

Horst Kächele e Helmut Thomä (a cura di M. Casonato)

La ricerca in psicoanalisi. Vol 2: Studio comparatista di un caso campione: Amalie X
QuadroVenti, Urbino 2007

8 Il piano inconscio di Amalie¹

8.1 Introduzione

Il lavoro sistematico a lungo termine di Joseph Weiss, Harold Sampson e del Gruppo di Ricerca sulla Psicoterapia di San Francisco (SFPRG) si pone come risposta alle provocazioni di Gill (1994) riguardo alla necessità di una comprova sistematica di considerazioni teoriche (sottolinea che pochi studi sono stati dedicati allo sviluppo dei metodi). La teoria sviluppata da Weiss e nota come Teoria della Control-Mastery (CMT, Weiss, 1993; Weiss et al., 1986) è fondata empiricamente e si inserisce nel panorama degli studi sul processo psicoterapeutico. Rielaborando alcuni assunti psicoanalitici in termini più attuali Weiss ha permesso una lettura dei disturbi psicologici attenta agli aspetti emozionali e cognitivi, costruendo una teoria innovativa rispetto alla classica concezione psicoanalitica.

8.2 La Control-Mastery Theory

La CMT basata, secondo Weiss (Weiss et al., 1986, Weiss, 1993), sui contributi della tarda psicologia dell'Io freudiana (1923, 1926, 1938), si rifà anche ai concetti della teoria delle relazioni oggettuali (Winnicott, 1965, Fairbairn, 1952) e alla teoria interpersonale (Sullivan, 1940).

Weiss sostiene che, nella regolazione della vita mentale inconscia, principi di base sono la ricerca di sicurezza e l'evitamento del pericolo. Per mantenere una sensazione di sicurezza si innescano meccanismi di difesa tanto a lungo quanto inconsciamente sussistono la percezione e l'esperienza che i contenuti soggetti a difesa costituiscano una minaccia. Qui si manifesta il significato centrale che Weiss dà ai processi inconsci pianificatori e adattivi, concepiti secondo la teoria strutturale freudiana come compiti inconsci dell'Io, per la regolazione dei meccanismi di difesa. Scopo della terapia è ottenere un grado maggiore di controllo su questi meccanismi di difesa inconsci e utilizzarli sempre di più a

¹ Adattato da Albani C, Volkart R, Humbel J, Blaser G, Geyer M, Kächele H (2006) Die Methode der Planformulierung: Eine exemplarische Anwendung zur "Control-Mastery Theory" von Joseph Weiss. In: Thomä H, Kächele H (Hrsg) *Psychoanalytische Therapie. Forschung*. Springer, Berlin Heidelberg, S 242-253.

Trad. It. Alessandra Vicari

servizio degli scopi del paziente (“*control mastery*”). Weiss attribuisce al paziente un forte desiderio inconscio di lavorare con il terapeuta alla soluzione dei suoi problemi e si basa sul fatto che la messa in scena della costellazione relazionale conflittuale nella relazione di transfert serva a verificarne la validità e a trovare possibilità alternative di affrontarla, cioè di “*mastery*”. Questa motivazione di *mastery* (padroneggiamento) è secondo Weiss centrale per la comprensione della coazione a ripetere nevrotica e del processo terapeutico.

Al centro della teoria si trovano le convinzioni patologiche inconse, che tipicamente vengono trasmesse nell’infanzia o che si manifestano come risultato di tentativi inconsci di *coping* in seguito ad esperienze traumatiche. Le convinzioni patologiche rendono possibile il mantenimento della relazione con figure di riferimento importanti e servono al superamento di esperienze traumatiche, diminuendo sensazioni di vulnerabilità (Volkart, 1993).

I sensi di colpa hanno per Weiss un significato particolarmente importante e se ne differenziano diverse forme. Sensi di colpa riguardo al proprio successo o fortuna, che sono stati raggiunti a spese di altri familiari, sono detti “senso di colpa del sopravvissuto”, come anche in Modell (1965) e Niederland (1961, 1981). Il senso di colpa di aver ferito altri tramite la propria autonomia è chiamato senso di “colpa di separazione”.

Per confutare le proprie convinzioni patologiche, il paziente le testa nella relazione con il terapeuta. Secondo quest’ottica il transfert non è un fenomeno patologico, che si manifesta come resistenza al trattamento, bensì una strategia attiva e inconscia del paziente, che si confronta con le sue esperienze nella relazione protetta con il terapeuta e sperimenta così nuove esperienze relazionali. Se un test è superato, il paziente reagisce alleggerito, porta nuova materiale, lavora più intensamente o inizia una successiva e per lui più pericolosa prova. In accordo con il concetto di esperienza emozionale correttiva di Alexander e French (1946), Weiss sottolinea il ruolo attivo del terapeuta nel rendere possibile al paziente una nuova esperienza relazionale nella situazione terapeutica attuale, così che il cambiamento terapeutico possa avvenire anche senza il diventare conscio del materiale rimosso.

