

417. Kächele H, Schinkel A, Schmieder B, Leuzinger-Bohleber M, Thomä H (2003) Il corso della terapia psicoanalitica di Amalia X *Setting (Milano) 16: 9-27*

Il corso della terapia psicoanalitica di Amalia X¹

Horst Kächele, Almuth Schinkel, Brunhilde Schmieder,
Marianne Leuzinger-Bohleber & Helmut Thomä

Quando riporta o presenta un caso, l'analista sta sempre da una parte sola: potrebbe essere altrimenti? Quando lascia la situazione diadica alla fine di ogni seduta e al termine del trattamento, si trova da solo, in dialogo con se stesso riguardo alla propria esperienza con quell'altro singolo essere umano che è riuscito a conoscere solo attraverso la propria soggettività (Kächele, 1986).

Due individui si incontrano in una situazione altamente professionalizzata al fine di realizzare un cambiamento per mezzo dell'esplorazione della biografia di uno dei due e della sua attualizzazione interattiva nella relazione terapeutica. Il processo di indagine è legato alla situazione bipersonale. Che accade del campo di indagine una volta che il paziente ha lasciato la stanza di consultazione e lo psicoanalista si è seduto alla sua scrivania? Nel momento in cui l'analista e il paziente si separano, la fase del lavoro di campo è terminata. L'analista è rientrato dal "campo" – sia che lo consideri una giungla oppure un deserto – e ora è impegnato nella ricerca clinica alla sua scrivania. Anche se quest'attività contemplativa merita il nome di ricerca, dobbiamo sapere se quel particolare analista ha la capacità di assumere ruoli differenziati. È in grado di operare come ricercatore con se stesso? Riesce ad abbandonare il principio d'autorità al fine di

¹ 2° CONVEGNO ASO "RELAZIONE E CURA IN PSICOANALISI" Bergamo. 9-11 maggio 2003

massimizzare l'evidenza e sviluppare schemi interpretativi alternativi per il suo processo di ricerca con il paziente, come chiede Edelson (1985)? In questa fase riflessione che mette ordine nell'esperienza, l'attenzione fluttuante propria dell'atteggiamento analitico è temporaneamente sospesa. Lo psicoanalista diventa uno scrittore di letteratura specializzata o di manualistica professionale. Questo tipo di ricerca clinica condotta da un singolo analista produce una riflessione sull'esperienza individuale in forma orale o scritta per un gruppo di riferimento professionalmente qualificato. Difatti, nel corso del processo di riflessione il gruppo professionale dell'analista rappresenta il modello di "competenza specializzata" e permane silenziosamente nella mente dell'analista, determinando spesso quanto viene poi comunicato in pubblico. Forse il nostro modo di lavorare necessita di un rimando al gruppo, ma dovremmo anche arrivare a un accordo più consapevole su quanto abbiamo fatto finora. Un problema cruciale nel processo di ricerca legato ai gruppi è che la struttura narrativa nel transfert di conoscenze rende più difficile, se non impossibile, sviluppare critiche che non siano interne al sistema (Kächele, 1992).

Malgrado tutta la loro accuratezza, le storie cliniche dei casi possiedono errori sistematici che derivano dal loro background (Kächele, 1981). Abbiamo perciò scelto un approccio differente, basato sulla registrazione completa del processo terapeutico grazie all'audio-registrazione. Ovviamente, siamo consapevoli che l'audio-registrazione non cattura l'"intero" processo, nel caso questo punto di vista olistico fosse sollevato come obiezione. Come un dramma radiofonico, un genere che in se stesso non contiene certo tutti gli aspetti drammatici, non possiamo ragionevolmente pensare che l'audio-registrazione sia esaustiva. Lo scambio verbale che si ascolta è registrato in modo più esatto di quanto possa essere fatto da un terapeuta partecipante: tutto qui. Quel che importa, comunque, è quel che le registrazioni ci consentono di fare: trascrivere, con uno sforzo considerevole, un campione sistematico di sedute.

In base alla scansione temporale da noi scelta, abbiamo trascritto blocchi di 5 sedute con intervalli di 25 sedute l'uno, arrivando a un totale di 22 periodi. Sulla base di queste

trascrizioni verbali, due studenti di medicina (A.S. e B.S.) hanno tracciato una traccia preliminare del corso dell'analisi, che è stata successivamente rivista e integrata dagli altri autori di questo articolo. Al di là del significato scientifico di questo lavoro, ci attendiamo notevoli vantaggi clinici dall'aver accesso alla prospettiva di terzi esterni al processo terapeutico come base per ulteriori riflessioni a un nuovo livello di profondità. Chiunque sia il terzo, per il momento dovremmo riuscire a riconoscere che si produce qualche cosa dotata di un significato clinico dalle trascrizioni verbali: una descrizione longitudinale sistematica del processo di trattamento, qualcosa raramente disponibile per la comunità scientifica in ogni altra parte del mondo.²

Il metodo della descrizione sistematica

Per effettuare una descrizione sistematica occorre stabilire i titoli principali sotto cui categorizzare il materiale. Quelli primari sono derivati dagli aspetti generali della tecnica di trattamento che dovrebbero entrare nella descrizione di qualsiasi terapia: oltre a questi, è necessario includere anche altri aspetti specifici.

