

La psicoterapia dinamica

Nicola Lalli, © 1989 © 2005 su web

1. Considerazioni generali

Poiché ritengo necessaria una profonda coerenza tra teoria e prassi ho strutturato il capitolo sulla psicoterapia ponendo gli aspetti teorici in corrispondenza simmetrica con quelli operativi.

Teoria	Prassi
1) La nascita	1) Il primo colloquio come crisi
2) Gli istinti. Le dinamiche oggettuali	2) Il setting
3) L'integrazione e la scissione	3) Le funzioni del terapeuta
4) La struttura dell'Io. I meccanismi di difesa	4) L'interpretazione. Le difese dalla terapia
5) Il conflitto edipico	5) Transfert e controtransfert
6) L'inconscio	6) Il sogno. L'interpretazione del sogno
7) Le crisi di sviluppo	7) Le separazioni
8) Dipendenza ed autonomia	8) La terapia terminabile. La fine del lavoro psicoterapeutico

La psicoterapia dinamica deriva in gran parte dalla psicoanalisi, ma da questa si distingue sia per teoria sia per specifiche modalità operative. Conviene quindi prima di tutto definire quali sono gli aspetti caratterizzanti la psicoanalisi. Termine che soprattutto negli ultimi decenni ha finito con l'assumere un significato sempre più ampio e quindi meno specifico, per una inevitabile quanto necessaria evoluzione, che ha prodotto numerose varianti: dalla psicoanalisi classica alla psicologia dell'Io, dalla teoria kleiniana a quella dei neo-freudiani. S. Freud sosteneva che «ogni trattamento può essere considerato psicoanalisi, se si prefigge di annullare le resistenze ed interpretare il transfert». Questa

definizione, esatta nella sua sinteticità, non è esauriente se vogliamo definire gli aspetti teorici fondamentali della psicoanalisi. Operazione non facile, ma necessaria. Credo che i seguenti postulati possono essere considerati aspetti fondamentali di questa disciplina: ammettere la base pulsionale del comportamento umano e l'esistenza dell'inconscio, inoltre considerare la relazione terapeutica, basata fondamentalmente sull'attività interpretativa, come modalità di transfert-controtransfert. Inoltre la metapsicologia analitica, per l'osservazione del comportamento umano, utilizza particolari punti di osservazione:

- a) il punto di vista *economico*, ovverosia la distribuzione dell'energia nell'apparato psichico;
- b) il punto di vista *dinamico*, ovverosia il gioco delle forze pulsionali e le dinamiche tra le distinte componenti dell'apparato psichico;
- c) il punto di vista *topico*, ovverosia la relazione tra dimensioni cosce ed inconse;
- d) il punto di vista *genetico*, ovverosia l'osservazione dei fenomeni psichici in termini di sviluppo.

Se queste sono le basi comuni della psicoanalisi, attualmente possiamo riconoscere l'esistenza di perlomeno tre filoni fondamentali, sufficientemente diversificati tra di loro, che si sono costituiti sulla base di una maggiore o minore accentuazione dei parametri sopradescritti.

Da una parte un filone molto ampio, che potremmo definire ortodosso, che, rifacendosi al pensiero di S. Freud, nega fondamentalmente l'importanza delle relazioni oggettuali, privilegiando esclusivamente l'aspetto pulsionale. Aspetto pulsionale che avendo come unico scopo la scarica per il soddisfacimento, e negando qualsiasi importanza all'oggetto, porta inevitabilmente a concettualizzare il «narcisismo» come fase normale di sviluppo. Dall'altra, una serie di filoni che, privilegiando invece le relazioni oggettuali, spesso finiscono per negare qualsiasi importanza all'aspetto pulsionale, e riducono l'uomo agli aspetti puramente culturali e sociali. Questa tendenza trova nella psicologia dell'Io la sua espressione più radicale. Infine un terzo filone, che ritiene non essere possibile alcuna esperienza che non sia organizzata da una struttura preesistente: è il filone strutturalista, che trova nella corrente lacaniana la manifestazione più oltranzista.

Questa divisione può sembrare tanto schematica da rendere difficile, o impossibile, sistemare gli AA., almeno i più conosciuti, in uno di questi filoni. Ma in realtà questa difficoltà è legata, più che alla schematica suddivisione, a due fattori.

Il primo è connesso alla normale evoluzione di molti AA., che in alcuni casi iniziano con la teoria classica e poi approdano a conclusioni addirittura opposte (ad es. Fairbairn e Kohut); dall'altra c'è una tendenza, molto sintomatica, in quasi tutti gli AA., che se pur giunti a posizioni radicalmente diverse, o

addirittura opposte a quelle ortodosse freudiane, cercano di mimetizzarle, pur di rimanere in linea con l'ortodossia freudiana. Questo rituale del ritorno a Freud è così frequente e comune che deve essere considerato un sintomo, e quindi come tale deve essere esplicitato. Questo sintomo nasce da una leggenda (o forse più correttamente bisognerebbe parlare di un falso storico) che attribuisce a S. Freud «la scoperta» della psicoanalisi. Affermazione che vuol dire non solo negare la storia, ovverosia che i concetti di inconscio, rimozione, pulsione, transfert, erano ampiamente diffusi e conosciuti nella cultura dell'epoca, ma anche negare a Freud un suo reale merito: cioè quello di aver cercato di organizzare e teorizzare una serie di osservazioni e di ipotesi che, seppur presenti, erano slegate ed informali. Bisogna considerare la psicoanalisi come una disciplina in evoluzione, che può esprimersi con teorie diverse. Diversità che ha una funzione dialettica, se riconosciamo che tale diversità nasce dal privilegiare un punto di osservazione, spesso a discapito di altri. La clinica, che è il nostro punto fondamentale di osservazione e di verifica, ci rende edotti su due cose. Certamente la teoria delle pulsioni è necessaria per spiegare molti fenomeni sia patologici che normali; ma considerare che scopo delle pulsioni è la pura scarica, indipendentemente dalla qualità dell'oggetto e delle relazioni oggettuali, ci porta in un vicolo cieco. Inoltre, sembra evidente che alcuni meccanismi iscritti biologicamente determinano in gran parte le prime reazioni del bambino all'ambiente. Una visione epigenetica dell'uomo sembra essere più euristica e più soddisfacente di una concezione rigidamente genetica o rigidamente socio-ambientale. Quindi, senza voler proporre facili eclettismi, credo che si debbano tener presenti questi vari aspetti e cercare di validarne l'interazione soprattutto rispetto a quali e quanti fenomeni sono spiegati in maniera soddisfacente.

Se questa è la complessa situazione della psicoanalisi, come si situa la psicoterapia dinamica rispetto a tutto ciò? Dobbiamo subito sottolineare che psicoterapia dinamica non indica, come vorrebbero alcuni AA., una psicoanalisi di serie B; ma è una modalità operativa ed una teoria che, pur riconoscendosi nella psicoanalisi, se ne distacca per un punto fondamentale. Cioè quello di privilegiare l'aspetto terapeutico e trasformativo su quello puramente conoscitivo, tipico della psicoanalisi. Quindi la psicoterapia dinamica cerca nella clinica la sua conferma, la sua attendibilità e la sua evoluzione, e pertanto non accetta alcuna formulazione «ex cathedra», né facili liquidazioni di critiche che, mosse ad alcuni aspetti teorici della psicoanalisi, sono definite come banali «resistenze». Non si cerca dunque un ritorno a Freud, bensì, nel riconoscimento dei limiti e della validità di questa teorizzazione, una separazione.

L'accentuazione dell'aspetto terapeutico, aspetto che è stato sempre più sminuito dalla psicoanalisi a favore di un'astratta ricerca sull'uomo, comporta inevitabilmente diverse variazioni sul piano operativo e sul piano teorico.

Sul piano operativo c'è una maggiore duttilità che porta ad affrontare situazioni psicopatologiche in genere rifiutate dalla psicoanalisi ortodossa. Il setting non è un rituale, ma esprime la reale situazione controtransferale del terapeuta. Si tende a privilegiare la qualità del rapporto e non il numero delle sedute settimanali. Quando si propone come psicoanalisi quella che esige 4-5 sedute settimanali, e psicoterapia banale quella con un numero di sedute inferiori, si fa una affermazione che tradisce chiaramente la scarsa intelligenza del proponente. Anche l'uso del lettino è una variabile che va adattata alle dinamiche del paziente e non ai bisogni del terapeuta. S. Freud, con molta sincerità, sosteneva che l'uso del lettino gli era utile, perché gli permetteva di non dover affrontare lo sguardo del paziente per 8-10 ore al giorno. Gli epigoni hanno trasformato questa verità umana di Freud in una assoluta inconfutabile necessità, che sola e da sola rende possibile l'instaurarsi del processo psicoanalitico. Allo stesso modo, la psicoterapia dinamica non considera la regressione come fattore necessario e fondamentale per la terapia. Che la regressione, come la dipendenza, emerga nella situazione di terapia è inevitabile, ma che ci si sforzi di accentuarla o crearla artificialmente (nevrosi di transfert) è certamente molto discutibile. Inoltre, le libere associazioni non solo non costituiscono la principale modalità di comunicazione del paziente, ma anzi si ritengono espressione di modalità difensive e razionalizzanti del paziente. La relazione terapeutica inoltre è interpretata non come ripetizione di vissuti precedenti, quanto piuttosto come modalità attuale di relazione oggettuale.

Tutto questo chiaramente comporta una modalità di essere del terapeuta che non trova la sua realizzazione nella neutralità, più o meno benevola, bensì in una modalità di attenzione e di presenza continua, che lo porta ad essere punto di riferimento, memoria e continuità per il paziente.

Queste differenze sul piano operativo non possono non riguardare anche l'aspetto teorico.

Pertanto mi soffermerò a descrivere sinteticamente la teoria e la prassi della psicoterapia dinamica

In questa sede suddividerò la teoria e la prassi in otto sottoparti ciascuna, corrispondenti tra di loro, segno di quella profonda simmetria che c'è tra la teoria e la prassi. *La teoria in fondo non è altro che l'esplicitazione del controtransfert del terapeuta.*

2. La teoria

La teoria è per il terapeuta l'equivalente della bussola e delle carte nautiche per il navigante. Ovverosia è impossibile proporre ed attuare un percorso terapeutico senza avere la teoria come punto di

riferimento: teoria che non è uno statuto imm modificabile ed imm modificato. ma visione globale e coerente dello sviluppo psicologico e psicopatologico. Teoria che può subire modificazioni ed ampliamenti ogniqualvolta l'esperienza clinica falsifica alcune formulazioni di base. Personalmente ritengo possibile attuare una valida psicoterapia, solo allorché questa ricerca teorica sia sempre presente nel terapeuta. La teoria è il controtransfert del terapeuta. Controtransfert che, inteso nella accezione più ampia, nasce da molteplici radici: letture, confronti, rapporti, terapie, che unificandosi formano uno stile specifico e personale. L'autore nei confronti del lettore, come il terapeuta nei confronti del paziente, ne assume interamente la responsabilità.

2.1. La nascita

Il feto, per un lungo periodo di tempo, vive una situazione unica ed irripetibile: è una situazione di omeostasi, sufficientemente protetta da stimolazioni eccessive, che permette lo sviluppo somatico, ma costituisce anche la base di un «rapporto», matrice dell'istinto libidico. Nella situazione endouterina si svolgono due dinamiche caratteristiche e fondamentali:

1) il feto esperisce fondamentalmente una situazione di *contatto*: è il senso del tatto e secondariamente quello propriocettivo, che costituiscono la base delle sensazioni. Il feto riceve anche stimoli acustici, sicuramente non ha stimoli visivi, ma è assolutamente certo che il maggior flusso di sensazioni gli proviene dal tatto:

2) nel liquido amniotico non esiste un interno ed un esterno, un fuori ed un dentro, un Io ed un non-Io. Esiste una unità completa e totale. Anche l'attività di deglutizione del liquido amniotico accentua questa sensazione: il feto vive come il pesce nell'acqua. Questa sensazione sarà perduta con la nascita: nascita necessaria ed inevitabile perché il feto non muoia, continuando troppo a lungo a rimanere tale. Nel passaggio da feto a bambino, se questi perde i vantaggi del primo, acquista però le potenzialità del secondo. La nascita, quindi, propone la prima fondamentale separazione, che rende possibile l'attuarsi della vita psichica.

La nascita deve concettualizzarsi come crisi, e per vari motivi. Sul piano strettamente biologico, accanto alla comparsa della respirazione ed alla attivazione della vista c'è anche la rottura di quella omeostasi di cui il feto ha a lungo beneficiato. Ma la nascita rappresenta anche una situazione di separazione che rompe l'unità e comporta la dualità.

Tutti questi processi si attuano nell'arco di poche ore: non è quindi azzardato pensare che questi cambiamenti abbiano ripercussioni molteplici e complesse sul bambino. M. Fagioli situa in questo momento la comparsa di una specifica fantasia, la "fantasia di sparizione", esplicitazione dell'istinto di morte che viene attivato appunto dalla nascita.

La fantasia di sparizione può essere concettualizzata come un meccanismo difensivo che si esplicita di fronte alla novità assoluta collegata con la nascita: cioè la luce.

Questa novità, vissuta come eccessiva e quindi lesiva, porta «istintivamente» il bambino a chiudere gli occhi. Ma la chiusura delle palpebre rende buio l'ambiente circostante, e quindi ricrea la situazione precedente del feto nel liquido amniotico, cioè al buio. Ma porta anche a recuperare quella situazione di contatto e di omeostasi, matrice dell'istinto lipidico. Quindi con la nascita il bambino, se da una parte perde qualcosa, in compenso acquista una serie di possibilità.

1) Si attiva l'istinto di morte mediante la fantasia di sparizione che presenta una duplice funzione: far scomparire fuori, nella realtà esterna, e far comparire dentro in quella che si sta costituendo come «sfera psichica». Che il chiudere gli occhi possa avere questa doppia valenza è testimoniato quotidianamente dal sonno che evoca il sogno. Ma anche simbolicamente, il cieco è colui che, non vedendo, riesce a vedere oltre la realtà materiale e tangibile.

2) Con la fantasia di sparizione si recupera la precedente situazione di rapporto libidico con il liquido amniotico.

3) Con la nascita e quindi con la separazione, si attua una situazione di individualità, tutta potenziale, ma che comunque è l'inizio della vita psichica e delle funzioni dell'Io.

Alla nascita, proprio in virtù della separazione avvenuta, si costituisce l'Io, lo prevalentemente somatico, perché sostenuto dalle molteplici sensazioni, interne ed esterne, che investono il bambino.

Ma alla nascita il bambino recupera anche il ricordo di un contenitore: l'utero che, non esistendo più nella realtà, viene recuperato come sensazione-ricordo. Ma questa sensazione-ricordo è molto fragile e precaria e può essere mantenuta solo attraverso un continuo, gratificante rapporto tattile da parte dell'A.S. È chiaro quindi che con la nascita emergono situazioni nuove e diverse. Si costituisce l'Io sulla base di una separazione e questo Io, prevalentemente somatico, tende a diventare sempre più psichico, nella misura in cui il bambino riceve una situazione gratificante e «toccante» da parte dell'A.S.

Il conflitto epistemologico della psicoanalisi, che ha trovato soluzioni parziali nei tre filoni accennati, potrebbe essere sanato. Sicuramente c'è una base istintuale, anche se questa ha connotazioni diverse dalla teoria classica; sicuramente ci sono situazioni strutturali, come l'emergenza della fantasia di

sparizione, ma è altrettanto vero che questa situazione può progredire o regredire a seconda della validità dei rapporti interpersonali.

2.2. Gli istinti. Le dinamiche oggettuali

Il bambino alla nascita possiede un Io che è prevalentemente somatico, ma che tende sempre più ad evolvere verso un Io psichico, e due istinti: quello libidico e l'istinto di morte. Ma quali sono le funzioni di questi istinti? L'istinto libidico tende prevalentemente a mantenere il rapporto, ad investire la realtà materiale ed umana per una sempre maggiore conoscenza. Ma le manifestazioni dell'istinto libidico variano a seconda delle situazioni e dei vari momenti dello sviluppo. Una prima manifestazione della libido si esplicita come attaccamento, ovverosia con il bisogno del rapporto anche fisico con l'A.S. In una fase successiva, nel normale sviluppo, si manifesta come attività esplorativa. Successivamente come capacità di opposizione, ovverosia saper dire di NO, senza negare e senza annullare l'altro, per arrivare al massimo dello sviluppo che è investimento sessuale, ovverosia l'investimento con interesse ed affettività. Quindi potremmo dire che l'istinto libidico può portare alla ricerca o al rifiuto dell'oggetto, ma sempre mantenendo l'integrità dell'oggetto stesso. L'istinto di morte si esplicita fondamentalmente con due attività, che si diversificano profondamente a seconda che venga rivolto *contro* la realtà esterna o *verso* quella interna.