Le interpretazioni dovrebbero far sì che il paziente si senta sicuro, che le sue convinzioni patologiche diventino consce e che comprenda il suo sviluppo e la sua patologia. In questo senso si può verificare a posteriori se le interpretazioni siano servite al piano del paziente oppure no (vedi anche Albani et al., 1999 e Volkart, 1995).

8.3 Il metodo della Formulazione del Piano

Per la formulazione del caso e per la verifica empirica dei loro concetti, Weiss, Sampson e i collaboratori del San Francisco Psychotherapy Research Group svilupparono “il Metodo della Formulazione del Piano” (Caston, 1977, Curtis,

Silberschatz, 1986, Curtis, al., 1988 e 1994). Una prima versione, conosciuta come “Diagnosi del Piano”, comprendeva solo 4 ambiti (scopi, limitazioni, test e conoscenze). Successivamente il metodo venne completato con un quinto ambito (traumi).

1. Scopi: sono gli scopi di terapia del paziente, cioè comportamenti, modi di vivere, affettività e capacità che il paziente intende raggiungere. Possono essere piuttosto concreti e specifici (per esempio, sposarsi) o generali e astratti (per esempio, sviluppare la capacità di gestire i propri sensi di colpa). Gli scopi possono essere consapevoli o inconsapevoli.
2. Convinzioni patogene (limitazioni): sotto questo termine sono comprese convinzioni irrazionali e patogene e i timori, paure e sensi di colpa a loro collegate, che all’inizio della terapia sono per la maggior parte inconsci e impediscono al paziente di raggiungere i suoi scopi.
3. Test: sono elencati i test, con cui il paziente cerca nella terapia di confutare le sue convinzioni patogene, nel senso che testa il terapeuta e ne osserva la reazione.
4. Insights: questo ambito si riferisce alla conoscenza e alle esperienze che possono aiutare il paziente a raggiungere i suoi scopi. Si considerano anche conoscenze relative alla genesi delle convinzioni patogene dipendenti da esperienze traumatiche.
5. Traumi: si annotano tutte le esperienze traumatiche. Si può trattare di singoli episodi traumatizzanti o di esperienze continue e negative nell’infanzia.

Giudici indipendenti, sulla base dei trascritti del primo colloquio e delle prime ore di terapia (normalmente sono usati i trascritti di tre sedute), individuano ed elencano items riferiti ai 5 ambiti in numero illimitato. Si formulano items particolarmente tipici così come altri possibili e ma che appaiono meno rilevanti. Tutti gli items raccolti da singoli giudici sono poi riportati in una lista casuale detta “mastery list”. Sulla base di questa lista i giudici, in un secondo tempo, valutano con una scala da 1 a 5 quanto ogni item sia rilevante per il caso in questione. A partire da questo giudizio é definita l’attendibilità degli items per ogni ambito.

Per la Formulazione del Piano definitiva sono calcolati i valori medi per item e per ogni ambito tra tutti i giudici. Gli items di ogni ambito il cui valore di rilevanza si trova sotto al valore medio vengono eliminati. Gli items rimanenti sono valutati da altri giudici rispetto alla loro ridondanza e rielaborati contenutisticamente. La Formulazione del Piano consiste in una descrizione del paziente, della sua situazione di vita attuale, dei suoi disturbi, così come di Scopi, Limitazioni, Test, Insights e Traumi.

8.4 Risultati sull’attendibilità del metodo

Negli studi del SFPRG sono stati coinvolti da 3 a 5 giudici. I Coefficienti Intraclass (ICC) riportati per i cinque ambiti hanno valori tra .14 e .97 per ogni coppia di giudici, in media ognuno tra .78 e .9 (.78 per Test, .9 per scopi, .86 per limitazioni, .9 per insights, Rosenberg et al., 1986). Tra tutti i giudici i valori ICC sono tra .91 e .93 (Curtis et al., 1988; Person et al., 1991). Per una presentazione completa dell'attendibilità vedi Rosenberg et al. (1986).

Abbiamo per ora un altro studio di attendibilità relativo al Metodo della Formulazione del Piano di un altro gruppo di lavoro (Collins, Messer, 1991), per il quale i valori ICC per i singoli campi si trovano tra .86 e .93. Studi di attendibilità sono stati condotti fino ad ora solo in lingua inglese.