Nel nostro caso abbiamo selezionato le seguenti categorie:

- situazione di vita esterna attuale,
- relazioni attuali,
- area sintomatica (ad es. sensazioni corporee, sessualità, senso di valore personale)
- relazioni con la famiglia nel presente e nel passato,
- relazione con l'analista.

A differenza di una presentazione narrativa estesa, in cui viene descritto un quadro completo dei processi e compaiono quindi inevitabili momenti di concentrazione o di espansione cronologica, una descrizione oggettiva del corso della terapia fatta in questo modo si focalizzerà su determinati aspetti, che possono essere ricavati dalle registrazioni

² Il nostro studio si è ispirato alla registrazione della signora C da parte di Hartvig Dahl (New York) nel 1967, che va considerato il primo caso siffatto nella psicoanalisi statunitense. Nella Repubblica federale tedesca, le prime analisi audioregistrate sono da attribuire a Helmut Thomä e Dolf Meyer. Finora, però, nessun caso a parte il presente è stato presentato in modo così dettagliato. La paziente ha dato l'assenso a usare il materiale e ovviamente ne ha visto il testo.

da un terzo “esterno”. Soltanto quel che è osservabile nelle trascrizioni, ossia quello che è diventato realmente manifesto nel dialogo, può entrare a far parte di tale descrizione. Grazie a questa modalità di presentazione longitudinale è possibile, ad esempio, dimostrare la tesi che abbiamo proposto nel capitolo 9 del primo volume del *Trattato*, ossia che la terapia psicoanalitica è “una terapia focale continua, senza limiti temporali”, con focus continuamente cambiabile nel corso del processo (Thomä, Kächele, 1987).

La paziente Amalia X

Amalia X iniziò un’analisi a causa di gravi restrizioni nella propria autostima che avevano raggiunto negli ultimi anni il livello della depressione. La sua intera storia, fin dalla pubertà, e il suo ruolo sociale di donna avevano sofferto della grave tensione derivante dal suo irsutismo. Anche se le era possibile nascondere agli altri questo stigma – la crescita di peluria virile su tutto il suo corpo – gli ausili cosmetici che aveva impiegato non avevano migliorato la sua autostima o eliminato la sua estrema insicurezza sociale. Il suo sentimento di essere portatrice di uno stigma e i sintomi nevrotici, già manifesti prima della pubertà, si rinforzavano gli uni con gli altri in un circolo vizioso: scrupoli ossessivi e altri sintomi d’angoscia impedivano le sue relazioni personali e, cosa più importante, ostacolavano la possibilità di creare relazioni eterosessuali intime. L’analista propose un trattamento alla donna – una brava professionista in carriera, colta, single e alquanto femminile malgrado il suo stigma – in quanto era relativamente sicuro e fiducioso che sarebbe stato possibile cambiare il significato che la paziente attribuiva al suo stigma. In termini generali, egli partì dalla posizione secondo cui il nostro corpo non rappresenta un destino univoco e che è altrettanto decisivo l’atteggiamento che gli altri per noi significativi e noi stessi abbiamo per il nostro corpo. Freud (1912) parafrasa l’espressione di Napoleone “l’autonomia è il destino”, ritenendo che tale affermazione debba essere modificata grazie a insight psicoanalitici sulla psicogenesi dell’identità sessuale. Il ruolo sessuale e l’identità

nucleare nascono sotto l'influenza di fattori psicosociali sulla base del sesso somatico di ciascuno.

L'esperienza clinica ha giustificato i seguenti assunti. Uno stigma virile rafforza l'invidia del pene e riattiva i conflitti edipici. Se il desiderio della paziente di essere un uomo si fosse realizzato, il suo schema corporeo ermafrodita sarebbe stato libero dal conflitto. La questione "Sono un uomo o una donna?" avrebbe ricevuto una risposta e l'insicurezza riguardo alla propria identità, continuamente rinforzata dal suo stigma, sarebbe stata eliminata; l'immagine di sé e la realtà psichica si sarebbero quindi accordate. È però impossibile per la paziente mantenere la sua fantasia inconscia di fronte alla realtà esterna. Uno stigma virile non fa di una donna un uomo. Le soluzioni regressive – come trovare sicurezza interna malgrado lo stigma maschile identificandosi con la madre – aveva risuscitato antichi conflitti madre-figlia e prodotto una varietà di processi difensivi. Tutti i suoi processi affettivi e cognitivi erano marcati da ambivalenza; perciò la paziente aveva difficoltà, ad esempio, a decidere tra colori differenti quando faceva degli acquisti, perché li collegava alle qualità maschili e femminili. Quando si struttura la situazione psicoanalitica e si affrontano tali problemi, l'analista deve stare attento a non lasciare che l'asimmetria della relazione rafforzi eccessivamente i sentimenti della paziente di essere diversa. Questo è importante perché l'idea di essere diversa – ossia la questione della somiglianza e della differenza, dell'identità e della non-identità – forma il quadro generale in cui appaiono i problemi inconsci. In questo caso l'analista e la paziente sono riusciti abbastanza velocemente a stabilire una buona relazione di lavoro, creando le precondizioni per riconoscere l'internalizzazione di forme primitive di interazione con figure di riferimento primarie – genitori e insegnanti – nel corso dello sviluppo della nevrosi di transfert. La correzione che si è ottenuta è visibile nel cambiamento dell'autostima della paziente, nella sua crescente sicurezza e nella scomparsa dei suoi sintomi (si veda Thomä, Kächele, 1991, cap. 9.11.2).