Nel primo caso la fantasia di sparizione si esplicita come tendenza a far sparire l'oggetto frustrante, nel secondo invece, rivolto, verso situazioni interne, ha una funzione creativa e non distruttiva, perché serve ad eliminare situazioni psichiche superate ed anacronistiche, per dar luogo a situazioni nuove e più evolute, Per comprendere questa duplice possibilità dobbiamo tener presente che solo eccezionalmente i due istinti possono essere defusi: in genere essi sono uniti e sono mediati dall'Io. La maggiore o minore distruttività dell'istinto di morte è inversamente proporzionale alla presenza dell'istinto libidico: la fantasia di sparizione verso situazioni interne è chiaramente legata alla presenza dell'istinto libidico che ne condiziona la vettorialità. La fusione tra questi due istinti può dar luogo a dinamiche diverse:

- a) *Investimento libidico*: l'istinto sessuale tende ad investire la realtà con capacità di separazione: l'istinto di morte è volto verso situazioni interne.
- b) *Il desiderio*: come situazione di un vuoto rispetto ad un pieno, riferita fondamentalmente ad una ricerca di qualità psichiche.

c) *La bramosia*: la frustrazione del desiderio porta all'emergenza della rabbia: la rabbia si trasforma in bramosia che porta ad introiettare, controllare l'oggetto frustrante. L'istinto libidico si manifesta prevalentemente come attaccamento, mentre l'istinto di morte comporta un deterioramento, ed una successiva introiezione, dell'oggetto.

d) *Invidia*: se la frustrazione è eccessiva e continuativa, se questa avviene soprattutto nel momento più delicato che è la fase di autonomia del bambino, l'affetto che emerge è l'odio, ovverosia una ostilità ed una distruttività pura. Ma anche in questo caso l'affetto subisce una trasformazione più accettabile: l'odio diventa invidia, ovverosia negazione delle qualità dell'altro, svuotamento dell'altro che viene non usato, ma semplicemente controllato. In questo caso le valenze libidiche sono ulteriormente ridotte.

e) *Annullamento*: se la frustrazione è eccessiva, il soggetto può arrivare a rompere completamente il legame con l'oggetto frustrante, e tramite una fantasia di sparizione fa sparire l'oggetto e la possibile identificazione. Si costituisce una situazione di buio, che a differenza della dinamica della nascita non avviene solo fuori ma anche dentro, lasciando quindi un vuoto interno.

L'evoluzione ed il destino delle pulsioni sono strettamente legate alle qualità dell'oggetto. *Non è un cammino naturale, ma storico, che si ritma in una serie di dinamiche.* Il bambino per il suo sviluppo ha bisogno che siano soddisfatti i bisogni, ovverosia l'accudimento fisico, la prevenzione dei malanni, una sicurezza materiale ed emotiva, quella che dovrebbe essere fornita da una madre sufficientemente buona, come la definisce Winnicott. Ma il bambino ha anche esigenze: come quella di un contatto psico-fisico, una sicurezza di risposta emotiva, una possibilità del contenimento delle sue angosce, una speranza che il suo sviluppo possa attuarsi. Queste esigenze vengono espresse attraverso una dinamica di desiderio, che indica chiaramente una situazione di dipendenza dall'altro: il desiderio è quindi frustrabile, perché l'A.S. può non rispondere o rispondere negativamente alle attese del bambino.

Queste sono le dinamiche primarie dello sviluppo umano, che portano allo sviluppo ed alla evoluzione dell'Io, oppure alla regressione.

2.3. L'integrazione e la scissione

Abbiamo visto che alla nascita il bambino è dotato di un Io somatico che recepisce prevalentemente le sensazioni a livello cutaneo e di contatto. Ma abbastanza rapidamente entrano in gioco anche gli altri sensi che contribuiscono ad una sempre maggiore integrazione delle sensazioni.

La capacità di *sentire* della pelle, che ha una importante funzione di osmosi, di regolazione e di difesa, viene man mano appoggiata al gusto ed all'olfatto, poi in maniera più complessa all'udito. La capacità

di *vedere* rimane fondamentale appannaggio della vista. Ma se queste attività sono legate ad una dinamica del *ricevere*, c'è anche un atteggiamento del *prendere*, che viene attuato prevalentemente dalla bocca. Questa capacità recettiva e la capacità del prendere, sia in senso somatico, ma soprattutto in senso psichico, hanno bisogno di integrarsi. Ed è quanto dovrebbe avvenire nei primi 8-10 mesi, periodo che va dalla nascita allo svezzamento. Allo svezzamento il bambino tende a passare da un rapporto con un oggetto parziale, il seno, ad un rapporto con un oggetto totale, la madre.

In questa fase di passaggio, se la dinamica interpersonale è ed è stata valida, in genere il bambino giunge ad una integrazione occhi-bocca, ovverosia ad una capacità di vedere-rapportarsi-prendere-separarsi. Ma è una situazione sempre a rischio, nel senso che può essere possibile una non-integrazione tra il *vedere* e il *prendere*, situazione che, se protratta, può manifestarsi in due modi. Gli occhi tendono a non vedere: la rinuncia a vedere, come dinamica di captare le immagini, sposta ulteriormente ed esclusivamente sulla bocca la funzione del prendere: è la dinamica della bramosia, ovverosia di una attività orale cieca, che porta a divorare, introiettare tutto. Oppure gli occhi continuano a restare aperti, ma non vengono utilizzati per captare l'immagine, bensì superinvestiti dall'attività orale del prendere, prendono per divorare-svuotare l'oggetto, mentre la bocca, vissuta come distruttiva e pericolosa, viene paralizzata: è la situazione dell'invidia, che nell'anoressia mentale trova la sua esplicitazione clinica più eclatante.

In una fase successiva, in genere intorno ai due-tre anni, si presenta un'ulteriore possibilità di evoluzione.

Il vedere si manifesta come capacità di capire, vedere la realtà, ed è collegato con lo sviluppo delle capacità libidiche che portano ad un investimento vedente la realtà. Il sentire, che trae la matrice più profonda dall'Io somatico, trova nell'ascolto una ulteriore capacità evolutiva. L'integrazione di vedere e sentire permette di esprimere un giudizio più globale sulla realtà, nel senso che vengono recepite (sentite) non solo le cose evidenti, ma anche quelle latenti dell'oggetto. In questa fase un atteggiamento ambiguo, un atteggiamento tipo doppio legame, ovverosia un dire e un fare ambivalente da parte dell'A.S. possono portare ad una scissione o ad una labile integrazione tra il vedere e il sentire. Il soggetto può vedere senza sentire, che è un altro aspetto dell'invidia; oppure può sentire senza vedere, che è un altro aspetto della dinamica della bramosia. Queste due dinamiche di non integrazione e quindi di scissione le ritroviamo, in maniera più o meno evidente, in numerose patologie.

2.4. La struttura dell'Io. I meccanismi di difesa

Alla nascita il bambino presenta una struttura potenziale, l'Io, e delle energie, gli istinti, che gli permettono nelle vicissitudini dei rapporti interpersonali di poter sempre più integrare e sottomettere l'istinto di morte a quello libidico, ampliando la struttura dell'Io in un armonico. Sviluppo che lo porterà ad affrontare, in una situazione di separazione e di elaborazione della separazione, la sua autonomia e la sua identità. Questo percorso che non si esaurisce mai, mediamente dovrebbe trovare il suo apice intorno al periodo della giovinezza. Ma vari motivi possono ritardarlo o possono gravemente alterarlo. Pertanto dobbiamo vedere molto sinteticamente come si struttura l'Io.

Alla nascita l'Io è prevalentemente somatico, ovverosia trae le sue potenzialità prevalentemente a livello tattile e cenestesico, come avveniva anche nella precedente situazione endouterina, con una differenza fondamentale. La cesura della nascita, imponendo la rottura della omeostasi e quindi l'inevitabile «vissuto» del non essere più in simbiosi, ne costituisce una unità separata e divisa che deve lottare per mantenere questa nuova situazione. Nuova situazione che presenta alcuni aspetti di quella precedente: la culla e le braccia dell'A.S. segnalano queste diversità, ma anche questa continuità, nel cambiamento. La fantasia di sparizione ed il recupero del ricordo della precedente esperienza fanno sì che si costituisca la prima ideazione di un contenitore. Ma questa ideazione di un contenitore è estremamente fragile, pronta a lacerarsi, come spesso si infiamma e si lacera la pelle del bambino.

Perciò, questa immagine interna deve trovare supporto e fortificarsi sulla base delle successive esperienze tattili: la pelle, che già nel liquido amniotico ha rappresentato il principale mezzo di comunicazione e di osmosi, anche dopo la nascita continua ad essere luogo privilegiato dell'attenzione e delle cure degli adulti nei confronti del bambino. In questo senso, il fragile Io si consolida, sempre che ci sia una dinamica oggettuale valida che deve passare attraverso le comunicazioni, le emozioni e gli affetti che la pelle raccoglie e trasmette al bambino. Così l'Io fondamentalmente somatico tende a strutturarsi come Io-pelle. Ovverosia una struttura che è sempre più psichica, ma che ha ancora nel somatico la sua base. Credo utile sottolineare che questa dizione di Io-pelle è stata già utilizzata da uno psicoanalista (D. Anzieu), ma è evidente che sia la genesi che la funzione sono, nella mia ipotesi, completamente diverse. Comunque, man mano che il bambino cresce, questa situazione può evolvere in due modi abbastanza diversi che riguardano molto schematicamente l'evoluzione normale e quella patologica. Se le modalità di rapporto interpersonale sono valide, lo scambio continuo, osmotico tra il mondo interno psichico e l'esterno rendono sempre più questo Io-pelle un Io libidico, ovverosia un Io capace di investimento sessuale, dove la «pelle» si è trasformata in una qualità psichica: *la recettività*.

Questo Io libidico attraverso una serie di crisi evolutive tende successivamente a strutturarsi con modalità sempre più complesse:

- a) investimento libidico della realtà, ovverosia con un approccio basato e stimolato dall'interesse verso;
- b) capacità di modulare il rapporto e la separazione, costituendo un rapporto e non un legame;
- c) capacità di opporsi, ovverosia di dire no, sulla base di una conoscenza della realtà interna dell'altro.

Ma per giungere a questo c'è una lunga fase in cui il bambino prima, il ragazzo poi, necessitano di un oggetto esterno che sia valido, presente e rassicurante e che *l'aiuti a mantenere l'integrità e l'unità dell'Io*.

Possiamo definire questa fase come fase del narcisismo, intendendo con questo termine non una pulsione autoerotica, *bensì una dinamica relazionale molto specifica*. Il bambino infatti ha desiderio e bisogno di essere accettato come tale e di essere riconosciuto ed apprezzato per le sue qualità e capacità. È pertanto fondamentale, in questa fase, che ci sia un A.S. valido e presente, e questa dinamica si attua soprattutto attraverso lo sguardo. Il bambino si riconosce e si sente valido nell'essere guardato, quando lo sguardo è una tacita conferma della sua capacità di suscitare emozioni nell'altro. È una dinamica molto simile allo sguardo innamorato, che ci rimanda una risposta affermativa alla nostra domanda se siamo o no in grado di suscitare emozioni nell'altro.

Un sentimento tipico che si manifesterà successivamente, ma che ha la sua genesi in questa fase, è il senso di vergogna, indizio di un vissuto in cui il soggetto non si sente all'altezza delle sue e delle altrui aspettative. Non si sente validamente guardato. Non è un caso che il senso della vergogna è collegato con la vista, con il sentirsi guardato.

Una situazione di frustrazione o di assenza in questa fase può generare disturbi specifici che vanno, in un crescendo di patologie, dalla persistenza del senso di vergogna, indice di una debole formazione di un Io ideale, che pertanto rende il soggetto sottoposto al giudizio degli altri, alle ferite narcisistiche che si manifestano come ipersensibilità alle frustrazioni ed alle critiche soprattutto da parte di persone significative; ad una caduta dell'Io con un vissuto continuativo di fallimento; ad una situazione di onnipotenza, che reattivamente può derivare proprio dalla mancata conferma dell'altro. Infatti l'autostima si attiva e si sviluppa proprio sulla base di concrete conferme e risposte degli altri.

Se le dinamiche di sviluppo dell'Io invece procedono in maniera normale, si arriva ben presto ad una struttura dell'Io che può essere così concettualizzata.

Un Io definito libidico che regola i due istinti fondamentali, quello libidico e quello di morte, che contiene una dimensione di inconscio potenziale ed un Io ideale che si costituisce sulla base dei

rapporti validi e che esprime la tendenza verso una progettualità. Ma quanto più l'Io libidico e l'Io ideale tendono a convergere, tanto più si arriva ad una capacità di accettare la solitudine, non come scelta né come bisogno, ma come possibilità.

Solitudine che permette l'attività creativa e l'attività terapeutica, ma che soprattutto permette di agire secondo proprie direttive, senza paura del giudizio degli altri.

In questo senso si arriva ad un massimo di integrazione, senza scissioni o rimozioni. L'unica separazione interna è tra conscio ed inconscio, che appunto non essendo rimosso, ma solo separato, rimane tale fino a quando non si trasforma a sua volta in conscio. In questo caso possiamo dire che il carattere e l'Io libidico coincidono o, se preferiamo, possiamo parlare di un carattere normale. Questa è schematicamente la struttura e l'evoluzione dell'Io che forse può essere meglio compresa dopo averne esaminato anche la patologia.

Se la dinamica di rapporto da parte dell'A.S. è intrisa di ostilità, indifferenza, in una parola di non gratificazione delle esigenze e del desiderio, il bambino inevitabilmente va incontro ad una delusione che, se ripetuta nel tempo, genera un affetto di rabbia. Ma la rabbia non può essere vissuta troppo a lungo perché penosa e pericolosa per l'equilibrio del bambino. Pertanto il bambino è costretto ad operare una *scissione* ed una *rimozione*. Questi sono i principali e primari meccanismi difensivi che comportano, come vedremo, la trasformazione della rabbia in bramosia. La rabbia è un affetto caratterizzato da una immediatezza e da una partecipazione totale del bambino; ma proprio per questo temibile, perché non gestibile, se non in termini di distruttività dell'oggetto. Il bambino deve quindi scindere questa situazione unitaria, ma fragile dell'Io-pelle. Si costituisce così una situazione molto precisa: *l'Io-pelle tende ad irrigidirsi e diventare la corazza caratteriale*, l'inconscio tende a diventare meno «osmotico» e meno accessibile, mentre si costituisce un altro elemento importante: l'inconscio rimosso. Ovverosia la scissione ha portato inevitabilmente alla *rimozione* dell'affetto rabbia, anche se questa dinamica continua ad agire come bramosia. Il bambino fantastica così di introiettare l'oggetto frustrante per poterlo controllare. Ripeto ancora una volta che è l'oggetto frustrante che comporta la introiezione: un oggetto gratificante non ha bisogno di essere introiettato. L'introiezione comporta inevitabilmente l'angoscia di aver danneggiato l'oggetto e soprattutto di non ritrovarlo più: si comprende quindi perché, in questa situazione, ogni separazione è vissuta sempre come abbandono-morte. La ripetitività di questa dinamica comporta sempre più l'aumento dell'inconscio rimosso e la formazione di oggetti interni, invece di ricordi e fantasie, come si ha nella normale situazione di un rapporto, su base libidica e vedente.

Ma accanto alla rabbia può emergere anche l'odio: anche in questo caso l'affetto, ritenuto troppo lesivo, deve subire un cambiamento e si trasforma in invidia. L'invidia si esplicita fondamentalmente attraverso il meccanismo della negazione, ovverosia nel vedere le dimensioni interne dell'altro, ma negarle e svuotarle.

È sulla base della negazione che saranno poi possibili le proiezioni, ovverosia *il mettere sull'altro* parte delle proprie identificazioni operate attraverso l'introiezione.

Quindi come si vede le due modalità, bramosia e invidia, sono strettamente legate, ed ambedue concorrono sia ad alterare la conoscenza ed il rapporto con la realtà, sia alla formazione della corazza caratteriale.

In questa situazione si forma una ulteriore struttura, con funzioni bloccanti e punitive, che è il Super-Io. La formazione del Super-Io deriva da introiezioni di dinamiche punitive, più che normative, che provengono dall'ambiente culturale e sono mediate dai genitori o da altre figure significative.