8.5 Risultati della ricerca empirica con il Metodo della Formulazione del Piano

Weiss, Sampson e colleghi hanno condotto negli ultimi anni innumerevoli studi empirici relativi ai loro concetti teorici. Qui riportiamo una scelta di tali lavori per fornirne una visione d'insieme. Per informazioni dettagliate si rimanda alla letteratura originale.

Relativamente alla psicoanalisi di Mrs. C., Weiss e collaboratori confermano l'ipotesi (Curtis et al., 1986) che i contenuti rimossi della paziente sarebbero potuti diventare consci anche senza interpretazione, cioè per il fatto che la paziente si sia sentita sicura e non abbia reagito con ansia elevata alla produzione di tali contenuti. Questo contraddice il concetto psicoanalitico classico, secondo cui il paziente mostrerebbe una resistenza contro il diventar cosciente di contenuti rimossi, resistenza superabile solo grazie all'interpretazione e secondo cui l'annullamento della resistenza è collegato ad ansia.

Nelle ricerche di Silberschatz et al. (1986), basate sullo studio di tre terapie brevi, si verificò, se determinate interpretazioni conducano a miglioramenti. Con l'aiuto della Formulazione del Piano si può ordinare attendibilmente su una scala (Plan Compatibilità Scale, Bush, 1986) se un'interpretazione serva al paziente (pro-plan) o gli sia d'ostacolo (anti-plan). Ciò che il paziente dice prima e dopo un'interpretazione viene valutato con l'Experiencing Scale (Klein et al, 1970), che comprende tra le altre, scale specifiche per giudicare il grado di insight, resistenza e libere associazioni. Quanto più un'interpretazione viene giudicata pro-plan, tanto maggiori e positivi saranno i cambiamenti sull'Experiencing Scale.

In un ulteriore studio con sette terapie di 16 ore (Norville et al., 1996) si mostrarono correlazioni positive tra il valore medio della compatibilità con il piano di tutte le interpretazioni e il risultato finale della terapia e sei mesi dopo la fine.

Sulla base di tre terapie brevi di 16 ore Silberschatz et al. (1986) analizzarono se e come la compatibilità al piano e il tipo di interpretazione consentissero di prevedere direttamente cambiamenti nel comportamento del paziente dopo l'interpretazione stessa. Le interpretazioni sono classificate da Malan (1963) in base alla tipologia, cioè si distingue tra interpretazioni di transfert e non. Per definire i cambiamenti vengono valutati segmenti di 3 minuti, prima e dopo l'interpretazione, con l'Experiencing Scale (Klein et al., 1970). Non si riscontrarono effetti diretti di interpretazioni di transfert e nemmeno correlazioni tra il numero di interpretazioni di transfert per seduta e il valore medio di "Experiencing Score" per la seduta stessa. Interpretazioni pro-plan conducono tuttavia a un più alto "Experiencing Score". Se si considerano solo le interpretazioni di transfert giudicate pro-plan non si trovano valori più alti all'Experiencing Score" rispetto alle interpretazioni pro-plan ma non di transfert.

Silberschatz e Curtis (1993) verificarono in 2 terapie brevi e in una psicoanalisi (Mrs.C. – Silberschatz, 1986) come il comportamento del terapeuta influenzi i passi avanti del paziente in seduta. Identificarono dei tests nel corso della seduta e valutarono l'appropriatezza della risposta del terapeuta e la diretta reazione del paziente secondo diverse scale (Relaxation Scale – Curtis et al., 1986, "Boldness Scale" – Caston et al. 1986, "Experiencing Scale" – Klein, 1970). Nelle due terapie brevi si contarono 69 e 45 tests, nelle prime 100 ore della psicoanalisi 46. Si verificarono anche cambiamenti positivi nelle tre scale quando il terapeuta superò il test.

Nell'ambito di ricerca tedesco esistono fino ad ora poche pubblicazioni in cui è stata utilizzata tale Formulazione del Piano (Volkart, 1995; Volkart, Heri, 1998; Volkart, Walser, 1997). Volkart e Walser (1997) dimostrarono nello studio di un caso singolo e tramite il Facial Action Coding System (FACS – Ekman, Friesen, 1978), usato per codificare le reazioni mimiche, che una paziente reagì con segnali non verbali differenti a seconda che il test fosse stato o meno superato. Queste variazioni mimiche si verificano molto rapidamente nel giro di pochi secondi. Nello studio di un caso singolo di Volkart, Heri (1998) con l'aiuto del metodo FACS sono stati analizzati processi emotivi rispetto a vergogna, colpa, rabbia, ribrezzo e gioia e interpretati in relazione a determinate convinzioni patogene.