Il corso dell'analisi in senso longitudinale

La seguente descrizione del corso del trattamento è stata redatta a partire da un lavoro sistematico originariamente realizzato da due specializzande di Medicina. Il testo permette di distinguere tra le categorie "Situazione esterna", "Sintomi" (irsutismo), "Sessualità", "Senso di valore personale" (tema della colpa) e "Relazioni oggettuali" (familiari, extrafamiliari, con l'analista) per ciascuno dei 22 blocchi di 5 sedute. Queste a loro volta sono state arricchite quando il testo è stato letto dagli autori. La prospettiva longitudinale per ogni categoria considerata separatamente permette di comprendere le sequenze evolutive del corso del trattamento.

Situazione esterna

All'inizio del trattamento, l'analizzanda lavora come insegnante. Spesso nelle sedute sono evidenti temi riguardanti la sfera occupazionale, come i conflitti con i superiori, i colleghi e i "subordinati" e spesso la paziente entra nei dettagli delle situazioni conflittuali che la infastidiscono, cercando conforto nell'approvazione del suo comportamento da parte dell'analista.

All'inizio dell'analisi, l'analizzanda intraprende una terapia ormonale con la speranza di avere in tal modo un cambiamento nel suo irsutismo. Vive da sola in un appartamento e passa i fine settimana e le ferie (come quella alla 25ª seduta) con i genitori e i congiunti. Nel blocco di osservazione XX (sedute 221-225) ha un incidente d'auto che la preoccupa molto, in quanto ha l'impressione di averlo causato lei (la tampona un uomo anziano).

Le interruzioni nell'analisi, come quella della durata di due mesi dopo la seduta 286, le provocano grande apprensione.

Dopo la seduta 300, la paziente compie uno sforzo attivo per entrare in contatto con degli uomini (ad es. con un annuncio). Poi intraprende una serie di relazioni, alcune anche sessuali. Dopo la seduta 420 inizia una corrispondenza con un uomo con cui spera di sviluppare una relazione intima. Attorno alla seduta 450 lo incontra per la prima volta.

Con la 500^a seduta si avvia la conclusione dell'analisi. L'analizzanda è ancora un'insegnante. Segue anche insegnanti in formazione e ha grandi difficoltà con alcuni di loro.

Sintomi: irsutismo

Il periodo iniziale dell'analisi è ampiamente occupato dal confronto della paziente con la propria peluria corporea. La paziente sente chiaramente lo stigma della mascolinità e dubita che un cambiamento nel proprio atteggiamento possa mai ridurlo. Ripone pertanto grandi speranze nella terapia ormonale e quindi – da un punto di vista psicodinamico – svaluta ogni possibile successo della psicoanalisi.

Il significato dell'irsutismo emerge da un sogno (blocco di osservazione I) in cui l'analizzanda si offre sessualmente a un uomo ed è da lui rifiutata. Nel sogno compare una donna il cui corpo è completamente coperto di peli.

Avere quello che sperimenta come un corpo "difettoso" in rapporto alle altre donne è per la paziente fonte di sofferenza; solo dal confronto con una collega sovrappeso la paziente sente di "uscirne bene" (10^a seduta). In un sogno (29^a seduta) deve pulire un gabinetto in cui crescono piante e muschio. Paragona queste piante, che deve pulire anche se "non sono roba sua", con i peli, di cui non sa cosa fare ma con cui deve convivere.

Nei due blocchi di osservazione successivi (sedute 51-55, 76-80), non fa mai riferimento diretto al suo irsutismo. Portando però due sogni con chiaro simbolismo sessuale, parla dell'incertezza associata alla sua identità sessuale. In un altro sogno (seduta 102), è sdraiata con i fratelli su un prato. Improvvisamente i fratelli sono delle ragazze con un seno molto più attraente del suo. Il sogno le permette di comprendere l'importanza che ha per lei il confronto con l'aspetto fisico delle altre persone. Un film su persone di bassa statura le fornisce un'altra occasione per confrontarsi con la sua diversità fisica. Desidera poter trascendere i limiti che il corpo le impone.

Nel blocco di osservazione VII (sedute 151-155) compare un sogno collegato a fantasie transferali. La paziente sogna di essere stata assassinata; un uomo l'ha spogliata e le ha tagliato i peli. Ancora una volta il suo irsutismo compare in modo molto diretto nel contenuto manifesto dei sogni nel corso del blocco di osservazione VIII (sedute 177-181). In un sogno, la paziente vuole sposare due uomini. È in piedi di fronte al letto del primo ed è giunto il momento di togliersi il reggiseno. La paziente cerca di spiegare all'uomo che ha peluria in posti anomali; questo la spaventa e si sveglia.

