamente dati sensoriali grezzi in elementi inconsci che possono essere immagazzinati in una forma che li renda accessibili per creare legami e quindi significati.

Sognare deve implicare un lavoro psicologico inconscio che si ottiene per mezzo del collegamento di elementi dell'esperienza (che erano stati immagazzinati come ricordi) nella creazione del pensiero onirico.

Questa operazione di fare collegamenti inconsci, a differenza delle identificazioni proiettive eccessive, delle evacuazioni e dei deliri, consente di riflettere sull'esperienza e di fare un uso psicologico conscio e inconscio, quindi di apprendere dall'esperienza attraverso una funzione metabolica che avviene anche nel sogno.

Ciò che è alla base del lavoro del sognare di Bion è il contrario di quel che c'è nel lavoro onirico di Freud, come spiega estremamente bene Ogden (2005):

“Per Freud si tratta di un set di operazioni mentali che hanno la funzione di camuffare i pensieri-sogni inconsci attraverso lo spostamento e la condensazione, mentre il lavoro onirico permette ai derivati dell'inconscio di diventare consci.

Il lavoro del sognare di Bion invece permette all'esperienza vissuta conscia di diventare inconscia, quindi disponibile per il lavoro psicologico di generare pensieri onirici e di sognare quei pensieri. In questa luce non è l'inconscio che crea il sogno, ma è il sogno che crea l'inconscio”.

L'inconscio è pensato come funzione della mente in continua costruzione e

non come luogo, quindi il sogno come uno strumento di conoscenza e non come oggetto da esplorare.

Ogden e l'Intersoggettivismo

Ogden (1997) invece parte da Bion ma si spinge verso una dimensione più intersoggettiva arrivando a considerare il sogno sognato durante l'analisi come una manifestazione del "terzo analitico intersoggettivo", cioè un terzo soggetto dotato di vita propria e co-creato inconsciamente dalla coppia analitica, attraverso gli scambi di reverie dell'analista e dell'analizzando, in costante tensione con le loro individualità. Il sogno quindi non è più pensato come produzione del sognatore ma produzione della coppia analitica al lavoro.

Ogni sintomo è per Ogden il frutto di sogni non fatti o interrotti che portano ad un accumulo di elementi beta; la finalità della cura è quella di riuscire a sognare col paziente i suoi sogni non sognati, attraverso il "talking-as-dreaming", parlare come sognare, cioè una modalità narrativa che la coppia analitica realizza in seduta, in un clima che allude al gioco e alla creatività.

Kohut e la Psicologia del Sé

Nella seconda metà del '900, come detto in precedenza, si è assistito ad una diminuzione della centralità che l'interpretazione dei sogni aveva nella pratica clinica dello psicoanalista.

Nella psicoanalisi nordamericana per esempio a ricevere maggiore attenzione fu il materiale più vicino all'Io e alla parte consapevole del paziente, come sintomi, fantasie, modalità relazionali, etc..., ritenute già di per sé molto ricche di informazioni anche sul funzionamento conscio e inconscio del paziente.

La diffusione negli Stati Uniti della Psicologia dell'Io, secondo cui si deve analizzare prima la superficie e poi il profondo, per cui viene prima l'analisi dell'Io e poi quella dell'Es, è sicuramente uno dei fattori che ha contribuito a questo spostamento.

Questi autori temevano che l'interpretazione dei sogni si trasformasse in un'attività oracolare e potesse avere una forte componente suggestiva (Migone, 2006); contribuirono quindi, insieme anche agli ermeneuti che criticarono il concetto di 'verità' dell'interpretazione (Ricoeur, 1965), alla messa in crisi del metodo interpretativo classico.

La Psicologia del Sé, che nasce e si sviluppa all'interno di questo contesto scientifico, sostiene che l'aspetto manifesto del sogno abbia un valore in sé e lo considera sia un modo di elaborare le informazioni, attivo durante il sonno, sia una specifica modalità di funzionamento cerebrale.

Questi autori prevedono che il Sé abbia un programma innato di sviluppo, volto alla crescita, all'adattamento e alla socializzazione, in armonia col mondo esterno.

Tutto ciò si differenzia dalla concezione freudiana che prevedeva un conflitto innato, quindi una sorta di ostilità con la realtà esterna, sulla quale l'Io aveva bisogno di scaricare le pulsioni e quindi un lavoro di svelamento del contenuto latente.

Per Kohut (1977) ci sono due tipi di sogni: quelli che esprimono contenuti latenti, cioè desideri, pulsioni e tentativi di soluzione del conflitto, e quelli che tentano, con l'aiuto di immagini oniriche verbalizzate, di fissare le tensioni non verbali di stati traumatici.

Questo secondo tipo di sogni sono raffigurazioni dell'angoscia del sognatore di fronte alla paura della dissoluzione del Sé. Le associazioni su questi sogni non conducono ai contenuti latenti ma forniscono immagini che rimangono allo stesso livello del contenuto manifesto e servono a focalizzare l'ansia del paziente.

Kohut li chiama "self-state-dreams", sogni sullo stato del Sé: sono la reazione dei settori sani del Sé di fronte al pericolo di uno squilibrio nella condizione del Sé, come un'iperstimolazione o una caduta dell'autostima.

Un self-state-dream è per esempio questo sogno della signora R., descritto da Goldberg (1978):

"La paziente guidava una macchina lungo l'autostrada, poi scendeva per una strada scoscesa. Quindi si accorgeva con terrore che lo sterzo della macchina si stava rompendo oppure che i freni erano guasti e lei era sul punto di schiantarsi".

Fosshage

Tra i modelli del sogno elaborati dagli Psicologi del Sé dopo Kohut, il più esaustivo ed articolato è quello di Fosshage, per il quale le funzioni sovraordinate del sogno sono lo sviluppo, il mantenimento (regolazione) e, quando necessario, la reintegrazione dei processi, della struttura e dell'organizzazione psichica, con la finalità di un migliore adattamento mentale (Fosshage, 1983).

I sogni in quest'ottica, diversamente da Freud, continuano gli sforzi consci e inconsci della veglia per risolvere i conflitti intrapsichici.

Fosshage sostiene che il processo primario, di cui il sogno è la tipica espressione, non rappresenti una modalità regressiva di funzionamento, destinato a trasformarsi nelle strutture razionali, logiche e verbali del processo secondario, ma debba rimanere quello che è per garantire un ottimale equilibrio psicologico e persino di sopravvivenza dell'individuo. I processi primari assolvono a funzioni diverse da quelli secondari, con cui devono funzionare in sinergia e hanno un loro significato.

L'impianto del discorso di Fosshage si basa quindi sulla premessa che il sogno abbia uno scopo, una funzione organizzativa ed evolutiva dell'attività onirica utile all'organismo.

Prendo ad esempio una sequenza di sogni tratti dall'analisi del signor I. (Goldberg, 1978):

“Il paziente sogna un bambino malato di epilessia, ma se qualcuno lo abbracciava lui non aveva attacchi epilettici. Il paziente allora abbracciava il bambino e stava per adottarlo”.

Il sognatore aveva associato il bambino epilettico a se stesso, malato e bisognoso di affetto. Secondo Fosshage in un sogno di questo tipo l'interpretazione offerta al paziente è che il sogno rappresenti la capacità che il paziente cominciava ad acquisire di prendersi cura di se stesso.

Un po' di tempo dopo lo stesso paziente fa un altro sogno:

“Aveva preso un grosso pesce e cercava di tirarlo in barca. Qualcuno gli gridava dei consigli dalla riva, ma lui riusciva a prendere il pesce da solo”.

Il paziente aveva associato il fatto che ora doveva interpretare i suoi sogni senza contare soltanto sull'aiuto dell'analista.

RIFLESSIONI

Dopo questa breve panoramica quello che vorrei sottolineare nelle mie conclusioni è la ricchezza, la complessità e la molteplicità delle prospettive da cui si può guardare al sogno, che non per forza sono una in opposizione con l'altra, ma allargano e arricchiscono il concetto stesso che se ne ha e l'uso che se ne può fare, talvolta sorprendente e di senso mai finito.

Personalmente, quando mi trovo davanti all'affascinante indefinitezza di un sogno non seguo un modello predefinito per interpretarlo, ma il mio approccio varia e dipende, nei limiti di ciò di cui posso essere consapevole, dal tipo di sogno, dal tipo di paziente, dal momento dell'analisi in cui il sogno viene raccontato e dal mio modo di entrare in risonanza con un certo paziente in un certo momento.

Per esempio un paziente, con una sintomatologia ansioso-depressiva e cresciuto con un padre estremamente severo e giudicante, all'inizio dell'analisi sognava spesso se stesso in situazioni molto angoscianti:

“ero in mezzo al mare circondato da squali”, oppure: “ero in mezzo al mare circondato da meduse”. In un altro sogno invece si trovava su un treno che andava a forte velocità e lui correva senza sosta in direzione contraria; in un altro ancora percorreva una strada, come quella vicino a casa sua, proprio dove c'è una curva molto lunga e pericolosa da cui non si vede cosa può arrivare.

Ho accolto queste immagini oniriche come rappresentazioni dello stato del sé, di cui il paziente non aveva alcuna percezione nello stato di veglia e le ho lette come un primo tentativo di organizzare un'esperienza dolorosissima rendendola percepibile e comunicabile. Quindi come un self-state-dream, un sogno che cerca di affrontare una minaccia di dissoluzione del sé trasformando processi psicologici spaventosi e senza nome in immagini visive nominabili.

Un'altra paziente invece, dopo diversi anni di analisi, mi racconta di aver fatto un sogno la notte successiva a una seduta. In tale occasione mi aveva det-

to di aver preso coscienza, grazie all'analisi, della sua organizzazione difensiva patologica: si era resa conto di *“aver sempre avuto davanti agli occhi qualcosa di gigantesco che le impediva di vedere e che la faceva vivere dentro una gabbia dorata dove nessuna emozione poteva entrare”*.

Questo è il sogno: *“ho fatto un sogno strano, di solito sogno di fuggire da qualcosa e poi mi metto in salvo invece stanotte è finita male. Fuggivo di corsa nel panico da una persona che aveva un viso familiare ma nello stesso tempo mostruoso. Mi raggiungeva e c'era una sorta di pestaggio, io ero stesa a terra e intorno si radunavano delle persone a guardare. Un sogno violento, però, diversamente dal solito in cui mi sveglio nel panico con la sensazione di qualcosa che vuole uscire ma non riesce, stamattina piangevo. Non ero triste, ero in pace, non ricordo altre volte in cui mi sono sentita così”*.

In questo caso penso che la figura familiare e mostruosa del sogno rappresenti sia un oggetto interno della paziente, quello che, seppur con violenza, vuole uscire dalla gabbia dorata e dalla finzione, sia l'analista, che nell'averla accompagnata verso una presa di coscienza del proprio sistema difensivo in qualche modo le aveva inflitto un bel 'pestaggio', seppur necessario perché la paziente potesse recuperare il contatto con la sua vita emotiva da sempre congelata.

Il sogno descrive i sentimenti ambivalenti che la paziente prova verso l'analista, sentita in parte come un persecutore buono, che le permette di affrontare i propri mostri interni, sentire il dolore e scoprire che a questo può sopravvivere, ma in parte come un persecutore cattivo, che la spinge verso qualcosa da lei percepito come molto violento. In questo caso ho scelto quindi di interpretare il sogno in chiave transferale e riflettere insieme alla paziente sulle dinamiche relazionali in gioco tra noi in quella fase dell'analisi.

Ci sono quindi volte in cui sono portata a giocare con le fantasie connesse al sogno e con le associazioni successive che il paziente porta andando alla ricerca dei conflitti intrapsichici e relazionali che vengono rappresentati nel teatro del sogno; altre volte in cui mi soffermo di più sul contenuto manifesto del sogno e ne rilevo gli aspetti adattativi ed evolutivi, in accordo con gli psicologi del Sé; altre volte in cui, con uno stile più cognitivo, do importanza a come, a quando e in quale momento dell'analisi o della vita della vita del paziente, il sogno viene raccontato; altre volte ancora in cui prediligo la sospensione, quindi una capacità negativa in senso bioniano, e resto fiduciosamente in attesa che qualcosa nella mia mente prenda forma.

Alterno quindi un lavoro sul sogno, cioè un tentativo di interpretazione delle modalità con cui l'Io difensivo inconscio e la censura chiudono il contatto del soggetto con il proprio mondo interno, a un lavoro con il sogno, in cui mi immergo anch'io nel sogno del paziente e lascio che il suo potere evocativo entri dentro di me, nella speranza che la condivisione di questa esperienza con il paziente porti, nell'*hic et nunc* della seduta, nuove associazioni, ricordi o reazioni emotive.

Per quanto anch'io sia più portata a pensare all'inconscio come a qualcosa da esplorare perché produttore di senso e di intenzionalità, piuttosto che a qualcosa che tira a nascondersi e che va svelato, mi è capitato di pazienti che mi raccontassero in analisi sogni con chiari riferimenti edipici, in cui erano presenti oggetti che richiamavano alla mente simboli sessuali.

In quei casi ho ritenuto necessario leggere il sogno in chiave freudiana, quindi come espressione di desideri sessuali infantili rimossi e dare rilevanza al conflitto di natura pulsionale che era presente.

Per questo sono d'accordo con Bolognini (2000) e mi va di ripeterlo quando afferma che la teoria freudiana sul sogno non è né superata né smentita, ma semplicemente è una delle diverse letture possibili.

Queste mie conclusioni potrebbero far pensare ad un uso estemporaneo dei diversi modelli teorici, ma non è questo l'intento.

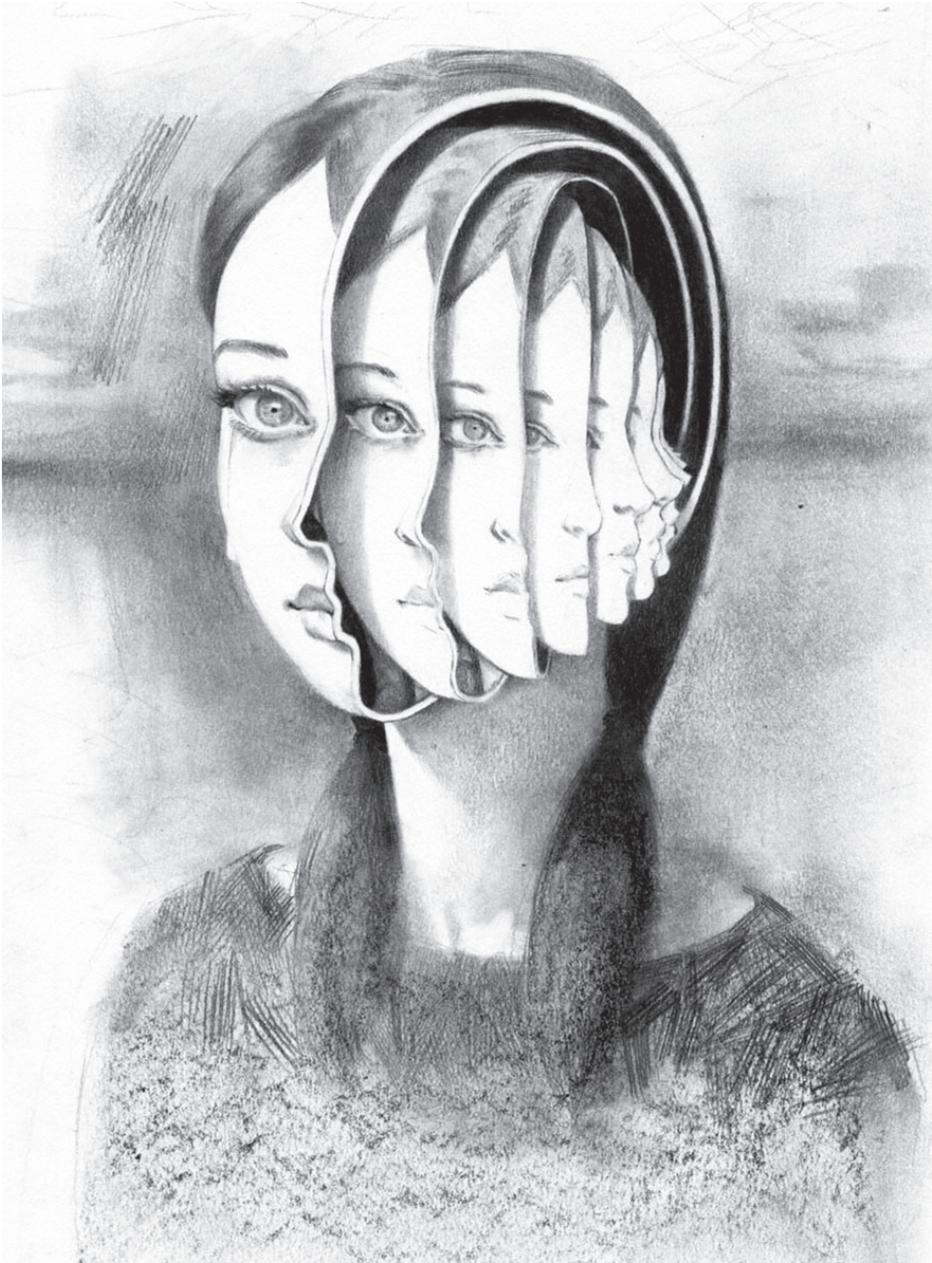
Penso che ogni analista nella sua formazione interiorizzi e sviluppi un proprio modello teorico, prevalente sugli altri, e che sia attraverso di quello che cerca di organizzare il materiale che emerge in seduta. Dopodiché, visto che nessun modello è esaustivo ma ciascuno fornisce una descrizione parziale dell'esperienza umana, credo che la conoscenza e l'utilizzo di modelli diversi consenta di ampliare la possibilità di comprensione dei meccanismi intrapsichici del paziente e della relazione analitica in atto.

