

## LA PSICOSI DELLA NORMALITÀ(\*)

**Gabriele Cavaggioni**

Psichiatra-psicoterapeuta.

Servizio di Psichiatria e Psicoterapia, Università "La Sapienza", Roma.

*Riassunto: Vengono descritte dall'Autore alcune riflessioni a proposito di un caso clinico incontrato per sole due volte in un servizio pubblico.*

*L'attenzione viene posta sulla domanda e sulla necessità di una riformulazione coerente di questa; sulla critica ad un distorto uso del concetto di analisi didattica; sul corretto rapporto col principio di realtà quale presupposto indispensabile al lavoro terapeutico; sul rifiuto quale strumento di cura.*

**F**ui contattato presso il servizio di psicoterapia in cui lavoro da un collega che si informò circa la mia disponibilità a visitare un collega in momentanea difficoltà. Lo invitai a farmi telefonare direttamente dall'interessato. Mi chiamò e lo sentii impacciato; mi chiese una consulenza ed accettai di incontrarlo.

Il primo appuntamento venne da lui disdetto con una telefonata alla segreteria del servizio. Contestualmente, ne chiese un altro.

Arriva puntuale, da solo; è ordinato nella cura della persona e nel vestire. È evidentemente ansioso; entra irruentemente nella stanza, senza cartella, ovvero senza esser passato prima dalla segreteria.

Questa modalità mi fa sorgere alcune perplessità e gli comunico che non sono disposto a visitarlo se non accetta la normale trafila "burocratica". Il paziente è tergiversante; mi dice che preferirebbe l'anonimato, mi chiede se, essendo un collega, sono disposto a "chiudere un occhio".

Mi viene in mente Freud quando ne "L'interpretazione dei Sogni", racconta il suo sogno conosciuto come "Si prega di chiudere gli occhi. Oppure. Si prega di chiudere un occhio". Chiudere un occhio potrebbe essere per alcuni l'equivalente dell'essere disponibile, accondiscendente; una strada per l'alleanza terapeutica.

Altresì, "chiudere un occhio", potrebbe diventare un modo per colludere col paziente. Accettare questa proposizione, poteva significare implicitamente accettare la negazione di quell'incontro il cui senso era specificatamente quello di un incontro medico-paziente, minando così alla base ogni eventuale possibilità di cura.

Mi pare che la domanda del paziente, possa non essere una semplice richiesta, ma la rappresentazione di una modalità di rapporto altamente manipolativa. Pertanto preferisco mantenermi fermo sulle mie decisioni.

Ancor prima di incominciare il suo racconto, inoltre, il paziente propone la svalutazione aprioristica dell'incontro affermando che si rivolge ad un qualsiasi operatore istitu-

(\*) Tale scritto nasce da un Seminario Didattico tenuto il 18 marzo 1994 presso l'Università degli Studi di Siena su invito del Prof. M. Reda, e ripetuto presso la Usl di Ceccano il 16 aprile 1994, su invito del Dott. A. Sbardella.

zionale perché «... non ho i soldi per un'analisi privata ... è imbarazzante andare da colleghi che magari ti conoscono ... sono umiliato dall'aver bisogno di contattarti».

Il paziente è un uomo di mezza età, è laureato in psicologia ed esercita da alcuni anni come "psicanalista". Nel passato ha lavorato con successo in altri settori professionali più o meno distanti dalla sua attuale attività.

Da circa tre anni lamenta una sintomatologia ansioso depressiva, fortemente accentuata nell'ultimo periodo, dopo la notizia che «... tra breve avrò uno sfratto esecutivo», da questo momento ha idee suicidarie ben strutturate, soffre di mancanza d'appetito ed insonnia caratterizzata da difficoltà all'addormentamento, perché «... ho paura di perdere il controllo»; afferma di non provare più alcun piacere per la vita, di non avere più rapporti interpersonali né relazioni affettive; di aver annullato la propria vita sessuale. Dice «Tutto questo, di colpo, mi è diventato insopportabile. Non ho più speranza e cerco chi me la dà. Oggi agisco secondo il presupposto che per me è finita. Così do tutto ai pazienti, che stanno meglio e nulla a me».