Il Super-Io si differenzia nettamente dall'Io ideale, perché ha funzioni non evolutive, ma punitive e colpevolizzanti, aumentando quindi una già presente tendenza alla rigidità ed al blocco. Comunque la corazza caratteriale deve essere concettualizzata come un meccanismo difensivo massiccio e totalizzante, rispetto alla situazione di «sentirsi a pezzi», che testimonia un fallimento totale del processo unificante dell'Io.

La corazza caratteriale è determinata da una reiterata situazione frustrante, il desiderio, che innesca la dinamica delusione-rabbia-introiezione-oggetti interni, per la mancanza di un A.S. valido che sia stato in grado di far sviluppare quel processo maturativo ed integrativo dell'Io, che si svolge fondamentalmente nella fase narcisistica.

Si arriva così alla formazione di un contenitore rigido, che è la trasformazione patologica dell'Io-pelle. Contenitore che ha una duplice funzione: quella di impedire una ulteriore recettività e quella non tanto di contenere gli oggetti interni, quanto piuttosto di evitare che questi possano esplodere e frantumarsi ulteriormente. Ed è quanto vediamo nella fase acuta schizofrenica quando, rotta questa corazza, il mondo si riempie di proiezioni parcellari e si colora quindi di intenzionalità persecutorie.

E da questa situazione si può giungere infine ad una situazione di totale annullamento, che comporta un ulteriore impoverimento dell'Io ed un ulteriore distacco dalla realtà.

2.5. Il conflitto edipico

Sigmund Freud pone al centro dello sviluppo e del fallimento psicologico dell'uomo il complesso edipico.

La derivazione di questo complesso dalla tragedia greca ha finito certamente con l'accentuare la visione pessimistica e la ineluttabilità del destino umano di questo autore.

Molto sinteticamente, per Freud, il complesso edipico è determinato dalla necessità cieca della pulsione libidica di investire il genitore di sesso diverso, con la contemporanea angoscia della punizione da parte del genitore dello stesso sesso: insorge intorno ai 4-5 anni e si conclude con la formazione del Super-Io. In effetti il mito di Edipo, da cui Freud deriva il complesso, è stato variamente letto ed interpretato, spesso dando luogo a considerazioni e conclusioni diverse. Esso richiama alla mente certi luoghi che, situati in posizioni strategiche importanti, mostrano durante gli scavi archeologici varie stratificazioni appartenenti ad epoche lontane e diverse: testimonianza dell'importanza di quel luogo. Esempio tipico è Troia, che ha rivelato ben nove strati diversi: ma come Troia è stato un *topos* significativo sul piano geografico e commerciale nella storia della civiltà mediterranea, così Edipo è un *topos* significativo nell'ambito dello sviluppo dell'uomo.

Il mito di Edipo condensa una serie di nodi o passaggi estremamente significativi nello sviluppo dell'uomo. Esso narra della ricerca, dell'essere dell'uomo, del suo divenire (dice la Sfinge: *t? est?? ?... ???eta?:* ciò che è... diventa); ma anche dell'odio, dell'omicidio, dell'incesto, della colpa e dei tentativi di espiarla. La presenza di tante e svariate dinamiche ha fatto sì che gli autori cogliessero di questo mito solo alcuni aspetti: di qui la molteplicità delle letture e delle interpretazioni.

Ma alcuni punti rimangono fermi. Il primo è che per suscitare ancora oggi un interesse così profondo, questo mito deve essere portatore di dinamiche fondamentali dell'uomo. Il secondo è che tutti gli AA. sono concordi nel ritenere che il mito di Edipo adombri la *ricerca* dell'uomo su se stesso e sul suo destino. Il terzo è che il mito di Edipo esplicita anche la lunga e conflittuale relazione tra genitori e figli.

Questo ultimo aspetto è un nodo centrale e specifico dello sviluppo dell'uomo: il lungo periodo di dipendenza, materiale e psicologica, del bambino ed il fatto che solo l'uomo ha consapevolezza del proprio futuro e quindi anche della vecchiaia e della morte, fa capire che il conflitto edipico è esclusivamente umano. Ma per capire meglio questo conflitto dobbiamo riproporre il mito di Edipo nella sua completezza e non estrapolarne solo una parte, come ha fatto S. Freud, che non è nuovo a queste censure. L'esempio più eclatante è lo studio sul Presidente Schreber, ove Freud giunse a conclusioni errate perché non volle considerare minimamente le valenze gravemente sadiche ed

omicide di Schreber padre. Solo dopo ben 50 anni Schatzman, con «La famiglia che uccide" rendendo di pubblico dominio quali erano stati i metodi «pedagogici» di Schreber padre, ha reso intellegibile la follia di Schreber figlio.

Se esaminiamo il mito di Edipo nella sua complessità ed interezza, è possibile comprenderne il significato.

Nel ripercorrere la strada del mito, cosa non facile perché numerose e contraddittorie sono le versioni, mi riferirò principalmente alla Tebaide e ad Apollodoro quali fonti più accreditate di riferimento, oltre alle tragedie di Sofocle.

Edipo ha ascendenze mitiche. Suo bisnonno Cadmo (figlio del fenicio Agenore) è ritenuto oltre che fondatore di Tebe anche *l'inventore della scrittura*. Cadmo ha due figli: di questi Labdaco darà origine alla progenie dei Labdacidi ed al ciclo di Tebe. Labdaco muore giovane e lascia il figlio Laio, che quindi non conoscerà mai suo padre. Di Laio giovane si raccontano cose abbastanza terribili: bugiardo, traditore, omosessuale. L'episodio più significativo riguarda il rapporto con Pelope: questi gli aveva affidato il figlio Crisippo, perché gli facesse da tutore. Ma Laio lo rapisce e pratica su di lui l'omosessualità, tanto da essere considerato in Grecia l'inventore dell'omosessualità. Ancora giovane Laio sposa Giocasta, ma il matrimonio risulta sterile. Per cercare di capire il motivo della sua sterilità, si reca a Delfi per sentire l'oracolo. E l'oracolo vaticina che per lui era meglio non avere figli, perché il figlio lo avrebbe ucciso. Ma Laio non ascolta l'oracolo ed una sera ubriaco (secondo un'altra versione, ubriacato da Giocasta) ha un rapporto con la moglie che rimane incinta. Nato Edipo, il padre, ricordandosi dell'oracolo, lo farà esporre sul Citerone, ma per evitare qualsiasi possibile sopravvivenza, gli viene conficcato un gancio nei piedi (di qui una probabile etimologia di Edipo: ovverosia dai piedi gonfi). Ma Edipo, raccolto da un pastore e condotto a Corinto, viene adottato dalla coppia regale del luogo. Quindi Edipo, pur con genitori diversi, viene a ritrovarsi in una situazione sociale e di prestigio identica. Ma all'età di 17-18 anni Edipo, anche per le voci che circolano, comincia ad avere dubbi sulla sua origine. L'unica possibilità è interpellare l'oracolo di Delfi. Mentre Edipo si avvia da Corinto verso Delfi, da Tebe simultaneamente si muove Laio, anch'egli desideroso di sapere qualcosa su Edipo. Desiderio di sapere che egli è ancora vivo o paura di sapere che Edipo non è stato ucciso sul Citerone? Edipo, giunto a Delfi, per bocca della Pizia viene avvertito di non tornare nella sua *terra natale*, altrimenti avrebbe ucciso il padre e sposato la madre. Sulla base di questa predizione, Edipo non può far altro che allontanarsi sempre più da Corinto, e così facendo attua proprio quello da cui voleva fuggire, cioè avviarsi verso Tebe, ovvero verso i genitori reali. L'incontro avviene in una strada stretta (*stenè odòs*), una specie di passaggio obbligato; la violenza e la prepotenza di Laio spingono Edipo a

difendersi ed a uccidere lo sconosciuto, di cui inconsciamente andava alla ricerca. Edipo, proseguendo nel suo cammino verso Tebe, deve affrontare la Sfinge, mostro metà donna e metà animale, che propone un enigma: «Chi è quell'animale che al mattino cammina a quattro piedi, a mezzogiorno con due, ed alla sera con tre?». Chi non lo risolve viene ucciso. Edipo individua che questo enigma si riferisce all'uomo, e la Sfinge precipita e muore. Giunto a Tebe è considerato un salvatore, sposa Giocasta ed ha quattro figli: ma la scoperta successiva della sua vera identità porterà Giocasta a suicidarsi ed Edipo ad accecarsi.

In questo mito, soprattutto nella versione sofoclea, Freud ha ravvisato un punto centrale dello sviluppo umano: il complesso edipico. Ovverosia l'emergenza di valenze erotico-sessuali verso il genitore di sesso opposto e di valenze omicide nei confronti del genitore dello stesso sesso. Il tutto vissuto con l'angoscia della ritorsione, secondo la legge del taglione: ovverosia la castrazione. Ma se esaminiamo il mito di Edipo globalmente ci accorgiamo che questa parte, evidenziata da Freud, è forse la meno interessante, mentre c'è una possibilità di lettura più ampia. Il primo dato è che Laio viene a conoscenza, tramite l'oracolo, che il figlio che nascerà sarà causa della sua morte. Se andiamo oltre il manifesto, a cogliere l'aspetto latente, possiamo vedere una preoccupazione molto frequente nell'uomo. Cioè che il figlio che *nasce*, e soprattutto che *cresce*, lo metterà inevitabilmente di fronte al suo declino, alla vecchiaia, alla morte. È evidente che questo vissuto può essere più o meno drammatizzato ed agito diversamente a seconda della psicopatologia del padre, ma certamente è un vissuto universale. *Laio, orfano, omosessuale e bugiardo tenterà di risolverlo con l'omicidio, espressione di una fantasia onnipotente di negare la vecchiaia e la morte.* Questo tentativo avviene per ben due volte: dapprima alla nascita, poi alla pubertà di Edipo, ovverosia nei due momenti fondamentali che l'uomo deve attraversare (la strada stretta di Delfi è simbolicamente anche il canale del parto), per separarsi ed acquisire una identità. Quindi, per due volte, Laio cerca di non «far passare» Edipo, potremmo dire che cerca di rimandarlo indietro, cioè di farlo reinfettare.

Se questo è Laio, cosa succede ad Edipo? Egli, sopravvissuto al tentativo di uccisione, di cui nulla ricorda, vive in una situazione privilegiata: ha due genitori affettuosi e di pari dignità regale.

Se anche qui andiamo oltre il dato evidente, possiamo ritrovare che Edipo esprime una fantasia molto frequente nei bambini, a volte anche negli adolescenti: che la coppia genitoriale con la quale vivono, non è quella vera; c'è n'è un'altra, alla quale spesso sono attribuite qualità di gran lunga superiori.

A cosa serve questa fantasia? Poiché nel contesto della famiglia il bambino inevitabilmente va incontro a delle frustrazioni, o comunque non riesce ad esaudire tutte le aspettative, immaginarsi una coppia diversa di genitori vuol dire poter realizzare fantasticamente tutte le aspirazioni e i desideri. Questa

fantasia in genere si attenua e scompare con il crescere. In Edipo invece permane e lo spinge, anche sulla base di alcune voci di corte che dubitano della sua origine, a mettersi alla ricerca.

Ma Edipo non conosce e quindi non può riconoscere il padre: inoltre, questi assume esclusivamente caratteri negativi di colui che frustra, punisce, impedisce. Ed Edipo è costretto ad uccidere per sopravvivere. La strada è stretta e per passare egli deve uccidere l'ostacolo. Questo scontro, che può essere letto come uno scontro generazionale, nasconde un aspetto più profondo. La necessità che il padre riconosca la *nascita e la crescita del figlio*: cioè la sua identità; ma la necessità anche che il figlio conosca il padre, cioè che non lo annulli. Perché è proprio questa dinamica che porta Edipo ad uccidere e che segnerà anche la successiva generazione maschile: Eteocle e Polinice, figli di Edipo, arriveranno ad una lotta fratricida che distruggerà entrambi. L'uccisione di Laio non è quindi una vendetta di Edipo, è il prezzo che egli paga per la *non conoscenza*: ed è questa non conoscenza, legata ad un annullamento del padre, che lo porterà, in un atteggiamento quasi coattivo, alla ricerca continua della verità e della conoscenza. Anche l'accecamento segnala, oltre l'atteggiamento punitivo, il bisogno di questa ricerca. Ma come mai solo Edipo ha saputo svelare l'enigma della Sfinge, Edipo vuol dire anche «colui che ricorda» (*Oida-pous*), ed in questo senso egli ricorda non già il tentato omicidio, quanto il suo meccanismo difensivo, cioè la creazione di una doppia coppia genitoriale. Egli sa quindi che è solo l'uomo che può fantasticare di avere due coppie di genitori, che gli permette di affrontare meglio le frustrazioni e le delusioni reali. Infatti nella tragedia (come in Edipo) o nella realtà (come in molti bambini) la fantasia dell'esistenza di una doppia coppia permette di affrontare meglio le inevitabili frustrazioni della crescita. ? ?? in greco vuol dire, oltre che piede, anche appoggio. I quattro piedi sono i quattro appoggi (ovvero le due coppie genitoriali) di cui il bambino ha bisogno nei primi anni (al mattino) per affrontare le situazioni frustranti. Il resto dell'enigma raccorda quello che avverrà: i due piedi nell'età matura, corrisponde alla coppia; ed i tre piedi, nell'età senile, costituiscono l'accettazione della vecchiaia ed il figlio come possibile aiuto. Ed infatti Edipo accetterà la sua colpa, come la sua vecchiaia e la prossima morte, ed insieme alla figlia andrà a Colono.

Anche se in modo molto schematico, questa lettura del mito di Edipo in effetti porta a concettualizzare un conflitto edipico, più che un complesso edipico. Conflitto che inevitabilmente si crea a livello dei padri e dei figli e che può essere gestito in vari modi.

Quello di Edipo non è la soluzione universale, ma rappresenta solo una soluzione, anche se drammatica. Nel mito di Edipo, infatti, le valenze psichiche vengono estremizzate e diventano tragiche; ma il percorso di Edipo può essere molto diverso, come diverso può essere quello di Laio.

2.6. L'inconscio

Abbiamo parlato di un inconscio potenziale e di un inconscio rimosso: se ambedue condividono le qualità del non conosciuto, vedremo che una differenza sostanziale li divide.

L'inconscio potenziale segnala la sostanziale sanità del bambino alla nascita e quindi, implicitamente, l'idea che la psicopatologia umana è legata soprattutto ai rapporti interpersonali.

Quindi in opposizione a Freud ed alla Klein, questa proposizione indica che l'uomo non nasce congenitamente perverso e distruttivo, ma queste dinamiche possono essere generate da situazioni interpersonali frustranti.

Dato importante rimane la proposizione che per inconscio non dobbiamo intendere solo il rimosso. Il che inevitabilmente fa riacquistare all'inconscio un ruolo creativo e positivo, che invece sembra essere completamente assente nella equazione inconscio = rimosso. Infatti, come abbiamo visto, la rimozione si attiva sulla base di una frustrazione, che generando delusione porta il soggetto ad un meccanismo di scissione.

Scissione e rimozione portano alla formazione di oggetti interni rimossi (e quindi inconsci) che chiaramente hanno solo valenze negative. Certamente l'inconscio rimosso esiste, ma è generato da una patologia e genera patologia, non solo perché ciò che è rimosso è alieno al soggetto, e questo comporta inevitabilmente un depauperamento complessivo, ma anche perché la rimozione porta, attraverso la negazione, alla proiezione. Ed abbiamo visto come tutto questo altera il rapporto e la conoscenza della realtà.

2.7. Le crisi di sviluppo

Descrivendo la struttura dell'Io, ho brevemente proposto le due principali ipotesi di sviluppo: quella normale e quella patologica. È evidente che, come ogni tentativo di schematizzare, anche questo rischia di penalizzare la realtà: in effetti i processi non sono così rigidi ed irreversibili. Le dinamiche patologiche possono instaurarsi, ma anche possono regredire al di fuori di uno specifico trattamento terapeutico, per vari motivi collegati spesso ad avvenimenti favorevoli, momenti positivi ecc. E così pure una struttura dell'Io valida può andare incontro a situazioni che possono essere momentaneamente regressive.

Ma accanto a questa verità ne va evidenziata un'altra ancor più importante: lo sviluppo non è mai lineare e rettilineo. Lo sviluppo, anche quello normale, avviene per crisi.