Ovviamente un approccio di questo tipo non deve portare ad un appiattimento in cui le differenze di significato dei concetti teorici con cui si provano a spiegare i fenomeni osservati vengono offuscate, ma ogni concetto utile all'interpretazione è bene che, quando utilizzato, resti agganciato alla teoria di riferimento da cui si è sviluppato e a cui si ispira.

Bibliografia

- BION W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1975.
- BOLOGNINI S. (2000), *Il sogno cento anni dopo*, Mimesis edizioni, 2016.
- FREUD S. (1899), *L'interpretazione dei sogni*, Opere 3, Boringhieri, 1966.
- FREUD S. (1900), *Il Sogno*, Opere 4, Boringhieri, 1966.
- FOSSHAGE J.L. (1997), *Le funzioni organizzative dell'attività mentale del sogno*, in Ligabue, 2005, pp. 17-57.
- GINZBURG A., *La trasformazione delle strategie difensive nella traduzione onirica*, in Bolognini, *Il sogno cento anni dopo*, pp. 397-410, Bollati Boringhieri, 2000.
- GOLBERG A. (1978), *The Psychology of the Self. A Casebook*, International University Press, New York, 1978.
- JOSEPH B. (1985), *Transference: the total situation*, International Journal of PsychoAnalysis, 66, pp. 447-54.
- KLEIN M. (1978), *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978.
- KOHUT H. (1977), *La Guarigione del Sè*, Boringhieri, Torino, 1980.
- MIGONE P. (2006), *Come la psicoanalisi contemporanea utilizza i sogni*, Il Ruolo Terapeutico, 102, 72-82.
- OGDEN T.H. (2005), *L'arte della psicoanalisi*, Raffaello Cortina Editore, 2008.
- OGDEN T.H. (1997), *Reverie e Interpretazione*, Astrolabio, 1999.
- QUINODOZ J.M. (2004), *Leggere Freud*, Edizioni Borla, 2005.
- RICOEUR P. (1965), *Della interpretazione. Saggio su Freud*, Il Saggiatore, Milano, 1967.
- ROSENFELD H. A. (1964), *Stati psicotici. Un approccio psicoanalitico*, Armando editore, 1990.

*Carola Del Favero è psicologa e psicoterapeuta



IL SOGNO E LA COPPIA. IL SOGNO NELLA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DI COPPIA COME REGOLAZIONE DEL CAMPO INTERSOGETTIVO

di Giulio Cesare Zavattini*

1. La relazione di coppia come “terzo”

L'esistenza di un'organizzazione psichica comune costruita tra i membri della coppia, che prevede una struttura e dei processi psichici condivisi, è stata messa in evidenza da molti Analisti che lavorano con le coppie e le famiglie. Mi riferisco a ciò che può essere chiamato ‘incastro inconscio’, ‘mondi interni condivisi’ (Dicks, 1967) che non possono essere considerati come la semplice somma delle caratteristiche individuali dei due partner (Zavattini 1988, 2014).

Ruszczynski (1993) sulla scorta del lavoro di Britton (1989) ha parlato del triangolo coniugale come quello creato da ognuno dei due partner e dalla loro *relazione come un terzo elemento*. La *relazione*, cioè, ha una propria identità accanto a quella dei suoi membri e ciò potrebbe interferire con i personali bisogni ed interessi dei due partner, oppure può essere una “chance evolutiva”, ossia una possibilità di crescita verso una maggiore complessualità rispetto alla ridefinizione e ristrutturazione dell'identità del Sé (Zavattini, 2019b).

In questa prospettiva possiamo pensare che un funzionamento sano nelle coppie dipende non solo dalla comprensione dei vari stati del proprio Sé e dalla capacità di differenziare tra i bisogni e le emozioni di sé e dell'altro, ma anche dalla capacità di potere *raccontare*, *pensare* e *parlare* della relazione come di un'entità di per sé, separata da quella dei due individui che la costituiscono (Lupinacci, Zavattini, 2015).

Ciò riguarda, all'interno di un setting psicoanalitico di psicoterapia di coppia, anche la presentazione di un sogno da parte di uno o di entrambi i partner che va inteso come un *racconto*¹ che può essere condiviso in una seduta divenendo un fenomeno intersoggettivo esperienziale e co-costruito con il terapeuta come affronterò nel prossimo paragrafo.

2. Raccontare un sogno

La letteratura psicoanalitica sul sogno è sterminata ed esula da questo sag-

1 Non ho qui lo spazio per affrontare la differenza tra *contenuto* e *modo*, ossia tra analisi dei contenuti simbolici e dimensione processuale, se non precisando che nella prospettiva clinica che seguo sono attento non solo a “ciò di cui si parla” in seduta, ma anche al “quando” e al “come” in linea con una linea co-costruttiva e contestuale dei significati legata all'incontro tra quell'analista e quel/quasi pazienti (Dazzi, Zavattini, 2011; Bromberg 2006, 2011).

gio poterla affrontare compiutamente; in senso generale si possono distinguere diversi vertici di lettura: il “sogno sognato”, ossia il sogno come espressione del funzionamento neurofisiologico, il “sogno ricordato”, ossia al modo in cui il sognatore traduce o mette in parola quanto rammenta come il proprio sogno; e infine il “sogno narrato” che può essere “interpretato” all’interno della relazione terapeutica come comprensione di quel dato sogno (Velotti, Zavattini, 2019).

Dopo Freud (1899) vari Autori hanno dato maggiore enfasi a collegare il sogno al suo rapporto con la vita quotidiana, con i suoi dubbi, problemi, difficoltà in quella che si può chiamare – pur con posizioni diverse - la *continuity hypothesis* secondo la quale nei nostri sogni continuiamo ad affrontare gli “*emotionally relevant concerns*” della vita di veglia, e i sogni, a loro volta, influenzano il nostro sonno e la nostra vita (Migone, 2006).

Jung (Jung, 1916) è stato uno dei primi studiosi che ha messo in evidenza il rapporto tra il sogno e il comportamento della vita diurna, così come successivamente altri Autori hanno dato molto rilievo agli aspetti organizzativi del sogno, alla sua funzione di *problem-solving* e a quella che si può chiamare una funzione di “autoriparazione”.

Nell’ambito della teoria delle relazioni oggettuali, Fairbairn (1944) sostiene, infatti, che «i sogni sono rappresentazioni di situazioni endopsichiche sulle quali si è bloccata la persona che sogna (punti di fissazione) e spesso includono qualche tentativo di superare la situazione stessa». Erich Fromm (1951) ha messo in evidenza che certi sogni sono disturbanti perché non si adattano a quella persona che noi siamo convinti di essere durante il giorno e Rycroft (1979) ha affermato che i sogni sono messaggi che provengono da parti del Sé di cui la persona non ha coscienza.

In questa direzione, come osserva Fossahge (2008) il sogno può oggi essere pensato come un organizzatore dell’esperienza, si potrebbe dire che esso ha una funzione di ristrutturazione e riorganizzazione dei pensieri diurni allo scopo di favorire sempre un migliore adattamento e funzionamento mentale.

Bion, del resto, sosteneva che il sogno andrebbe inteso come una teoria della *costruzione del significato* e non del suo travestimento. In altri termini il sogno andrebbe inteso come un tentativo per *generare* un nuovo significato (Bion, 1967).

Friedman (2000), facendo riferimento a Bion, evidenzia due funzioni intersoggettive del sogno, la prima funzione è quella di *richiesta di contenimento esterno* per le emozioni del sogno che il sognatore non ha le capacità di elaborare da solo. In questo caso il sognatore richiede una “partnership psichica” nell’elaborazione di emozioni insopportabili e dolorose.

La seconda funzione intersoggettiva è il desiderio inconscio di influenzare i sentimenti dell’uditorio e di stabilire un nuovo genere di rapporti con esso. Ciò avviene attraverso comunicazioni interpersonali inconscie, attraverso spunti che

“spingono” l’uditorio a diversi stati d’animo: amore, comprensione, colpa, cautela, paura, pietà, misericordia, compassione, ecc. Questi sentimenti, stati d’animo e tendenze ad agire si creano talvolta dai contenuti e spesso da *come* e *quando* si racconta il sogno.

Recentemente Vigna-Taglianti (2019), sulla scorta del lavoro di Antonino Ferro (2013), ha sottolineato come *il progressivo sviluppo della capacità di sognare la propria esperienza emotiva* non rappresenta solo una delle mete principali del lavoro psicoanalitico, ma anche *un fondamentale indicatore delle trasformazioni intra- e inter-psichiche in atto sullo scenario analitico*.

3. Il sogno come un fenomeno intersoggettivo nella psicoterapia psicoanalitica di coppia

Sulle premesse sopra delineate considero il sogno nella psicoterapia psicoanalitica di coppia lungo due direttrici di senso possibili (Lupinacci, Zavattini 2002; Zavattini, 2019a).

a) In una direzione si può fare riferimento al sogno come la possibilità di usare *una sorta di comunicazione* e di *narrazione insatura sulla relazione*. ‘Dire’ un sogno all’interno del setting creato dall’atteggiamento e contenimento da parte dell’Analista può essere considerato come una chance per ‘illustrare’ le caratteristiche dello scenario degli oggetti del mondo interno ed offrire all’analista un modo per comprendere *in quale parte si è inserito il partner*.

In altri termini raccontare il sogno in seduta non dà soltanto un’idea dei vari stati del Sé del sognatore, ma anche di come il partner e il suo mondo interno si è inserito nel mondo interno dell’altro e quale *ruolo* gli sia stato assegnato (Sandler (1993).

b) Il sogno come racconto portato in seduta in un setting congiunto per quanto sia una comunicazione individuale può, inoltre, rappresentare l’espressione di un’organizzazione psichica comune, un “Senso del Noi” (Norsa, Zavattini, 1997; Gigli, Velotti, Zavattini 2012).

Il sogno, potrebbe essere quindi considerato come rappresentativo di un significato e di *uno stato mentale condiviso* nel campo che si va strutturando in seduta con la possibilità di essere trasformato non solo dalla matrice di significati che scaturiscono dalle associazioni dei due partner, ma anche dal lavoro dell’interpretazione e dalla risonanza emotiva dell’Analista.

Il sogno è, infatti, anche un racconto in seduta che esercita una pressione non solo sul partner che ascolta il sogno e sull’Analista, ma anche sulla atmosfera del campo. In questo senso si potrebbe dire che il sogno è anche “una proprietà emergente del campo” (Ogden 2001).

Raccontare e condividere il sogno in un setting di coppia come una *forma di regolazione del campo intersoggettivo* tra paziente e terapeuta può farci pensare al sogno come un modo di descrivere un assetto in seduta, qualcosa cui va

incontro il lavoro terapeutico. In tale ottica l'Analista, facendosi aiutare dalle comunicazioni del sogno, ha la funzione di un regolatore dell'intersoggettività del campo e delle "malattie del campo" e come ciò si evolve processualmente nel lavoro terapeutico.

Raccontare un sogno non è, cioè, solo un indicatore di un funzionamento mentale, ma anche lo produce e lo determina nell'altro e nel contesto della seduta. È rispetto a queste considerazioni che possiamo pensare il sogno come 'alludente' sia al Sé (ed alla propria storia) e all'Altro 'interno', sia alla Relazione attuale e alla sua organizzazione intersoggettiva (conscia ed inconscia) del momento.

Il lavoro psicoanalitico con la coppia a differenza del setting dell'analisi individuale avviene, infatti, 'in presenza' dell'altro e nell'ambito di un processo trasformativo di coppia, rappresentando non solo una comunicazione su di 'Sé' e su 'Noi', ma anche su di "Noi tre" in quel particolare momento della relazione e del processo terapeutico.

Conclusioni

Il setting con la coppia si presta molto, a mio avviso, a lavorare sulle transizioni in seduta e sulla "costruzione insieme" dei significati della produzione onirica nel dipanarsi del processo psicoanalitico (Zavattini, 2006). La funzione dell'Analista è quello di comprendere cosa rappresenta dire un sogno in uno spazio a tre restituendo *il senso della loro relazione*, ma anche cosa sta avvenendo *tra noi tre* (o tra noi quattro nel caso di un lavoro in co-psicoterapia), "ora, in questo momento", sul piano dell'immediatezza.

In questa prospettiva, paziente e psicoanalista possono costruire insieme una *consapevolezza condivisa* attraverso l'esplorazione delle reciproche cecità dissociative lavorando in uno *spazio transizionale* sviluppando *l'onirico* in seduta (Ferro 2013).

Quando ciò avviene uno psicoanalista sente che *qualcosa sta avvenendo tra lui e i partner della coppia*, ossia un'esperienza del qui e ora, piuttosto che continuare a credere che il fenomeno abbia luogo solo nel paziente o nei pazienti (Bromberg, 2006). L'analista è cioè "un partecipante" attivo alle dinamiche in seduta a cui contribuisce con le sue caratteristiche e con il suo funzionamento mentale.

In questa direzione penso che raccontare il sogno sia un *evento interpersonale*, in cui giocano un ruolo decisivo molte variabili relazionali ed intersoggettive. Imbattersi in un sogno è sia porsi in presenza dell'inconscio sia mutare i sentimenti di chi ascolta e il suo rapporto con chi ha sognato.

Bibliografia

- BION W.R. (1967), *Riflettendoci meglio*, Astrolabio, Roma, 2016.
- BRITTON R. (1989), *The Missing Link. Parental Sexuality and the Oedipus Complex*, in R. BRITTON M. FELDMAN, E. O'SHAUGHNESSY, *The Oedipus Complex Today. Clinical implications*, Karnac Books, London, pp. 83-102.
- BROMBERG P.M. (2006), *Destare il sognatore. Percorsi clinici*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- BROMBERG P.M. (2011), *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012.
- DAZZI N., ZAVATTINI G.C. (2011), *Il paradigma dell'attaccamento e la pratica clinica*, *Giornale Italiano di Psicologia*, 4: 729-756.
- DICKS H.V. (1967), *Tensioni coniugali. Studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*, Borla, Roma, 1992.
- FAIRBAIN W. R. D. (1952), *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Bollati Boringhieri, Torino, 1970.
- FERRO A. (2013), *Modello onirico della mente*, in A. Ferro (eds) *Psicoanalisi oggi*, Carocci, Roma.
- FOSSHAGE, J.L. (2008), *Lavorare con i sogni. Ricerca Psicoanalitica*, 3, 279-298.
- FRIEDMAN R. (2000), *Dream telling as a request for containment. Approaching dreams intersubjectively. Funzione Gamma*, www.funzionegamma.it.
- FREUD S. (1899), *L'interpretazione dei sogni*, in *Opere*, vol. III, Boringhieri, Torino, 1980.
- FROMM E. (1951), *Il linguaggio dimenticato: introduzione alla comprensione dei sogni, delle fiabe e dei miti*, Fabbri, Milano, 1961.
- GIGLI F., VELOTTI P., ZAVATTINI G.C. (2012), *Working With Couples Between Past And Present: Some Clinical Implications. Couple and Family Psychoanalysis*, 2(1): 65-79.
- JUNG C.G. (1916-1948), *Considerazioni generali sulla psicologia del sogno*, in *Opere*, Vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- LUPINACCI M.A., ZAVATTINI G.C. (2002), *One dream for two people: dreaming in the psychoanalytic couple psychotherapy*, *Funzione Gamma*, www.funzionegamma.it.
- LUPINACCI M.A., ZAVATTINI G.C. (2015), *Equilaterality: the structure of the couple and the mental state of the therapist*, in G.C. Zavattini et Al. *Speaking with Couples. Psychoanalytic Psychotherapy of the Couple Relationship*, Karnac Books, London, 41-60.
- MIGONE P. (2006), *Come la psicoanalisi contemporanea utilizza i sogni. Il Ruolo Terapeutico*, 102: 72-82. Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt102-06.htm.
- NORSA D., ZAVATTINI G.C. (1998), *Intimità e collusione. Teoria e tecnica della psicoterapia psicoanalitica di coppia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- OGDEN T.H. (2001), *Conversazioni al confine del sogno*, Astrolabio, Roma, 2003.
- RYCROFT C. (1979), *The Innocence of the Dreams*, Pantheon, New York.
- RUSZCZYNSKI S. (1993), *Psychotherapy with couples. Theory and practice at the Tavistock Institute of Marital Studies*, Karnac Books, London.
- SANDLER, J. (1993), *Note psicoanalitiche sull'amore*, in D.N. Stern, M. Ammaniti, (a cura di) *Psicoanalisi dell'amore*, Laterza, Bari, 46-57.

VELOTTI P., ZAVATTINI G.C. (2019), *E' ancora attuale l'uso del sogno nella pratica clinica?* *Giornale Italiano di Psicologia*, 3 (in press).

VIGNA-TAGLIANTI M. (2019), *Il sogno e le sue funzioni*. *Giornale Italiano di Psicologia*, 3 (in press).

ZAVATTINI, G. C. (1988), *The Other of me, That is My Other Half: Reflections on Projective Identification*. *Rivista di psicoanalisi*, 34: 349-375.