Da due settimane assume un antidepressivo triciclico a bassi dosaggi, autoprescritto, che, a suo dire, ha effetti positivi.

Più di dieci anni fa gli viene diagnosticata una grave patologia per la quale si sottopone a drastiche cure. Nello stesso periodo termina una psicoterapia individuale durata cinque anni, pur contro la sua volontà: benché chiedesse di continuare data la crisi dovuta alla scoperta della patologia, l'analista, a dire del paziente, decise comunque di attuare la fine dell'analisi come in precedenza concordato.

Un anno dopo la prima diagnosi, la patologia si ripresenta e viene nuovamente curato. In questo periodo inizia una seconda psicoterapia, dal paziente definita "analisi didattica", che durerà altri cinque anni. Nello stesso periodo inizia la sua attività di "psicanalista".

A proposito degli anni successivi, il paziente dice «... ho saputo vivere con una forza personale che non ho più: potevo morire ed ho vissuto con l'idea che se mi fossi ammalato mi sarei ucciso. Ho vissuto ogni giorno come se fosse l'ultimo, ma ero sereno, avevo la speranza».

Dei suoi pazienti dice «Li ho sempre messi davanti a tutto. Questo sfratto mi angoscia per non sapere dove metterli».

Di fatto il paziente afferma che in questo periodo non sta lavorando molto e che se lavorasse di più e/o avesse una sicurezza economica, i suoi problemi sarebbero risolti; dice «... se mi entrassero cinque pazienti nuovi, non starei qua».

Aggiunge inoltre, a conclusione del suo racconto che «... se non riesco ad uscire da questa situazione e sono costretto a chiudere lo studio e a tornare a vivere con i miei genitori, mi ammazzo. Ho già stabilito come - elenca un certo numero di farmaci -. Per ora non l'ho fatto soprattutto per i pazienti».

Queste brevi annotazioni permettono di identificare alcuni elementi che credo siano importanti da tener presenti.

1. Al di là della possibilità che uno specifico assetto psichico possa determinare modificazioni corporee e/o una o un'altra patologia somatica, campo di ricerca vasto e complesso, penso comunque che sia importante sottolineare che la realtà somatica, tanto più se francamente patologica, come nel caso suddetto, interagisce sempre con la realtà psichica del paziente, fino a lasciarne traccia più o meno definita.



2. L'analisi didattica inizia in concomitanza di una recrudescenza del processo patologico. Due elementi colpiscono. Il paziente aveva chiesto di continuare l'analisi personale quando gli fu diagnostica la patologia. Era quella, esplicita, una richiesta di terapia. Ora, il chiedere un'analisi didattica credo sia da intendersi, benché questa volta giustificatamente mascherata, ancora come una richiesta di cura.

Accettare tale richiesta, così formulata, senza cioè interpretare la sua esigenza, di fatto collude con la fantasticheria della sua incurabilità.

Ma non è tutto. Accettare la richiesta dell'analisi didattica comporta la negazione della patologia del paziente. Patologia somatica, poiché a tal fine necessiterebbe di altro genere di cure; patologia psichica, perché accedere alla didattica corrisponde a confermare una sanità di base che invece non c'è e che il paziente stesso, in qualche modo, sa non esserci.

3. I pazienti sono *indispensabili* alla sua vita. Non tanto o almeno non solo in termini materiali. Soprattutto come specchio della propria identità. Perdere i pazienti significa per lui, perdere identità. E un'identità costruita sull'immagine esterna è certamente a rischio.

## **Il paziente ha molte conoscenze e poche amicizie**

Qualche tempo fa ha avuto un rapporto affettivo descritto come molto intenso e passionale con una donna che dalla descrizione sembra essere persona di molti interessi ed iniziative. Il rapporto fu da lui interrotto dopo nove mesi perché riteneva che la compagna fosse inaffidabile.

Ritengo opportuno proporre alcune riflessioni ed osservazioni necessarie a capire le motivazioni e le modalità del successivo intervento.

### **Primo punto: la psicopatologia**

Credo sia opportuno sottolineare alcune caratteristiche prima del tentativo di analizzare la psicodinamica del paziente.