Per crisi dobbiamo intendere, un particolare momento dello sviluppo e l'attivazione di dinamiche specifiche. Le crisi avvengono allorché una determinata fase dello sviluppo ha assolto le sue funzioni e quindi comincia a diventare anacronistica e non più funzionale. Certamente la nascita rappresenta il prototipo della crisi, non solo perché fondamentale e ricca di eventi, ma perché questo avvenimento rappresenta, con drammatica evidenza, il fatto che se un certo stadio non viene affrontato e superato si rischia la paralisi e la morte. Infatti, se dopo i nove mesi non ci fosse l'evento nascita, il feto finirebbe per entrare in sofferenza e morire. Questa situazione, su un piano simbolico, può essere utilizzata anche per altre situazioni. Ovverosia se la fase di sviluppo che è terminata non si chiude, il bambino rischia di morire «soffocato». Le crisi come tappe evolutive dello sviluppo umano sono diverse, ma è importante sottolineare quelle più significative.

a) *Lo svezzamento*. Deve intendersi per svezzamento, al di là della modalità di allattamento, quella fase che coincide con la fine del rapporto parziale con il seno e l'inizio della fase di rapporto con l'oggetto totale. Il rapporto con l'oggetto totale comporta anche l'angoscia per una eventuale perdita dello stesso. Si situa tra gli 8 e i 10 mesi.

b) *Il controllo degli sfinteri*. Normalmente ed isolatamente, non è una tappa molto importante: in genere è vissuta come maggiore capacità di autonomia da parte del bambino. In questa fase possono sorgere conflitti con l'A.S., soprattutto se questi, per motivi personali, pretende un controllo precoce, instaurandosi una competizione, certamente perdente per il bambino.

c) *Il linguaggio*. Questa capacità non solo segnala nel bambino l'acquisizione di una capacità creativa e ludica, ma permette anche la fase successiva: l'attività esplorativa. Infatti la possibilità di mantenere un rapporto con l'A.S. non solo attraverso lo sguardo, ma anche attraverso la parola e quindi il richiamo, permette al bambino di allontanarsi sufficientemente ed iniziare la fase di ricerca. Molto probabilmente una situazione conflittuale, in questa fase, può essere causa delle fobie.

d) *Il riconoscimento del diverso*. È un momento molto importante scoprire che un essere umano è configurato in maniera diversa. Questa diversità normalmente suscita curiosità, altrimenti può essere un momento conflittuale, ove emergono facilmente dinamiche di invidia.

e) *Rapporto con gli altri*. È la fase di passaggio dalla sicurezza dell'ambiente familiare ad un ambiente nuovo e sconosciuto. Molte fobie sociali possono evidenziarsi in questa fase.

f) *La pubertà*. La pubertà rappresenta una sorta di cartina di tornasole di tutte le tappe precedenti. Chiaramente la trasformazione fisica, l'assunzione di una precisa identità sessuale, può essere un momento difficile.

g) *La sessualità*. Insieme alla trasformazione somatica, rappresenta il momento di completa autonomia, che dovrebbe permettere una gestione completa del proprio io e del proprio corpo.

Il superamento più o meno valido di queste fase è legato a vari fattori. Da una parte alla situazione generale del soggetto, e quindi anche a come ha superato le fasi precedenti. Dall'altra è molto importante l'atteggiamento positivo o negativo degli adulti. Per esempio, se il bambino ha difficoltà ad affrontare la separazione dalla famiglia (asilo), e questa paura è condivisa anche dai genitori, questo comporterà l'aumento delle paure del bambino, in un circolo vizioso non sempre risolvibile. Se di fronte al bambino anche la madre piange o cerca di riaccompagnarlo a casa, il bambino si sente ancora più angosciato. Questo dato è molto importante perché ci permette anche di capire l'insorgere della patologia. Molto spesso la patologia si crea non solo per situazioni interne del soggetto, ma anche perché queste dinamiche vengono patologicamente rinforzate dall'ambiente familiare. Ma molte volte la patologia si rinforza anche perché il soggetto comincia a mettere in atto comportamenti che ritiene utili, e che invece sono ulteriori trappole sul suo cammino. Il superamento delle varie crisi può normalmente comportare un vissuto doloroso: il lutto che è un evento normale. È l'emergenza di una depressione che invece segnala il fallimento del passaggio.

2.8. Dipendenza ed autonomia

La dipendenza è uno stadio normale e fisiologico dell'uomo ed è legata, prevalentemente, alla cosiddetta fetalizzazione dell'uomo. Ovverosia al fatto che l'uomo, proprio per avere non degli istinti definiti, precisi e tecnici, ma due istintualità molto generiche ed ampie, ha bisogno di un periodo molto più lungo di dipendenza per l'apprendimento.

Ma se la dipendenza è necessaria, è anche superabile: quando il soggetto ha acquisito, attraverso le fasi evolutive dello sviluppo, una sua identità fisica e psichica, allora deve iniziare una fase di autonomia, ovverosia di separazione dal luogo e dalle persone che sono state fino ad allora garanti della sua crescita, per cercare sulla base delle sue possibilità uno sviluppo autonomo. Ed è quanto dovrebbe succedere al giovane nella separazione dall'ambito familiare, ed al paziente alla fine di un corretto processo di terapia.

3. La prassi

La psicoterapia dinamica non è una tecnica, ma è fondamentalemente un modo di essere del terapeuta che utilizza questa sua modalità come strumento conoscitivo e terapeutico. Evidente quindi che teoria e prassi non sono scindibili, se non a livello espositivo e per comodità didattica.

Cercherò ora di proporre quello che può essere l'iter medio di una psicoterapia dinamica, segnalandone gli aspetti operativi essenziali.

3.1. Il primo colloquio come crisi

Mi soffermerò brevemente su questo argomento.

Il primo incontro, che ci sia o no da parte del paziente l'idea o il desiderio di un lavoro psicoterapeutico, è sempre molto denso di aspettative, di proiezioni e quindi anche di possibili delusioni. In questi primi incontri, il terapeuta deve svolgere un compito molto preciso: da una parte contenere le ansie eccessive e le proiezioni del paziente, dall'altra proporre direttamente cosa può essere un lavoro di psicoterapia, frustrando eventuali idealizzazioni o massicce negazioni da parte del paziente.

Inoltre il terapeuta deve valutare attentamente il proprio controtransfert, partendo dal principio fondamentale che egli potrebbe non sentirselo di affrontare quella particolare dinamica o quel particolare paziente.

Per il paziente questo primo momento deve rappresentare un momento di crisi, inteso come possibilità di una scelta che lo può portare a mettere in discussione se stesso. Cosa che può avere una analogia, chiaramente molto simbolica, con la nascita. Anche perché, come questa, il lavoro analitico offre delle possibilità, ma offre anche inevitabilmente delle frustrazioni. Una volta deciso per l'inizio di un lavoro terapeutico, debbono essere comunicate le informazioni fondamentali rispetto al setting ed alle modalità materiali che regoleranno il corso della psicoterapia.

3.2. Il setting

La relazione analitica si svolge all'interno di due coordinate fondamentali: una centrata sulla stabilità-continuità, l'altra sul cambiamento-trasformazione.

Alla prima appartengono il setting, la continuità ed il ritmo del lavoro; alla seconda, l'interpretazione e la separazione. Comincerò con l'esaminare il primo aspetto, partendo appunto dal setting.

Ma prima di parlare del setting dobbiamo accennare ad un altro parametro di non secondaria importanza e che precede l'instaurarsi del setting: il contratto.

Per contratto si intende una serie di regole che determinano, in prima battuta, le modalità della psicoterapia stessa. Nel contratto tra il terapeuta e il paziente si stabiliscono alcune coordinate come: la durata della seduta, l'eventuale onorario, i tempi delle separazioni, l'eventuale pagamento rispetto alle sedute saltate da parte del paziente, i giorni prefissati e gli orari. Definiamo questa fase, che ovviamente è parte integrante della psicoterapia come contratto perché in questa fase, a livello consapevole e cosciente è possibile da parte del terapeuta fornire nozioni di tipo normativo e da parte del paziente possono essere poste eventuali domande, chiarificazioni o in alcuni casi la possibilità di poter cambiare, per motivi validi, alcuni dei dati sopra descritti. Dal momento che questi dati vengono accettati dal paziente, il contratto si tramuta in setting: ovvero in una situazione che pur fondata su dati della realtà materiale, può veicolare dimensioni inconscie.

Il setting rappresenta, a livello manifesto, le coordinate temporo-spaziali che, restando definite e fisse, permettono lo svolgersi del rapporto terapeutico. Ad un livello più profondo e globale è una *forma di comunicazione del terapeuta: comunicazione circa il proprio assetto interno, la propria teoria, la propria disponibilità*. Quindi non può esistere una sola modalità di setting: ritenere che la modalità del setting sia unica corrisponde ad una acritica e ritualistica accettazione di regole determinate non da esigenze del terapeuta e del paziente, ma da fattori sociali e culturali, quando non esclusivamente da bisogni del terapeuta. *In realtà esistono modalità diverse di setting e queste sono valide se corrispondono ad una precisa e stabile situazione controtrasferale del terapeuta.*

È chiaro che il setting comprende non solo gli aspetti temporo-spaziali delle sedute, ma anche le separazioni che interverranno nel corso dell'anno: separazioni, che, come vedremo, sono fondamentali e costituiscono parte integrante del lavoro analitico.

Quindi il setting che si propone al paziente (e che vincola in maniera paritaria il terapeuta) deve nascere da un assetto interno preciso, coerente, globale del terapeuta: il setting non è un rito, ma un impegno preciso che deve evidenziare con chiarezza non solo la corretta organizzazione temporale, ma soprattutto la disponibilità del terapeuta. Nella concezione del setting è evidente che il tempo della seduta è il tempo per il paziente. Sono quindi inammissibili, perché dimostrazione di totale indifferenza, i comportamenti del terapeuta che legge, telefona o scrive durante le sedute: cose purtroppo non infrequenti. Personalmente propongo un setting di due sedute settimanali, intervallate nell'arco dell'anno da due periodi di separazione, stabiliti in precedenza e fissi. L'assetto del setting, una volta stabilito, va mantenuto non per motivi di rigidità, ma semplicemente perché molte volte l'attacco alla psicoterapia da parte del paziente si esplicita proprio nei confronti del setting: ritardi, anticipi, sedute saltate, ecc. Un cambiamento del setting da parte del terapeuta porterebbe o a non vedere o, se

viste, a non poter interpretare queste «resistenze». Ma bisogna anche tener presente che spesso l'assetto continuativo del lavoro analitico può essere utilizzato dal paziente come una difesa per mantenere scisso il lavoro terapeutico dalla sua vita quotidiana. È possibile modificare il setting da parte del terapeuta, e per quali motivi? Ritengo che sia poco utile apportare modificazioni al setting, se prima non si è costituita una solida e stabile situazione di lavoro. Comunque in alcuni casi possono esserci modificazioni del setting, se queste servono a comunicare qualcosa di significativo.

Riporto una situazione di limitata modificazione del setting, corrispondente al prolungamento del tempo della seduta. Una ragazza in terapia da circa un anno, e con gravi problemi di inibizione emotiva e di rapporto, arriva con 15 minuti di ritardo. Si scusa e dice che ha sbagliato «la linea dell'autobus»; poi aggiunge che sull'autobus ha visto un uomo borseggiare una vecchietta. Raccontando vari episodi inerenti il lavoro, esprime la sua difficoltà di accettare un mondo che definisce grigio. Quindi alla fine della seduta racconta un sogno: «Lei in maglietta e pantaloncini sta insieme ai colleghi d'ufficio: è una specie di maratona, con un clima molto scherzoso. Ad un certo punto i colleghi si fermano e lei prosegue. Arriva in una specie di giardino dove incontra il direttore: c'è un gran piatto d'uva e di frutta, lei vorrebbe mangiarne un po', insieme al direttore». Dice che questa è una persona di cui si fida. Anche se è un sogno chiaramente di transfert, preferisco fare una interpretazione più generale. Le propongo che c'è una sua situazione meno bloccata che le permette di muoversi e anche di separarsi dai colleghi di ufficio. L'incontro con il direttore, persona *del quale lei dice di fidarsi*, corrisponde ad un suo desiderio di una maggiore intimità. La paziente reagisce dicendo che non ha mai pensato di voler avere rapporti sessuali con il direttore. Le propongo che intimità non vuol dire necessariamente avere rapporti sessuali: ma questa sua affermazione-negazione mi dà la possibilità di aggiungere qualcosa. Cioè, che lei dice di fidarsi degli uomini, ma in effetti è ambivalente e continua a non fidarsi: in fondo c'è sempre l'immagine di un ladro che le ruba le cose e che corrisponde ad una sua immagine di essere vecchia e povera (derubata). Il sogno era stato comunicato e forse non a caso alla fine della seduta: avrei potuto chiudere la seduta e rimandare l'interpretazione alla successiva. Ma recuperare i quindici minuti del suo ritardo iniziale oltre tutto comunica una situazione precisa: non frustrare un suo desiderio, se pure espresso in maniera ambivalente. In questo modo, le propongo che è possibile trovare una *linea*¹ di percorso valida, ma questa deve passare attraverso un reale recupero della fiducia, altrimenti lei continuerà a sentire che c'è sempre qualcuno che la deruba e continuerà ad essere vecchia e grinzosa (ovverosia senza desideri), Ed è quanto la paziente avrebbe vissuto riconfermandosi che in

¹ È un riferimento a quanto detto dalla paziente che aveva sbagliato "la linea dell'autobus",

fondo c'è sempre qualcuno che le ruba qualcosa: in questo caso i minuti della seduta. In questo caso la modificazione del setting aveva una valenza comunicativa molto precisa, e pertanto era utile attuarla.

3.3. Le funzioni del terapeuta: presenza, memoria, continuità

Normalmente si ritiene che la funzione fondamentale del terapeuta sia interpretare; ma l'interpretazione va preparata e sostenuta da una serie di operazioni che sono:

- a) l'ascoltare-recepire;
- b) la presenza del terapeuta;
- c) il terapeuta come memoria;
- d) il terapeuta come l'intermediario del desiderio.

Queste funzioni si oppongono alla tendenza, da parte del paziente, costringendolo ad un lavoro di integrazione, rispetto alla tendenza a scindere l'oggetto-terapeuta.

3.3.1. Ascoltare-recepire

La capacità di ascoltare e di recepire deve essere rivolta principalmente alle dimensioni inconsce del paziente. Il terapeuta, tramite la sua recettività, deve saper cogliere la realtà interna del paziente, senza fare negazioni o proiezioni. La capacità di ascoltare-recepire permette inoltre la costituzione di un reticolo cronologico mediante il quale il terapeuta riesce a dare una collocazione ed una sistemazione esatta agli avvenimenti del paziente, *separando ciò che è avvenuto nel passato da ciò che avviene nel presente.*

3.3.2. La presenza del terapeuta

Questa dimensione fondamentale può essere meglio compresa se vista in contrapposizione a quella della neutralità-assenza. Il concetto di neutralità nasce all'interno di una teoria, che ritiene che il processo analitico consiste nel fatto che tramite le libere associazioni il paziente deve *ricordare*, e che il ricordo è di per sé terapeutico. Quindi la funzione del terapeuta è quella di un ascolto passivo: egli deve intervenire solo quando questo flusso associativo si interrompe: teorizzazione che evidentemente si lega strettamente a quella del narcisismo, intesa come pulsione autoerotica.

La psicoterapia invece è un *lavoro* che si oppone continuamente alle fantasie di sparizione, agli annullamenti, alle negazioni del paziente. È evidente che concettualizzando la terapia come lavoro non

c'è posto per la neutralità o per l'assenza del terapeuta, come non c'è posto per la parità o uguaglianza. Il lavoro del terapeuta esiste solo se c'è una differenza, che consiste nella presenza-attività del terapeuta e nella tendenza del paziente a negare questo lavoro di ricerca.

Frustrare gli annullamenti, le assenze, le fantasticherie onnipotenti del paziente corrisponde al concetto di presenza del terapeuta ed alla possibilità di utilizzare la frustrazione con interesse. Ma per proporre correttamente il concetto di frustrazione con interesse bisogna esplicitare la differenza tra esigenze e bisogni. Molto schematicamente si può dire che le esigenze sono costituite dalla ricerca di conoscenza, di crescita globale, di possibilità di capire-vedere e di rapportarsi validamente con gli altri. I bisogni sono invece richieste di rapporto parziale, tentativi di non mettersi in crisi, atteggiamenti bramosi e neganti che tendono fondamentalmente a rendere statica e ripetitiva la situazione di terapia e quindi a bloccare ogni possibilità evolutiva e di crescita.

I bisogni vanno sempre e comunque frustrati, anche se questo comporterà l'emergere di affetti come la rabbia e l'odio; le esigenze invece soddisfatte. Questa duplice modalità di rapporto costituisce la base della frustrazione con interesse.

Se invece i bisogni sono più o meno gratificati e le esigenze frustrate, per assenza di una risposta valida, si costituisce allora una dinamica opposta: quella della frustrazione sadica. La neutralità dell'analista freudiano sembra apparentemente non appartenere a nessuna delle due modalità: sembra, perché la neutralità è in effetti assenza e come tale è sempre frustrazione sadica.