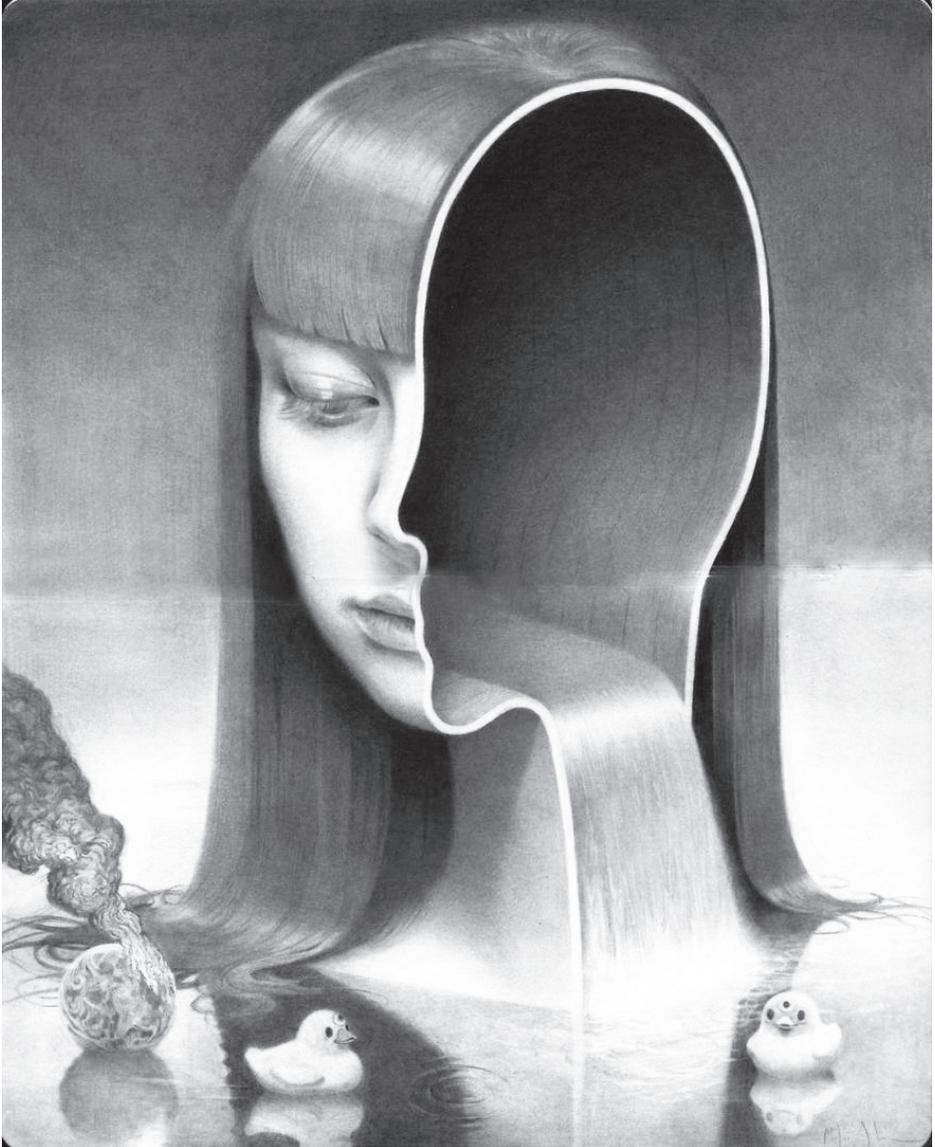
ZAVATTINI G.C. (2006), *El "espacio triangular" y el setting en la psicoterapia psicoanalitica de pareja*, *Psicoanalysis & Intersubjetividad. Familia, pareja, grupos e instituciones*, 1.

Zavattini G.C. (2014). *I legami di coppia e le nuove sofferenze relazionali*. *Varchi. Tracce per la psicoanalisi*, n. 11: 29-44. Stefano Termanini Editore. ANCE: E215227.

ZAVATTINI, G.C. (2019a), *La funzione intersoggettiva del sogno nella psicoterapia psicoanalitica della coppia*. 3° Congresso Internazionale "Psicoanalisi della coppia e della famiglia: Prospettive nel mondo. Variazioni di setting: la psicoanalisi di coppia e famiglia, Napoli 14-17 Febbraio 2019.

ZAVATTINI G.C. (2019b), *Il Senso del Noi ai tempi dell'amore liquido: da una prospettiva monadica a una prospettiva intersoggettiva*. *Varchi. Tracce per la psicoanalisi*, n. 20: 6-22. Stefano Termanini Editore.

.....
● *Giulio Cesare Zavattini è Professore Ordinario di "Psicopatologia delle relazioni di coppia e genitoriali", Sapienza Università di Roma; Membro della Società Psicoanalitica Italiana e IPA; International Affiliate Member of the Tavistock Institute of Medical Psychology; Full Member Association of Couple and Family Psychoanalysis.
.....



IL SOGNO DEL TERAPEUTA IL SOGNO SUL PAZIENTE COME INSIGHT PER IL TERAPEUTA

di Fabrizio Rizzi*

In questo scritto cercherò di descrivere una psicoterapia che – posso affermarlo con sicurezza trovandomi ormai alle soglie della pensione – è stata una tra le più lunghe e difficili che mi sono trovato a fare in tanti anni di professione; ma che ricordo anche come quella più coinvolgente, in cui ho sperimentato situazioni-limite ed in cui ho agito come mai ho fatto, né prima né dopo, con altri pazienti.

Il trattamento è iniziato nel giugno 2010 e si è concluso a dicembre 2015. Emma – così chiamerò la paziente – la conobbi quando aveva da poco compiuto 24 anni. Oggi ne ha 33. L'ho incontrata per caso recentemente, a quasi quattro anni dall'ultima seduta. Abbiamo parlato davanti ad un caffè per almeno venti minuti ed ho verificato quanto lei stia davvero bene. Nel 2010, all'inizio, non avrei scommesso un soldo sulla possibilità che lei guarisse davvero, e mai come in questo caso sono stato contento d'aver sbagliato prognosi.

Racconto della terapia di Emma anche se lei è stata una paziente che di sogni non ne ha quasi mai portato in seduta: tre, forse quattro in più di cinque anni, ed era materiale onirico molto scarno, fatto più di sensazioni corporee e vaghe immagini che non di scenari strutturati. Il tema di questo articolo non sono infatti i sogni del paziente, ma quelli del terapeuta ed il loro potenziale valore euristico, il loro poter essere un faro che illumina il buio o la nebbia in cui alle volte ci sentiamo persi.

La storia della terapia di Emma è molto lunga e complessa, quindi dedicherò il più dello spazio al racconto lasciando solo alla fine commenti e riflessioni teorici. Un' unica importante premessa: i miei sogni sulla paziente sono stati tre, distribuiti a distanza tra loro nel corso dei cinque anni; ma solo nell'ultimo riconobbi con certezza il volto e la figura di Emma avendo la conferma a posteriori che i due precedenti erano, per così dire, dei messaggi precursori.

Ho incontrato e poi seguito Emma nell'ASL dove lavoro, più precisamente al CDCA (Centro Disturbi Comportamento Alimentare) con psichiatri, dietiste e medici nutrizionisti. Lei però è stata seguita solo da me ed anche dallo psichiatra per un trattamento farmacologico con antidepressivi SSRI. Non dal nutrizionista né dalla dietista, perché, dopo la prima visita, avevano capito che non aveva senso e che l'intervento doveva essere solo psicoterapeutico e, quando necessario, psicofarmacologico, ma non dietologico nutrizionale. Non sarebbe servito a nulla, le avrebbe creato solo frustrazione e c'erano ben altre priorità.

Emma ha rischiato di morire almeno tre volte durante la terapia, ma non per dimagrimento. Sintomatologicamente, aveva una bulimia nervosa con almeno tre abbuffate quotidiane quasi sempre accompagnate da vomito provocato, ma era comunque in sovrappeso e con ciclo mestruale regolare. Il problema abbuffate era poco o nulla rispetto a ciò che c'era al di là del sintomo alimentare e di cosa si trattasse lo capimmo un po' alla volta.

Inizio della psicoterapia

Quando arrivò, nel 2010, Emma era come la luna: con una parte luminosa, visibile ed ufficiale e, dietro a questa, la «dark side of the moon», una parte oscura che ci volle molto tempo ad esplorare. La parte in vista era così apparentemente efficiente da fare invidia a molti.

A 24 anni appena compiuti, Emma era riuscita ad avere un lavoro di ruolo avendo vinto il concorso in ospedale e facendo la professione sanitaria per cui aveva studiato e che le piaceva molto; si era trasferita da un'altra regione allontanandosi dalla famiglia, in particolare dalla madre con cui aveva dei conflitti (al momento iniziale, non meglio definiti); viveva da sola in un piccolo appartamento, libera ed autonoma; si trovava bene con la maggioranza delle colleghe e con un paio di loro aveva anche fatto amicizia ben inserendosi in una città in cui era arrivata solo da pochi mesi.

Non aveva mai fatto dei colloqui psicoterapeutici ed al primo incontro, anche al di là delle sue dichiarazioni esplicite, si capiva che si era sempre arrangiata da sola (praticamente, ma soprattutto emotivamente) e che questa autarchia era la sua filosofia di vita. Era comunque venuta al Centro – mi disse – per ridurre e se possibile eliminare le abbuffate.

Con sincerità mi spiegò di essere più interessata alla consulenza della dietista che non ai colloqui psicologici, sulla cui efficacia aveva qualche dubbio. Li accettava solo perché facevano parte del “pacchetto terapeutico”. La spiazzai quando le dissi che questo scetticismo per me è spesso un buon punto di partenza perché trovo più complicato da gestire l'opposto, vale a dire un entusiasmo troppo acritico ed idealizzante della psicoterapia dal parte del paziente. Accettò la proposta standard che si fa al centro per la valutazione psicologica: quattro colloqui settimanali ed un paio di questionari.

Una delle prime idee che mi vennero in mente fu che, proprio perché tutti i più importanti obiettivi concreti erano stati raggiunti, a questo punto al pettine venivano tutti gli altri nodi rimasti irrisolti. Sugli aspetti affettivo-sentimentali Emma si diceva contenta del suo essere single, praticamente da sempre concentrata su studio e lavoro, come se la dimensione di un legame di coppia fosse per lei inesistente. Ma era sul tema famiglia che la sentivo più evasiva e sfuggente. Fu al terzo colloquio che decisi che potevo e dovevo buttar giù le mie carte per far in modo che le mettesse giù anche lei, come a poker. Mi aveva sì parlato di

questo rapporto conflittuale con la madre, ma molto vagamente e con occhi che guardavano altrove.

Dall'esperienza clinica nel campo dei DCA, e delle pazienti bulimiche in particolare, sapevo che nelle BN più complicate c'è un significativo nucleo depressivo connesso ad un rapporto altamente squalificante e denigratorio da parte della madre verso la figlia e soprattutto verso il suo corpo: non solo in adolescenza ma, ancora prima, fin dall'infanzia.

Sospettavo che Emma avesse od avesse avuto comportamenti autolesionistici, non solo e non tanto perché si sa che sono spesso presenti nelle pazienti bulimiche, ma perché quando parlava della madre sentivo che le si alzava la temperatura emotiva interna: un misto di rabbia e paura, non capivo se paura per la sua rabbia o paura per una madre arrabbiata con lei od entrambe le cose. Ma era tutto compresso e rivolto dentro di sé. E poi c'era l'indizio delle braccia coperte. Eravamo all'inizio dell'estate, faceva caldo, soprattutto nel mio ambulatorio per via dell'impianto di raffreddamento scadente. Eppure Emma veniva sempre indossando magliette a maniche lunghe. Però, a fine secondo colloquio, per guardare l'orologio, s'era tirata su un poco una manica ed io avevo intravisto sul polso una cicatrice.

La volta dopo decisi che era ora di parlarne. Le dissi che ancora non le avevo chiesto se anche lei, come molte pazienti bulimiche, aveva od aveva avuto comportamenti autolesivi, soprattutto tagli. Arrossì e mi rispose che effettivamente aveva avuto un periodo, tra i 13 ed i 15 anni, in cui qualche volta s'era tagliata. Ma solo un po', non tante volte, tenne a precisare. Notai che, nel parlare, quasi automaticamente, aveva afferrato i lembi delle sue maniche, tirandoli ancora più giù. Le dissi che non volevo fare il poliziotto che interroga, ma il terapeuta che per aiutare deve sapere. Mi appellai alla sua formazione sanitaria per dirle che entrambi sapevamo che è normale che un paziente faccia fatica a dire tutto, che si prova imbarazzo anche di fronte a certe domande e non solo a visite corporee invasive... insomma un bel «bla bla bla» necessario ma insufficiente. Lei stava zitta. Così calai la carta dicendole che la volta precedente avevo notato una cicatrice sul polso quando aveva guardato l'ora. Seguì un minuto di totale silenzio. Il viso di Emma era come pietrificato, ma per la prima volta le scendevano delle lacrime. Il suo sguardo mi pareva una via di mezzo tra quello di una bambina colta con le dita nel vasetto di nutella proibito e l'angoscia di una persona adulta convinta che se parla sarà ricoverata in reparto psichiatrico e riempita di psicofarmaci fino all'ottundimento. Stavo per dirle qualcosa che potesse rassicurarla, quando lei si tirò su lentamente entrambe le maniche. Ancora oggi ricordo la sensazione che provai a vedere quello spettacolo: entrambe le braccia avevano decine di cicatrici da taglio, sopra e sotto, dal polso fino alla spalla. Qualche seduta dopo mi fece vedere anche le caviglie: anche quelle piene di cicatrici, dal tallone fino a quasi il ginocchio.

Rassicuro il lettore che, memore del fatto che questa terapia è durata più di un lustro, sta facendo un calcolo proporzionale e, visto quanto mi dilungo sulle prime sedute, si chiede se dovrà leggersi una storia lunga come *Guerra e pace*. No, chi mi legge stia pure tranquillo: cerco di descrivere più in dettaglio questa prima fase perché lì è avvenuto «l'aggancio» che, a mio parere, accadde più per vissuti emotivi che non con argomentazioni logico-razionali.

A quel punto Emma aveva capito che non poteva più nascondere i tagli e quello che quelle cicatrici contenevano in sé. Ma aveva anche sentito, dopo tre incontri, che io non la consideravo irrimediabilmente pazza, e questo me lo disse in una seduta tre anni dopo, ricordando quel momento. Su questo mio credere che non fosse completamente pazza e totalmente autodistruttiva lei mi mise più volte alla prova, anche nella seduta successiva, la quarta ed ultima della valutazione psicologica, quando mi confessò che non solo si tagliava, ma alle volte si mordeva e si picchiava, una volta perfino con un martello. L'unica cosa che non faceva era bruciarsi: perché non fumava sigarette ed aveva paura del fuoco. Lei riuscì a dirmi questo ed io riuscii ad ascoltarla senza darla per spacciata. Ma non sarebbe stata l'ultima "sorpresa" di Emma, perché ne seguirono altre, anche più clamorose. Spesso non basta superare un test, il paziente ce ne potrà fare altri se ha davvero patito situazioni da inferno. Emma, in certi momenti nell'inferno c'era stata, e fin da piccola, con sua madre. Ma tutto questo lo avrei scoperto e capito seduta dopo seduta, nel procedere del mio conoscere e capire la mia paziente all'interno del percorso terapeutico. Che ora cercherò di riassumere nel modo più chiaro e meno prolisso possibile.

Emma e la sua famiglia

La mia paziente veniva da una famiglia di ceto medio – alto di una regione del centro Italia. Unica figlia femmina, secondogenita. Il maschio primogenito, più grande di cinque anni circa, era gay e viveva con un compagno in Olanda dove faceva il ricercatore. Il fratello minore, più giovane di sei anni, era ancora al liceo. Il padre era dirigente d'azienda, e veniva da una famiglia con una forte tradizione intellettuale e culturale; la madre era stata un'impiegata pubblica di alto livello, ma da tempo aveva smesso di lavorare avendo ottenuto un riconoscimento di parziale invalidità su base psichica. Questo della malattia e della diagnosi della madre fu un punto difficile da chiarire. Emma mi disse che a casa era un tabù parlarne, in primis perché la madre stessa negava di avere un problema psichico sostenendo di soffrire di una semiparesi alle gambe che i neurologi non avevano mai capito e men che meno curato. Da alcuni anni aveva cominciato ad usare una sedia a rotelle. Ma Emma mi raccontò che un paio di volte, quando erano solo loro due a casa, l'aveva spiata di nascosto e l'aveva vista alzarsi e camminare normalmente. Mi disse che un giorno, rovistando nel cassetto delle carte di famiglia, aveva trovato il referto di uno psichiatra che riportava la diagnosi

di “disturbo somatoforme”. Troppo poco per una invalidità, ma soprattutto per quello che la ragazza mi raccontò sui comportamenti materni. Lo riferisco qui ora in breve, ma fu una narrazione faticosa e piena di angoscia che necessitò di molte sedute.

In concreto Emma mi spiegò che la madre aveva delle crisi esplosive di collera, improvvise ed inspiegabili. Si arrabbiava con tutti e con tutto, urlando imprecazioni irripetibili. Solo dopo altre sedute mi spiegò che questo accadeva soprattutto quando in casa c’era solo lei, la figlia femmina. Se c’erano i due figli maschi, la madre si conteneva di più. Se poi in casa c’era il marito, era nervosa e sempre scontenta per qualsiasi motivo, ma non così “fuori di testa”. Il marito l’accontentava in tutto quello che poteva, gestendo la moglie con pazienza infinita. Solo al secondo anno di psicoterapia Emma riuscì a dirmi che questo atteggiamento del padre le provocava dei comprensibili sentimenti ambivalenti: da un lato ammirazione per l’abnegazione di lui come marito; ma dall’altra anche rabbia perché lui avrebbe dovuto come minimo darle dei limiti. Aveva anche provato a dirgli che, in sua assenza, la mamma era troppo nervosa; ma Emma aveva minimizzato e lui altrettanto, simmetricamente. Lei aveva paura di una ritorsione da parte della madre, lui probabilmente di doversi schierare con la figlia contro la moglie o, più facilmente, viceversa. Chiesi anche ad Emma se, nel condominio dove abitavano, nessuno si fosse accorto di quelle crisi. Mi spiegò che erano proprietari degli ultimi due piani, distinti ma tra loro collegati, e la madre di fatto viveva e dormiva in quello sopra.