La prima è l'*ambiguità* del paziente. Ancora prima dell'incontro, le telefonate, le sedute rinviate, il tentativo di criticare e alterare il contesto terapeutico a cui si rivolgeva, sono tutte manifestazioni di tale ambiguità. L'ambiguità è inoltre nella sua storia personale, per esempio nella ricerca di rapporti interpersonali che vengono interrotti non appena si rendono coinvolgenti; e nella sua storia professionale, dove il rapporto con i pazienti non è chiaro, ovvero non si capisce bene se è lui ad essere "utile" per loro o questi gli servono sia per la gratificazione di bisogni materiali, che, peggio, per quella di bisogni psichici.

L'ambiguità è parte integrante dell'essere paziente. In alcuni è più manifesta e riconosciuta, in altri meno, ma è comunque condizione intrinseca. Alla base di ogni cura è a mio avviso, la costante riformulazione di tale ambiguità.

La seconda caratteristica è la cecità del paziente verso le sue problematiche. Il rapporto con la realtà è totalmente alterato, non esiste coscienza di malattia, né dubbio

rispetto alla propria proposizione. La percezione di un contesto da cui dover difendersi, la sensazione di un mondo indaffarato ad essere a lui ostile, l'ipotesi di una soluzione miracolista delle sue problematiche, rasentano tutte l'immagine del delirio.

L'annullamento della realtà psichica, trasforma la percezione della realtà materiale in una *percezione delirante*.

Il terzo elemento, indicativo se non altro della modalità di porsi del paziente verso il mondo esterno, è la *violenza*. Il paziente è violento e distruttivo. Non fa mistero di questa sua realtà e la manifesta in molti e diversi modi: dall'approccio svalutativo, alla provocazione-ricatto del suicidio. Il paziente è dunque un paziente grave, quello che, secondo le vecchie dizioni, potrebbe essere definito "pericoloso per sé e per gli altri"; per sé, nella misura in cui propone-minaccia un suicidio; per gli altri, qualora con questo assetto continui a trattare altri pazienti.

Ma perché il suicidio? Qual è il senso di questa comunicazione?

Credo che il paziente cerchi di comunicare il suo essere stato costretto a trasformare tutta la sua rabbia ed il suo odio, in violenza. Andò rabbioso a farsi curare e fu abbandonato; chiese ancora una cura e fu deluso.

Fu violentato prima con il rifiuto del rapporto; poi, assai più gravemente, con l'indifferenza. La rabbia divenne odio. Un odio cieco ed inesprimibile. Che tenta di tener per sé e lo devasta; che lo satura e da sé trabocca ed esce e viene vomitato fuori con la formulazione del suicidio.

## **Secondo punto: la domanda**

Se per il paziente, come dice, il problema fosse materiale, evidentemente, per essere coerenti con la domanda, anche la risposta dovrebbe percorrere lo stesso tragitto. È ovvio che la richiesta formulata dal paziente non è e non può essere presa per valida: infatti, se così fosse, non sarebbe necessario un intervento clinico; se il problema fossero i "cinque nuovi pazienti", questo certamente non sarebbe di pertinenza clinica. È facile intuire che una richiesta così formulata, tanto più se si considera l'attività del paziente, propone un rapporto con la realtà così alterato da essere, da solo, indice di uno stato di grave patologia. Patologia tanto più grave, quanto più negata dal paziente. Patologia quindi di difficile curabilità e, comunque, di opinabile indicazione psicoterapica.

La richiesta di una psicoterapia corrisponde sempre ad una situazione di crisi, da intendersi come un momento di rottura di un precedente equilibrio, sia esso un equilibrio sano e quindi dinamico, che, proprio perché tale, tende a modificarsi nel tempo, sia esso un equilibrio patologico e quindi statico, che si rompe nell'impatto col tempo.

Si può affermare che la crisi può portare almeno a due differenti percorsi: quello della involuzione sclerotizzante e quello della trasformazione evolutiva.

Compito base della psicoterapia, resta quello di aiutare il paziente ad imboccare la seconda via. Questa è però strada spesso tortuosa, faticosa, piena di ostacoli e, talvolta, di pericoli. A mio avviso, a nessuno è vietata tale strada, ma è necessario per percorrerla, una minima capacità di base. Tanto più questa è ridotta, tanto più numerosi saranno gli strumenti ed i mezzi che il terapeuta dovrà portare con sé. Ma esiste comunque un limite alla costituzione del quale concorrono più e più fattori diversamen-



te articolati tra loro, ma pur sempre un limite al di sotto del quale credo non sia possibile scendere.