Nelle sedute successive, il tema gradualmente si riduce. Nella 222^a seduta ha ancora la forte impressione di aver sognato "qualcosa che ha a che fare con i peli", ma non riesce a ricordarne i dettagli. Invece che su questo, il lavoro analitico si focalizza progressivamente sui problemi collegati al rapporto con il proprio corpo più in generale. Infine, nel blocco di osservazione XII (sedute 282-286), diviene possibile evidenziare il legame tra la sua peluria corporea e la sessualità: se non avesse più peli, sarebbe (nelle sue fantasie) completamente alla mercé di violenze sessuali. Vediamo in questo l'indicatore di un'accresciuta capacità di auto-accettazione della parte di sé di nel blocco XIII (sedute 300-304): mentre si rimprovera per aver nascosto la sua peluria corporea nell'annuncio pubblicato, dice: "A volte [i peli] mi infastidiscono, ma a volte no, e allora mi sento abbastanza accettabile". Nel blocco XV (sedute 351-355) spiega che all'inizio della terapia si era sentita spesso come spogliata da se stessa. Avrebbe potuto camminare al proprio fianco come una seconda persona, osservandosi attraverso i vestiti come se fossero trasparenti. La vista di sé la spaventava. Poi è stata in grado di sognarsi in una camicia da notte trasparente e si è trovata attraente. Non si sente disturbata dal fatto di essere con un uomo nel sogno. A questo modo mette alla prova, nei sogni, la possibilità di avere un corpo attraente. Nella realtà continua a soffrire di angosce di contatto ed esibizionistiche.

Più tardi la paziente intraprende una dichiarata relazione sessuale con il suo partner (blocco XVI, sedute 376-380); e sebbene menzioni spesso di sentirsi inibita durante il rapporto sessuale per via dei peli, progressivamente il problema si adegua ai suoi

sentimenti riguardo al suo corpo in generale: l'irsutismo sembra essere passato sullo sfondo. Nella relazione con un artista, i suoi timori di essere respinta dal punto di vista estetico tornano in primo piano, ma la paziente trae giovamento dal pensiero che i peli sono come una sorta di test, un ostacolo che il partner deve superare come un muro attorno a un collegio.

Il focus relativo al proprio corpo in relazione alla sessualità diviene via via più centrale. Nel blocco XIX (sedute 444-449) la paziente porta ancora la preoccupazione che l'irsutismo rovini il suo senso di identità sessuale, anche se il partner le segnala chiaramente di non essere infastidito dalla sua peluria.

Un evento critico in questo ambito è un sogno nel blocco XXI (sedute 502-506), in cui i suoi peli si trasformano in radici. La paziente si vede come una selva di radici con fili che tesse attorno al partner, intrappolandolo in una siepe. Ora possiede una struttura articolata che può sostenerne il peso, e questo la fa sentire felice, i peli sono accettati e non vengono più sentiti come un problema. Nel blocco finale XXII (sedute 510-517), l'analizzanda sogna una signora al circo che esce improvvisamente dall'acqua su una bicicletta con la sua camicetta aperta, rivelando un bel seno e spruzzando l'acqua in tutte le direzioni. Questo sogno le dà l'occasione di tornare sulla sua invidia per una "piena femminilità" e anche per la pelle senza difetti e senza odore di sua nonna (e dell'analista).

Sessualità

Fin dall'inizio l'argomento della sessualità assume un ruolo centrale nel dialogo psicoanalitico. Nelle sedute iniziali la paziente informa l'analista di essersi masturbata tra i 2 e i 5 anni. Comunque, la sua rigida educazione religiosa, rappresentata in particolare dalla zia, l'aveva portata ad associare sentimenti di colpa ai suoi impulsi sessuali.

Questi impulsi si esprimono in modo assai veemente nei suoi sogni: la paziente racconta un sogno in cui si vive come una bella e sensuale "Madonna raffaellesca" che viene

deflorata da un uomo, e nello stesso tempo come una madre che allatta. Come residuo diurno del sogno, teme di perdere la sua verginità quando prova a inserire un assorbente. Nelle sedute iniziali la paziente esprime il desiderio di affermare la propria sessualità e trova bello viverla completamente, ma le si frappone l'irsutismo assieme ai dubbi se sia una vera donna oppure no. Menziona di passaggio che la sessualità è stata sempre collegata da lei all'"eccesso".

Questo conflitto riemerge di continuo. Nel blocco III (sedute 51-55), ad esempio, si chiede perché essendo nubile dovrebbe avere a che fare con la sessualità. Nei suoi sogni sperimenta sensazioni piacevoli quando passa in rassegna la storia della sua vita sessuale in confessione. È in grado di parlare al fratello minore dei suoi desideri sessuali. Reagisce con confusione, comunque, quando l'analista interpreta un sogno (blocco IV, sedute 76-80), in cui questo fratello striscia lungo un tubo, suggerendole che il tubo possa rappresentare la sua vagina e che forse lei desidera un rapporto con il fratello.

Nel blocco successivo (sedute 101-195), ancora una volta il focus si concentra progressivamente sui suoi sentimenti di colpa per la masturbazione. La paziente vive una forte ambivalenza verso l'analista. Da un lato fantastica che questi accetti la sua sessualità ma sia "tollerante", dall'altro che possa di fatto condannarla in segreto. Nelle sedute 151-155, le fantasie sessuali nascoste verso l'analista divengono evidenti. La paziente è presa (sedute 177-181) dalla paura che l'analista possa considerarla frigida ed evidenzia come fosse una bambina amabile, affettuosa e anche sensuale, ma alla fine accenna alla paura di poter essere una ninfomane. A questo punto, l'idea che la paura della sessualità possa aver a che fare non soltanto con i peli incontra il veemente rifiuto della paziente.