Mi spiegò poi meglio in cosa consisteva il comportamento materno distruttivo e denigratorio. Non erano solo e forse non erano neanche tanto le crisi episodiche di rabbia quanto la sistematica e quasi quotidiana opera di attacco che la madre rivolgeva alla figlia e solo a lei (mai ai due maschi). La paziente mi raccontò una serie di episodi e ricordi specifici, centellinandoli in un lasso lungo di tempo, nel corso della terapia. Ogni volta che mi riportava un ricordo degli attacchi della madre, faceva visibilmente fatica, sudava, si torceva le mani, guardava a terra oppure fisso nei miei occhi, ma con uno sguardo spaventato che mi sembrava mi chiedesse *“ma perché mia madre si comportava così con me?”*. La madre la svalutava di continuo, mandandole anche doppi messaggi. Ad esempio diceva che non l’aiutava per nulla in casa per le faccende domestiche ma, appena Emma provava a far qualcosa, le urlava contro che sbagliava tutto, che era un’incapace totale e la mandava via. Ma i ricordi più dolorosi per la paziente erano le pesanti critiche sul suo aspetto fisico fatte dalla madre e solo da lei. A differenza degli altri componenti della famiglia, tutti magri e longilinei, Emma era stata fin da piccola robusta e di buon appetito. Queste due cose erano inaccettabili per la madre. La critica denigrante sul suo aspetto fisico Emma la ricordava come presente da sempre. La madre non aveva mai cercato di aiutarla a mangiare meglio controllando l’introito calorico, le faceva anzi trovare in casa molti dolci e tutti

i cibi nutrienti che Emma cercava. Credo di aver dimenticato – non successivamente, ma seduta stante – alcuni degli episodi raccontatimi da Emma, tanto suonavano terribilmente umilianti anche per me. Ma ne ricordo uno in particolare: un giorno a pranzo la madre a fine pasto le urlò addosso questa frase: *“Sei grassa e fai schifo, lo sai vero? Guarda che se non dimagrisci non farai mai sesso con gli uomini!”*. Ricordo che provai un forte turbamento, perché in quest’episodio ci trovavo qualcosa di peggiore rispetto ad altri prima riferiti dalla paziente. C’era un quantum di proiettivo e direi anche di perverso: Emma aveva solo 8 anni quando la madre le disse quella frase. La terapia era già iniziata da un anno ed io ormai già sapevo dalla paziente stessa che non aveva mai avuto un ragazzo e che era vergine. Lì ebbi la percezione che quelle parole della madre per la figlia erano state molto di più che non un rimprovero di stampo terroristico, ma la profezia di un desiderio materno maligno, distruttivo.

Un paio di anni dopo, parlando della sua vita quotidiana in casa, mi disse che abitualmente camminava solo con i calzini. Le chiesi come mai, mi rispose che si era abituata così a casa sua: *“per non fare rumore, per non farmi sentire dalla mamma mentre era a letto oppure in cucina”*. Assieme allo sconcerto, provai anche molta curiosità sulla storia di questa donna ed ancora nei primi mesi chiesi ad Emma dei nonni materni. Mi rispose che non li aveva mai visti e conosciuti: il nonno perché era morto quando sua madre era piccola, la nonna perché sua madre aveva rotto i rapporti con lei prima di sposarsi, non ne parlava mai e, nei rari accenni, la chiamava con l’appellativo “la stronza”. A proposito della famiglia di Emma, posso aggiungere che al terzo anno di terapia ebbi modo di conoscere, in due distinti ma ravvicinati incontri, sia il fratello maggiore che il padre. Emma mi chiese di poterli portare in un colloquio. La ragione era che aveva appena detto a tutti due (non ovviamente alla madre e non al fratello minore) che stava facendo una psicoterapia e che aveva parlato anche di ricordi famigliari. Fratello e padre erano contenti di conoscermi, ma la più motivata era Emma stessa. Voleva che fossero rassicurati che era in buone mani e che la terapia procedeva; mi chiese solo di non dire a loro tutto quello che aveva nel frattempo combinato, oltre alla bulimia, con l’autolesionismo (e che tra poco anche il lettore, con un po’ di pazienza, verrà a sapere).

Il padre, persona educata e riservata, dai modi e dall’aspetto di un aristocratico inglese, mi confermò che il carattere della moglie era alquanto difficile da sopportare, anche per lui che qualche volta aveva per un attimo pensato di separarsi; ma aveva deciso di non farlo per onorare il giuramento fatto nel matrimonio: *“insieme nella buona e nella cattiva sorte”*. Era contento che Emma fosse riuscita ad emanciparsi allontanandosi da casa e rendendosi economicamente autonoma. Evidentemente sottovalutava il pesante retaggio emotivo che la figlia si portava dentro, sapeva delle abbuffate con vomito, ma non aveva ben chiaro il pericoloso livello di autolesionismo di Emma, la quale mi aveva espressamente

chiesto di non dirgli nulla. Più sorprendente fu l'incontro con il fratello. A lui invece, che lei si tagliava, glielo disse con la voce tremante, davanti a me. Ma il fratello sorridendo le disse: *“Guarda Emma che lo sapevo già... trovavo garze e fazzoletti insanguinati nel cestino del bagno, e poi qualche volta ti avevo visto i segni sulle braccia... secondo me lo sapeva anche la mamma... non so papà...”*. Sentite queste parole, l'espressione del viso di Emma apparve sbalordita. Colsi l'attimo per chiedere al fratello, con tatto, come mai non ne aveva parlato con la sorella o con il padre. Mi rispose più o meno così: *“Forse avrei dovuto farlo, ma temevo di mettere Emma in difficoltà a parlare di questa cosa, sapevo che stava male per via della mamma, lei condizionava la vita della famiglia, tutto dipendeva da come si alzava la mattina... c'era una sola giornata buona in una settimana, forse anche meno... avevo provato a dire qualcosa al papà, non precisamente sul fatto che Emma si tagliava, ma che la mamma creava un clima pesante, però come sempre mio padre diceva di portare pazienza e che la mamma era fatta così, che aveva sofferto anche lei nella sua famiglia”*. Il “non detto” familiare si era materializzato in quell'incontro, ma in altro modo si era creato in precedenza anche nella terapia, nei primi mesi. Perché ancora nell'autunno del 2010, a cinque mesi dall'inizio della terapia, c'era qualcosa che Emma mi aveva tenuto nascosto: io non sapevo ancora quanto poteva farsi del male. Ma stavo per scoprirlo ben presto.

Natale e il breakdown

Arrivò il periodo di Natale, il primo della terapia, ed il più difficile di tutti i successivi. Si sa che il Natale è la festa della famiglia riunita. La madre di Emma, da quando lei se n'era andata di casa, le telefonava o le mandava sms in cui le chiedeva quando sarebbe tornata a trovarla. Lei finora ci era andata il meno possibile, circa una volta ogni due mesi, e rimanendo solo per 48 ore, non di più. Ma a Natale il bombardamento degli sms della madre, pieni di accorate richieste miste a colpevolizzazioni esplicite, era incessante. E questo mandava letteralmente in tilt la paziente. Emma, diventando apprezzatissima dalle colleghe, si faceva mettere volontariamente in servizio in tutti i ponti e le festività comandate. In quel Natale si era fatta mettere di turno a Natale, S. Stefano, Capodanno ed Epifania. Questo per cercare giustificazioni con la madre. Ma quest'ultima si arrabbiava e faceva la vittima dicendole che poteva e doveva trovare il modo di passare almeno un pezzo di feste in famiglia. Emma era molto più angosciata in quel Natale 2010 rispetto al precedente (in cui era stata casa dei suoi a Capodanno ed il primo gennaio); perché ora era in terapia da sei mesi, aveva raccontato molte cose, aveva ricordato e raccontato vari episodi ed ormai sentiva che non aveva nessuna voglia di avvicinarsi a sua madre. Ne capiva ormai la personalità patologica ma, per questo stesso motivo, ne aveva ancora più paura rispetto a prima. Già agli inizi di novembre parlava con crescente ansia delle vacanze di Natale e delle aspettative della madre. Le abbuffate erano aumentate e con esse anche

i tagli. Arrivò così la fatidica seduta di martedì 7 dicembre. L'appuntamento di Emma era l'ultimo della giornata, quello delle 17. Lei arrivò e vidi subito che era pallidissima, aveva il respiro affannato. Banalmente le chiesi se aveva fatto a piedi tutte le scale (e se veniva dal garage seminterrato, erano 5 piani; lo immaginavo come modo per bruciare un po' di calorie) ma scosse la testa dicendo di no, era venuta in ascensore e letteralmente si afflosciò sulla poltrona. Guardai meglio: sembrava cadaverica più che pallida. Cominciai a sentirmi agitato, intuendo che era successo qualcosa. Lei parlò ed io capii quanto, la seduta precedente, avessi avuto una massiccia negazione. *“Si ricorda che la volta scorsa le avevo detto che avevo immaginato di fare quella cosa con l'ago cannula?... non era più una immaginazione, l'ho fatto davvero, almeno 4 nelle ultime settimane... anche ieri e sono svenuta... so che sto facendo cazzate ma non riesco a non farle, sto troppo male”*. Mi prese un colpo e mi sentii un idiota. Lei me lo aveva preannunciato la seduta precedente, lo aveva detto a modo suo certo, ma avrei potuto e dovuto capirlo. Comunque era viva e di fronte a me. Potevo rimediare e dovevo agire subito.

Cosa era successo? Cos'erano queste fantasie non più tali, ma diventate azioni concrete agite da Emma? Si trattava di questo: si era procurata in ospedale degli aghi cannula, quelli per le flebo ed i prelievi venosi. Quando a casa stava particolarmente male, dopo aver abbuffato e vomitato, essersi anche tagliata, ma con l'angoscia dentro di lei che non calava, aveva preso l'ago cannula portato dall'ospedale, si era messa in bagno seduta sul bidet, si era infilato l'ago in vena guardando poi il sangue scendere. In quel breve lasso di tempo, alcuni secondi, sentiva una tranquillità che la sertralina non le dava in ugual misura. Percepiva dentro di lei una pace ed un silenzio che le ricordava la neve, i fiocchi che cadevano senza far alcun rumore, lievi e delicati. Così tornava a sentirsi per un attimo una bimba piccola in estasi, felice di quello spettacolo: niente urla della madre, niente rimproveri e denigrazioni, solo pace e silenzio e neve a fiocchi lenti che sembravano danzare. Il giorno prima della seduta lo aveva fatto, ma aveva tardato qualche secondo in più a togliersi l'ago. Ed era caduta a terra, svenuta, senza l'ago in vena che fortunatamente era riuscita a togliersi un secondo prima di perdere conoscenza. Si rendeva conto di aver rischiato di morire.

Ma voleva da me un aiuto, chiedeva davvero di essere messa in sicurezza? Glielo chiesi esplicitamente e mi rispose di sì. Le dissi che allora l'unica cosa da fare era andare subito al pronto soccorso. Lei temeva che l'avrebbe vista qualche collega ed avrebbero letto dal sistema informatico interno che era stata in Ps e le motivazioni dell'accesso: si vergognava di poter essere scoperta. Di questa faccenda del suo prestigio ne avevamo già parlato. In reparto Emma godeva di ottima reputazione, non solo per la questione dei turni, ma per la sua professionalità e dedizione con i pazienti (questa informazione me la confermò l'anno dopo una collega psicologa ospedaliera che collaborava nel suo reparto ma non sapeva che lei era mia paziente). Emma era una di quelle persone che possono essere tanto

fornitrici di cura per gli altri e, contemporaneamente, per nulla con se stesse. Le avevo già detto che le colleghe di reparto non potevano non aver notato qualcuna delle sue cicatrici, come l'avevo vista io al secondo colloquio. Aveva ammesso che era successo, qualcuno non le aveva chiesto spiegazioni, qualcuno sì e lei aveva detto che si era tagliata su degli scogli, nuotando al mare. Aveva intuito che non le avevano creduto, ma non era successo nulla. Non era strano, le avevo detto: lavorava bene e se aveva dei problemi che però non intaccavano il lavoro, in fondo erano suoi fatti privati. Emma mi obiettò che i medici del PS avrebbero scritto sul referto il motivo dell'accesso in PS e che avrebbero chiesto una consulenza con lo psichiatra. Le dissi che con lo psichiatra dell'ospedale ci avrei parlato io e che dovevamo andare senza stare a discutere. Volle rimanere cinque minuti solo a piangere, poi accettò di andare in ospedale. Lì la tennero ricoverata 36 ore e le fecero più trasfusioni. All'ingresso aveva un livello di emoglobina pari a 12 g/dl, meno della metà del minimo. Sul referto scrissero che si era fatta un salasso. Come nella medicina del diciannovesimo secolo.

I sogni di controtransfert

Provo a rassicurare ancora il lettore che mi segue con pazienza da molte pagine ormai, chiedendosi se e quando parlerò di quanto ho messo nel titolo: i miei sogni sulla paziente ed il loro ruolo nella terapia. Ci sto arrivando, anzi ci sono. Dovevo prima spiegare la mia graduale (o meglio, lenta) comprensione del pericoloso livello di autolesionismo di Emma: che così grave non l'avevo mai trovato. Lo sottovalutavo, considerandolo come una specie di sfogo, per quanto ovviamente inadatto. La teoria a cui fino ad allora avevo fatto riferimento, e che ancora per un po' mantenni non trovando altre spiegazioni, era quella classica che avevo letto su vari testi, a proposito non solo delle pazienti bulimiche ma anche dei disturbi di personalità, quelli borderline in particolare, che ora riassumo qui in estrema sintesi: l'atto autolesionistico sarebbe l'estrema soluzione ad uno stato di angoscia crescente e incontrollabile; angoscia intensa non solo quantitativamente ma qualitativamente, perché non mentalizzata né mentalizzabile, cioè non organizzata in pensieri (ad esempio come quelli fobici od ossessivi) né strutturata in qualche forma ideativa (anche delirante), ma percepita come qualcosa di psicofisico, una tensione interna sempre più dilagante che deve trovare uno "sfiato" (tipo valvola della pentola a pressione) in cui il dolore fisico percepito dal corpo e provocato dalla lesione da un lato funge da distraente e dall'altra fornisce una qualche forma di sensorialità al dolore non nominabile né pensabile, proprio dell'angoscia primitiva non mentalizzata.

Questa spiegazione teorico-clinica dell'autolesionismo era quella a cui facevo riferimento fino a quel 7 dicembre. Pur con la sensazione crescente di qualcosa di mancante, la mantenni per molto tempo ancora perché non avevo trovato altre spiegazioni, pur cercando nei libri, in articoli, discutendo del caso

con il collega psichiatra del Centro, facendo anche un paio di supervisioni. Avevo già fatto due sogni sui serpenti, ma senza capire che mi stavano suggerendo il significato più profondo (più che la funzione) dell'autolesionismo di Emma. Il primo, ho poi ricostruito che l'avevo fatto tra la seduta del 7 dicembre e quella precedente in cui la paziente mi aveva già parlato di usare l'ago cannula, ma come fantasia. Però in quel sogno non avevo visto Emma, ma un qualcuno senza volto e senza una connotazione di genere e di età precisa, solo un corpo umano. Il secondo sogno era più chiaro, perché c'era una donna ed era anche lei un po' fisicamente in sovrappeso, come Emma. Mi chiesi se potessi essere associato alla mia paziente, anche perché quel sogno venne subito dopo una seduta in cui Emma mi disse che aveva usato ancora l'ago cannula. Perché sì, di fatto anche dopo il 7 dicembre lei ripeté il "salasso". Non me lo nascose mai ed accadde altre cinque volte, tra loro molto distanziate e non così ravvicinate com'era successo a fine novembre ed inizio dicembre 2010. Mi disse che non era più così anemica e che sapeva riconoscere i primi accenni di svenimento. Ma l'ultima volta fu quella più pericolosa: Emma finì ricoverata in ospedale per dieci giorni e fu a quel punto che io feci il terzo sogno, quello che mi aiutò finalmente a capire e a dirle quello che avevo finalmente compreso, il messaggio del mio inconscio che già due volte aveva cercato di farmi capire l'essenziale.