Si tratta quindi in primo luogo di stabilire un'ipotesi circa la crisi attuale del paziente. Il paziente fa riferimento allo sfratto come elemento scatenante il suo disagio. In verità, la sua situazione, era da lui ben conosciuta da diverso tempo. Ora, uno sfratto, corrisponde necessariamente al doversi occupare di cercare uno spazio per iniziare una nuova situazione.

Nel racconto del paziente, colpisce il fatto che fossero passati dieci anni dal secondo intervento terapeutico sulla grave patologia somatica, ed il racconto sia circa quanto specificatamente accaduto, sia circa la modalità psichica con cui ha affrontato tutto il successivo periodo. Fino al momento in cui, stando alle statistiche prognostiche per i pazienti affetti da patologie come la sua, relativamente a quella realtà, potrebbe considerarsi guarito. Ovvero, fino al momento del nostro incontro.

Mi pare pertanto che, uno dei possibili problemi del paziente, forse quello scatenante la crisi attuale, sia quello di dover affrontare una realtà nuova dove potrebbe e dovrebbe *fare per sé*, senza mascherarsi dietro alle esigenze di altri.

La patologia somatica grave, dicevamo, interagisce con la realtà psichica. Il paziente ha chiaramente negato la propria conflittualità, proiettandola sui pazienti da lui in terapia.

In verità - questa è la trasformazione della realtà -, potremmo dire che gli è stata negata la possibilità di deprimersi. Era ammalato e gli hanno detto "stai bene". Anzi, così bene da poter far stare bene anche gli altri.

Questa spaventosa bugia era accettata dal paziente proprio perché il rischio di malattia, malattia *quoad vitam*, era altamente presente. Ora che questo rischio può considerarsi in gran parte esaurito, il falso non tiene più e il paziente si angoscia.

Ma perché è accaduto tutto ciò?

Il paziente sembra trovarsi su un crinale: da una parte, forse, una possibile realtà diversa, nuova, a lui sconosciuta, e comunque considerata anch'essa un baratro: quella della sanità; dall'altra il mondo della patologia, la sua, quella del mondo a lui circostante ovvero dei pazienti, ma anche della teoria in cui si è formato (o "sformato"?), che lo porta a considerare comunque folle chi, come l'ultima compagna, forse era solo vitale.

Concordo con chi afferma che le teorizzazioni psicanalitiche classiche propongono tutte una sostanziale patologia innata dell'inconscio e dunque la conseguente inguaribilità della patologia mentale.

Per cui si può parlare di cura, ma non di guarigione e su questo substrato, mi pare si sia svolto tutto l'iter clinico del paziente.

### **Infatti, terzo punto: la risposta**

Va rammentato che l'invio viene fatto ad *personam*, ma all'interno di uno specifico contesto terapeutico, che si è sempre caratterizzato per il tentativo di proporre la possibilità di ricerca e cura con un modello psicodinamico all'interno della istituzione pubblica. È ovvio che questo progetto è ambizioso e di difficile realizzazione. È pertanto

necessario fare estrema attenzione alla presa in carico. La psicoterapia ad un paziente psicotico, anche se non clinicamente manifesto, è possibile, ma necessita a mio avviso di una strutturazione materiale, organizzativa e finanche interna al terapeuta, specifica. Se non si tiene conto di questo, è possibile non solo che la terapia fallisca, ma anche che il terapeuta entri in crisi e, in ultimo, che venga minata la ricerca e lo sforzo di tutta l'équipé.

Dunque, il paziente ha già fatto due trattamenti analitici. Nella misura in cui ne chiede un terzo è da ritenere che, almeno in parte, questi abbiano lasciato spazio sufficiente a permettere alla malattia mentale di ripresentarsi. O, altrimenti, è da ritenere che questi siano stati impostati sull'assunto dell'inguaribilità della malattia mentale.