È evidente che per porre una frustrazione con interesse ci deve essere una situazione di reale presenza del terapeuta, che combatte l'indifferenza dell'analizzando, che nulla concede alle strutture caratteriali, ben consapevole che emergeranno inevitabilmente una serie di affetti negativi come la rabbia e l'odio; ma che sa anche che questo e solo questo può portare ad una dinamica di desiderio e di ricerca. Sarà poi compito del terapeuta far affrontare al paziente, all'interno di una dinamica affettiva intensa, il problema della separazione, perché questa non avvenga con rabbia, odio o con una fantasia di sparizione, ma avvenga invece con una fantasia ricordo che gli permetterà, ritornando, di continuare il lavoro. Allo stesso modo del bambino, che dopo essersi attaccato al seno ed aver ricevuto insieme al latte anche l'investimento sessuale della madre, può staccarsi, addormentarsi e risvegliarsi con la sicurezza di poter ritrovare il seno, proprio nella misura in cui la soddisfazione del desiderio non gli ha fatto fare alcuna fantasia di sparizione.

Questo paragone è solo apparentemente una metafora; più esattamente ci sono due momenti diversi nella storia dell'individuo, due realtà diverse: quella del bambino che ha bisogno di latte e di investimento sessuale e quella del paziente che ha bisogno di risposte e di investimento sessuale.

3.3.3. Il terapeuta come memoria

La rimozione, riducendo emozioni, pensieri ed affetti allo stato inconscio, è causa di patologia, perché la progressiva perdita della capacità di contenere e di memorizzare comporta un progressivo depauperamento delle possibilità operative dell'Io. La rimozione è quindi l'opposto della memoria. Ma come si sviluppa la memoria? Il bambino subito dopo la nascita è bombardato da una miriade di sensazioni, tattili, visive, acustiche, che pian piano egli riuscirà ad ordinare. Questo progressivo ordinamento è la memoria. Questo processo lungo e complesso avviene attraverso una progressiva mielinizzazione che rende il SNC sempre più discriminante, ma soprattutto attraverso la sempre maggiore attività dell'Io. Ma è fondamentale che esista un oggetto esterno, valido e soddisfacente, che consenta questo ordinamento, base della memoria. L'oggetto esterno necessariamente si propone, e non può essere altrimenti, come discontinuo sul piano materiale. In questa situazione il bambino deve compiere un lavoro creativo che, mediante la costruzione delle immagini e dei ricordi, gli consenta una continuità interna. Quindi per la costruzione dell'immagine e del ricordo è necessaria una separazione: ma questa separazione può essere creativa solo se è stato soddisfacente il rapporto con l'oggetto. Se l'oggetto non è soddisfacente si ha, invece, *la creazione dell'oggetto interno*. Se l'oggetto invece propone una dinamica soddisfacente, il bambino accetta la separazione, e la separazione porta alla *costruzione* dell'immagine. Quanto più l'oggetto è coerente e presente, tanto più l'immagine interna corrisponderà alla realtà dell'oggetto, proponendo al bambino una sensazione di fiducia e di stabilità. Sicuramente la memoria è collegata all'intensità ed alla qualità dell'emozione. È chiaro che noi ricordiamo avvenimenti che ci hanno colpito (intensità); ma è importante anche la qualità, nel senso che situazioni molto angoscianti possono essere oggetto di rimozione. Quindi una situazione di rapporto molto negativa suscita una tendenza a non accettare quella situazione e quindi a rimuoverla. Da ciò origina l'inconscio rimosso: la proiezione successiva di questo rimosso rende la distanza tra l'Io e la realtà sempre maggiore.

Questi pochi cenni servono a comprendere in che modo il terapeuta può funzionare come memoria.

- 1) Perché ripropone cose che il paziente ha detto, ma che successivamente tende a dimenticare.
- 2) Perché si costituisce come oggetto di riferimento stabile e presente, e quindi assume una funzione simile a quella che ha la madre per il bambino.
- 3) Inoltre nella proposizione ritmica degli incontri e delle separazioni, il terapeuta offre al paziente la possibilità di recuperare il tempo interno. Tutto questo pian piano renderà possibile al paziente non solo

recuperare il ricordo di cose passate, ma acquisire una capacità di memoria sempre maggiore, man mano che rinuncerà all'annullamento ed alla rimozione.

3.3.4. Il terapeuta come intermediario del desiderio

È evidente che il terapeuta non può porsi esclusivamente e materialmente come oggetto del desiderio. Se lo facesse, questo comportamento sarebbe dettato da problemi personali: onnipotenza o tentativi di difesa dalla depressione. Il bisogno di essere al centro dell'attenzione e la necessità di essere amati, chiaramente, renderebbe impossibile accettare le inevitabili frustrazioni che il lavoro di terapia comporta.

Inoltre, se egli si ponesse come *unico* oggetto del desiderio, proporrebbe un legame regressivo, perché manterrebbe una situazione di simbiosi perenne, ed inevitabilmente stimolerebbe il desiderio di cose materiali, ovverosia la bramosia.

Se volessimo utilizzare una metafora, potremmo dire che il terapeuta non deve porsi né sopra, né sotto, né dietro, rispetto al paziente; posizioni che corrispondono rispettivamente a situazioni di dominio, di sottomissione o di persecuzione, ma a lato del paziente, per aiutare questi nella sua *ricerca e nella conoscenza, che devono costituire il reale oggetto del desiderio*. Quindi il terapeuta non deve essere né quello che neutrale-assente non risponde, né quello che in maniera esibizionistica e seduttiva risponde a tutto.

Egli deve rispondere, ma soprattutto aiutare a formulare le domande e le risposte. Usando un vecchio proverbio cinese, potremmo dire che egli non deve dare il pesce, ma insegnare a pescare.

3.4. L'interpretazione. Le difese dalla terapia

Voglio sottolineare subito che il termine «difese dalla terapia» è sovrapponibile al termine classico «resistenze all'analisi». Uso *difese* perché il termine di *resistenza* in questo contesto è utilizzato per indicare la capacità del soggetto di opporsi e rifiutare dinamiche ostili, o comunque negative.

Molto sinteticamente potremmo dire che *il terapeuta interpreta il transfert e le difese del paziente*. Questa definizione ci permette di differenziare la psicoterapia dinamica da altre psicoterapie che, avendo nella suggestione il principale strumento di lavoro, tendono a manipolare il transfert e a far aumentare le difese. Manipolare il transfert vuol dire far sviluppare ed utilizzare il transfert positivo, cioè la tendenza ad identificarsi con il terapeuta che diventa una sorta di Io ausiliario per il paziente, vestendo però i panni del giudice o del pedagogo. Aumentare le difese vuol dire aumentare la capacità

di rimozione e di regressione del paziente. Interpretare vuol dire esattamente il contrario. L'interpretazione è la comunicazione verbale del terapeuta, che collegando vari avvenimenti e cogliendo il significato profondo della comunicazione del paziente, offre a questi i mezzi per una più completa conoscenza di se stesso, soprattutto in termini emotivi.

Quindi non tutte le comunicazioni del terapeuta sono interpretazioni, ma solo quelle che riuscendo a cogliere i significati latenti delle comunicazioni del paziente li veicolano in termini chiari e precisi, al paziente.

L'interpretazione su di un piano epistemologico si situa a metà strada tra una spiegazione causale, tipica delle scienze naturali, ed una comprensione dei significati, che è tipica delle scienze umane.

Questa posizione epistemologica spiega la presenza di due posizioni diverse riguardo al significato ed alla validità dell'interpretazione. Da una parte quelli che considerano l'interpretazione come un dato scientifico, inoppugnabile ma asettico; dall'altra quelli che ritengono l'interpretazione come un atto creativo del terapeuta che nasce all'interno della situazione di transfert-controtransfert e la cui scientificità o validità *non* è dimostrabile. In effetti, se l'interpretazione viene data con criteri precisi, come vedremo oltre, possiamo affermare che essa ha uno statuto scientifico, o perlomeno di verità e verificabilità. L'aspetto creativo del terapeuta permane, ma attiene non tanto al contenuto, quanto piuttosto alla forma ed alla modalità espressiva, che costituisce lo stile del terapeuta. Per comprendere il processo dell'interpretazione, dobbiamo tener conto delle modalità con le quali si forma il conflitto o comunque il processo di rimozione. Un conflitto si costituisce sulla base di una triade: pulsione o desiderio rimosso, difesa, ansia. Questi tre elementi, più o meno sconosciuti al paziente, danno luogo al comportamento, ai sogni ed ai sintomi del paziente.

Accanto a questa triade (impulso, difesa, ansia), bisogna considerare anche un'altra triade, che è costituita da tre diversi tipi di persone, con le quali il paziente ha avuto o ha a che fare e che definiamo triangolo di relazione:

- a) situazioni attuali, ovverosia le persone significative attuali per il paziente;
- b) situazioni passate, ovverosia persone significative del passato, che sono in genere i familiari;
- c) situazione di transfert, cioè il rapporto del paziente con il terapeuta.

Quindi se la triade impulso-difesa-ansia esprime il conflitto in termini intrapsichici ed il triangolo di relazione lo esprime in termini relazionali, al terapeuta resta un compito che può essere ben definito e che consiste:

- a) nel chiarire la natura dell'impulso e della difesa e nell'esplicitare le ansie più profonde;

- b) portare questa chiarificazione nei riguardi del presente, del passato e del transfert;
- c) fare un collegamento tra queste due aree: quella intrapsichica e quella relazionale.

In questi termini, non solo sono definiti con chiarezza gli elementi dell'interpretazione, ma anche che questa può essere validata proprio attraverso la conferma in queste due aree.

Una interpretazione così complessa è piuttosto infrequente; in genere l'interpretazione procede per fasi parziali, nel senso che non sempre è possibile collegare le due aree e le varie componenti tra di loro. Quando ad una serie di interpretazioni parziali, che hanno però la funzione di aprire la strada verso un insight, segue una interpretazione totalizzante, abbiamo quella che viene definita da Strachey «interpretazione mutativa». Come in una situazione di Gestalt, il paziente riesce improvvisamente a dare un senso nuovo e più profondo ad avvenimenti fino ad allora giudicati insignificanti.

Inoltre le interpretazioni devono essere date al momento giusto; se date con troppo anticipo rispetto alle capacità del paziente sono interpretazioni *premature*, che in genere, nonostante siano esatte, non sortiscono un effetto terapeutico.

Le interpretazioni possono essere suddivise in interpretazioni di contenuto, di transfert, delle difese, del desiderio, dirette, mutative.

1) *Le interpretazioni di contenuto* sono quelle che riguardano fundamentalmente gli impulsi e le fantasie inconse, senza considerare le difese che le hanno mantenute inconse. Questa modalità interpretativa è la più frequente per i sogni.

2) *Interpretazioni di transfert*: è una delle modalità interpretative fondamentali perché collega fantasie, comportamenti, emozioni del paziente con il presente, nella situazione di rapporto con il terapeuta. Possiamo dire che molte interpretazioni mutative, tali cioè da comportare una reale presa di coscienza da parte del paziente, sono interpretazioni di transfert. Inoltre molto spesso le interpretazioni di transfert coinvolgono contemporaneamente anche le difese. Infatti, come vedremo, se non è corretto considerare ogni manifestazione di transfert come una difesa, alcuni aspetti del transfert certamente sono difese. Come un transfert troppo passivo o idealizzante, un transfert molto ostile, o l'erotizzazione del transfert, cioè il tentativo di coinvolgere il terapeuta se non sul piano del comportamento, per lo meno sul piano di fantasie erotiche.

3) *Interpretazione delle difese*. Con quelle di transfert, costituiscono le interpretazioni più importanti.

Sul piano strettamente intrapsichico, queste interpretazioni si rivolgono ai processi di annullamento, di negazione, di rimozione e di proiezione del paziente, dinamiche che comportano una distorsione della conoscenza e del rapporto con la realtà. A volte queste difese sono gestite attraverso un uso scorretto

della psicoterapia. Il paziente tende a scindere completamente il lavoro terapeutico dalla sua vita, e quindi a viverlo come una situazione astratta. Oppure il lavoro psicoterapeutico viene vissuto in maniera totalizzante, come una sorta di sostituto della nevrosi. In questi casi l'interpretazione è possibile solo se c'è una continua presenza del terapeuta, che non permette l'instaurarsi di queste difese.

4) *L'interpretazione del desiderio.* Può sembrare che il lavoro psicoterapeutico è volto esclusivamente ad interpretare gli aspetti negativi e difensivi del paziente. In effetti, anche se questo costituisce una parte fondamentale e preliminare del lavoro, nello svolgimento emerge molto rapidamente la situazione di desiderio che va riconosciuto ed interpretato. Interpretato vuol dire capirne le qualità soprattutto in relazione alla bramosia: è chiaro che quanto più un desiderio è intriso di bramosia, tanto meno è valido. Ma bisogna anche considerare la validità complessiva dell'Io: un vissuto di desiderio presuppone una discreta validità dell'Io. Ed infine va proposta la possibilità del superamento del desiderio verso la fase più matura di investimento sessuale.

5) *Interpretazioni dirette.* Si basano su di una immediata comprensione controtransferale dell'inconscio del paziente e del linguaggio simbolico: è sicuramente la modalità che richiede maggiore abilità. In questo caso, le parole del paziente vengono trasformate dal terapeuta in sue immagini interne, e sulla base di queste, oltre che dalla storia del paziente, il terapeuta può comprendere il significato profondo della comunicazione del paziente. Le interpretazioni dirette in genere sono anche mutative.

Quest'ultima modalità d'interpretazione chiaramente coinvolge tutti gli aspetti descritti prima, cioè quelli difensivi, di transfert, di contenuto. Precedentemente ho definito l'interpretazione una comunicazione verbale, ma ci sono dei casi in cui continuare ad interpretare diventa inutile, perché rinforza un circolo vizioso. Questo succede soprattutto nei massicci processi di negazione che vengono gestiti con il comportamento: per esempio un ripetuto ritardo o assenza dalle sedute. In questi casi può essere necessaria quella che definisco una «interpretazione agita», ovverosia non si interpretano più i motivi inconsci del comportamento, ma si comunica la decisione unilaterale, ma esplicita, di terminare il lavoro di psicoterapia.

Infine, per ultimo, ci dobbiamo chiedere qual è la risposta media ad una interpretazione. In genere una interpretazione determina una maggiore capacità di comprensione da parte del paziente. Ma non è infrequente che ad una interpretazione corretta, soprattutto quanto più è incisiva, il paziente possa rispondere con la frase «non è vero», che è un tentativo di negare l'incisività dell'interpretazione. Quando un'interpretazione invece è errata, può insorgere una situazione di confusione da parte del paziente; oppure il ritornare iterativo nei discorsi, nei comportamenti e particolarmente nei sogni di quella dinamica, che ha avuto una errata o comunque parziale interpretazione.

3.5. Transfert. Controtransfert

La concezione del transfert ha subito numerose variazioni rispetto a quella classica freudiana, che considerava fondamentalmente il transfert come «resistenza» (ovverosia una difesa contro l'analisi) del paziente, il quale, vivendo emozioni e ricordi del passato sull'analista, agiva, evitando quindi di ricordare. Concezione strettamente legata all'idea secondo cui la funzione terapeutica dell'analisi è esclusivamente quella di recuperare i ricordi rimossi. Attualmente tre sono le concezioni principali per definire il transfert:

- 1) tutti i sentimenti del paziente verso il terapeuta;
- 2) solo quelli che esprimono la sua nevrosi;
- 3) solo quelli che hanno una origine infantile.

C. Rycroft sostiene che « il “transfert” è il processo per cui un paziente sposta sul suo analista i sentimenti, le idee ecc., che derivano da figure precedenti della sua vita, entra in rapporto con il suo analista come se questo fosse un qualche oggetto precedente della sua vita, proietta sull'analista le rappresentazioni oggettuali acquisite come precedenti introiezioni, attribuisce all'analista il significato di un altro soggetto, di solito precedente». Questo è certamente vero, ma parziale, perché nel rapporto terapeutico il paziente riconosce la realtà e vive anche una situazione del presente, oltre che del passato. Se il paziente visse *esclusivamente* il presente in termini di passato, dovremmo ritenere che ogni paziente è un delirante.

D'altra parte non è facile distinguere quanto del vissuto del paziente è frutto del rapporto presente con il terapeuta e quanto di sue proiezioni.