Weiss, nell'ambito della sua teoria, riserva un posto specifico alla colpa interpersonale e con O'Connor e Berry sviluppò un questionario, basato proprio

sulla CMT, per rilevare la colpa interpersonale, “The Interpersonal Guilt Questionnaire –IGQ”, 64 items divisi in 4 scale “colpa del sopravvissuto”, “colpa di separazione”, “colpa di onnipotenza” e “odio rivolto verso se stessi”. La correlazione tra la colpa interpersonale e diverse psicopatologie è stato dimostrato in numerosi studi (e.g. Menaker, 1995; O’Connor et al., 1994).

8.6 L’utilizzo della Formulazione del Piano negli studi in lingua tedesca

Avendo un’ampia distribuzione geografica, il nostro gruppo giunse ad avere un interesse al di fuori del comune per la Control-Mastery Theory, che era nota ai vari membri da diversi anni. Le visite a S. Francisco (RV e CA) ci hanno dato l’opportunità di familiarizzare con il metodo, e di discutere dei casi con i membri SFPRG. Abbiamo iniziato con una fase di training su una caso trascritto, che era reso più difficile poiché i tre giudici (CA, RV e JH) riuscirono a riunirsi come gruppo soltanto una volta per una approfondita discussione clinica. Questo incontro ebbe luogo soltanto dopo la valutazione del caso campione, ed il suo scopo era di discutere le valutazioni ed arrivare ad una concezione del caso il più unificata possibile.

Per lo studio di attendibilità abbiamo utilizzato 5 sedute della fase iniziale della terapia di Amalie X e alcuni episodi relazionali (CCRT, Luborsky, 1992) tratti da sedute successive. Avevamo a disposizione anche alcuni dati anamnestici. Si ricorda che il trattamento è stato valutato di successo sia nella valutazione clinica sia ai test psicologici.

Dato che per ragioni tecniche i primi colloqui non erano disponibili, 5 sedute prese dalla fase iniziale della terapia sono servite come base dei dati, così come diverse “storie sulle relazioni” (“episodi relazionali” nel metodo del Core Conflictual Relationship Theme (CCRT), Luborsky, 1992) prese dalle ultime sedute. Abbiamo anche avuto accesso ad una compilazione dei dati della storia del caso.

8.7 Risultati del test di Attendibilità

I tre giudici hanno prima considerato indipendentemente l’uno dall’altro gli items relativi ai 5 ambiti, li hanno inseriti poi in una lista e valutati secondo una scala a 5 punti (0=per niente rilevante fino a 4=estremamente rilevante). Sono stati giudicati in tutto 252 items.

La tabella 1 dà una visione d’insieme dei risultati dello studio di attendibilità.

Tabella 1: attendibilità intra-giudici per i 5 ambiti della Formulazione del Piano di Amalie X

Ambito	ICC	n	M	n,>M
Scopi	0.93	65	2.61	39
Convinzioni patogene	0.82	57	2.36	31
Trauma	0.90	56	2.32	37
Insights	0.89	46	1.94	31
Tests	0.94	28	2.67	20

ICC correlazione intraclass, modello *ad effetti* casuale a due vie, attendibilità della misura media (Shrout, Fleiss, 1979)

n = numero totale degli items

M = valore medio tra tutti gli items e i giudici

n,>M = numero degli items sopra il valore medio

8.8 Strutturazione degli items per contenuto

Con l'aiuto del programma di interpretazione del testo ATLAS/ti (Thomas Muhr, Scolari, Sage Publications, London) items di contenuto simile sono stati ordinati in categorie con il medesimo livello di astrazione. Inoltre si sono utilizzati solo gli items il cui relevanz rating ha valore maggiore rispetto al valore medio degli items di ogni ambito. Questo modo di procedere asseconda la tecnica di analisi del contenuto di "strutturazione del contenuto" proposta da Mayring (1993).

Nelle tab da 2 a 5 sono presentate queste categorie con un item di esempio.

Le categorie sono organizzate secondo l'altezza del valore medio del punteggio di rilevanza degli items appartenenti ad esse.