La richiesta di una terza psicoterapia, tende in qualche modo a ripetere un iter già percorso e, alla prova dei fatti, scarsamente produttivo. È necessario pertanto, a mio avviso, frustrare questa fantasticheria onde aprire eventualmente lo spazio ad una possibilità altra, differente dalle precedenti e che possa anche essere critica rispetto a quanto fatto. Così, un trattamento nuovo, dovrebbe prevedere, in questa situazione, non solo le difficoltà di una qualsiasi psicoterapia, peraltro in una situazione psicopatologica così grave, ma anche la radicale rielaborazione di tutto il precedente percorso analitico. È ovvio che la possibilità di un lavoro di tal genere necessita di un setting e di una durata nel tempo che sono difficilmente proponibili con la realtà anche del più preciso ambulatorio pubblico.

Ad ogni modo, in ultimo, la storia del paziente, ovverosia la conoscenza almeno teorica dei parametri che regolano una psicoterapia e la sua struttura di personalità, mi portano a fare due "proposizioni-interpretazioni" che Nicolò Lalli definirebbe "d'assaggio", per vedere cioè come e quanto il paziente sia sensibile ad una possibilità d'intervento.

Potrebbe a tal proposito, sorgere un dubbio; ovverosia se è lecito o no, in prima seduta, quando cioè non si è ancora deciso se intraprendere un trattamento analitico e comunque non lo si è esplicitato, utilizzare l'interpretazione. Personalmente, ritengo che sia possibile almeno per due ragioni.

La prima attiene al paziente. Se è vero infatti che la decisione di intraprendere un lavoro analitico deve essere congiunta, del paziente e del terapeuta, è altrettanto vero che il paziente che viene a chiedere la psicoterapia ha già fatto una fantasticheria inconscia di inizio analisi. Questa, in quanto fantasticheria, va comunque frustrata e poiché è produzione inconscia deve prima o poi essere interpretata. La decisione se prima o poi, nasce nel qui ed ora del rapporto col paziente. Ma se è possibile l'"ora" piuttosto che il "poi", ritengo che questa temporalità vada comunque rispettata.

La seconda attiene al terapeuta. Dirsi "analista", significa proporre un modo di essere più che un modo di fare. Se la domanda è fatta in un contesto terapeutico, la rinuncia aprioristica all'interpretazione è negazione della propria identità e delusione per il paziente. In altre parole, ritengo che se l'analista può interpretare, deve farlo.

Gli propongo così due elementi a cui prima ho accennato, ovvero l'incongruità della domanda e la responsabilità di cui comunque mi carica ("se non risolvo, ... mi ammazzo").

Con il progetto di riflettere entrambi su quest'incontro, lo invito ad un nuovo appuntamento dopo quindici giorni, tempo che ritengo non essere troppo lungo, ma sufficien-



te per l'eventualità di un approfondimento. Un'attesa troppo lunga, infatti, non ha senso, poiché nel tempo le situazioni personali e psichiche possono cambiare in concomitanza di molti fattori, ma anche da sole; mentre la richiesta di un incontro immediatamente successivo al primo, è spesso dettata più dall'ansia che il paziente può suscitare che dalle sue effettive esigenze. Ansia che, così facendo, è facilmente comunicabile al paziente e che con ogni probabilità viene in ogni caso indotta nel paziente che può correlare la "premura" del terapeuta con la sua gravità.

Dopo due settimane il paziente torna all'appuntamento. L'elaborazione del precedente incontro propone una discreta capacità di cogliere il senso di quanto gli viene detto, ma anche il suo rifiuto a mettere effettivamente in crisi la sua realtà.

La richiesta formulata durante il colloquio viene parzialmente modificata: il paziente manifesta come unico interesse quello di "ricompattarsi" onde poter continuare il suo percorso.

Si pongono qui *due problemi*, non solo di natura deontologica.

Il primo è se una richiesta di tal genere è accettabile oppure no. In questo caso, il paziente non chiede più la soluzione di problemi materiali, ma di fare quel che comunemente può essere definito come un intervento di rinforzo dell'Io. Il secondo è che, con la dizione "continuare il suo percorso", si deve intendere continuare a trattare altri pazienti.