Primo sogno: *sto camminando in una strada di città, non è quella dove vivo, so che è sul mare e che ha un porto, ma non li vedo. In giro non c'è nessuno. Ad un certo punto si fa scuro, ci sono nuvole nere in cielo, ma non piove e sono sicuro che non pioverà anche se non so perché lo so. Ad un certo punto sento un lamento. Mi giro e vedo un corpo umano steso a terra e completamente avvolto da dei serpenti. Mi spavento e scappo via pensando che non posso fare niente per quella persona.*

Secondo sogno: *sono in un bosco ceduo, più appenninico che alpino (come quelli che frequento io); sto camminando e non mi sento inquieto anche se è un luogo in cui non sono mai stato, non ho alcun timore di perdermi; il sole è alto, ma non fa troppo caldo. Sto cercando qualcosa, ma non si tratta funghi né di frutti del bosco. Forse una persona, ma non ho idea di chi sia. D'un tratto sento un voce di donna che urla, viene da vicino, ma non capisco bene da dove; cerco ancora mentre la voce si fa più alta e chiede aiuto. La sento chiaramente, comincio ad agitarmi, poi ecco che la vedo davanti a me, a pochi metri: è immobile, appoggiata ad un albero, la circondano decine di vipere che strisciano a terra attorno, minacciose. Io mi avvicino un po', ma tutti quei serpenti impauriscono anche me. Lei grida che sono vipere che la morderanno e lei morirà. Le dico di star calma, che non si muore per il veleno della vipera, ma sento che le sto mentendo perché questo è vero per il morso di una vipera, ma non per decine, come quelle che le sono intorno. Non ho con me un bastone, non vedo attorno rami abbastanza grossi da usare come bastoni e poi penso che potrei uccidere due o tre vipere ma poi le altre si scatenerebbero su di me e sulla donna. Le strisciano attorno ma non le si avventano contro, penso che si divertano a spaventarla più che volerla uccidere. Trovo*

in tasca un accendino, non so come mai (non fumo e non vado nel bosco ad accendere fuochi), ma lo butto alla donna che riesce a prenderlo, le dico di accenderlo se le vipere si avvicinano troppo, le dico che vado a cercare aiuto, se torno con altri riusciremo a liberarla da quell'assedio, non aspetto nemmeno che lei risponda, mi giro e corro via, mi chiedo se sto scappando, sento alcune parole della donna, ma non le capisco perché mi allontanano, mi chiedo se lei mi stava dicendo "non abbandonarmi" e mi dico che l'unica cosa che posso fare è cercare rinforzi.

Terzo sogno: sono nello stesso bosco ceduo, sento che sto cercando la donna dell'altro sogno, quella accerchiata dalle vipere; mi accorgo che sono da solo, non ho altri con me che possano aiutarla, mi chiedo come mai, ma non ci penso, cerco di trovare la donna in pericolo, di nuovo sento la sua voce, ma non capisco cosa dice, non mi pare chieda aiuto, sembra quasi che canti, ripete le stesse parole, sono agitato, ma anche confuso, cosa mai sta dicendo? Finalmente la trovo, adesso è accovacciata ai piedi dell'albero, con sollievo vedo che attorno a lei non c'è nessuna vipera, né altro animale pericoloso, ma l'angoscia ritorna subito perché mi accorgo che ha le braccia e le gambe piene di morsi, le ferite sanguinano, lei ha lo sguardo perso e continua a dire, come una cantilena queste parole: "Sangue del mio sangue, tu sei il sangue del mio sangue"... mi chiedo se sta morendo, se il veleno l'ha fatta impazzire, le vado vicino, provo a parlarle, ma non so se mi sente, ripete sempre le stesse parole, stavolta ho un cellulare con me, chiamo il numero di emergenza e comincio a piangere temendo che lei possa morire. Mi sveglio da questo incubo, il più brutto di tutti. E, nel pieno della notte, pensando, associando e ricostruendo, finalmente capisco il messaggio che mi ha mandato il mio inconscio.

Nel primo sogno, non avevo minimamente pensato ad Emma. L'immagine non era quella di una donna (come nei successivi) ma di un generico corpo senza un sesso riconoscibile, perché troppo coperto dalle bisce. Che rappresentasse Emma, l'ho pensato dopo il terzo sogno, chiara prosecuzione del secondo e, di conseguenza, anche del primo. Tutti e tre avevano in comune la presenza di serpenti: tema inusuale per me. Non ricordo di aver mai sognato serpenti, semmai con schifo ragni e, con paura, cani (sono stato spesso morso da bambino e ragazzo, nella zona dove vivevo). Dei cani sì, ma delle vipere non ho mai avuto particolare paura. Sono stato fin da bambino, ed ancora più da adulto, un amante delle escursioni in montagna. Ho incontrato più di una volta vipere (oltre agli innocui orbettini e lanze) sia da lontano, sia anche piuttosto da vicino. Non mi avvicinavo troppo ovviamente, ma mi incuriosivano.

Il terzo sogno però mi apparve chiaro. Mi fece capire che anche nel primo c'era Emma, per via della città sul mare (come quella in cui lei era nata e vissuta fino a 23 anni). Nel secondo c'era una giovane donna in sovrappeso; avevo pensato potesse essere Emma, che avevo visto quel giorno stesso, un lunedì, ma ero stato fuorviato dalla componente cronologica del sogno, perché il giorno prima ero stato con amici in montagna e il caso aveva voluto che – tra i tanti argomenti

– si fosse parlato anche di animali pericolosi o presunti tali: dell’orso, soprattutto, ma anche dei lupi e delle vipere. E mi spiegai il sogno come residuo di quella conversazione, anziché lavorare sulla somiglianza fisica della donna nel bosco con Emma. Ma l’ultimo sogno era esplicito, soprattutto per il sangue sulle ferite delle braccia e delle gambe e la frase ripetuta. La donna del sogno era Emma, i morsi sulle braccia i suoi tagli, e le vipere... era ormai chiaro cosa fossero. Ed era il momento drammatico che viveva Emma in quei giorni che – se mai ce ne fosse stato il bisogno – rendeva per me tutto evidente.

Due giorni prima del mio terzo sogno, Emma fece il suo ultimo salasso. Dico oggi che fu l’ultimo perché da lì in poi Emma finalmente smise di fare questi agiti così pericolosi. Ma rischiò che fosse davvero l’ultimo nel senso che mancò poco che morisse. Svenne anche quella volta, come il 6 dicembre 2010, ma stavolta fu peggio. Perché si risvegliò, ma non riuscì ad andare in ospedale nemmeno accompagnata; faceva fatica a stare in piedi e dovette chiamare l’ambulanza a casa. Quella volta in ospedale non ci restò 36 ore, ma 10 giorni. A cui ne seguirono venti di convalescenza.

Il problema non era l’anemia (non aveva più fatto salassi a raffica), ma qualcosa di neurologico o forse un qualche danno vestibolare transitorio, che la lasciò debolissima e in difficoltà a stare in piedi e camminare a causa di forti vertigini. Ma questa condizione fisica fu anche ciò che le permise di parlare a sua madre e comunicarle quello che da mesi, con me in seduta, fantasticava di dirle, facendo le prove con me perché nemmeno al telefono riusciva a pronunciare quelle parole. Non si trattava certo di un gran discorso, ma solo due o tre brevi frasi per spiegare una sua decisione. Ci riuscì dopo che andai a trovarla e, usando il sogno senza descriverlo, le dissi cosa avevo capito dei suoi “salassi”. Quando sua madre venne a trovarla, parlandole dal letto dell’ospedale, così debole da non riuscire a camminare, le disse più o meno questo: *“Mamma, ho una grave bulimia nervosa, ho bisogno di guarire, di star bene e la tua presenza non mi aiuta; ti chiedo di lasciarmi in pace, non telefonarmi e non chiedermi di vederci, quando starò bene mi farò viva io, e per guarire avrò bisogno di tempo, non giorni ma alcuni mesi”*. Aiutata dal fatto che la conversazione avveniva in un reparto d’ospedale, dalla presenza anche del padre, forse anche dal vedere Emma fisicamente in condizioni così precarie, sta di fatto che la madre non fece scenate, ma la parte della madre un po’ stupita ed un po’ offesa. Comunque, rispettò il volere di Emma e la lasciò in pace come lei le aveva chiesto.

“Sangue del mio sangue”

Cosa dissi ad Emma? E, prima ancora, che cosa mi avevano fatto capire i sogni, l’ultimo soprattutto? Il terzo ed ultimo mi aveva fatto capire che per Emma tagliarsi e, ancora di più, dissanguarsi era molto di più che uno sfiato, lo sfogo dell’angoscia indicibile e non pensabile. Era l’unico modo immaginabile

per lei per togliersi il veleno da dentro il sangue. Quel veleno che i morsi di una madre-serpente (i continui attacchi e le denigrazioni sul suo aspetto fisico) inoculavano dentro di lei. La madre – *il sangue del mio sangue* – le metteva il proprio veleno dentro il suo sangue. Anche se non ero e non sono mai stato un seguace di Melania Klein, quella notte a letto dopo essermi svegliato dall'incubo pensai al concetto kleiniano di "oggetto cattivo internalizzato" ed a quello di "proiezioni parassite".

Probabilmente qualcosa di analogo era successo alla madre di Emma nella relazione con sua madre (la nonna materna della paziente); ma questo ovviamente non giustificava in alcun modo una relazione così patologica. In cui la madre di Emma non tollerava l'idea che la figlia fosse non solo e non tanto geograficamente lontana da lei, quanto soprattutto individuata, psichicamente autonoma e libera da questa relazione. Ne aveva bisogno per tormentarla, diciamo. Pensai anche che il sovrappeso di Emma fosse una difesa, una specie di corazza fatta di strati di protettive cellule adipose, più che una specie di ribellione alle aspettative della madre, come avevo fino ad allora ipotizzato. Mi resi conto che il problema era molto più interno, profondamente interiorizzato. Ma una parte sana, non autodistruttiva, c'era ancora, per fortuna, e lo testimoniava non solo il fatto che Emma non fosse morta in tanti anni di autolesionismo, ma che continuasse una psicoterapia nonostante tutta la fatica che le costava.

A lei non raccontai il sogno, né l'ultimo né i precedenti. Le dissi poche parole, più o meno queste: "Emma credo di aver capito che i tagli e l'ago cannula sono qualcosa di più che quello sfogo di cui le ho detto tante volte; penso che lei senta come se ci fosse un veleno dentro di lei, che circola nel suo sangue ed inquina non solo il suo corpo ma ancora di più la sua anima; e l'unico modo che finora ha pensato possa liberarla è quello che ha fatto. Effettivamente anni fa si pensava che se si era nel bosco e si era stati morsi da una vipera, l'unica cosa da fare subito era bloccare la circolazione con qualcosa, tagliare vicino al morso e far uscire il sangue avvelenato succhiando dalla ferita. Ora non si fa più così e nemmeno in ospedale si usa il siero anti-vipera per i rischi che comporta. Il veleno di vipera raramente è mortale. Penso che lei tante volte si sia sentita morsa ed avvelenata dalle cose che diceva e faceva sua madre, soprattutto quando era piccola. Ma ora ha capito che il suo sangue si è purificato, ha perso tutto il veleno che c'era dentro ed ora può dire a sua madre quelle parole che finora non è ancora riuscita a dirle". Lei mi rispose solo "*Ci spero*". La incoraggiai ancora e poi ci salutammo.

Come raccontato prima, Emma ci riuscì. La rividi solo quasi a fine convalescenza, circa tre settimane dopo. Era ancora debole, ma finalmente la vidi tranquilla: era riuscita a parlare a sua madre e, per la prima volta davanti a lei, il padre aveva fortemente appoggiato la sua richiesta, imponendosi sulla moglie. La terapia comunque continuò ancora per molto tempo, per consolidare la

sua sicurezza interna ed abituarla a permettersi emotivamente di sentirsi libera. Come una persona scarcerata dopo anni ed anni di prigionia, aveva bisogno che io le stessi vicino mentre ritrovava una libertà interna mai prima provata.

Da un punto di vista teorico non so concettualizzare più di tanto. Mi viene semplicemente da dire che i sogni che fa il terapeuta e che, più o meno chiaramente, alludono ad uno specifico paziente in terapia, non sono genericamente legati al controtransfert (anche se si basano su di esso, ovviamente); credo che, più specificamente, testimonino la possibilità che i due rispettivi inconsci, quello del terapeuta e quello del paziente, comunichino tra di loro ad un livello del tutto impercettibile da entrambi. Si tratta forse di un *working trough* profondo, una sorta di fiume carsico sotterraneo che può venire alla luce improvvisamente ed in modo massiccio.

Un sogno, o un incubo come nel mio caso, può essere una delle modalità, ma non l'unica. Alle volte l'insight, ciò che finalmente si capisce, appare quasi banale ed ovvio: ma questo a posteriori. Ed il pensiero: "*Ma come ho fatto a non capirlo subito?... è così chiaro!*" si spiega con il fatto che prima la luce del sole era coperta da uno spesso strato di nuvole. Vale dire dai sintomi, da aspetti importanti ma collaterali, da teorie eziologiche non errate ma troppo limitate e limitanti e soprattutto dall'angoscia di capire ed arrivare fino al cuore del problema: che è un timore del paziente, ma con cui anche il terapeuta può colludere.

Non ho mai incontrato la madre di Emma (a differenza del padre e del fratello) ma credo che l'immagine inconscia di lei come un serpente velenoso fosse presente in me anche prima del primo dei tre sogni. Anche le vipere, come la maggior parte degli animali, attaccano l'uomo per difesa, per paura, per risposta ad un istinto innato.

Forse una psicoterapia alla madre, fatta a suo tempo, avrebbe evitato o ridotto una psicopatologia relazionale così massiccia; ma così non era stato e, in ogni caso, le modalità di questa donna con la figlia erano veramente tossiche, velenose. L'unico modo per curare completamente Emma era aiutarla a mettersi in sicurezza da sua madre e, quindi, non solo allontanarsi da lei, ma allontanare lei dopo aver fatto pulizia nel proprio sangue psichico.

Nell'incontro di venti minuti al bar Emma mi sembrava un'altra persona e, per la prima volta, ho visto davanti a me una donna che può tranquillamente sentirsi lei stessa una donna, come una cosa normale e naturale. Ancora un po' in sovrappeso, ma solo lieve (ha perso 10 kg ed è piuttosto alta), appariva disinvolta, abbronzata e sorridente, a suo agio nel muoversi, tanto quanto un tempo era legnosa, rigida e poco mimica nel viso. Sorrideva con gli occhi ed indossava un vestito femminile, con gonna leggermente sopra le ginocchia. Non aveva alcun timore a mostrare le braccia scoperte. In psicoterapia, aveva sempre preferito sedersi davanti alla scrivania (declinando l'invito di accomodarsi su una delle due poltrone messe ad angolo retto che ho in ambulatorio) perché se tra me e lei

c'era un tavolo si sentiva sia di proteggersi che di proteggere me dalla vista del suo corpo per lei orribile.

Sorridendo e giocando a fare la misteriosa, mi ha detto che c'è qualcuno che le piace.

.....
● ***Fabrizio Rizzi** è psicologo e psicoterapeuta. Dal 1979 è psicologo del servizio sanitario
● pubblico a Trento, attualmente nell'ambulatorio di psicologia clinica e psicoterapia adulti e
● nell'area dei disturbi alimentari effettuando interventi sia individuali che famigliari.
●



IL SOGNO E LA CLINICA: EMILY E I SOGNI

di Lia De Micheli*

Emily ha 21 anni, è una giovane di aspetto gradevole: snella, di media statura, i capelli neri lunghi fino alle spalle, e un viso molto pulito, senza un filo di trucco. Ha un gradevole accento inglese e un tono piuttosto sicuro.

La ragazza mi chiede una terapia per “problemi con la madre”.

Durante il primo colloquio mi chiede una psicoterapia *vis à vis* dicendo che sentiva il bisogno di “guardarmi in faccia”, preannunciando da subito la tematica del controllo che peraltro comparirà anche nei sogni della paziente.

Emily ha trascorso i suoi primi nove anni a Londra vivendo con entrambi i genitori, padre italiano e madre inglese.

La paziente è figlia unica e descrive un’infanzia piuttosto solitaria: la madre non le permetteva di frequentare altri bambini dopo la scuola. La sua unica amica era la figlia dei vicini di casa.

Racconta di aver imparato a leggere molto presto grazie alla nonna italiana, con cui trascorreva parte delle vacanze estive. Emily era una bambina piuttosto cagionevole di salute e dunque stava con i nonni per “respirare aria buona”, al mare o in montagna.

Ha avuto sempre un ottimo rendimento scolastico, è stata una sorta di *enfant prodige*.

Racconta che la madre, nel periodo delle elementari, andava a prenderla a scuola e nel tragitto che percorrevano per arrivare a casa, cominciava a richiederle di descrivere nel dettaglio cosa avesse fatto durante la giornata, con chi e di che cosa avesse parlato. Arrivate a casa, spesso, la mamma la invitava a fare quelli che la paziente chiama “giochi di ruolo”.

Spiega poi che in tale gioco la madre fingeva di essere una delle persone con le quali aveva interagito la bambina (un’insegnante, un’amica, il padre), le poneva delle domande o iniziava delle conversazioni, e Emily doveva rispondere come aveva o come avrebbe fatto nella realtà. La paziente dice di essersi sentita come se la madre avesse voluto rubarle la vita, i pensieri, i sentimenti.

Già da allora l’umore della mamma oscillava tra periodi di deflessione e ritiro dalle relazioni e altri in cui diveniva maggiormente aggressiva ed energica. In queste fasi spesso spostava mobili, stanze e oggetti in casa: invertiva una stanza con un’altra, trasferiva i mobili del salone, spostava i vestiti di Emily e del marito da un cassetto all’altro e così via. Per Emily era dunque pressoché impossibile avere segreti sia da bambina, sia più tardi in adolescenza.

Quando aveva circa nove anni i genitori si separarono e lei si trasferì, con la madre, in una piccola cittadina di campagna, nella casa della famiglia d’origine

di quest'ultima. Il padre restò in città. Emily non ebbe la possibilità di scegliere; spiega che secondo lei il padre fosse troppo preso dall'infatuazione per un' amante per pensare anche a lei. La paziente descrive la casa e il luogo in cui si trasferì con la madre come una specie di film dell'orrore: una casa grande, fredda, semi vuota, in uno sperduto e antiquato paesino di campagna.

Le condizioni psichiche della madre, e di vita di Emily, peggiorarono drasticamente.