8.9 Plan Formulation per Amalie

Tab. 2 Ambito “Esperienze traumatiche”

Categoria di contenuti (è possibile che gli items siano attribuibili a più categorie)	M	N	Items di esempio	M
Funzione di sostituta del partner	3.67	4	<i>I bambini erano, anche per l'assenza del padre, sostituti del partner per la madre</i>	4.00
Madre gravemente malata	3.67	1	<i>Durante l'infanzia di Amalie la madre fu a lungo e gravemente malata.</i>	3.67
Nessun contatto con coetanei	3.67	1	<i>La relazione stretta con la madre e il fatto che era per lei un sostituto del marito le impedirono di stringere contatti con i coetanei</i>	3.67
Rapporto stretto con la madre	3.56	3	<i>Doveva essere sempre presente per la madre malata e occuparsi di lei al posto del padre</i>	3.67
A 5 anni mandata a vivere dalla zia	3.56	3	<i>A 5 anni, come prima tra i fratelli, fu mandata dalla nonna e dalla zia a causa della pericolosa malattia della madre, TBC</i>	3.67
Assenza del padre a causa della guerra	3.46	5	<i>Il padre fu assente durante i suoi primi 5 anni di vita a causa della guerra</i>	3.33
Educazione puritana e dogmatica	3.33	7	<i>È cresciuta in un ambiente severo, conservatore e dove ogni piacere veniva proibito.</i>	3.67
Padre freddo, distante, ossessivo e rigido	3.13	5	<i>Il padre è freddo e distante, ha un atteggiamento rigido e ossessivo che impedisce ogni confronto</i>	3.67
Irsutismo	2.83	2	<i>Soffre dall'infanzia di una grave forma di irsutismo</i>	3.33
Lasciata sola in famiglia	2.80	5	<i>Si sente in famiglia incompresa e sola</i>	3.00
Pretesa di ragionevolezza e sottomissione	2.75	4	<i>La zia pretende da Amalie “ragionevolezza” poiché “in quanto ragazza dovrebbe capire”</i>	3.00
Malata di TBC a tre anni	2.67	2	<i>Si ammala di tubercolosi a 3 anni e deve stare a letto 6 mesi</i>	2.67
Critiche e svalutazione da parte della famiglia	2.67	2	<i>È stata spesso criticata e svalutata</i>	3.00
Dominanza del fratello	2.67	1	<i>I fratelli sono dominanti e Amalie non riesce a imporsi</i>	2.67

La tabella 3 riguarda l'ambito delle Convinzioni Patogene, che nella CMT hanno un ruolo centrale. Riguardano le convinzioni interiori secondo cui Amalie crede di dover impostare la sua vita, come per esempio il non aver diritto ad alcuno spazio per il gioco. Le convinzioni patogene di Amalie lasciano intravedere un quadro di se stessa molto negativo, si vede brutta, cattiva e di

peso per le persone che le sono accanto. Inoltre vive in modo molto problematico la sua autonomia: non riesce a definire i propri confini rispetto agli altri e si ritiene specialmente responsabile per il destino della madre. I suoi desideri sono pericolosi e imperdonabili, soprattutto i suoi desideri sessuali.

Tab. 3 Ambito delle Convinzioni Patogene

Categoria dei contenuti (è possibile che gli items siano attribuibili a più categorie)	M	n	Items di esempio	M
Nessun diritto ad una vita sua	3.67	2	<i>Pensa di non avere alcun diritto di imporre le cose che la riguardano alla famiglia e si tira in dietro per questo</i>	4.00
Peso per gli altri	3.48	7	<i>Pensa di essere un peso per gli altri e crede per questo di dover decidere tutto da sola, di dover essere perfetta e di non dover sbagliare mai</i>	4.00
Responsabilità per la madre	3.45	6	<i>Crede di essere responsabile del benessere degli altri, in particolare della madre e per questo non riesce a distaccarsi da loro</i>	4.00
Si è meritata di essere da sola	3.39	6	<i>Pensa di essersi meritata di essere lasciata da sola e per questo di dover fare tutto da sola</i>	3.67
Desiderio di vicinanza è negativo	3.34	3	<i>Si vergogna del bisogno di vicinanza agli altri e limita i propri desideri e bisogni</i>	3.67
La sessualità è negativa	3.11	3	<i>Crede che il desiderio sessuale la renda colpevole e per questo allontana ogni impulso</i>	3.33
La propria autonomia ferisce gli altri	3.00	4	<i>Crede che per gli altri sia molto doloroso se pone loro dei limiti e per questo si occupa a dismisura delle persone che la circondano</i>	3.33
I propri desideri sono pericolosi per gli altri	3.00	4	<i>Crede di mettere in pericolo gli altri con i propri desideri, bisogni e preoccupazioni e che per questo è socialmente isolata</i>	3.33
La rivalità mette a rischio gli altri	3.00	4	<i>Crede di dover giocare il ruolo della "fallita" (per es. non conseguendo un titolo accademico, restando senza compagnia maschile) per non entrare in competizione con gli altri, si sabota nella vita privata e lavorativa</i>	3.33
Si vede brutta e cattiva	2.89	3	<i>Crede di essere alla vista insopportabile e per questo si deve nascondere</i>	3.33