Ora, in verità, la richiesta di un intervento di rinforzo è abbastanza frequente e, talvolta, anche accettabile se non addirittura proponibile; d'altra parte, entro certi limiti, ciò che fa il paziente non dovrebbe riguardare lo specifico dell'analisi né tantomeno il terapeuta può essere "giudice" delle scelte personali e quindi professionali del paziente. Ma anche in questo caso è necessario a mio avviso aprire una parentesi per specificare meglio cosa si debba intendere condizione "certi limiti".

Non credo che compito dell'analista sia quello di occuparsi di ciò che il paziente fa, ma ritengo però importante che il suo fare non sia misconosciuto. Infatti, al fare del paziente non sempre si può e/o si deve dare solo una risposta interpretativa.

Se ad esempio un paziente entrando nella stanza incominciasse a spaccare tutto, il rimanere immobile ed imperturbabile, limitando l'operato all'interpretazione della rabbia, credo che determinerebbe come unico effetto quello di mostrarsi fundamentalmente indifferente e assente, generando così, nella migliore delle ipotesi, solo altra rabbia.

Che un paziente possa stare meglio per il solo fatto che qualcuno si prende cura di lui, è un fatto; ma che questo sia sufficiente per poter considerare quest'incontro una *terapia*, ho seri dubbi.

Tornando ora alla richiesta del paziente, se fosse accettata, si incorrerebbe in *due pericoli*.

Il primo sarebbe quello di eludere l'esigenza profonda di cura del paziente, che profondamente esprime proprio con le molteplici domande di terapia, anche se mal poste, ma altrettanto, mi pare, nel passato, mal accettate.

Il secondo sarebbe quello di confermarli nei fatti, la falsa possibilità di essere terapeuta, danneggiando così lui stesso, a prescindere dagli altri pazienti, nel tentativo di proseguire in altre ricerche, peraltro già intraprese e, sembra, anche con risultati accettabili.

Il risultato di tali considerazioni, porta a confermare l'idea, non solo personale, che ac-

ettare un paziente in terapia non può prescindere dall'analisi del proprio controtransfert.

Decisi pertanto di non prendere in terapia il paziente e glielo comunicai.

Tralascio una gran parte delle reazioni, ma vorrei soffermarmi su un altro punto che, a mio modo di vedere, è significativo.

Nel comunicare la mia decisione al paziente, gli faccio osservare che ha già fatto due psicoterapie, il paziente mi interrompe e mi corregge affermando che lui ha fatto una sola terapia, mentre il secondo trattamento, non era una psicoterapia, ma "un'analisi didattica", peraltro anche molto faticosa perché il suo didatta «mi ripeteva sempre - dice - che gli psicologi non possono fare terapia». In questa affermazione mi pare esserci tutta l'antiterapeuticità di una teorizzazione che prevede l'analisi didattica nel suo iter formativo.

Voglio premettere che nel caso specifico ritengo di per sé, ovvero a prescindere dalla qualità del lavoro, molto più grave la delusione di questo secondo intervento, di quanto non lo sia stato il primo. Il primo rifiuto, infatti, avrà forse avuto le sue ragioni. La delusione, forse a fatica, poteva essere elaborabile e superabile. L'analisi didattica, invece, ha precluso totalmente questa possibilità. Infatti, per il paziente stesso, l'analisi didattica, non è una terapia.

Il discorso sull'analisi didattica è molto complesso e lungo. Ritengo però possibile proporre l'ambiguità della dizione almeno in questo caso e quanto questa ambiguità abbia contribuito non solo a mantenere in atto la patologia del paziente, ma anche ad aggravarla.

Il paziente, infatti, già deluso nella richiesta dal primo analista fu nuovamente deluso, proponendogli, con l'analisi didattica, una sanità su cui lui stesso dubitava. La formulazione dell'analista «gli psicologi non possono fare terapia» è *falsa* poiché non è vero, né per legge né nei fatti né per alcuna teorizzazione, che, appunto, gli psicologi non possono fare terapia, è *confusiva* e quindi *patogenica* poiché è incoerente rispetto alla situazione (il paziente è psicologo e l'analista ha accettato la formulazione dell'analisi didattica, ovvero ha accettato di insegnargli a fare il terapeuta) ed è *scorretta* perché si rifugia nella più lata generalizzazione, allontanandosi dal paziente; l'analisi didattica, infatti, non è un corso di formazione, ma è comunque un lavoro sulle proprie, personali dinamiche inconse. Forse più corretto sarebbe stato dirgli «Tu non puoi fare terapia» ovvero frustrargli una fantasticheria tanto onnipotente quanto distruttiva onde permettergli la possibilità di eventuali, benché in verità già proposte, nuove ricerche. Pertanto, il mio dire "no" alla richiesta di aiuto per "ricompattarsi", voleva essere soprattutto un "sì", appunto a queste eventualità.