La paziente spiega che da quel momento in poi non ci fu più nella sua vita quel senso di normalità, regolarità e abitudini.

La madre oscillava, stagionalmente, tra periodi trascorsi a letto al buio e altri in cui era energica al punto da spostare mobili, e fare abbuffate, per tutta la notte.

Emily si recava dal padre a fine settimana alterni.

Emily racconta di aver frequentato il liceo del paesino; si è informata ed è il terzo peggiore di tutta l'Inghilterra.

A scuola il rendimento era sempre piuttosto alto, nonostante qualche problema di comportamento segnalato da diversi professori che la definivano "insolente". Studiare e fare i compiti al pomeriggio era molto difficile perché, come dice lei stessa: "*mia madre mi ronzava intorno*". Le faceva domande, le parlava dei suoi problemi, le frugava nello zaino o tra i libri.

Emily ha avuto il primo rapporto sessuale a quattordici anni; spiega che è stata una cosa che desideravano entrambi dopo sei mesi di relazione e che ha vissuto tutto con una certa solitudine, in gran segreto dalla madre. La mamma non l'aveva guidata nemmeno durante il menarca, che la colse all'improvviso e inaspettatamente in gita scolastica a soli 10 anni. Se la cavò chiedendo aiuto alle sue insegnanti ma fu molto arrabbiata con la madre.

Terminato il liceo, Emily si iscrisse a ingegneria e tornò a Londra a vivere con il padre. Sentiva tutte le sere la madre al telefono, la quale le diceva che stava molto male senza di lei; man mano queste lamentele aumentarono fin quando arrivò al punto di dirle diverse volte (lei stessa o facendole telefonare da altri) che aveva tentato il suicidio e che era necessario che tornasse velocemente in campagna per aiutarla.

Emily inizialmente si spaventava molto e correva dalla madre per andarle in soccorso, ma erano sempre falsi allarmi.

Decide quindi di trasferirsi in Italia, a casa dei nonni paterni, e di iscriversi alla facoltà di economia, mettendo distanze con la madre.

Quando l'ho conosciuta si stava per laureare e il percorso di studi era andato molto bene. Era inoltre fidanzata da più di due anni con Stefano, suo compagno di studi.

Emily descrive l'Italia come un luogo che ha sempre considerato "un'oasi felice", in cui trascorreva momenti piacevoli durante le vacanze da bambina e

dove trovava, e trova anche adesso, la regolarità e le abitudini quotidiane che non ha potuto avere con la madre.

Dopo il trasferimento, i rapporti con la madre sono, per scelta di Emily, progressivamente diminuiti.

È capitato tre volte che la madre si presentasse a casa dei nonni “a sorpresa”, senza preannunciare il suo arrivo. L’ultima visita “a sorpresa”, fu l’episodio descritto dalla paziente come la goccia che fece traboccare il vaso, a seguito del quale decise di iniziare la terapia.

La paziente sottolinea, sia a parole sia nei suoi sogni, che la mamma ha una grande facilità a convincere chi la circonda del fatto che lei sia una buona madre e Emily una cattiva figlia, ingrata e crudele: questa tematica dell’“essere fregata” è molto presente nei suoi sogni.

I contenuti di messaggi e telefonate che ha ricevuto erano sempre tentativi di convincerla ad essere buona ed accogliere sua madre, che soffriva molto per la sua mancanza.

Sogni

Emily cominciò a raccontarmi i suoi sogni fin dal secondo colloquio di consultazione e continuò con assidua frequenza. Condivideva con me solitamente almeno un sogno ogni incontro, talora anche due.

Sembrava voler fare un dono alla terapeuta ma anche usare i sogni per difendersi dalla terapia stessa.

Col tempo si è evidenziata una certa discrepanza tra come si presenta Emily e il suo mondo interno.

La paziente apparentemente è sempre uguale, molto “normale”: arriva puntuale a ogni colloquio, è sempre vestita in modo estremamente sobrio, e non mostra picchi emotivi durante i colloqui.

I sogni invece narrano di un mondo interno tumultuoso, caratterizzato da molti cambiamenti repentini ed emozioni.

Primi sogni

Al secondo colloquio di consultazione Emily raccontò spontaneamente questi due sogni. Rimasi, inizialmente, piuttosto stupita e spiazzata.

Primo sogno

“Sono in casa dei nonni, non è troppo diversa. I nonni parlano con mia mamma in modo tranquillo. Io ci sono, ma è come se fossi invisibile. Mando un messaggio al mio fidanzato spiegando che cosa stava accadendo e parlando di mia madre, ma sbaglio e invece lo mando proprio a mia madre. Squilla il telefono della mamma, legge il messaggio. A quel punto divento visibile e cominciamo a litigare. Esco da casa e mi ritrovo in campagna. C’è una casa alta con un muro bianco e per terra la ghiaia. Sembra la

casa dell'orrore. C'è un'amica, che nella realtà è una persona tranquilla, ma qui salta da un ragazzo all'altro. Ha la personalità di un'amica e la faccia di un'altra. C'è anche un gruppo di amici".

La paziente non fece alcuna associazione sul sogno. Disse solo che pensava che parlare di sé al primo colloquio "le avesse smosso tutto".

Secondo sogno

"Sono su un'isola con la mia amica della campagna. L'amica porta gelati in bicicletta come lavoro. Il clima è bellissimo. Poi siamo su una zattera sul mare calmo. Poi ci arrampichiamo per arrivare su un altopiano e parlare. Cerco nello zaino il telefono per scrivere al mio fidanzato e vedo che il papà mi aveva aiutato a fare la valigia."

Penso che questo sogno possa riguardare il viaggio con me; anche la terapia può essere intesa come un viaggio. Transferalmente potrei essere rappresentata come la cara amica del sogno con la quale può non essere più sola e stare su una zattera sul mare calmo a osservare. L'isola sembra un luogo caldo, di ristoro. E il gelato, che sembrerebbe un elemento infantile come l'isola stessa, potrebbe forse rappresentare simbolicamente qualcosa che raffredda le parole che con la mamma possono solo essere piene di rabbia.

Emerge la figura del padre come quello che la aiuta a sperimentare, a viaggiare.

Inizio della terapia

Raccontò questo sogno che credo mostrasse il suo desiderio di iniziare il percorso: *"Arriva a casa mia zia. Quindi è sabato. La zia ha i jeans chiari e una giacca nera a fiori primaverile; i capelli sono più lunghi di come li ha normalmente, è più grassa e ha un bel sorriso; sembra più giovane. Non la vedo, ma c'è dietro mia nonna e chiede: "Cosa vuoi bere?". La zia risponde: "Non so, lo spumante". E la nonna: "Perché, oggi festeggiamo?"*

Associazioni

"La zia stava da anni con un compagno e due sabati fa ci ha detto che si sono separati. Sono sei mesi che è tesa per i litigi con lui. Lei viaggia molto per lavoro, e lui è geloso a casa, che fa le scene. Lei dice che rimpiange di averlo conosciuto. Mia zia è una persona solare e in questo sogno è finalmente rilassata. Ho un buon rapporto con la zia, viene tutti i sabati a pranzo. Questi pranzi dalla nonna mi piacciono, danno costanza, abitudini".

Alcune riflessioni

Penso che la zia nel sogno sia Emily stessa, che si è allontanata dalla mam-

ma e per la quale però è anche preoccupata perché la sa “a casa a fare le scene”. Nel sogno è vestita a festa, è fiorita e quel brindisi potrebbe rappresentare un inizio, quello della terapia forse. Emily è in cerca di maggiore benessere (la zia che è finalmente rilassata nelle associazioni) e di costanza, ritmicità (i pranzi ogni sabato).

Questo sogno sembra in qualche modo corrispondere alla funzione freudiana di realizzazione di un desiderio (Freud, 1899).

Alcuni sogni in cui compare la madre

La madre è un personaggio ricorrente nei sogni della paziente. Il clima emotivo che accompagna la sua presenza è sempre angosciante.

In alcuni, tra i quali il seguente, ordisce dei complotti contro la figlia.

Primo sogno

“Sono in un bilocale, siamo in quattro persone e siamo come tenuti in prigione. In un ambiente ci sono una tv e un divano. L'altra è una stanza piccola con un letto grande.

Nella casa non c'è la cucina e ci portano da mangiare due volte al giorno. La parte inferiore del letto è normale, nella parte superiore invece fa una curva all'insù. Eravamo in quattro: io, il mio fidanzato, una mia amica e una quarta persona che probabilmente è amica della mia amica.

Io e il mio fidanzato programmiamo di scappare e per farlo mi ero messa nel letto e facevo finta di stare male. Ma sul letto ci sto a malapena perché ha quella gobba. Arriva la persona che ci aveva rinchiuso, non ricordo che faccia avesse, e chiama aiuto perché io stavo male. Restiamo solo con il suo complice, ma la mia amica lo distrae e lo fa andare di là, nell'altra stanza. Poi l'amica mi porta dei vestiti e io e il mio fidanzato scappiamo.

Ci troviamo in un piccolo paese mezzo abbandonato. Faccio un giro e c'è una Micra rossa, è la macchina che dobbiamo prendere. Guido io e cerchiamo qualcuno che ci dica dove andare. Un contadino ci da indicazioni, ma ci fa andare in una strada senza sbocco. È un complice anche lui. Riusciamo a recuperare la strada e arriviamo in una città: è Milano ma c'è il mare. Siamo felici perché in una grande città nessuno ci troverà. Pensiamo di andare fino al mare a piedi. C'è un muretto e c'è una persona simile a mia madre che ha due valigie. Chiedo al mio fidanzato: ma lo sogno o è mia madre? Lui dice che è mia madre, la riconosce dal naso. Come ha scoperto che siamo a Milano? Capisco che è lei la mente di tutta questa cosa e ha detto al contadino di mandarci lì.

C'è un edificio e cerco di evitarlo, ma mi trovo risucchiata sul terrazzo con mia madre e il mio fidanzato. Lei mi chiede: perché mi hai abbandonato? Il mio fidanzato dice di non rispondere. Mia madre mi risucchia in un altro posto, tipo terme: c'è acqua ed è umido. Cerco di scappare, ma con il vapore non vedo. Le dico che vedo un'analista

da due anni e che non ho voglia di vederla perché penso sia causa di tutti i miei mali. Quindi le spiego i miei motivi disobbedendo al mio fidanzato. Poi trovo una via di scampo.”

Associazioni

“Il luogo in cui scappiamo è simile a un posto vicino alla casa in cui vivo in questo momento con i nonni. Il paesino è quello francese in cui vivevo con mia madre. Il bilocale è un posto dove ho vissuto un'estate con mia madre che aveva trovato un lavoretto temporaneo. E' stata un'estate molto calda e stavo male in quella casa. “

Alcune riflessioni

Sembrava essere uno di quei sogni che, come dice Gabbard, “inondano l'intera seduta [...] mentre il terapeuta travolto tenta di orizzontarsi fra i vari possibili significati” .

Ma da un altro punto di vista poteva essere utile per la terapia cogliere con l'aiuto di Emily che cosa mi dicesse di lei il sogno narrato. Cominciai dunque a vedere questi sogni con la paziente nell'ottica della terapia come processo col-laborativo (Gabbard, 2005), fornendole piccoli rimandi sulle scene principali e sulla sequenza in cui avvenivano e chiedendole di procedere insieme nell'osser-vare il sogno, un po' come se fossimo colleghe.

Questo sogno conteneva molte comunicazioni.

Secondo sogno

“Vicino a casa mia c'è un negozio di vestiti in cui non sono mai entrata. Sono lì dentro con il mio fidanzato. Il negozio è più grande di come è davvero. Guardo le cose e sono quasi verso l'uscita sul retro. Sento urlare mia madre. Per fare veloce e scappare voglio passare attraverso la fila dei vestiti ma resto bloccata. Due signori mi guardano divertiti. Loro escono dal negozio e io non riesco. Entra mia madre e urla qualcosa. Ha delle specie di etichette appiccicose con sé e me le appiccica addosso. Ci sono scritte tre parole: ingrata, non solidale, e la terza non me la ricordo

Esco correndo e faccio un pezzo di strada. La mamma mi raggiunge dopo un sottopassaggio. Lì c'è una persona che deve essere mio fratello e mia madre chiede al suo altro figlio di domandarmi perché sono ingrata anche con lui, con un altro della mia famiglia. Mio fratello balbetta, non vuole dirlo, ma si sente obbligato a darle ragione. Io lo contraddico senza cattiveria perché so che non vuole dire quelle cose di sua volontà, ma mi arrabbio con lui perché si è prestato.

Poi c'è una grande tavola come quella in campagna, ma è in mezzo alla strada. È un tavolo da sei e mia mamma è seduta in mezzo. Di fronte c'è un uomo di schiena quasi irrealista, si vedono solo la schiena e la testa. Ai lati di questa persona ci siamo io e mio fratello. Mi sporgo indietro e parlo con mio fratello: gli dico che mi manca e voglio vederlo. Lui mi stringe la mano e si emoziona”.

Associazioni

“La sera in cui ho fatto questo sogno ho pensato che mi manca mio padre, non lo vedo da tanto. L’atmosfera del sogno è angosciante. In questi anni ho pensato che è stato meglio che fossi sola senza fratelli, perché almeno mi sono dovuta salvare solo io. Quando avevo cinque anni mia madre è rimasta incinta e ha perso un bambino quando era già avanti con la gravidanza.

Mia mamma sarebbe davvero capace a fare un gesto come quello di attaccarmi le etichette addosso.

Una volta ha tirato un sacco di farina addosso al suo capo perché pensava che la ingannasse, che la prendesse in giro.

C’è un proverbio inglese che nomina un sacco di farina e che significa appunto “farsi ingannare”; mia madre ha compiuto quel gesto seguendo quel modo di dire”.

Alcune riflessioni

In questo sogno compare una mamma pazza, fuori controllo, dalla quale la figlia sente l’urgente bisogno di scappare. La figura materna appare talmente ingombrante da non lasciare spazio per altri affetti. Per associazioni il sogno mi fa venire in mente una situazione estrema di guerra in cui vige la regola “*mors tua, vita mea*”.

La solitudine della paziente sembrerebbe il prezzo da pagare per garantire la sua sopravvivenza.

Oltre all’isolamento, compare un forte senso di colpa che sembra essere rappresentato nel sogno da un’istanza Superegoica persecutoria giudicante e severa che le appiccica addosso delle etichette.

Questo Super-io sembrerebbe inoltre incontenibile, capace di passare all’azione (le etichette appicciate nel sogno, e l’episodio della farina nelle associazioni).

Sogni transferali

Primo sogno

“Sono lungo un fiume di acqua pulita, cristallina, di montagna. Sono con il mio fidanzato e lui fa il bagno. Fa freddo ma lo seguo in acqua. Mi viene voglia di lui; lui torna sulla riva, esco dall’acqua e gli vado sopra. A quel punto diventa mia madre e io sono ancora eccitata”.

Associazioni

“La cosa che mi sconvolge del sogno è che resto eccitata sessualmente anche nel momento in cui il mio fidanzato si trasforma in mia madre. Questo sogno è faticoso da dire, ma anche da tenere dentro”.

Alcune riflessioni

Emily racconta il sogno a cinque minuti dalla fine del colloquio. Percepisco il suo sgomento e la sua paura davanti alla scena narrata e sento il bisogno di rassicurarla prima che esca dalla stanza. Provo io stessa un senso di confusione e angoscia e forse le mie parole sono state anche tese a placare la mia stessa ansia. Le dissi che essere eccitati nei confronti della propria madre è un sentimento profondamente umano, che provano i bambini molto piccoli per esempio durante l'allattamento. Risponde di essere stata allattata, ma che poi è come se questo legame di vicinanza non si fosse mai dissolto perché la madre la obbligava a dormire nel lettone con lei tutte le volte che il padre era via per lavoro, fino a nove anni circa, età in cui la paziente dice che cominciava già a sentirsi attratta dai ragazzini.

Penso che il fatto che la paziente abbia parlato del sogno solo alla fine della seduta sia stato un sollievo per entrambe. Mi ritrovo molto nelle simpatiche parole di Gabbard che dice: *“come accade a molti pazienti in terapia con allievi in supervisione, per avere una risposta la paziente dovette aspettare una settimana”* (2003, p.12).

Credo che attraverso questo sogno Emily mi chiedesse aiuto nel fare distinzioni, ad uscire dalla confusione. Ricordando il dato biografico della sessualità precoce di Emily (a 14 anni ebbe il primo rapporto sessuale), è lecito ipotizzare che utilizzò l'eroticizzazione come difesa dalla deprivazione di contatto affettivo e dalla solitudine e dunque, forse, anche un po' come antidepressivo.

Nel sogno la paziente è sopra la madre. Emerge così ancora una volta il tema del controllo. Com'è riportato in molta letteratura, inoltre, i contenuti erotici facilmente tolgono al terapeuta la capacità di pensare (Gabbard, 2003). In effetti per me fu così e, come ho già detto, il fatto che la seduta stesse per terminare fu un gran conforto.

Dunque, ipoteticamente, questo sogno potrebbe anche rappresentare un tentativo di controllo su di me, di sovrastare cioè i miei pensieri, proprio come sovrastava la madre nella scena onirica.

Seguendo l'ipotesi del sogno come comunicazione transferale, va anche tenuto presente che l'eroticizzazione potesse esprimere globalmente il grande desiderio comunicativo nei miei confronti. Citando Menninger: *“L'amore è sperimentato come piacere della vicinanza, come desiderio di maggiore conoscenza reciproca”* (1942, p.272). Il fatto di raccontarmi faticosamente un sogno per lei così mostruoso è stato certamente anche una dimostrazione di fiducia nei miei confronti. Il suo forte desiderio di vicinanza, risulta essere al contempo terrificante.