Pertanto penso che sia più accettabile definire il transfert come la globalità della relazione che il paziente vive nei confronti del terapeuta. In questo modo si evita anche il termine confusivo di transfert *negativo* o *positivo*, dove non si capisce se negativo è inteso come non utile o invece come ostile nei confronti del terapeuta. Infatti ritengo che, in una concezione ampia del transfert, possiamo distinguere da una parte una collaborazione ed accettazione della realtà da parte del paziente, che più correttamente possiamo definire “alleanza di lavoro”; e dall'altra emergenze di attacco contro il terapeuta, che possiamo definire “transfert ostile”.

Inoltre una accezione ampia del concetto di transfert evita di cadere nella trappola di considerare il transfert esclusivamente un «come se», ovverosia una finzione. Infatti, se il paziente prova amore o odio, anche se questi sentimenti possono riguardare situazioni del passato, non sono meno reali. Nella

concezione del «come se», dobbiamo ritenere che il terapeuta è costretto a far finta di trovarsi di fronte a derivati o sostituti di sentimenti e non a sentimenti veri e propri.

Quindi considerare il transfert come l'insieme dei vissuti del paziente, sapendo che tra questi molti sono legati non alla persona del terapeuta ma a figure del passato, ci permette di avere una visione più vera del processo psicoterapeutico.

In questo modo, più correttamente potremmo dire che, all'interno del lavoro analitico, si possono articolare tre modalità di transfert:

- a) l'uso massiccio di proiezioni o di identificazioni proiettive: è la forma più regressiva che esprime anche una più grave patologia, in quanto indica che il paziente è invaso da oggetti interni che non riesce a contenere;
- b) il paziente proietta sul terapeuta una serie di rapporti non superati o mal superati del suo passato; c'è una situazione conflittuale che coinvolge il terapeuta, che però viene riconosciuto in parte anche per la sua realtà;
- c) il paziente vive il terapeuta come persona diversa ed altra da sé, anche se interessata e coinvolta nella ricerca.

Queste tre modalità, anche se possono intrecciarsi, in effetti indicano una progressione evolutiva e potremmo dire che la costituzione dell'ultima modalità è un segno di una maggiore consapevolezza e maturità del paziente.

Alcune volte il transfert può bloccarsi in una situazione ripetitiva che, basata su di una specifica dinamica, può connotare complessivamente tutto il lavoro di psicoterapia.

Un esempio tipico, ma non unico, è il transfert *erotico*. Per transfert *erotico* si intende una manifesta intenzione del paziente o della paziente, nei confronti del terapeuta di sesso opposto, di voler trasformare il rapporto di psicoterapia in rapporto erotico e sessuale. Alcune volte questo comportamento può esprimere una momentanea difesa dal lavoro di psicoterapia: l'interpretazione delle angosce sottostanti può sbloccare la situazione. In questi casi è più corretto parlare di *erotizzazione del transfert*.

Nel transfert *erotico*, invece, questa dinamica tende a perpetuarsi, e molto spesso l'atteggiamento di rifiuto del terapeuta non viene letto come tale, ma come una forma di ritrosia, che pertanto prima o poi verrà a cessare. Manifestazione evidente di una mancanza di rapporto con la realtà, tale da rendere impossibile, a volte, il poter proseguire la terapia.

L'evidente aspetto irrealistico di questa dinamica permette di distinguerla nettamente da un'altra, con la quale frequentemente viene confusa: cioè *l'innamoramento da transfert*. L'innamoramento da transfert è una dinamica che coinvolge il paziente, non tanto sulla base di un investimento di situazioni del passato, quanto nell'ambito del riconoscimento delle qualità del terapeuta; il che implica una capacità di conoscenza e di investimento della realtà psichica, indizio di maturità. L'elaborazione di questa dinamica è facilitata dal riconoscimento delle valenze libidiche e delle emozioni del paziente, piuttosto che da un atteggiamento di rifiuto o di esclusiva interpretazione in chiave del «come se».

Il problema del transfert ci apre al problema del controtransfert: termine che nel nome tradisce la sua origine. Infatti esso è stato concettualizzato come la risposta del terapeuta alle situazioni transferali del paziente. Definizione imprecisa e limitante: è infatti più esatto considerare il controtransfert (come abbiamo fatto per il transfert) come la *relazione globale* (e non la reazione semplicemente) del terapeuta con il paziente.

In questo modo è possibile eliminare anche la dizione ambigua di controtransfert negativo, che ancora una volta non chiarisce se è usato per definire un controtransfert non funzionale o per definire, invece, una situazione ostile del terapeuta nei confronti del paziente. Credo sia necessario precisare allora la dinamica della *controidentificazione proiettiva*, che spesso genericamente ed impropriamente viene definita come controtransfert. Il paziente, come abbiamo visto, oltre le proiezioni può investire massicciamente il terapeuta di emozioni, affetti, angosce che non riesce a contenere, e che pertanto vengono messe *non sopra* (proiezioni), ma *dentro il terapeuta* (identificazione proiettiva). Così il terapeuta viene vissuto come una parte integrante del paziente: questa dinamica, soprattutto se permanente, è segno di una patologia grave.

Di fronte a questa identificazione proiettiva, il terapeuta può reagire impropriamente e antiterapeuticamente con una *controidentificazione proiettiva*, che si manifesta come incapacità di separare il proprio Io da quello del paziente e quindi, sul piano comportamentale, di corrispondere o di rifiutare violentemente le dinamiche del paziente. In tal caso parlare di controtransfert positivo o negativo serve solo a confondere le idee. In questo caso ci troviamo di fronte ad una *controidentificazione proiettiva* del terapeuta: che sia in positivo (cioè accettante) o in negativo (cioè rifiutante) poco importa. Quello che importa è che in una dinamica di questo genere non c'è alcuna possibilità di terapia: il terapeuta viene agito dal paziente.

Quindi ben diversa da quella che deve essere la situazione del controtransfert: per cui il terapeuta deve riconoscere la realtà del paziente, elaborarne le angosce, e rispondergli in termini interpretativi.

Controtransfert che nasce quindi non solo dalla relazione con il paziente, ma anche dalla capacità del terapeuta di conoscere se stesso e di proseguire continuamente in questa ricerca.

Quindi transfert-controtransfert segnala la modalità di una relazione di crescita, di sviluppo, di terapia: e questa relazione è stata posta, non a caso, in contrappunto con il conflitto edipico. Non solo per gli enigmi che la relazione terapeutica comporta e che bisogna risolvere; non solo perché può essere vista come modello della relazione maestro-allievo, simile quindi a quella genitore-figlio; non solo perché a volte il paziente può vivere il terapeuta come Laio, o porsi come Giocasta che cerca disperatamente di nascondere la verità, ma per un fondamentale motivo. Anche nella psicoterapia, come nel mito di Edipo, c'è una strada stretta (*stené odòs*) che costringe il terapeuta ad un grande cimento. Riconoscere ed accettare l'altro, frustrandone le dinamiche negative, e facilitare, nel momento della maggiore capacità ed autonomia del paziente, la separazione e la fine del lavoro di psicoterapia.

3.6. Il sogno. L'interpretazione del sogno

Il sogno è una fondamentale attività psicobiologica, che coincide con la fase REM del sonno. Fase che compare tardi nella scala evolutiva: negli uccelli solo nei primi giorni di vita, stabilmente nei mammiferi. Nell'uomo, nei primi due anni di vita, il sonno REM occupa il 50% circa del sonno totale. Questi dati ci confermano che al sonno REM è affidata una funzione altamente specifica ed importante per quanto riguarda l'evoluzione psichica. Jouvett ritiene che il sonno REM renda possibile l'attivazione del patrimonio psicologico ereditario.

3.6.1. Sonno e sogno

È certamente il sonno che permette l'emergere del sogno. Il sonno si distingue dalla veglia per la scarsa recettività agli stimoli esterni, per l'inibizione motoria e per uno stato psicologico complessivamente diverso. Questi due stadi, il sonno e la veglia, debbono restare nettamente separati e distinti tra di loro, per una reciproca e normale funzionalità. Se il soggetto non riuscisse a separare questi due stadi, cadrebbe in una situazione di patologia, come avviene, per esempio nel *delirium tremens* dove il rebound di sonno REM, in piena veglia, provoca fenomeni allucinatori.

Il sonno ha varie funzioni, ma due sono fondamentali: la reintegrazione energetica e la produzione del sogno che non ha, come si è ritenuto a lungo, la funzione di preservare il sonno. L'evidenziamento di una specifica funzione neurofisiologica, il CAP (*cyclic alternating pattern*) che serve a stabilizzare il sonno e che avviene solo durante la fase non-REM, è una conferma ulteriore, su base neurofisiologica,

che il sogno non è un «esaudimento allucinatorio dei desideri», necessario a proteggere il sonno. Le funzioni del sogno sono invece molteplici e non del tutto chiarite. Le più importanti sono: attivare i circuiti cerebrali, attivare il passaggio delle informazioni dalla memoria a breve termine a quella a lungo termine ed inoltre, probabilmente, eliminare una serie di informazioni inutili o superflue. Ma sicuramente il sogno assolve anche una funzione, quella forse da più tempo accertata, di aprire al mondo dell'inconscio, avendo parzialmente chiuso, con il sonno, al mondo esterno. Ma prima di affrontare questo problema, credo sia necessario sottolineare un particolare aspetto del sogno.

Noi sappiamo che il sogno avviene nella fase REM, che nell'adulto corrisponde a circa il 20% del sonno totale, ovverosia circa 80-90 minuti per notte. Sappiamo inoltre che il sogno, per quanto articolato e complesso, può avvenire nell'arco di pochi secondi. Ora, mediamente, a parte rare eccezioni legate ad un sonno molto leggero ed interrotto, al mattino in genere si ricordano solo pochi sogni. Quindi dobbiamo ritenere che di tutta la complessiva produzione onirica noi riusciamo a ricordarne solo una parte minima. Dobbiamo dedurre che ci deve essere una differenza tra la complessiva attività onirica ed il sogno o i sogni che ricordiamo. Nel senso che se probabilmente l'attività onirica nel suo insieme ha funzioni numerose e complesse, il sogno ricordato ha una funzione specifica diversa. *I sogni che si ricordano, riguardano esperienze oniriche significative e strettamente collegate con le dinamiche psicologiche conflittuali o comunque più importanti, in quel momento, per quella persona.* Possiamo pertanto pensare che i sogni che si ricordano sono tentativi di visualizzazione di particolari dinamiche psicologiche del soggetto, a volte tentativi di risoluzione, di conflitti o problemi.

3.6.2. Il linguaggio del sogno

Il sogno si esprime mediante un linguaggio la cui caratteristica fondamentale è di essere costituito prevalentemente per immagini.

Il bambino inizialmente conosce il mondo attraverso le sensazioni tattili, acustiche e successivamente, a partire dal terzo-quarto mese, soprattutto visive. All'inizio non c'è il verbo, ma l'immagine, che deve essere distinta dalla pura sensazione visiva perché indice di una capacità di organizzazione psichica più complessa. Il bambino recepisce miriadi di sensazioni visive, le seleziona e le elabora soprattutto sulla base della continuità e della ripetitività dell'oggetto. Dal momento che riesce a formare e mantenere le immagini, il bambino comincia a crearne di nuove ed a giocarci: il sogno può essere visto come una continuazione di questa attività ludica.

Il linguaggio onirico è un linguaggio per immagini, e di queste conserva una proprietà caratteristica: la sinteticità. Su un piano evolutivo culturale, possiamo paragonare il sogno alla scrittura ideografica,

paragone che ci permette di comprenderne anche un'altra caratteristica. L'immagine ci fornisce una informazione più rapida e sintetica, ma in qualche modo anche meno definita e precisa. Ovverosia l'immagine, più della parola, può avere significati multipli, fenomeno che si esplica con due modalità del linguaggio onirico: la *condensazione* e lo *spostamento*, ovverosia la possibilità che ha l'immagine di fondersi o di sostituirsi ad un'altra.

Questi due processi danno luogo al *simbolo*, che è qualcosa che si riferisce o rappresenta qualche altra cosa: a differenza del *segno*, che indica invece un'entità specifica.

Sono inoltre caratteristiche del linguaggio onirico altre due modalità: mancanza delle categorie temporo-spaziali e persistenza del principio di contraddizione, per cui possono accadere cose antitetiche ed opposte senza che questo desti nel sognatore stupore o incredulità.

Quindi la struttura del linguaggio onirico è caratterizzata da spostamento, condensazione, simbolismo ed assenza sia del principio di continuità e contiguità, sia di quello di non contraddizione.

Se questa è la struttura del linguaggio onirico, i contenuti sono immagini che possono derivare da:

- a) immagini riguardanti il passato;
- b) immagini tratte da situazioni presenti (resti diurni);
- c) immagini completamente nuove.

Le scene possono essere semplici o molto complesse ed articolate. Normalmente il soggetto vive il sogno come realtà; a volte invece «sa» che sta sognando. Questa evenienza può indicare un tentativo di superamento dell'angoscia, nel senso che se il contenuto del sogno suscita angoscia, pensare che si sta sognando è un modo per sdrammatizzarlo.

L'esperienza onirica viene successivamente, nella veglia, organizzata in un racconto, ed è questo racconto del sogno che dà la possibilità di interpretarlo.

3.6.3. L'interpretazione del sogno

A partire dal *racconto del sogno*, è possibile interpretarlo. Ma cosa significa interpretare un sogno? Interpretare, etimologicamente (*inter-pretium*) vuol dire *mediare*, ed è esattamente quanto bisogna fare. Ovverosia mediare tra il conscio (racconto del sogno) e l'inconscio (esperienza onirica) del paziente, ma anche tra quest'ultimo ed il terapeuta che costituisce il referente del racconto del sogno. Questi due livelli rendono possibile l'interpretazione, che significa quindi traduzione dal linguaggio onirico al linguaggio narrativo cosciente, all'interno di una relazione specifica, quella terapeutica, che dà significato collegandolo a precedenti o ad attuali dinamiche di rapporto. Il sogno è comprensibile ed

interpretabile anche attraverso una lettura simbolica di alcune immagini: come per esempio l'acqua, il mare, il bambino, la casa, l'auto ecc. Per esempio la casa può essere espressione di una rappresentazione del proprio corpo, l'auto di corazzata caratteriale ecc. Ma è solo il contesto che rende possibile una corretta lettura. Per contesto deve intendersi un insieme di fattori che sono: la situazione psicologica del paziente, il suo livello di *insight*, il momento particolare del lavoro di terapia o particolari situazioni della terapia (come le separazioni) e soprattutto quanto il paziente sta vivendo complessivamente in quel momento. Sono le situazioni attuali che, riattivando situazioni anche molto antiche, *ancorano* il sogno ad un preciso significato. Staccato da questo contesto, il sogno diventa interpretabile in tutti i modi possibili: *cioè praticamente è ininterpretabile*. Questo indica la necessaria, stretta correlazione che ci deve essere tra la vita del paziente, la realtà esterna e la psicoterapia. *Se la situazione terapeutica diventa il luogo privilegiato della fantasticheria, figlia della scissione terapia-realtà e dell'annullamento di quest'ultima, non è più psicoterapia, ma coazione a confessare.*

Il sogno ha in genere un riferimento al transfert: ma molte volte è da tener presente che se il sogno può essere *compreso* nella dinamica del transfert, non deve essere *interpretato* sempre e necessariamente in riferimento al transfert. A volte può essere utile collegare il sogno a pregresse situazioni del paziente, in genere a situazioni della prima infanzia o a dinamiche familiari che il terapeuta conosce.

Ma quale è il processo che rende interpretabile il sogno? Esistono due posizioni fondamentali. Una si basa esclusivamente sulla risonanza emotiva del terapeuta, che accogliendo il racconto del sogno lo trasforma in sue immagini interne. Immagini che danno la possibilità di collegare ed associare, non in modo arbitrario, ma sul binario di quel controtransfert specifico: è una interpretazione immediata, che si basa sulla risonanza inconscia tra terapeuta e paziente.

L'altra cerca di «analizzare» il sogno, attraverso le libere associazioni del paziente: è un metodo che in genere funziona poco. Il sogno è una comunicazione sintetica e globale. O questa viene compresa, perlomeno nel suo senso generale, abbastanza rapidamente dal terapeuta, oppure le libere associazioni del paziente possono portare molto lontano, perché il paziente può utilizzarle solo in funzione delle sue difese.

Le libere associazioni, usate con discrezione, possono essere utili invece in due casi. O quando il terapeuta, avendo una comprensione del sogno, vuole stimolare il paziente a trovarne la soluzione; oppure quando può essere difficile coglierne il significato. Comunque, più che le libere associazioni si tratta di far rintracciare situazioni attuali o vissuti relativi a precedenti sedute, attinenti con il sogno.