La tabella 4 riguarda l'ambito degli Scopi che, secondo il metodo del CCRT, corrisponderebbe alla componente dei desideri (W). Scopo importante della terapia è l'imparare a percepire e realizzare i propri desideri, soprattutto il desiderio di una relazione sessuale con un partner, ma anche stringere contatti sociali. Amalie desidera regolarsi indipendentemente da norme esterne e potersi definire rispetto agli altri. Soprattutto non vuole sentirsi più così responsabile

per gli altri. Desidera accettare il proprio corpo e guadagnare maggiore sicurezza interiore.

Tab. 4 Ambito “Scopi”

Categoria dei contenuti (univoca attribuzione degli items alle categorie)	M	n	Items di esempio	M
Vita sessuale soddisfacente	4.00	6	<i>Desidera avere una relazione sessuale con un uomo senza sensi di colpa</i>	4.00
Accettare il proprio corpo	4.00	2	<i>Desidera cambiare l'atteggiamento nei confronti del suo corpo e dell'irsutismo</i>	4.00
Percepire e realizzare i propri desideri	3.89	6	<i>Desidera articolare i suoi desideri e difendere i propri bisogni</i>	4.00
Autodeterminazione, fiducia in sé e indipendenza da norme e persone	3.78	9	<i>Vuole definire il suo campo d'azione indipendentemente dai giudizi della chiesa e da norme generali e autoritarie</i>	4.00
Saper esprimere rabbia e altre emozioni	3.67	2	<i>Vuole esprimere la propria rabbia senza sensi di colpa</i>	3.67
Sentirsi meno responsabile per gli altri	3.67	2	<i>Non vuole sentirsi più responsabile per gli altri</i>	3.67
Autostima, sicurezza e accettazione di sé	3.50	2	<i>Desidera sviluppare maggior fiducia in se stessa e autostima</i>	3.67
Essere in grado di competere con altre donne	3.33	2	<i>Vuole entrare in competizione con le altre donne più apertamente</i>	3.33
Relazioni e contatti sociali paritetici	3.29	7	<i>Desidera stringere rapporti di amicizia paritari in cui ci sia reciproco interesse e supporto</i>	3.67
Godere di successi lavorativi	2.67	1	<i>Desidera aver successo lavorativo e godere di tale successo</i>	2.67

Tra gli insights utili (tab. 5) vi sono interpretazioni che rendono chiara ad Amalie la sua situazione problematica in cui è entrata quando ha assunto nella casa materna il ruolo del padre assente. Accanto a questa identificazione maschile assume importanza centrale anche il suo desiderio di contatto con il padre. Importanti sono l'elaborazione di sensi di colpa e di vergogna, per cui Amalie vive la sua solitudine come punizione meritata e che le impediscono di stringere una relazione intima. L'identità femminile di Amalie, collegata anche a una negativa immagine di sé e del corpo, risulta danneggiata dall'identificazione con il padre. Con ciò Amalie si spiega perché sia lasciata sola dai genitori e non voluta da un possibile partner. Sono importanti anche gli insights che hanno reso Amalie consapevole di essersi sempre ritirata da e sottomessa agli altri per timore che la propria indipendenza e autonomia fossero per gli altri insopportabili e pericolose.

Tab. 5 Ambito “insights utili”