Il blocco X si focalizza sul confronto con le sue paure e desideri di castrazione: teme che un piccione possa cavarle gli occhi o di potersi ferire masturbandosi. Sogna un incidente d'auto in cui un enorme camion la tampona e parla apertamente di una fantasia alquanto compulsiva, che era solita avere, in cui i preti "avevano qualcosa che si muoveva lì sotto" anche se sembravano uguali davanti e dietro. I suoi desideri di castrazione verso

gli uomini diventano chiari in una fantasia: tra certi indiani è abitudine della madre succhiare il pene dei figli maschi per soddisfarli. Nella fantasia dell'analizzanda, questo diventa uno strappare il pene a morsi. Più avanti (sedute 251-255) un sogno in cui vede una donna colpita da un uomo rivela bisogni masochistici e voyeuristici.

I fortissimi sentimenti di colpa associati agli impulsi sessuali diventano per la paziente via via più evidenti. Nel blocco XIV (sedute 326-330) la paziente cita la critica di una collega, che giudica i suoi buffetti a un allievo come un "contatto immorale". La paziente razionalizza questo, facendo una chiara distinzione tra l'essere affezionati e la sessualità. Elaborare gli aspetti legati ai suoi sentimenti di colpa le rende possibile intraprendere una relazione sessuale con un uomo (sedute 376-380); emerge quanto intensamente la paziente resista a una posizione passiva femminile e cerchi un ruolo sessuale attivo. Come ricordato sopra, la sua conflittualità con l'identità sessuale femminile resta il focus del lavoro analitico nelle sedute seguenti. Tra le altre cose vi è un concreto bisogno di accettare i propri genitali e le fantasie sessuali associate. L'evento precipitante è il fatto che la paziente è rimasta lievemente ferita nel rapporto con il partner, il che la rende incapace di raggiungere l'orgasmo sia nel rapporto sessuale che nella masturbazione. È preoccupata di come la "ricca sessualità femminile" sia confrontabile alle "penose acrobazie del sesso maschile". Nello stesso tempo diventa chiaro come si senta minacciata dalla vicinanza con il partner; anche la sua anorgasmia attuale (sedute 444-449) vi risulta collegata. Poiché il partner ha relazioni anche con altre donne, la paziente si confronta con la gelosia, con il sentimento di "essere ridotta da lui a una puttana", ecc. La sua lotta per accettare questi aspetti della sessualità come "vissuti nella realtà" porta a un evidente consolidamento dell'accettazione del proprio corpo e della propria sessualità (sedute 502-506).

Senso di valore personale e problemi di colpa

Parallelamente al cambiamento sopra descritto nell'ambito della sessualità, vi è anche un cambiamento nel senso di valore personale dell'analizzanda, inizialmente labile e

dominato dai suoi arcaici sentimenti di colpa. Inizialmente la paziente manifesta una pronunciata debolezza dell'Io, spesso sentendosi rifiutata da chi le sta intorno – i suoi studenti la chiamano “zitella” – e nella situazione analitica è dipendente dalle risposte positive dell'analista.

L'esperienza di essere accettata dall'analista/figura di autorità porta all'inizio del blocco III (sedute 51-55) a un senso di valore personale molto più accresciuto. La paziente trova possibile accettare i giudizi dei suoi studenti. A mano a mano che il transfert si intensifica, comunque, il suo senso di valore personale è soggetto a rinnovati alti e bassi, in primo luogo in quanto è tormentata dai dubbi che l'analista possa respingerla a causa della sua identità femminile deficitaria (sedute 76-80, 101-105). Nelle sedute 126-130 diviene chiaro che questa instabilità è connessa anche alla sua relazione con il padre: questi non le assicurava un'esperienza adeguata di conferme e di affetto, e di regola le preferiva i fratelli.

Nel successivo blocco di osservazione diviene possibile avvicinare i sentimenti associati di colpa – parzialmente di origine edipica – osservando le fantasie di transfert (ad es. fantasie sessuali sull'analista). In una fase successiva del trattamento (sedute 251-255), diviene chiaro che l'intensità dei sentimenti di colpa è anche connessa all'impulsività dell'analizzanda: questa ora parla spesso della tensione tra i suoi desideri o fantasie sfrenate e quel che è ufficialmente permesso e “normale”. Gli anni del collegio sono un oggetto frequente delle sue riflessioni. Un passo importante verso lo sviluppo di un senso di valore personale più stabile è dato dalla sua decisione di prendere l'iniziativa nella ricerca di un partner (tramite annunci, ecc.). La paziente immagina di essere in grado di farlo senza l'analista e “nuota da sola” durante le ferie, facendo un viaggio senza i genitori (sedute 300-304).