Gli aspetti mostruosi del sogno sono molteplici. È mostruoso non riuscire a fare distinzioni: il sogno parte da una situazione tranquilla in cui si accende il desiderio di contatto intimo con il fidanzato, ma quest'ultimo improvvisamente si trasforma nella madre. Quello che inoltre risulta terrificante è il sentire di

prendere il controllo sulla madre e soverchiarla con la sua pulsionalità. Forse con questo sogno Emily mi chiede proprio ciò che la madre non ha potuto fare con lei: di aiutarla cioè a vedere la sua pulsionalità e governarla, senza farmi sovrastare.

Per Emily è inoltre mostruoso il trovarsi improvvisamente in situazioni che non sono scelte, come è stata la sua vicenda biografica.

La paziente disse che in effetti era la seconda volta che faceva questo sogno. La prima volta fu la notte successiva a una dura discussione con la madre. Il sogno fu per lei talmente angoscioso che poche ore dopo il risveglio si allontanò da casa della madre. Rimase qualche giorno ospite da un'amica ed ebbe forse l'unico vero crollo emotivo della sua vita: non riusciva ad uscire di casa né a badare a se stessa e si lasciò accudire dall'amica per due giorni, fino a quando non si sentì meglio.

Per Emily risulta molto faticoso tenere insieme tali vissuti angosciosi con la presenza reale della madre. Fu vero nell'episodio sopra citato e in qualche modo è così anche adesso. Da quando ha iniziato la terapia, infatti, la paziente ha avuto contatti telefonici sempre più sporadici con la mamma e in questo momento non ne ha alcuno. Su questo tema non ho fatto alcun intervento con la paziente; sono fiduciosa nella sua capacità di prendere le giuste misure nel rapporto con la madre quando se la sentirà.

Secondo sogno

“Ero in bagno a casa. C'è uno specchio con sotto una mensola, ho un brufolo sulla fronte – e questo è vero – e cerco qualcosa per curarlo e disinfettarlo. Qualcuno alla mia sinistra da dietro me, mi passa qualcosa e lo prendo (quando mi sveglio capisco che era mia madre). Mi da un cottoncino con il disinfettante, immagino. Quando mi giro per metterlo ho una piaga gigante con al centro il pus e tutto intorno lacerata e mangiata fino al sopracciglio. Ero orribile, pensavo: non ho mai avuto una cosa del genere, cosa ho fatto? Ero aperta e si vedeva l'occhio che muoveva sotto. Iniziamo a mettere quello che mi aveva dato mia madre e peggiorava. Mi giro a destra, qualcuno mi tocca e si risalda tutto pian piano, si richiude, resta la pelle un po' più grigia e cicatrizza. Resta solo un po' di grigio e per questo ero contenta ma non capivo cosa fosse successo. Ero sollevata”.

Associazioni

“È un sogno orribile, angosciante. Ho pensato che la persona che riduceva la ferita era lei (intende me, la terapeuta) anche se nel sogno però non vedo nessuna delle due persone. È un sogno strano, comunque lo collego a lei. Nell'ultimo incontro mi aveva chiesto se mi fidavo di lei e penso di aver fatto questo sogno di conseguenza”.

Alcune riflessioni

In effetti nella seduta precedente, avevamo parlato della difficoltà di Emily ad affidarsi agli altri e in parte anche a me in terapia. Credo che l'esempio più emblematico di ciò sia il fatto che preferisca il *vis à vis*, al lettino. Di questo aspetto parlammo più volte e un giorno disse: "*chissà cosa farebbe lei se io fossi sul lettino quando racconto tutti questi sogni. Riderebbe forse?*".

La paziente stessa aveva portato la metafora della cicatrice nei primissimi colloqui di consultazione. Tra i miei appunti trovo che durante gli incontri iniziali mi disse che aveva delle ferite e che mi chiedeva di riaprire perché forse valeva la pena di cucirle meglio.

Andando avanti nelle riflessioni sul sogno, la paziente associava temporalmente, anche nella realtà, un periodo in cui ebbe una portentosa acne adolescenziale, per la quale dovette essere presa in cura da diversi specialisti medici, alle prime simulazioni di suicidio della madre. In quei tempi inoltre la madre era particolarmente aggressiva e arrabbiata con lei per questioni legali collegate all'affidamento conseguente al divorzio; la madre la accusava di essere un mostro e Emily, ricoperta di brufoli, come tale si vedeva.

Credo che il sogno comunicasse il desiderio e al contempo la paura della paziente che io vedessi e mi prendessi cura anche delle sue parti più mostruose. La mia ipotesi è che questi orribili bubboni siano dentro di lei: siano cioè degli introietti materni "pazzi", terrificanti, che la paziente cerca disperatamente di non vedere.

C'è un grande sforzo da parte della paziente a tenersi insieme. Ipotizzo che questa sia una difesa di Emily contro il bipolarismo della madre, la quale si palesa nel suo essere sempre apparentemente uguale e dello stesso umore in seduta, confinando i repentini cambiamenti nel mondo onirico.

L'altro tema è quello della difficoltà della paziente a tenere insieme la madre e me, che emerge sia in questa rappresentazione onirica, sia nella realtà. Come menzionato prima infatti, da quando ha iniziato la terapia, la paziente non ha più contatti con la mamma.

Il sogno ispira una riflessione sulla teoria kleiniana: la difficoltà a tenere insieme oggetti buoni (rappresentati da me nel sogno) e oggetti cattivi (rappresentati dalla madre nel sogno) della prima fase evolutiva degli esseri umani e la conseguente tendenza a buttare fuori le parti persecutorie (rappresentate simbolicamente dai brufoli).

Sogni in cui compaiono animali

Riporterò tre sogni in cui compaiono animali che ipotizzo rappresentino parti di sé talora più "bestiali" come un cane da guardia, e talora più "dipendenti" come un cucciolo bisognoso di aiuto. Il primo sogno si verificò durante i primi mesi di terapia. Gli ultimi due sono molto recenti. Credo si possa notare un'ipo-

tesi di transizione verso una diversa modalità del suo stare con me nella stanza di terapia.

Concentrerò le mie riflessioni essenzialmente sugli animali che compaiano nei sogni, tralasciando molti degli altri elementi che potrebbero essere degni di nota.

Primo sogno (terzo mese di terapia)

“Andavo a cena in una grande e bella sala con il mio fidanzato. C'è un tizio giovane che ci spia. Poi salta il tempo e viene fuori che il tizio mi aveva salvato la vita, quindi chiede al mio fidanzato se può portarmi a mangiare fuori come compenso. Ero angosciata perché in realtà non mi aveva salvato la vita, ma l'aveva messa a repentaglio apposta per salvarmi, togliermi dal mio fidanzato e diventare il mio eroe.

Altra scena: io, il mio fidanzato e il tizio decidiamo di andare a caccia in una foresta o una giungla. Devo scegliere una giacca, un cane e un'arma. Scelgo una giacca imbottita, non ricordo l'arma e gli altri scelgono un cane cattivissimo: doveva difendermi e per quello andava bene ma non ero contenta del suo carattere. Attraversiamo un deserto con l'erba alta, c'è un ostacolo di legno e il cane tira il guinzaglio. Capisco che devo prendere l'arma e fare indossare la sua arma anche al cane: è una mascherina con due punte al posto degli occhi. Qualcuno mi dice: “Guarda che bell'arma che ha il cane!”. E io rispondo: “Sì, ma sembra ancora più cattivo, già è orribile”.

Associazioni

“Lunedì il mio fidanzato era andato a sentire la discussione della tesi di uno suo amico laureando in psicologia. Il tema era l'influenza dei videogiochi sui ragazzi; il sogno nella parte della foresta sembra un videogioco.

La sala gigante è quella del ristorante in cui farà la festa di laurea il mio fidanzato. Ci siamo andati una sera in settimana ed era praticamente vuoto; eravamo, come nel sogno, noi due soli.

Il tizio assomiglia a un amico del mio fidanzato; un tipo che mi sembra un “calcolatore”, potrebbe fare una cosa del genere anche se lo conosco poco”.

Alla mia domanda aperta rispetto al personaggio del cane, risponde di avere l'impressione di “*dover tenere sotto controllo una bestia demoniaca*”.

Alcune riflessioni

Il cane feroce che compare nel sogno sembra rappresentare, attraverso il meccanismo dello spostamento descritto da Freud (1899), sia la madre della paziente sia una parte di sé.

Emily dichiara di avere l'impressione di “*dover tenere sotto controllo una bestia demoniaca*”, ma quello stesso cane era al contempo indispensabile per difenderla. Dalla figura materna Emily è stata (ed è ancora se non altro dal punto di vista emotivo) dipendente nella sua infanzia e adolescenza come figura genito-

riale, ma al contempo ha sovente avuto l'esigenza di tenerla a bada (tenere il cane al guinzaglio nel sogno) rispetto ai suoi sbalzi di umore e anche, usando le parole della paziente stessa, affinché "non facesse del male agli altri". Con ciò si riferisce al carattere piuttosto reattivo e litigioso della madre che tendeva continuamente a perdere rapporti lavorativi, amicali e famigliari.

La paziente ha inoltre sempre sentito l'urgenza di tentare di controllare la mamma in modo che non danneggiasse le sue stesse relazioni (di Emily). Non a caso compare nelle associazioni il tema della laurea, credo. La laurea triennale della paziente è un buon esempio di una situazione in cui senti l'urgenza di tenere la madre legata al guinzaglio. Infatti non la invitò per timore che potesse fare qualche scenata parlando male di lei con professori e compagni.

La mia ipotesi è inoltre che il cane feroce rappresenti la parte di sé di cui la paziente ha bisogno per difendersi, ma che allo stesso tempo si rivela faticosa da gestire.

Questo cane interno pare infatti essere molto bravo a fare la guardia, ma al contempo non la aiuta nei rapporti sociali. Il tema principale del colloquio in cui compare il sogno è infatti la preoccupazione della paziente nel doversi relazionare con amici e parenti del fidanzato alla imminente festa di laurea di quest'ultimo.

Questa parte di sé "cane" la difende e allo stesso tempo la isola in una dimensione di solitudine. Inoltre come nel sogno, anche alla festa sembra come avere il timore di non riuscire a difendere il loro legame da delle fantastiche (e sognate) intrusioni. Il ragazzo della scena onirica che attraverso la finzione la porta via dal fidanzato potrebbe anch'esso rappresentare ipoteticamente sia la figura materna sia la parte di se più distanziante.

Secondo sogno (sesto mese di terapia)

"Dovevamo festeggiare. Sono davanti a uno scoglio sul quale dei ragazzi fanno una foto con parenti e amici. Penso che anche io voglio fare quella foto. Abbiamo i tacchi ed è difficile salire sullo scoglio. La mia amica mi prende e dice di andare dentro. Entriamo in una stanza con un lettino fatto a divano ricoperto di velluto rosso. Non è facile salirci con i tacchi per fare le foto. Ne faccio prima una con la mia amica Annie, poi con gli amici del mio fidanzato, poi con il mio fidanzato e il fratello, poi con i miei amici del liceo. Ci divertiamo a saltare sul divano.

Poi cambia scenario. Stavo passeggiando con il mio fidanzato in una foresta, ognuno ha un cane tipo bassotto e li scambiamo. Continuiamo a camminare, il cane del mio fidanzato si annoda con il guinzaglio attorno a un albero. Do il mio cane a Stefano e libero il suo dal nodo. Un signore dice che c'è un cane perso e ci chiede se sia nostro. È bianco, tutto sporco. Quando lo prendo in braccio diventa un pezzo di legno morto e si spacca. Sono dispiaciuta e penso sia stata colpa mia".

Associazioni

“L'altro giorno eravamo in un parco vicino all'università e un signore ci dice che c'è un cane abbandonato. Mi fa senso quando la gente abbandona i cani.

Ho guardato delle foto che ho tirato fuori di recente e in una c'è una foto del mio cane (Emily ha avuto un cane dagli otto ai diciotto anni) che sembra grandissimo. Mi emozionano molto fino a commuovermi. Da quando ho iniziato a venire qui mi emozionano di più”.

Terzo sogno (sesto mese di terapia)

“Ero una principessa in un castello e dovevo sposare il mio fidanzato. C'è una storia felice in cui lo sposo. Poi sono costretta a rivivere quella storia solo che non era più così a lieto fine; già sapevo cosa sarebbe successo dopo e avevo paura di compromettere il buon fine della storia se facevo qualcosa di diverso rispetto a come era andata la prima volta.

Ero vestita normale, non più da principessa, e uscivo per i fatti miei. Ero in una stradina di mattoni e c'era un piccolo insetto che stava morendo. A questo giro lo raccolgo e lo pongo in una fiala perché faceva caldo. Però avevo l'ansia di tornare a fare le stesse identiche azioni della prima storia quindi penso di curarlo più tardi perché se non faccio esattamente come prima potrebbero succedere delle brutte cose.

Poi sono vestita come una civile al mercato. Devo provare un vestito e resto in reggiseno e mutande davanti a tutti. Il mio fidanzato mi abbraccia da dietro e mi tocca in maniera sensuale. Ma mi vergogno perché c'è la persona che mi sta vendendo il vestito e lo sgrido. Compriamo quel bellissimo vestito. Scendiamo verso il mare e noto che non ho fatto la ceretta. Penso: sono una principessa, non posso andare in giro così! Mi consolo pensando che ho un bel vestito e noteranno quello”.

Associazioni

“L'unico elemento reale è che non ho fatto la ceretta. Da piccola giocavo con gli insetti e il giardino del sogno sembra quello della casa in cui vivevo da bambina. Penso che il sogno sia ispirato a un film in cui c'è una specie di fetto-farfalla. La morale del film è che il destino può cambiare in funzione di una cosa minuscola”.

Alcune riflessioni

In entrambi i sogni emerge il timore profondo che da una situazione tranquilla si passi a uno scenario drammatico. L'andamento narrativo di questi sogni e di molti altri sembrerebbe rappresentare metaforicamente la storia della vita di Emily: sembrava che andasse tutto piuttosto bene per i primi nove anni, ma poi la situazione mutò in maniera drammatica.

La parte del secondo sogno, in cui appena la paziente raccoglie il cane questo si trasforma in un pezzo di legno e muore, mi angosciò molto. Penso rappre-

senti un introietto materno che le dice che ha delle terribili colpe: un Super-io “pazzo”, estremamente sadico. È innegabile la realtà dei fatti rispetto a questo: la madre la accusa continuamente di essere una figlia cattiva e ingrata e la minaccia di potersi togliere la vita proprio per questo motivo.

Ipotizzo inoltre che sia il cane del secondo sogno, sia l'insetto del terzo, rappresentino la parte più dipendente di Emily, più affettivamente bisognosa dell'altro. L'insetto, che viene soccorso ma abbandonato, e il cane, che dopo essere stato raccolto muore, potrebbero rappresentare il suo timore che affezionandosi all'altro, lasciandosi andare, e allentando un po' quel controllo a lei così caro condividendo anche le sue parti più deboli, rischierebbe una fine drammatica (spaccarsi in pezzi nel secondo sogno; finire abbandonata nel terzo).

Credo che in questi sogni, seppur con timore, Emily inizi a portare per la prima volta le sue parti più dipendenti. A questo proposito è interessante che nel primo dei due compaia un lettino: c'è, ma al contempo è così difficile salirci. Forse dopo sei mesi di terapia Emily comincia a considerare la possibilità di affidarsi maggiormente alla terapia, lasciandosi andare maggiormente all'emotività, magari perfino sul lettino.

Riflessioni conclusive sul caso clinico

Credo che la paziente, pur mostrando una certa diffidenza nei rapporti interpersonali e anche nella relazione terapeutica, abbia trovato una maniera possibile di comunicare con me attraverso i sogni.

Riassumendo, le rappresentazioni oniriche mi hanno permesso di notare alcune caratteristiche del mondo interno della paziente:

Tema del controllo.

Emily ha bisogno di controllare gli altri e controllare se stessa. Verosimilmente questa può essere considerata una difesa contro il bipolarismo della madre.

Grande desiderio di comunicazione.

Al tema del controllo si contrappone un grosso desiderio di comunicazione e di esplorare il suo mondo interno, seppur in modo cauto e guidato da lei e dai suoi sogni. In questo senso sembra desiderosa di essere “ricercatrice”, proprio come il padre che ama viaggiare ed è di lavoro un ricercatore.

Differenza tra mondo interno e apparenza esterna.

Esternamente, in seduta, appare sempre uguale, con un aspetto anonimo e senza picchi emotivi. Il mondo interno è invece un subbuglio di repentini e spaventosi cambiamenti. Da ciò si può dedurre un grosso timore dei mutamenti improvvisi che si permette di vivere solo attraverso le rappresentazioni oniriche.

Sembra poter stare in *relazione con la madre solo in situazioni conflittuali*, fatte di tranelli, sotterfugi e dolorosi giudizi. Questo aspetto per ora è assente nel transfert con me e verosimilmente emergerà con il procedere della terapia.

C'è un *Super-io "pazzo"*, severamente giudicante e ingombrante che talora rischia di diventare pericolosamente incontenibile. In diversi sogni Emily si sente fortemente perseguitata dalla madre; ciò fa venire in mente quel Super-io, di cui per prima parla la Klein (1926, 1928), arcaico, primitivo, preedipico. Si tratta dunque di un'istanza psichica di formazione antecedente all'identificazione con il padre e dunque intimante legata con il rapporto precoce con la madre. L'integrazione tra aspetti persecutori e idealizzati (posizione depressiva), che, secondo la concezione kleiniana, permette la trasformazione in un Super-io più maturo, pare non essere ancora possibile per la paziente.