Categoria dei contenuti (è possibile che gli items siano attribuibili a più categorie)	M	n	Items di esempio	M
Ha preso il ruolo del padre	3.50	2	<i>Si sente responsabile per il benessere della madre, assume il ruolo del padre e si identifica con lui.</i>	3.67
Desiderio del padre	3.33	5	<i>Ha rispetto alla madre sensi di colpa, perché crede di averla fatta ammalare con il suo desiderio di avere il padre vicino.</i>	3.67
Chiesa come sostituto paterno	3.33	2	<i>Desidera un padre forte e per questo si rivolge alla Chiesa.</i>	3.33
Immagine di Sé e corporea negativa	3.27	5	<i>Si ritiene brutta, insopportabile e per questo evita i contatti sociali.</i>	3.67
Colpa per l'assenza dei genitori, solitudine come punizione.	3.17	4	<i>L'assenza della madre e del padre nell'infanzia sono state molto dolorose, se ne attribuisce la colpa e le vive come una punizione.</i>	4.00
Evitamento delle relazioni a causa di sensi di colpa e vergogna	3.17	4	<i>Si ritiene brutta, insopportabile e per questo evita i contatti sociali.</i>	3.67
Sensi di colpa, responsabilità, identificazione con la madre	3.09	7	<i>Si sente responsabile nei confronti della madre a causa dei suoi sensi di colpa.</i>	4.00
Identità problematica come donna	3.07	5	<i>Vorrebbe un padre che si confrontasse con lei e che non avesse paura delle sue emozioni e della sua femminilità.</i>	3.67
Evitamento di rivalità	3.00	1	<i>Ritiene di non poter stabilire una relazione con il padre per non danneggiare la madre.</i>	3.00
Gli altri non sopportano la sua autonomia	2.53	5	<i>Continua a mantenere un così stretto rapporto con la madre e non stringe rapporti o amicizie perché teme che la madre non sia in grado di sopportare un tale grado di indipendenza da parte sua.</i>	3.00
Sottomissione	2.33	5	<i>Si mette sempre nel ruolo di sottomessa e di Cenerentola per soddisfare il bisogno di superiorità degli altri.</i>	2.33
Comportamenti compulsivi e sensi di colpa	2.00	1	<i>I suoi comportamenti e pensieri ossessivi servono a placare i suoi sensi di colpa.</i>	2.00

Nei Test (tab. 6) Amalie mostra comportamenti difensivi in cui si manifestano le sue convinzioni patogene: si comporta in modo chiuso con il terapeuta e si descrive a lui brutta e insopportabile. D'altro canto osa anche comportamenti offensivi, in cui mette in dubbio direttamente le sue convinzioni patogene, per

esempio, quando parla sempre più chiaramente della sua sessualità, mostrando curiosità, sfidando il terapeuta ed introducendo le sue personali idee e preoccupazioni.

Tab. 6 Ambito “Test”

Categoria dei contenuti (univoca attribuzione degli items alle categorie)	M	n	Items di esempio	M
Tematizzare la sessualità	3.67	2	<i>Parla al terapeuta dei suoi desideri sessuali per verificare se lui la giudica, la punisce o la condanna moralmente per essi come ha fatto la Chiesa.</i>	3.67
Parlare più apertamente e direttamente	3.67	2	<i>Prende più tempo per sé nella terapia per scoprire se il terapeuta la limita e la spinge in un angolo.</i>	3.67
Mostrare rabbia	3.67	1	<i>Mostra la sua rabbia nei confronti di una cosa o persona per vedere se il terapeuta la accetta e sopporta</i>	3.67
Mostrare interesse, curiosità	3.67	1	<i>Chiede al terapeuta il perché del setting per vedere se può dimostrare curiosità.</i>	3.67
Ritirarsi ed essere prudente	3.62	7	<i>Si apre al terapeuta con prudenza per vedere se lui lo accetta o la giudica</i>	4.00
Tematizzare l'irsutismo	3.50	2	<i>Tematizza l'irsutismo per vedere se il terapeuta lo sopporta.</i>	4.00
Parlare di preoccupazioni e problemi	3.33	1	<i>Parla al terapeuta dei suoi problemi e preoccupazione per vedere se mostra così poco interesse nei suoi confronti come il padre.</i>	3.33
Controllare l'ora	3.17	2	<i>Guarda l'ora per verificare se per il terapeuta è troppo e se non deve fare lei tutto da sola.</i>	3.33
Sottolineare i propri difetti e debolezze	3.00	1	<i>Parla dei suoi limiti per vedere se il terapeuta è d'accordo con ciò che lei pensa di se stessa.</i>	3.00
Sfida e provocazione del terapeuta	3.00	1	<i>Provocare il terapeuta per vedere se è così passivo come il padre o se sa assumere posizioni attive.</i>	3.00

8.10 Confronto con una diversa, psicoanalitica concezione del caso

Come confronto presentiamo la formulazione del caso di Amalie secondo Thomä e Kächele (1988). Gli autori ritengono che la loro esperienza clinica possa giustificare le seguenti assunzioni: uno stigma virile rinforza l'invidia del pene e riattiva conflitti edipici. Se si esaudisse il desiderio della paziente di essere un uomo, lo schema corporeo ibrido risulterebbe privo di contraddizioni.