La sua decisione di intraprendere una relazione eterosessuale evoca ripetutamente sentimenti di dubbio e insicurezza: anche per mezzo della relazione analitica, diviene possibile per la paziente evitare di ritirarsi sempre dalle relazioni a seguito di frustrazioni e ferite. La paziente è perciò in grado di avere esperienze reali (incluse quelle sessuali)

che possono diventare la base per sviluppare un migliore senso di valore personale. Tali esperienze formano un contrappeso ai frequenti sentimenti di colpa che la trafiggono e che prova in particolare verso la propria madre, da cui si sente giudicata una donnaccia. Questi sentimenti di colpa sono un focus ricorrente del lavoro analitico.

Nell'ultima fase dell'analisi, lo sviluppo dell'analizzanda nei termini di uno stabile senso di valore personale è impressionante: diventa capace di affermare senza sentirsi in colpa di essere una "donna forte". Questa impressione è stata corroborata empiricamente da Neudert, Grünzig e Thomä (1987).

Relazioni oggettuali: relazioni oggettuali familiari

Sopra abbiamo detto che, all'inizio dell'analisi, le relazioni oggettuali familiari attuali dell'analizzanda sono ampiamente presenti nella sua vita. Ad esempio, la paziente passa i suoi fine settimana e le ferie con i genitori e i parenti. Dipinge la relazione con il padre con una chiara ambivalenza: da un lato desidera essere una figlia amorevole e affettuosa, che – come la madre, "una donna calma e paziente con il padre" – non lo ferisca né sia aggressiva nei suoi confronti; d'altro lato è consapevole di sentimenti intensi di odio verso il padre. Anche ai fratelli la paziente è legata da una stretta relazione. Con il maggiore si sente e si è sempre sentita come un "satellite", mentre il minore è oggetto di ammirazione e invidia, in parte per la sua autonomia in rapporto ai genitori.

Il primo cambiamento che si registra in questo ambito è un incremento e un alleggerimento nella distanza dalla madre (sedute 51-55). La paziente si distanzia anche dal fratello minore, in particolare rispetto all'attrazione sessuale che questi esercita su di lei. Più tardi (sedute 76-80) la paziente rivela quanto la madre si confida con lei, ammonendola spesso di non criticare il padre apertamente. Più tardi (sedute 126-130) emerge quanto il padre le nasconda i suoi sentimenti e così la ferisca. La paziente è abituata a ritenere il padre responsabile per ogni cosa negativa (anche per i suoi peli). Lo vive con fastidio nella sua relazione con la madre. Nel blocco VIII (sedute 177-181) la direzione dei suoi rimproveri muta: lamenta con veemenza che la madre non si è

occupata abbastanza di lei, accusandola di tutto ciò di negativo che la riguarda, incluso il suo "sviluppo isterico". Nello stesso tempo si unisce alla madre nel criticare l'analista. Più tardi (sedute 251-255) diviene chiaro che tipo di influenza "asessuale" la madre ha su di lei. Diviene anche evidente che la paziente coinvolge ampiamente la madre nell'analisi tramite conversazioni. Solo nella 300ª seduta, temendo che la famiglia possa interferire nella sua ricerca di un partner, la paziente mostra di voler risolvere la questione. Di conseguenza, il ruolo della famiglia diminuisce gradualmente, scomparendo dall'analisi per lunghi periodi. Nel blocco XIV (376-380), comunque, cominciano progressivamente a ricomparire conflitti, particolarmente in rapporto con la sua ribellione contro il fatto che i genitori la considerano una minorenne. Alla fine porta la discussione sui desideri edipici di amore per il padre, che ha spostato sul fratello (sedute 444-449). Quando comincia a rendersi conto dell'estensione dei conflitti e della perdita di qualità della vita che ha sofferto per la rigidità dei suoi genitori, particolarmente della madre, la paziente comincia a diventare consapevole degli intensi sentimenti di odio verso entrambi (sedute 476-480). Nelle sedute finali, traccia un parallelo tra le difficoltà nel separarsi dai genitori in adolescenza e l'imminente separazione dall'analista.

Relazioni oggettuali extrafamiliari

All'inizio dell'analisi, le principali relazioni extrafamiliari della paziente sono con i colleghi. La paziente lamenta di essere sempre lei a investire su di loro, e di essere usata dagli altri come una "pattumiera". Nel blocco II (sedute 26-30) diviene chiaro che è praticamente incapace di entrare in situazioni sociali e di stabilire contatti da sola. Uno dei primi successi dell'analisi che la paziente registra è che si sente talvolta più indipendente di quanto gli altri pensano: può anche fare una passeggiata da sola (sedute 51-55). Nelle sedute seguenti il datore di lavoro compare continuamente nella discussione: la paziente teme, ad esempio, che egli usi l'analisi contro di lei (sedute 101-105). Come in precedenza, si sente inibita in relazione ai colleghi (sedute 126-130), e i