3.6.4. Alcuni sogni particolari

Descrivere le numerose e complesse possibilità che esprime la scena onirica è assolutamente impossibile in poche pagine. È possibile proporre alcune linee generali, che debbono però sempre essere considerate come situazioni esemplificative.

Se cerchiamo di scomporre la scena onirica, possiamo trovare alcuni elementi comuni:

- 1) ci sono personaggi più o meno numerosi, che possono essere conosciuti o sconosciuti;
- 2) il sognatore può essere assente, oppure può essere spettatore o attore o avere ambedue le funzioni;
- 3) ci sono scenari e luoghi significativi;
- 4) ci sono azioni e comportamenti vari.

1) Il problema dei *personaggi* del sogno è molto complesso. In genere una folla può testimoniare una situazione pulsionale a livelli di guardia ed a volte una situazione di smarrimento e di confusione. Personaggi sconosciuti, o comunque non identificabili, tratteggiati sulla base della capacità creativa dell'inconscio (mediante spostamenti e condensazioni), in genere esprimono dinamiche intrapsichiche del sognatore che le visualizza e fa agire sul palcoscenico del sogno.

Due sogni consecutivi. «Un bambino in cima ad una scala piange disperatamente perché il maestro non ha apprezzato il suo compito. Compare il maestro: è un nano brutto e cattivo che il sognatore punisce duramente». «Lui chiede un favore ad una donna, questa acconsente, ma vuole essere accompagnata in un bar quella sera. Quando ritorna la donna è ben curata e vestita, ma è evidente che, fraintendendo il sì del sognatore, crede che questi sia innamorato di lei. Questi le dice che non è vero: la donna è delusa e si allontana camminando male: è un po' handicappata».

Nei due sogni è evidente e comune una dinamica di delusione. Nel primo il sognatore rappresenta se stesso da bambino, che di fronte alle delusioni non riusciva a crescere (il nano) e diventava cattivo, tanto da dover essere punito dagli adulti. Nel secondo sogno, invece, è rappresentata una sua parte più adulta, che, di fronte ad una delusione, diventa leggermente handicappata. Le dinamiche inconse vengono agite quindi attraverso personaggi non conosciuti, ma altamente simbolici: una donna, un uomo, un bambino, un nano, ecc.

Spesso invece il personaggio del sogno è chiaramente identificato, e molto spesso è il terapeuta che può essere vissuto in molteplici modi.

A volte il terapeuta è riconosciuto come tale, ma con delle modificazioni. Se il sognatore non entra nella scena nemmeno come spettatore, è indizio di un massiccio processo di negazione e di proiezione e può segnalare una rottura del rapporto.

«Il terapeuta è nell'Antartide, in mezzo ai ghiacciai ed ha una specie di maschera sul viso». Questo sogno testimonia la lontananza e la freddezza con la quale è vissuto il terapeuta: il rapporto sembra al limite della rottura.

Il terapeuta è rappresentato come tale ed il sognatore è spettatore o attore dell'azione. Il terapeuta può essere visto come due persone diverse (indice di una ambivalenza proiettata), oppure in due situazioni diverse, che spesso possono testimoniare una sottile dinamica d'invidia, come nei due sogni seguenti. «La paziente va a casa del terapeuta: c'è una cena preparata. Il terapeuta comincia a parlarle dei propri problemi, e lei insorge dicendo "ma questa non è un'analisi!". «Lei sul treno: entra un uomo e lei vorrebbe che andasse a sedersi vicino a lei».

La paziente vuole che io mi metta al suo livello (andare a sedere vicino a lei), il che potrebbe essere indizio, sia pure non certo, di una negazione che emerge invece chiaramente dal primo sogno. Da una parte c'è la dinamica della scissione, anche se non molto esplicita: ci sono due terapeuti diversi, uno a casa ed uno allo studio. Ma il fatto che il terapeuta, a casa, parli dei propri problemi, significa che la paziente attribuisce le capacità del terapeuta non alle sue dimensioni personali, ma al luogo di lavoro. Al di fuori dello studio il terapeuta perde le sue capacità. Pertanto è giustificato per la paziente rifiutare questo rapporto di lavoro (che è stato svalutato) e chiederne uno diverso, sulla base di una dinamica di bramosia (la cena preparata).

2) *Il sognatore* è presente come attore o come spettatore, ed il significato si articola strettamente con le azioni del sogno. Varie possono essere le situazioni. A volte uno o più personaggi possono morire o dissolversi. Questo può servire molte volte per visualizzare la dinamica di fantasia di sparizione verso situazioni interne. Ovverosia il personaggio rappresenta una parte di sé superata e quindi «morta».

Sogno. «Lei con dei vestiti neri in mano. Sta in casa di un uomo verso cui prova una forte gelosia e molta rabbia, perché teme che lui possa avere altri rapporti. Va via sbattendo la porta. Si ritrova in una macchina bianca; in senso inverso muove una macchina nera con due donne a bordo. Una ha i capelli neri; la macchina va a schiantarsi contro un muro. La donna con i capelli neri muore; l'altra sembra bruciare. Comunque si reca verso la paziente e la incita a continuare ad andare avanti. La paziente la tocca e non solo non scotta, ma è bagnata come un bambino appena nato». Riconosce, nella donna dai capelli neri e lisci, se stessa di alcuni anni prima. La donna con i vestiti neri in mano e quella con i capelli neri rappresentano una sua dimensione del passato che si manifestava soprattutto con la gelosia e con la rabbia. Questa dimensione muore, sparisce per dare luogo ad una dimensione più evoluta, ma anche molto fragile: è appena nata, e può quindi rischiare di bruciare per le emozioni.

In questo sogno si evidenzia un altro dato caratteristico: il significato di alcuni colori. Il nero è spesso collegato con il buio, che può indicare o una situazione di annullamento completo, come nei casi ove la luce si spegne; oppure una dinamica di bramosia o di invidia che non fa sparire gli oggetti, ma li rende neri. Il bianco, invece, è collegato spesso con una situazione di possibilità emergente, ma fragile. È come uno schermo o come una pagina bianca (fenomeno di Isakower), un desiderio emergente e quindi poco strutturato.

3) Spesso nel sogno compaiono scene che rappresentano prevalentemente dei *luoghi* che hanno una forte valenza emotiva.

Sogno di una donna. «Lei si trova in alto, sulla scogliera della città di mare dove è nata. Le rocce sono nere. In fondo, su questi scogli neri, una bambina giace morta».

La paziente, che ha una figlia di sei anni, sta cominciando a rivivere numerose angosce, collegate al disturbato rapporto con sua madre. Le rocce nere rappresentano il suo vissuto da bambina con la madre, che con durezza rifiutava ogni rapporto ed ogni minimo contatto con lei, tanto da farla sentire come morta.

Sogno di un ragazzo. «Una pianura deserta: in lontananza un altopiano verdeggianti. Il paziente lo scala, ed arrivato in cima, vede in lontananza una città piena di fermento».

Il paziente sta uscendo da una situazione di isolamento affettivo. La scalata, difficile ma non impossibile, esprime la sua fatica, ma anche la speranza di recuperare la sua vitalità.

4) Le *azioni* nel sogno possono essere lette prevalentemente in chiave del transfert e veicolano dinamiche di desiderio, di bramosia, di invidia. O anche spesso timori legati alla dinamica del transfert. Per esempio, il paziente che nel sogno anziché parlare con il terapeuta gli telefona, esprime che la comunicazione è attivata, ma che può interrompersi se non è sostenuta dalla vista come accade durante la separazione. Se avviene una rottura questa è segnalata da una caduta della linea telefonica.

I sogni in genere esprimono situazioni più o meno conflittuali; ma ci sono sogni che esprimono invece la risoluzione di un conflitto. Questi sogni, importanti e significativi per il paziente, sono vissuti con una sensazione di pienezza e di armonia tra il vissuto onirico e quanto egli sente da sveglio.

Sogno. «La madre deve operarsi per un disturbo non grave, ma che è molto antico. Lei vede la casa dei genitori: è più piccola, ma più compatta e senza fronzoli rispetto a quella reale. Ha deciso di praticare l'uscita del garage sul lato antistante la casa. In questo modo si sente più libera, perché il rumore dell'auto non disturberà i vicini». Nella realtà l'uscita del garage è sul lato posteriore della casa, ed in effetti, dice la paziente, a notte fonda, nel salire la rampa il rumore della macchina può dare fastidio.

Interpreto questo sogno, vissuto con molta emozione dalla paziente, come un suo ridimensionare il conflitto con i genitori, che lei aveva sempre ipertrofizzato. In questo modo, lei è più libera ed autonoma, nella misura in cui sente di non essere più controllata, ma anche di non controllare gli altri. L'operazione che la madre dovrà fare è il segno di un suo riconoscere che molte problematiche della madre e con la madre non appartengono più a lei.

Queste rapidissime esemplificazioni non hanno certo la pretesa di delineare la poliedrica possibilità creativa del sogno e la contemporanea possibilità di trovarne una chiave interpretativa, ma intendono solo segnalare la possibilità di un percorso.

3.7. Le separazioni

Parlando del setting ho accennato ad una organizzazione di lavoro della psicoterapia che prevede, oltre le due sedute settimanali, due periodi di separazione (di una settimana e di un mese) stabiliti in anticipo, e vincolanti in maniera paritaria sia il terapeuta che il paziente.

È chiaro che già tra una seduta e l'altra c'è una separazione: ma questa, pur con qualche difficoltà, in genere è più evidente nella seduta che segue la domenica, è sufficientemente accettata.

Le difficoltà insorgono invece rispetto ad una separazione che comporta un lasso di tempo maggiore. Definisco questa interruzione temporanea del lavoro terapeutico *separazione* e non vacanza (come invece la chiamano i pazienti), perché la ritengo parte integrante ed inevitabile del lavoro di psicoterapia.

Ma cosa significa separazione? Quando abbiamo difficoltà a capire, quando l'abuso della parola porta a perderne il significato, un aiuto ci può venire risalendo il profondo fiume dell'etimologia. Separazione deriva dal latino: (*de e parare*) che vuol dire apprestare, preparare in un altro posto.

Questo vuol dire che separazione non è a senza, vacanza (da *vacuum*), cioè il caos; ma è un ordine diverso. Questa specificazione è fondamentale, perché solo all'interno di un lavoro, che implica la presenza continuativa del terapeuta durante la terapia, la separazione, pur essendo frustrante per il paziente, è una frustrazione con interesse e quindi terapeutica. Infatti la separazione frustra la dipendenza, la tendenza alla simbiosi, il bisogno di maternage del paziente, e lo porta ad affrontare dinamiche inconsce più profonde.

La separazione comporta sempre, come primo vissuto, l'interruzione di un ritmo; l'alterazione del ritmo comporta un malessere, che riattiva dinamiche inconsce profonde.

Ma cosa succede durante una separazione? Varie dinamiche e vari meccanismi difensivi che ora cercherò di descrivere brevemente. Durante la separazione c'è una reale assenza del terapeuta. Ma l'assenza del terapeuta è vissuta dal paziente come sadica e pericolosa. Il paziente teme che, con l'assenza, il terapeuta gestisca una dinamica di disinteresse e di annullamento nei suoi confronti. Il terapeuta assente è vissuto come colui che «fa fuori» l'immagine interna del paziente e quindi il paziente stesso. Per capire l'intensità e la drammaticità di questo vissuto, citerò una riflessione di Pirandello (citata da F. Fornari, 1985). Pirandello, trovandosi in Germania, ebbe con ritardo la notizia della morte della madre e fece le seguenti riflessioni: «...quando non lo sapevo, per quanto morta, lei continuava ad essere viva per me. Al contrario è lei che non poteva più pensarmi e sono io allora quello che è morto perché non sarò più nei suoi pensieri. Quindi la vera perdita è l'immagine di noi stessi presso la persona cara. Noi possiamo pensarla, ma non possiamo più essere pensati da lei. È come se morissimo noi, in quanto non c'è più chi ci pensa». Questa riflessione di Pirandello mi sembra fondamentale, perché è quello che vive il paziente di fronte all'assenza del terapeuta. Il terapeuta non pensa più a lui; quindi lui, il paziente, è come se fosse morto. Per reagire contro questa fantasticherie di essere fatto fuori, l'analizzando muove la fantasia di sparizione. Fa sparire l'oggetto vissuto come frustrante, sadico, mortifero. Ma in questo modo annulla soprattutto l'immagine, nascente dentro di sé, del terapeuta, base del rapporto, finendo per cadere in una situazione di vuoto e di indifferenza. È una situazione ben nota: è quella che Freud chiama la crosta del lunedì; ma è anche quella che Freud non ha capito, proprio a proposito di una situazione vissuta da vicino. Nel gioco del rocchetto, Freud non ha capito che il bambino reagiva alle continue sparizioni della madre, non cambiando una situazione da passiva in attiva, ma gestendo una fantasia di sparizione che lo porterà, quando la madre sarà definitivamente scomparsa, a reagire con l'indifferenza.

«Quando il bambino ebbe 5 anni e 9 mesi la madre morì. Ora che la madre era andata via (...), il bambino non mostrò alcun segno di afflizione» (Freud, vol. IX, pag. 202).

Ed è quello che succede al paziente, che dopo una separazione dal terapeuta ritorna spesso «guarito», cioè indifferente. Se questa specifica fantasia non viene interpretata, le possibilità di lavoro trasformativo sono ridotte al minimo.

Esaminiamo ora rapidamente quali possono essere le dinamiche connesse alla separazione, e l'evoluzione conseguente l'interpretazione di queste dinamiche.

Si tratta di quattro dinamiche ben precise, la cui evoluzione ci segnala anche la possibilità di poter proporre una separazione definitiva: la fine del rapporto terapeutico.

1) La prima modalità, sia in ordine di tempo che in ordine di importanza, è certamente l'annullamento, come fantasia di sparizione contro l'oggetto. Esso può avvenire con due forme diverse.

a) Può evidenziarsi nella fase che precede la separazione. Nonostante la presenza del terapeuta, il paziente non lo vede più, lo annulla, è come se già non ci fosse più. È un gesto magico, onnipotente: è un gesto che scatta non di fronte alla delusione, all'angoscia di una assenza reale, bensì come un meccanismo predeterminato, innescato come una bomba ad orologeria e che rischia di distruggere tutto.

Sogno di una paziente, in una fase precedente la separazione. «Un side-car, c'è un uomo che guida ed una bambina che ha inghiottito una sorta di bomba ad orologeria. Questa scoppia, e la paziente vede che la bambina e l'uomo non sono dilaniati, ma diventano evanescenti e poi scompaiono». È il meccanismo più grave, perché avviene in presenza del terapeuta, mentre la terapia è ancora in corso. È un meccanismo già preordinato e che scatta a comando. Ovvero sia esso si è formato e si è sviluppato all'interno di precedenti dinamiche relazionali. E potremmo dire che non c'è bisogno nemmeno del fatto materiale della separazione. Scatta prima dell'avvenimento che pertanto è solo immaginato.

b) La seconda forma è invece collegata realmente alla separazione che è vissuta, da parte del paziente, come fantasticherie di scomparsa del terapeuta, che viene poi investito proiettivamente da questa dinamica. Cioè per il paziente sarà il terapeuta, momentaneamente assente, che lo farà scomparire. Il paziente non può fidarsi: la frustrazione è eccessiva, la frustrazione è sadica: egli non può tollerarla. Solo facendo scomparire, cioè annullando l'oggetto sadico, il paziente si sentirà sollevato. E spesso, al ritorno, il paziente si mostrerà indifferente.

Il paziente ha sofferto troppo, per precedenti separazioni, vissute come perdite definitive; non vuole rivivere ancora una volta una situazione simile. Meglio annullare, dimenticare, così non sentirà più dolore.

Sogno di un paziente durante una fase di separazione. «Lui è in una casa a picco sul mare. Di fronte, lontano, vede una casa illuminata ed un'ombra che si muove. All'improvviso una ondata enorme, nera, irrompe nella sua casa, sommergendola».

È evidente, in questo caso, che la separazione è stata accettata in un primo tempo con la possibilità di mantenere un legame attraverso l'immagine del terapeuta, anche se è appena un'ombra. Ma il perdurare della separazione fa scattare un meccanismo pulsionale (l'onda enorme e nera) che si esprime come fantasia di sparizione e che dimostra chiaramente come questa onda nera contro l'oggetto sommerge e fa sparire l'Io nascente del paziente.

La possibilità di evidenziare ed interpretare queste dinamiche non solo permette un superamento delle stesse, ma può essere considerata anche come indice predittivo sulla struttura psichica del paziente e sulla sua evoluzione complessiva.

Riporto brevemente due esemplificazioni.