In generale le fantasie della paziente sembrano evocare fantasmi di annientamento di natura primitiva (una parte psicotica), piuttosto che fantasmi di castrazione che rimandano a un Super-io più maturo (nevrotico) (Bergeret, 2002).

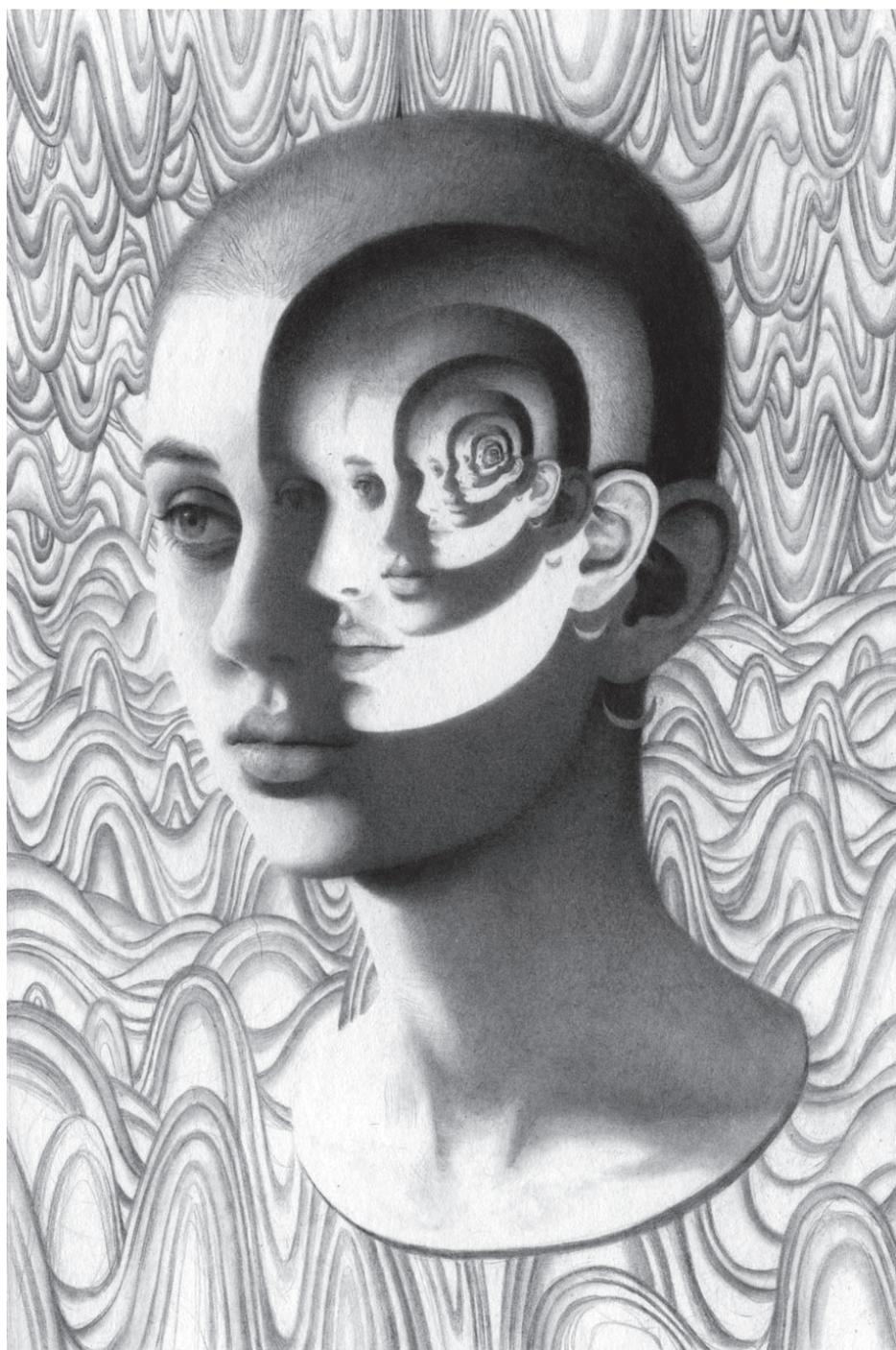
Difficoltà a tenere insieme diverse parti in potenziale conflitto.

C'è uno sforzo della paziente a tenere insieme le parti buone e quelle cattive. Esiste una parte di sè prepotente, controllante, potenzialmente aggressiva e una desiderosa ma al contempo timorosa di lasciarsi andare e affidarsi all'altro. Con il proseguire della terapia sembra che pian piano la paziente si avvicini alla possibilità di avere maggiore fiducia nell'altro.

Bibliografia

- BERGERET J. (2002), *La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi*, Milano, Raffaello Cortina.
- BION W. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, tr. It. Armando, Roma, 1972.
- BOLOGNINI S., a cura di (2000), *Il sogno cento anni dopo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- FREUD S. (1900), *L'interpretazione dei sogni*, in OSF. vol. II, Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- GABBARD G.O., *Amore e Odio nel Setting analitico*, 2003.
- GABBARD G.O. (2005), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- HINSHELWOOD R.D., *Dizionario di psicoanalisi kleiniana*, Milano, Raffaello Cortina, 1990.
- KLEIN M. (1926), *I principi psicologici dell'analisi infantile*, tr. It. In: *Scritti 1921-1958*, pp. 150-161, Bollati Boringhieri, Torino, 2006.
- KLEIN M. (1928), *I primi stadi del conflitto edipico*, in: *Scritti 1921-1958* pp. 227-238, Bollati Boringhieri, Torino, 2006.
- MELTZER D. (1981), The Kleiniana expansion of Freudian metapsychology, *International Journal of Psychoanalysis.*, 62, pp-177-185.
- MELTZER D. (1985), *La vita Onirica*, tr. It. Borla, Roma, 1989.
- MENNINGER KARL (1942), *Love against Hate*, New York, Harcourt, Brace and Company. p. 272.
- MIGONE P. (2006), *Come la psicoanalisi contemporanea utilizza i sogni. Il ruolo terapeutico*, 2006, 102:72-82.
- OGDEN T. (2008), *L'arte della psicoanalisi*, Cortina, Milano.
- SEGAL H. (1991), *Dream, Phantasy and Art*. London, Routledge (trad. it.: *Sogno, fantasia e arte*. Milano: Cortina, 1991).
- SEGAL H. (2001), *Introduzione all'opera di Melanie Klein*, Giunti Editore, 2015.
- STERN D.N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, Norton, New York (trad. it.: *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*, Milano, Cortina, 2005).

.....
*Lia De Micheli è psicologa e psicoterapeuta
.....



IL SOGNO IN ALTRE CULTURE: UNA PROSPETTIVA ANTROPOLOGICA

di Mauro Carosio*

La storia del sogno e del sognare affonda le sue radici nell'antichità più remota e da allora non ha mai smesso di affascinare l'essere umano costantemente impegnato nello studio dell'interpretazione di un'attività così intrigante e misteriosa.

Gli antropologi hanno spesso rivolto la loro attenzione a quelli che generalmente vengono chiamati "stati non ordinari di coscienza" tra cui i sogni. Già uno dei fondatori dell'antropologia, Edward Burnett Tylor, nella sua principale opera *Primitive Culture* (1871) notava che presso alcune società non-occidentali vi fosse un diverso modo di interpretare i sogni. Se nella visione occidentale ed eurocentrica i sogni sono attività cerebrali che scaturiscono dal sistema nervoso di chi sogna, aiutandolo ad esplorare le sue trame emotive e mentali, presso altri gruppi umani assumono valenze diverse.

In alcuni casi il sogno informa il sognatore e la sua comunità degli eventi e delle relazioni sociali in cui essi saranno coinvolti; i sogni si configurano come una forma di conoscenza e di guida che è percepita come superiore rispetto a quella che viene appresa nella vita cosciente.

Differentemente dalla concezione occidentale, che porta a considerare i sogni come una questione individuale, altre culture enfatizzano invece la loro interdipendenza con la realtà e li pongono al centro della vita sociale. In altri casi i sogni rappresentano soluzioni a problemi di varia natura, risolvono conflitti o curano patologie particolari. In tutto il mondo il sogno sfocia in un racconto. In Occidente lo si racconta all'amico o allo specialista, che quando non è un veggente/ciarlatano, è un operatore della psiche. Nel resto del mondo i depositari dell'attività onirica sono figure diverse a seconda del contesto culturale.

Come spiega chiaramente Augustine Nwoye, nel suo scritto *The Psychology and Content of Dreaming in Africa*, la percezione del sogno tra la maggior parte delle popolazioni africane si fonda su paradigmi più ampi e l'individuo non sogna solo per sé. Il sogno in Africa porta contenuti che possono riguardare il sognatore, ma soprattutto la collettività. Ricordiamo a tal proposito quanto è più importante nel contesto africano appartenere a un gruppo piuttosto che rapportarsi all'esterno come singolo.

L'interpretazione dei sogni in Africa è fortemente condizionata dalla percezione del mondo che impregna la popolazione. Una percezione che scaturisce dall'interpenetrazione di diversi piani di esistenza. In Africa esiste un forte legame tra la vita degli esseri umani e gli spiriti degli antenati che continuano

a interagire con l'individuo seguendo diverse modalità tra le quali gli stati di alterazione di coscienza.

Nwoye distingue tre tipologie di significato del sogno in Africa. La prima è quella detta *The Individuocentric source*, la seconda *Intersubjective* e la terza è quella chiamata *Transcendental/Spiritual*.

La prima categoria è quella che riguarda l'individuo, i suoi bisogni e il suo essere in quanto singolo. Un modo di interpretare il sogno non molto diverso rispetto a quello occidentale, ma già qui Nwoye fa un distinguo tra sogni compensativi e anticipatori. Il sogno compensativo è quello che esprime durante il sonno un bisogno reale del sognatore. Un esempio molto frequente in Africa è quello della donna che non riesce ad avere figli, cosa molto grave in quel contesto, che sogna parti e concepimenti. Il sogno compensativo ha quindi la funzione di soddisfare un bisogno urgente dell'individuo. Il sogno anticipatore ha più a che vedere col concetto di speranza. Sognando il realizzarsi di un evento bramato, o la soluzione di un problema, si placa la tensione di un'attesa logorante che ha luogo durante la vita cosciente. Il sogno fornisce un assaggio di come potrà evolversi una situazione problematica.

La categoria dell'*Intersubjective source* è quella dei sogni che l'individuo compie coinvolgendo altre persone che possono essere amici, parenti o una parte di un gruppo umano. I messaggi veicolati tramite questo tipo di sogno hanno il compito di riordinare, influenzare e guidare la vita delle persone sognate. In questo ambito iniziamo ad avvicinarsi all'intenso scambio con l'invisibile che segna quotidianamente la vita delle popolazioni del continente africano.

Interessante a tal proposito un sogno raccontato in una ricerca effettuata da uno studente di Augustine Nwoye. Siamo in Nigeria. Un uomo morto appare in sogno a un amico di famiglia chiedendo di portare un messaggio alla moglie riguardante il matrimonio, e la futura sposa, del loro figlio. Interessante notare le varie figure coinvolte: il sognatore, il mediatore morto che ritorna per veicolare attraverso il sogno un messaggio alla moglie riguardante il figlio. Una collettività che risolve un problema attraverso il sogno di un individuo.

Veniamo alla terza categoria analizzata: quella *Transcendental/Spiritual source*. Qui entriamo in un contesto culturale veramente "altro" dal nostro in quanto in questo caso si ritiene che il sogno sia una manifestazione diretta degli spiriti degli antenati che mediante il loro intervento sull'individuo che sogna (o che si trova in un altro stato di alterazione tipo la trance) forniscono istruzioni o soluzioni. Tali suggerimenti, quindi, arrivano direttamente dall'alto, da un vasto mondo popolato da divinità, spiriti degli antenati o altri tipi di entità che compongono la variegata cosmogonia africana.

A questo punto è lecita una domanda: è possibile catalogare con tanta linearità attitudini che riguardano un continente grande come l'Africa? La risposta è ovviamente negativa, ma è necessario specificare alcuni punti chiarificatori.

L'Africa subsahariana è caratterizzata da una sorta di generica unità culturale basata su forti similitudini. Tali somiglianze sono dovute alle modalità di adattamento che le diverse popolazioni hanno dovuto mettere in pratica per poter sopravvivere in un ambiente peculiare. Per tale motivo abbiamo la possibilità di ritrovare culture simili anche in spazi molto lontani fra loro. Non ci dilunghiamo ovviamente sulle differenze tra i singoli casi, ci basti sapere che esistono e che sono oggetto di studi specifici.

Il sogno nella cultura non occidentale, come abbiamo potuto vedere, assume connotazioni diverse. Potremmo dire che “ognuno sogna a modo suo” e in effetti mai una frase così semplice si rivela in questo caso azzeccata. Dopo aver osservato il continente africano, proviamo a dare un'occhiata a quel che succede altrove.

Se attraversiamo l'Atlantico e ci spostiamo tra i popoli nativi americani vediamo che anche qui sognare assume diversi orizzonti di senso.

Tobie Nathan, una delle grandi figure dell'etnopsichiatria contemporanea, antropologo e psicoanalista francese scrive: “Georges Devereux, che ha lungamente studiato la cultura degli indiani Mohave della California, racconta che essi erano convinti che le malattie fossero prestabilite al momento della creazione del mondo, quando era stato introdotto almeno un caso reale di tutte le malattie che sarebbero in seguito esistite e almeno un esempio di guarigione di ognuna di esse. Così l'autentica malattia di un indiano Mohave non è che un frammento del mito della creazione nel quale compare questa medicina. Quando il guaritore, chiamato anche “uomo-medicina” (medicine man) o, ancora, “sciamano” nella letteratura etnologica, inizia a curare una certa malattia è necessariamente perché ha assistito in sogno alla sua creazione e ha dunque potuto “vedere” i dettagli del suo trattamento. Se esistono malattie che nessuno sciamano conosce, è perché il frammento del mito della creazione che la riguarda non è ancora stato rivelato.

*“Così quando le armi da fuoco fecero la loro comparsa e inflissero ferite per mezzo delle pallottole, uno sciamano subito sognò di essere stato testimone della fase di creazione del mondo relativa all'evento primario, prototipo e precedente di ogni ferita da arma da fuoco e della sua guarigione” (Georges Devereux, *Le rêves pathogènes dans les sociétés non occidentales*).*

E per dare ancora un'idea di cosa significhi il sogno nelle altre culture facciamo un salto tra gli aborigeni australiani dove tradizionalmente si crede che tutto l'esistente abbia avuto origine da un sogno o meglio dal “tempo del sogno”. Nella mitologia aborigena il “tempo del sogno” è il periodo precedente alla creazione del mondo o, per maggiore precisione, il tempo in cui la creazione è avvenuta, dal momento che prima del “tempo del sogno” la terra era un magma disordinato al quale i racconti mitici del “tempo del sogno” hanno dato un ordine. Il “sogno” di un luogo è, per gli aborigeni, il racconto di come il luogo stesso è stato creato. Bruce Chatwin nelle *Vie dei Canti* riferisce che i racconti del “tempo

del sogno” sono tramandati in forma di canti che creano una sorta di mappa sulle orme del primo antenato che ha percorso un determinato sentiero. Per gli aborigeni australiani ancora oggi è possibile entrare in contatto con gli abitanti del tempo del sogno entrando in uno stato di semi-incoscienza, tra sonno e veglia, e attraverso cerimonie sacre o rituali specifici. Tale processo ha preso il nome inglese di Draeming.

Per finire una riflessione che ci propone Ginevra De Bellis nel suo saggio *“Dream interpretation; from traditional cultures to group psychotherapy”*: Le diverse funzioni e pratiche terapeutiche esplicate attraverso il sogno, così come vengono evidenziate e descritte da diversi antropologi, presentano altre concezioni del sogno lontane da quelle psicoanalitiche, ma anch’esse sono pur sempre il lavoro di “prodotti culturali”. Non è sorprendente che nelle società occidentali come nelle società tradizionali l’interpretazione dei sogni venga contestualizzata socialmente e culturalmente. Il sogno è un’esperienza umana, che viene filtrata attraverso le lenti del nostro linguaggio, dei nostri valori sociali, e del simbolismo culturale.

“Ma i sogni ed i simboli che ne derivano non sono facilmente comprensibili. Essi si riferiscono a delle ‘cose’ che non possono essere dette in altri modi. I simboli onirici evidenziano anche ciò che c’è di più opaco e misterioso dell’umanità... contengono un eccesso di significati” (Paul Ricoeur).

Bibliografia

TYLOR E.B. (1871), *Primitive Culture*, John Murray, London.

NWOYE A. (2015), *The Psychology and Content of Dreaming in Africa*, Journal Of Black Psychology.

DEVEREAUX G. (1970), *Le rêves pathogènes dans les sociétés non occidentales*, Essais d’Ethnopsychiatrie Générale, Gallimard, Paris.

Sitografia

<https://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/sogno-interpretazione-15i.pdf>

http://ilsognodipsiche.altervista.org/funzione-sociale-del-sogno-tobie-nathan-e-w-gordon-lawrence/?doing_wp_cron=1567453284.4415960311889648437500

.....
*Mauro Carosio, è antropologo e Scientific Adviser presso la cattedra UNESCO in An-
tropologia della salute, biosfera, sistemi di cura presso l’Università degli Studi di Genova.
.....