suoi contatti extrafamiliari continuano ad essere limitati quasi esclusivamente ai colleghi stessi (sedute 221-225). Si sente trattata da "zitella" ed è piena di invidia per le colleghe sposate. Durante le ferie dell'analista (prima della 300ª seduta) riceve parecchie risposte al suo annuncio personale da parte di uomini, tra cui quella di un medico che sta iniziando un training psicoanalitico, che occupa le sue fantasie con grande intensità. Alla fine, a dispetto delle grandi riserve e difficoltà, la paziente intraprende una relazione sessuale con uno di questi uomini (sedute 376-380). Al lavoro è ora in grado di accettare relazioni più calde e meno conflittuali con colleghi e "subordinati": è toccata dall'affetto e dalle attenzioni che le riservano, visitandola quando è a casa allettata per una discopatia. Dopo un altro annuncio (sedute 421-425), malgrado molte paure, prende contatto con un artista, con la sensazione di essere pronta per un mondo non borghese. Nel blocco XIX (sedute 444-449) è preoccupata da una vecchia relazione con un uomo che sta divorziando; malgrado tali conflitti si sente legata a lui. Nello stesso tempo vorrebbe provare un certo numero di relazioni con gli uomini prima di impegnarsi e invia un nuovo annuncio (sedute 476-480). Nelle ultime sedute di analisi racconta di un'affascinante relazione con un "poligamo" che vive come molto egoista. Le sue fantasie di separarsi da lui vanno messe in relazione con la fine imminente dell'analisi.

Relazione con l'analista

La relazione iniziale con l'analista prende forma nell'ambito dell'isolamento sociale. La paziente è preoccupata da quanta vicinanza le sia permesso avere o *dovrebbe* avere con l'analista. In uno dei suoi primi sogni, è una ragazza alla pari nella casa dell'analista. Durante una festa in famiglia cerca disperatamente la moglie dell'analista. Accanto a numerose donne anziane "rinsecchite" trova una ragazza giovane e molto bella ma distaccata. Trova impossibile accettare che la ragazza sia la moglie dell'analista e quindi la trasforma in sua figlia. Compete con questa donna e prova invidia per la sua giovinezza e bellezza. L'analista le ordina di pulire il gabinetto, in cui non trova

escrementi ma piante. Resiste a questa richiesta perché la "roba nel gabinetto" non proviene da lei.

Le sue associazioni mostrano che fino a questo punto (sedute 26-30) si è rivolta all'analista sottoponendolo a un test e soffre se viene respinta per la "sua roba" (ossia la sua eccessiva crescita di peluria). Nel seguente blocco di osservazione (51-55) la paziente attua un evidente sforzo per stabilire una maggiore vicinanza con l'analista. Vuole anche ascoltare e interpretare. Quando domanda vuole risposte dello "specialista", non silenzio. Vuole che l'analista le mostri di ricordare esattamente le situazioni di sedute precedenti, ecc. Alcune iniziali manifestazioni di transfert compaiono nel suo confronto tra l'analista e la madre: nei confronti di entrambi teme che possano arrabbiarsi con lei. Nelle sedute 76-80, l'atteggiamento dell'analizzanda verso il trattamento diviene spesso il focus di attenzione. La paziente ritiene di aver iniziato l'analisi "naive" e "pura". Ora guarda nei libri e si informa più in dettaglio sulla psicoterapia. La sua insicurezza diviene evidente: trova innaturale sdraiarsi sul divano e confronta l'analisi con un gioco in cui perde sempre. Rivolge anche rimproveri specifici all'analista, criticandolo perché interpreta sempre e soltanto, ma non le spiega come arriva a queste interpretazioni. Per di più non entra mai nel merito dei suoi problemi. La sua relazione con l'analista la preoccupa così tanto, dice, perché è unilaterale. Si sente umiliata, come una vittima. Vuole "mettere in piedi una lotta selvaggia". In un sogno, raffigura la punizione che teme per questa resistenza: è seduta con l'analista, la figlia [dell'analista] di otto anni e la propria madre in un giardino. L'analista è arrabbiato con lei perché ha detto a sua figlia: "Sei un tesoro".

La paziente sospetta dell'atteggiamento analitico neutrale e vuole che le venga detto direttamente come il terapeuta ha recepito realmente le sue critiche. Nelle sedute 101-105, diviene evidente l'ambivalenza manifesta verso l'analista: da un lato egli è "la persona più importante", dall'altro la paziente desidera essere indipendente e soffre di sentimenti di dipendenza nei suoi confronti. Sfoglia le pubblicazioni dell'analista e della moglie per scoprire che genere di persona sia e che cosa consideri normale.

Alla fine (sedute 126-130) diviene riconoscibile lo sviluppo di un transfert paterno quando la paziente confronta la sua situazione sul divano alla mercé dell'analista con i suoi sentimenti di impotenza verso il padre. Il successivo blocco di osservazione (sedute 151-155) è ugualmente dominato dalla sua relazione con l'analista. Critica apertamente le sue interpretazioni, particolarmente quando si focalizzano sui suoi problemi sessuali. Pensa che l'analista sappia già in anticipo "dove è diretto" e si sente tradita e umiliata dalle sue deviazioni e digressioni. Vive spesso l'analista come duro, insensibile e distaccato, e ha un forte desiderio di essere importante per lui. L'ambivalenza è perfino più evidente nelle sedute 177-181: la paziente riferisce vari sogni in cui corre (o va in macchina) dietro all'analista, diviene la sua complice in un omicidio e pulisce il suo bagno. Parla dell'idea di rapirne i bambini e interrogarli sulla famiglia. Nello stesso tempo la sua resistenza al lavoro analitico è forte: accusa l'analista di non comprenderla correttamente, di alludere semplicemente a cose che conosce perfettamente, e quindi di essere sleale. La paziente vuole estorcergli la diagnosi ma non trova il modo per farlo. Più oltre (sedute 221-225) associa l'idea di essere in "trattamento" con quella di essere sotto il "controllo"³ dell'analista – una ragione per cui combatte con unghie e denti per impedire la progressiva vicinanza all'analista. Dopo che le angosce connesse a questo aspetto vengono elaborate, la paziente è più in grado di rimanere nella relazione analitica. Si immagina capace di dormire in pace durante l'analisi e desidera che l'analista possa essere il guardiano dei suoi sogni (sedute 251-255).