Una donna sposata, dopo alcuni mesi di psicoterapia e prima di una separazione della durata di una settimana, fa un sogno che l'angoscia moltissimo. «Lei sta picchiando selvaggiamente la figlia». È prematuro interpretare il sogno in chiave di transfert, e quindi viene interpretato alla luce della sua complessa problematica con la figlia adolescente.

Agli inizi di luglio, mi comunica che dovrà iniziare le sue «vacanze» prima del previsto e quindi non verrà a partire dalla metà del mese. Le comunico che, come da contratto iniziale, io continuerò ad esserci ed a lavorare. Nella seduta successiva, mi comunica che ha pensato a lungo e ritiene opportuno rimanere e continuare la terapia, cosa che avviene regolarmente. Nell'ultima seduta porta il seguente sogno: «Lei prende la figlia per i capelli e la strattona. Sente una sorta di dispiacere». Collega questo sogno con il ricordo dei litigi con sua madre, ma soprattutto con il ricordo della morte della madre, avvenuta quando lei aveva 15 anni. È evidente e banale che dal sogno emerge l'identificazione della paziente con sua madre in una dinamica di rapporto sado-masochistico. Quello che è meno evidente, è che la paziente ha vissuto la morte della madre come ultimo, definitivo gesto sadico di questa nei suoi confronti: ovverosia la morte come punizione, vendetta. Ancora meno evidente è che lei ha cercato di difendersi, cercando a sua volta di far sparire la madre. Ed è quanto lei tenta di ripetere in terapia, con l'annuncio di andare via prima. È evidente che lei nel sogno rappresenta se stessa come figlia, quindi nel rapporto di transfert. Ma mentre nel primo sogno il vissuto è di essere picchiata selvaggiamente, nel secondo è quello di essere «ripresa» per i capelli, rispetto ad una sua tendenza ad annullare. L'emozione è collegata non solo ad una modificazione di una sua tendenza sadica (come emerge dal primo sogno), ma anche ad una capacità empatica nei confronti del terapeuta: inizia a capire che la frustrazione del terapeuta non era dettata da un atteggiamento sadico, ma da un interesse nei suoi confronti.

Infatti la mia proposizione di continuare il lavoro terapeutico, recepita dalla paziente, le aveva consentito la possibilità di non attuare una dinamica di annullamento. Si era limitata ad annunciarlo: ma questo comportamento indica una capacità recettiva ed una possibilità di investimento libidico ben diverse da quelle che si evidenziano nel caso che segue.

Una ragazza di 26 anni, prima della separazione estiva, salta le ultime due sedute. Al ritorno è tutta eccitata, dice di essersi molto divertita, ma in effetti si evidenzia uno stato di distacco emotivo e di

indifferenza. Quando le chiedo come mai aveva dovuto anticipare di una settimana la «sua» vacanza, mi dice che lavora moltissimo e che in certi momenti ha bisogno di fare una vacanza e per questo motivo aveva saltato le ultime due sedute. Ma accenna anche ad un altro particolare: da qualche mese sul posto di lavoro sono giunte due nuove colleghe. Lei si è sentita messa in disparte rispetto al gruppo, fino a sentirsi quasi esclusa. Quando le ho comunicato che ci sarebbe stata la separazione in terapia (avevo intuito che la paziente l'aveva rimosso), si è sentita «stanchissima», tanto da dover andare in vacanza. Interpreto che lei, per rabbia nei miei confronti, ha annullato completamente il rapporto. «Non è vero niente, risponde, è una cosa che faccio tutti gli anni». Ma poi aggiunge (a rendere ancora più chiara la negazione implicita nella sua affermazione) che lei andando in vacanza stacca tutto, cancella tutto e si sente come un'altra persona, con grandi possibilità. Anche se il ritorno è molto faticoso e opprimente, e prova una strana sensazione: la città le sembra strana ed estranea, come se fosse cambiata.

È evidente la dinamica sottostante. La paziente non riesce a tollerare minimamente le frustrazioni, soprattutto se queste derivano da un vissuto di essere messa da parte. Ha un Io molto fragile, con bisogno di un continuo rinforzo di supporti narcisistici che le permettono di sentirsi «la migliore». Quando non succede, anche per avvenimenti banali lei opera un progressivo allontanamento dell'oggetto vissuto come frustrante, fino ad arrivare alla vacanza, che per lei corrisponde al senso etimologico, cioè fare un «vuoto», annullare tutto. Questo annullamento porta alla emergenza di fantasticherie onnipotenti: fantastica avventure meravigliose, si sente completamente libera da ogni legame, niente più la frustra. In questo caso l'annullamento non è annunciato, ma messo direttamente in atto: non è una possibilità, ma è una dinamica ben precisa e ripetitiva.

Quindi, come dicevo, questa modalità di comportamento, emersa di fronte ad una separazione, implica anche un valore predittivo sulla struttura psichica della paziente. È evidente che in questo caso le capacità di investimento libidico (almeno al momento), sono estremamente ridotte; c'è una incapacità di mantenere un legame, che è il primo segno di una possibilità di passare ad una situazione più matura di rapporto, mentre la dimensione narcisistica è evidente e marcata. Da queste due esemplificazioni, risalta chiaramente come le separazioni implicano emergenze di dinamiche che altrimenti rimarrebbero molto più coperte e come le modalità di reazione possono *essere* utilizzate anche quali possibilità predittive della struttura psichica del paziente.

Ma ci sono anche altre modalità, che certamente possiamo definire più mature, e che nascono dalla continua, iterativa interpretazione delle dinamiche sopradescritte.

2) In questi casi, una volta avvenuta, la separazione fa scattare l'angoscia dell'abbandono. È evidente che il vissuto dall'abbandono presuppone una dinamica più matura, implica l'esistenza di un legame. E se questo legame si interrompe (anche se momentaneamente), il paziente si angoschia e cerca di difendersi dall'angoscia con un meccanismo che oscilla tra l'identificazione e la negazione. Anche se a volte queste dinamiche possono comparire separatamente, in genere esse sono correlate. Questo fenomeno è molto significativo, perché mostra chiaramente *non solo che l'identificazione è un meccanismo difensivo che scatta rispetto alla perdita, ma che è sempre intriso di elementi di negazione, cioè di svalutazione.*

Il sogno seguente è molto paradigmatico. Al ritorno da un lungo periodo di separazione (mese di agosto), il paziente racconta: «Mi mettevo davanti allo specchio del gel nei capelli. Ma poi mi accorgevo che di capelli ne avevo tantissimi quindi non solo il gel non mi serviva, ma era un elemento negativo, perché mi rendeva i capelli appiccicosi». Dice che lui, avendo pochi capelli, in realtà usa il gel per mantenerli in ordine.

Interpreto che, rispetto alla separazione, egli ha utilizzato un meccanismo di identificazione con il terapeuta; lui davanti allo specchio era il terapeuta, e che avendo tanti capelli (ovverosia non avendo più problemi), la terapia (=gel) non solo non serviva più, ma addirittura gli dava fastidio, perché diventava una situazione «appiccicosa». Evidente ulteriore negazione del vissuto relativo alla separazione. Dopo l'interpretazione, il paziente dice che in effetti i capelli che aveva nel sogno somigliavano proprio a quelli del terapeuta.

Man mano che anche questa dinamica di identificazione-negazione viene vissuta dal paziente, ed è interpretata dal terapeuta, ne emerge una nuova.

3) Il paziente, che riesce ormai a mantenere un rapporto con il terapeuta, teme che questi durante la separazione, vissuta dal paziente non più come vacanza, possa «distrarsi».

Il paziente, pur fidandosi del terapeuta, teme la di lui assenza fisica, come possibilità di essere dimenticato, perché l'analista è tutto preso dai piaceri della vacanza. Ovverosia quest'ultimo non è vissuto più come sadico, ma semplicemente come un «essere umano» che come tale può distrarsi. Così come può avvenire al paziente, che ora è diventato più umano (perché liberato della fantasia di sparizione), ma è sempre esposto al rischio ed alla delusione. L'invito al terapeuta è pertanto: «Non ti dimenticare di me».

Sogno di una paziente in una fase molto progredita della terapia. «Lei è seduta vicino al terapeuta che guida, e parlano tra di loro. Il terapeuta ad un certo punto smette di parlare, perché vuole ascoltare della musica. Comincia a manovrare le manopole della radio. L'auto finisce fuori strada».

Molto chiaramente la paziente esprime il timore che dal momento che il terapeuta non c'è (smette di parlare), egli possa distrarsi, cioè non essere attento alla paziente bensì, preso da bisogni e desideri personali, perdere la tenuta di strada, ovvero sia il rapporto: rischio che la paziente vive come fatale. È evidente che si tratta di una proiezione della paziente.

4) Infine, man mano che la terapia volge al termine, comincia a comparire, e non solo nei sogni, un vissuto doloroso, collegato alla separazione. È una dinamica complessa perché corrisponde non solo alla possibilità di mantenere presente l'oggetto (non si ha più né annullamento, né l'introyezione del terapeuta), ma alla possibilità di riconoscergli una sua autonomia e libertà e quindi dover accettare la separazione nella sua realtà umana: cioè come *distacco*. Distacco che non genera più depressione, ma nostalgia; ovvero sia l'ambivalenza e la rabbia sono dinamiche elaborate e superate, come è superato il vincolo del legame. Si genera un vissuto che è l'equivalente di un lutto, anche se momentaneo, espressione di una maggiore validità e maturità dell'Io del paziente nei confronti delle frustrazioni e della realtà.

È chiaro che non sempre queste dinamiche seguono l'ordine descritto: spesso una dinamica che sembrava essere superata ritorna di nuovo ad agire.

3.8. La terapia terminabile. La fine del lavoro psicoterapeutico

Il concetto di perdita, nei rapporti umani, deve essere visualizzato alla luce delle modalità di formazione dell'immagine-ricordo dell'Altro significativo; e soprattutto della capacità di persistenza e di mantenimento di questa immagine che è collegata all'investimento libidico. Ma bisogna anche tener presente un'altra «capacità», che è quella di far scomparire l'Altro e conseguentemente l'immagine interna, espressione questa dell'istinto di morte.

Quindi non si può identificare la separazione con la perdita, come non si può identificare la separazione con la vacanza.

La perdita, o è reale perché legata alla scomparsa materiale e duratura dell'Altro, oppure è legata ad una precisa dinamica psichica. L'angoscia del paziente per la separazione, vissuta invece (sulla base di precedenti esperienze) come perdita, nasce dalla convinzione che l'Altro significativo tende a cancellare l'immagine del paziente. Se questo accade, soprattutto nel delicato momento della rottura della corazza caratteriale e quindi nel momento della fragile costituzione di un rapporto di base, la separazione è equiparata ad una perdita assoluta dell'Altro: situazione che si tende a fronteggiare con la

fantasia di sparizione contro l'Altro significativo, il che comporta la caduta nel vuoto e nel buio dell'indifferenza.

Ed il terapeuta è certamente - e per un lungo periodo di tempo - non solo una persona significativa, ma la più significativa per il paziente. Di qui la necessità di una presenza costante, di una stabilità e di una continuità del terapeuta che solo in questo modo può opporsi alla tendenza inevitabile del paziente a vivere la separazione come perdita assoluta e totale.

Avviandomi alle conclusioni, dirò che la continua elaborazione delle separazioni e delle conseguenti dinamiche difensive può portare pian piano il paziente ad affrontare l'ultima separazione: cioè la fine del lavoro. Fine che, senza scadere nell'annullamento e nella depressione, viene vissuto come lutto, cioè come perdita reale. Perdita reale, che non riguarda ovviamente la persona fisica del terapeuta che altrimenti verrebbe equiparata ad un essere morto, bensì la fine di quel lavoro-cammino fatto insieme. Quindi quello termina è il lavoro di terapia e questo termina nel momento in cui il paziente non solo non vive più la separazione come abbandono-morte, ma è anche in grado di poter proseguire il cammino. Non sempre questo è facile, e pertanto il paziente cercherà spesso, proprio in previsione di un possibile termine del lavoro, di riottenere quello che teme di star perdendo. Ma molti segni ci indicano se questo è un timore o una reale incapacità.

Una paziente, dopo un lungo lavoro di psicoterapia, ha molta difficoltà ad accettarne la fine. Questo problema viene elaborato a lungo. Un sogno: «Lei consulta un vocabolario per trovare la parola morte. Non riesce a trovarla, ma trova numerosi equivalenti come: separazione, fine». Uno dei suoi problemi centrali era stato quello di aver sempre stabilito legami simbiotici che le facevano vivere eventuali separazioni, o la fine di un rapporto, come una morte. Nel considerare una separazione definitiva, dopo le tante affrontate ed interpretate nel lavoro di terapia, cerca di riproporre in questa separazione, ancora una volta, un vissuto di morte. Ma non ci riesce, il che vuol dire che oggi per lei è possibile accettare una separazione come tale, e non più come una morte-distruzione.

Così nell'alternanza dei rapporti e delle separazioni, il paziente, mentre vive la sua storia-attuale nella psicoterapia, comincia a ricostruire, con i ricordi del passato, la sua storia globale. Così, avendo rinunciato all'onnipotenza dell'annullamento e quindi alla fantasticheria di eternità, riesce a recuperare il senso del tempo (e quindi della possibilità della morte) e la propria identità, che devono rappresentare gli scopi ultimi di qualsiasi psicoterapia che non sia assistenza, ma realmente terapeutica, cioè trasformativa.

Riferimenti bibliografici

Abadi M., «Meditazioni sull'Edipo», *Rivista di Psicoanalisi*, anno 24, n. 3, 1978.

Anzieu D., *Le Moi-Peau*, Paris, 1985.

Armando L. A., *Storia della psicoanalisi in Italia dal 1971 al 1988*, Nuove Edizioni Romane, Roma, 1989.

Bartocci G., «Il gioco del cucù-sette e la fantasia di sparizione», *Rivista Europea di Psichiatria*, vol. I, n. 2, 1989.

H. Ey – P. Bernard – C. Brisser *Manuale di psichiatria* Masson Ed. Milano 1990

Fagioli M., *Istinto di morte e conoscenza*, V edizione, NER, Roma, 1980.

Fornari F. «La morte, l'anima», in *Dieci psicoanalisti spiegano i temi centrali della vita*, Rizzoli, Milano 1985.

Freud S., *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente* (caso clinico del presidente Schreber), 1910.

Freud S., *Introduzione al narcisismo*, 1914.

Freud S., *Inibizione, sintomo, angoscia*, 1925.

Freud S., *Analisi terminabile e interminabile*, 1937. *Opera omnia*, Boringhieri, Torino.

Kohut H., *Potere, coraggio e narcisismo*, Astrolabio, Roma, 1986.

Lalli N., "Il primo colloquio come crisi», in *La psicoterapia nelle situazioni di crisi*, il Pensiero Scientifico ed., Roma, 1976.

Lalli N., "La psicoterapia analitica breve: sviluppi e problemi attuali», *Rivista di Psichiatria*, vol, IX, n.5, 1976.

Lalli N., "A proposito di V. Tausk», *Rivista di Psichiatria*, vol. XIV, n. 2, 1979.

Lalli N., *Le psiconevrosi: fenomenologia e psicodinamica*, Euroma, La Goliardica, Roma, 1988.

Lalli N., «L'incontro con il nuovo: angoscia, conoscenza e resistenza», in *Atti I Congresso Internazionale su Psicopatologia, Cultura e Pensiero magico* (Temi, 1989), Liguori, Napoli, 1990.

Lalli L., «Dal carattere depressivo alla crisi depressiva», in *Atti Simposio internazionale sulla depressione* (Capri, 1989), Idelson, Napoli, 1990.

Lalli N., «La relazione terapeutica», *Psicobiettivo*, vol. X, n. 2, 74-90, 1990.

Lalli N., «La separazione in psicoanalisi: momento privilegiato di osservazione», *Rivista Europea di Psichiatria*, vol. II, n. 2, 80-95, 1990.

Lalli N., *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, II Edizione, Liguori Napoli 1999.

Manfredi S., *La linea d'ombra della psicoterapia*, Ed. Del Riccio, Firenze, 1979.

Ping – NiePao (1979) *Disturbi schizofrenici. Teoria e trattamento da un punto di vista psicomodinamico*.
R. Cortina Ed., Milano 1984

Rycroft C., *Dizionario critico di psicoanalisi*, Astrlabio, Roma, 1970.

Schatzman M., *La famiglia che uccide*, Feltrinelli, Milano, 1973.

A. Sims (1988) *Introduzione alla psicopatologia destruttiva*. R. Cortina Ed., Milano 1992

Strachey J., «The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 15, 1934.

A. Tatossian (1997) *La fenomenologia delle psicosi*. G. Fioriti Ed., Roma 2003