In verità non posso dire se questo sia stato colto dal paziente. Anzi, se mi dovessi fermare ai fatti, dovrei dire di no: il paziente infatti è andato via piuttosto seccato, ho saputo successivamente che si è lamentato di me con il collega e, per il momento, non è tornato.

Forse per queste ragioni, ho sbagliato anch'io; almeno non sono stato capace di "tenere" il paziente, di far sì che tornasse.

Ma un fatto lascia, se non altro a me stesso, la sensazione almeno di non averlo deluso.

Dopo il mio "no", il paziente mi dice: «Voglio raccontarle un sogno.

Sto nella mia casa che è costituita da due stanze: una privata ed una che funge da



studio. Sul soffitto di quella privata c'è una grossa macchia come di umido, di muffa, di unto, che tende ad allargarsi, a rompere, sgretolare il muro. Io sto nell'altra stanza, ho molto sonno e aspetto, preoccupato per il ritardo, un paziente che nella realtà è grave e da quando sta meglio, non viene più».

C'è, a mio avviso, in questo sogno, tutta la sua storia clinica.

C'è la scissione; c'è l'angoscia per la follia che avanza come una macchia; c'è la frammentazione; c'è la negazione della propria realtà, la vana, drammatica difesa dell'indifferenza; c'è il suo isolamento; c'è magari nascosta, l'intuizione che il paziente, per quanto matto, appena sta meglio, da lui se ne va. C'è forse l'idea che deve cominciare dal suo modo di fare perché non ce la fa a partire dal suo modo di essere.

Se ne va anche lui. Ma mi ha lasciato il sogno. E mi pongo ancora una domanda. Cosa è questo sogno: un'accusa per non aver voluto curare chi, come lui, soffre e chiede o forse una speranza di rivederci quanto questa cura sarà possibile?

## Bibliografia

- CAVAGGIONI G. (1993), "L'anamnesi", *Psicologia e Società Contemporanea*, vol. 12, n. 1, Eur, Roma.
- DE SIMONE G. (1992), "Arte e metodo della relazione terapeutica", *Il Sogno della Farfalla*, vol. 1, n. 3, Wichtig Ed., Milano.
- FAGIOLI M. (1974), *La marionetta e il burattino*, Ner, Roma.
- FAGIOLI M. (1980), *Istinto di morte e conoscenza*, Ner, Roma.
- FREUD S. (1982), "L'interpretazione dei sogni", in *Opere*, vol. 3, Boringhieri Ed., Torino.
- GISION M.C. (1988), *Il colloquio clinico e la diagnosi differenziale*, Boringhieri Ed., Torino.
- LAING R. (1969), *L'io diviso*, Einaudi, Torino.
- LALLI N. (1979), *Il primo colloquio psichiatrico*, La Goliardica Ed., Roma.
- LALLI N. (1990), "La relazione terapeutica", *Psicobiiettivo*, Anno X, n. 1.
- LALLI N. (1991), *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori Ed., Napoli.
- LALLI N., CAVAGGIONI G., FIORI NASTRO P. (a cura di) (1994), *Il Processo terapeutico in Psicoterapia*, Eur, Roma.
- ROVERA G.G. (a cura di) (1993), *Anamnesi e Psicoterapia*, Centro Scientifico Ed., Torino.
- RACAMIER P.C. (1982), *L'analista senza divano*, Cortina Ed., Milano.

Summary: The Author points out some considerations about a clinical case he met just twice in a public department.

His attention is paid to the demand and the need of its coherent reformulation: to the criticism to a distorted use of the concept of didactic analysis; to the right relationship to the principle of reality as an indispensable presupposition for the analytical work; to the refusal as a care instrument.