In tale contesto, l'imminente separazione di due mesi è difficile da tollerare (sedute 282-286). La paziente si sente abbandonata dal suo "papi" ed è gelosa di chiunque abbia qualcosa a che fare con lui. Medita semplicemente di alzarsi e andarsene. Nel successivo blocco di osservazione (sedute 300-304) è molto aggressiva e irritata con l'analista per via dell'imminente separazione, che le suscita ancora grandi angosce. Si sente anche "sul patibolo", rifiutata e condannata all'impotenza. Teme che l'analista la rifiuterà per la sua ricerca di uomini tramite annunci personali. Questo problema assume una vivida

³ Le espressioni associate sono *Behandlung* (trattamento) e *in der Hand haben* (avere sotto controllo) [NdT].

espressione in un sogno in cui l'analista porta da lei dei pazzi che vogliono impiccarla e che pensa le sparino. Nel frattempo l'analista rimane di lato e si lava le mani in modo innocente, mentre la paziente deve lottare con le nere passioni che lui le sguinzaglia dietro: l'analista rimane in viaggio per due mesi, lasciandola da sola a combattere. Entrano in gioco apertamente anche fantasie edipiche: la paziente è gelosa della moglie dell'analista, che questi porta con sé in viaggio e che perciò è infedele verso di lei (l'analizzanda). In una seduta del blocco successivo (421-425), la paziente porta all'analista un mazzo di fiori per scusarsi dei pensieri svalutanti che ha nei suoi confronti e lo ringrazia per tutto quello che ha reso possibile con l'analisi; soprattutto, le sue relazioni con gli uomini. Si sta preparando a dirgli addio.

Le sedute 476-480 sono caratterizzate da intensi sentimenti transferali – da un lato, il suo sentimento che l'analista, come il padre, non le ha mai fornito realmente un senso di sicurezza e forza; dall'altro, prova violenti desideri sessuali verso l'analista: a casa fa la fantasia che nella prossima seduta riuscirà a sedurre l'analista, semplicemente tirando le tende e spogliandosi. Teme che l'analista reagisca a questo con orrore. Nella sua immaginazione, deve essere un "amante consumato". Dentro di sé lo maledice se non supererà la prova. La paziente giustifica i suoi desideri sessuali con il pensiero che gli farebbe bene iniziare per una volta una nuova relazione con una donna.

Le sedute conclusive sono dominate dall'argomento della separazione. In un sogno, dapprima deve "mettere nel sacco" l'analista per andarsene da lui prima che si accorga che è già riuscita a mettere radici, la capacità di continuare a vivere per proprio conto. Per far questo deve trovare la propria strada attraverso un albero cavo – l'accettazione della sua vagina – e poi correre via sulle sue radici. Quindi è capace di affermare: "Forse lei è annoiato da quel che sto dicendo, ma adesso è il mio momento". Alla fine lascia l'analista affamato e consumato sulla sua montagna: adesso è lei la più forte. Quel che è importante per lei è che diventa chiaro che le dispiace che l'analista – come i suoi genitori – possano essere delusi dal suo modo di dire addio. È anche interessante che ora la paziente non sia più gelosa dei suoi analizzandi-fratelli e sorelle: non è più infastidita

dal "divano prescaldato". Può nuotare senza turbamenti nell'"acqua calda" senza sentirsi circondata dagli altri pazienti.

Con questa sezione longitudinale del trattamento psicoanalitico della paziente Amalia X, speriamo di aver fornito ai nostri lettori una presentazione adeguata del corso del trattamento che consenta una lettura approfondita della seduta campione 152.

BIBLIOGRAFIA

- EDELSON M. (1985) The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis. *Psychoanal. Contemp. Thought*, 8: 567-614.
- FREUD S. (1912) The dynamics of transference. SE
- KÄCHELE H. (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinischpsychoanalytischen Forschung. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 12: 118-177.
- KÄCHELE H. (1986) Validating psychoanalysis: what methods for which task? *The Behavioral and Brain Sciences*, 9: 2-44.
- KÄCHELE H. (1992) Psychoanalytische Therapieforschung 1930-1990. *Psyche – Z. Psychoanal.*, 46: 259-285.
- NEUDERT, GRÜNZIG, THOMÄ H. (1987) Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In Cheshire N, Thomä H (Eds) *Self, symptoms and psychotherapy*. Wiley New York
- THOMÄ H., KÄCHELE H (1987) *Trattato di terapia psicoanalitica*, vol. 1: *Fondamenti teorici*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1990.
- THOMÄ H., KÄCHELE H (1991) *Trattato di terapia psicoanalitica*, vol. 2: *Pratica clinica*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1993.

traduzione del dott. Davide Cavagna

(III Anno SPP- Corso di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adulto)