La domanda “sono un uomo o una donna?” troverebbe risposta e l’incertezza sulla propria identità, rinforzata dallo stigma, sarebbe vinta. L’immagine di sé e l’identità corporea si riunirebbero. Ma la fantasia inconscia riguardo alla realtà del corpo non può essere mantenuta: uno stigma virile non fa di una donna un uomo. La soluzione regressiva, di giungere ad una sicurezza interiore identificandosi con la madre nonostante lo stigma virile, riporta in vita gli antichi conflitti madre-figlia e conduce all’instaurarsi di molteplici meccanismi di difesa. (Thomä, Kächele, 1988, p. 90 e successive).

8.11 Discussione

Il confronto delle due formulazioni del caso mostra che Thomä, Kächele si sono orientati verso il modello dell’invidia del pene e hanno diagnosticato il conflitto su un piano edipico. In altre parole considerano come fattore dinamico del disturbo della paziente il conflitto edipico e soprattutto la confusione psicosessuale della paziente.

La Formulazione del Piano secondo la CMT considera a sua volta i conflitti edipici, ma diagnostica principalmente un problema a livello della triangolazione precoce (Abelin, 1971), in cui la dipendenza della paziente dalla madre non viene compresa come regressione, ma come uno sviluppo bloccato della autonomia, che riconduce a determinate convinzioni patogene. In senso clinico le due formulazioni avrebbero conseguenze diverse sul piano del lavoro di interpretazione e probabilmente anche rispetto agli interventi terapeutici. Dal punto di vista di Weiss dovrebbero essere tematizzati prima di tutto il senso di responsabilità di Amalie nei confronti degli altri e i risultanti sensi di colpa che infine la portano a mantenere il legame con la madre e il suo combattuto desiderio di vicinanza del padre.

Ma visto che Amalie non può essere analizzata due volte, è difficile un confronto che valuti le due concezioni del caso. La domanda è piuttosto, quali differenti aspetti del processo terapeutico le due differenti formulazioni possono chiarire?

Anche se il nostro studio è limitato ad un caso singolo, abbiamo potuto dimostrare che il Metodo della Formulazione del Piano può essere applicata in modo attendibile al di fuori del gruppo intorno a Weiss e Sampson e del mondo anglofono, il che rappresenta un contributo a fondare il metodo.

Diversamente dal San Francisco Psychotherapy Research Group, per una riduzione di contenuto degli item che sono al di sotto del valore medio dei giudici, abbiamo scelto per la formulazione finale del piano una procedura di analisi di contenuto strutturata permettendo una categorizzazione a determinati

livelli di astrazione. Per gli studi futuri, come ulteriore affinamento metodologico si dovrebbe considerare la verifica empirica dell'assegnazione degli item alle categorie. Uno svantaggio di questa procedura è che gli item formulati in modo molto specifico sono raggruppati insieme in categorie che appaiono piuttosto generali.

Una spiegazione per gli alti valori di attendibilità ottenuti è, in primo luogo, che formulazioni complesse vengono ridotte a categorie semplici, chiaramente strutturate, con i giudici che valutano soltanto singoli items, non formulazioni complete, e in secondo luogo che i giudici condividono lo stesso orientamento teorico (Curtis et al., 1988).

Diversamente da altri metodi di individuazione di patterns interpersonali che utilizzano categorie standardizzate, il Metodo della Formulazione del Piano non permette un confronto interpersonale. Offre, comunque, il vantaggio di una formulazione individuale, caso-specifica che si mantiene molto vicina al testo permettendo d'altra parte di trarre delle inferenze e delle conclusioni cliniche.

Un particolare punto di forza del metodo è la alta rilevanza clinica delle diverse categorie (Silberschatz, Curtis, 1986; Curtis, Silberschatz, 1986). Gli items raccolti per le categorie dei traumi, delle convinzioni patogene e degli insights rappresenta il fondamento essenziale per il lavoro interpretativo. Il predire i test può aiutare il terapeuta a divenire consapevole del possibile attuarsi del transfert-controtransfert e a sviluppare interventi terapeutici utili e paziente-specifici.

Gli scopi appurati nella formulazione del piano rendono possibile il controllo del corso del trattamento, facilitando il raggiungimento degli obiettivi nel corso del trattamento psicoterapeutico, e possono servire da cartello segnalitico per il terapeuta nel lavoro terapeutico pratico.

In più, il metodo offre la possibilità non soltanto di accertare il successo terapeutico dai sintomi e da procedure generali come questionari, ma anche di esaminare i processi psicologici sottostanti che portano a cambiamenti duraturi utilizzando gli strumenti specifici del caso. La *Plan Attainment Scale*² sviluppata da Silberschatz et al. (1989) permette di giudicare in quale misura la paziente ha raggiunto i suoi scopi specifici ed ha superato le proprie convinzioni patogene, e se è riuscita ad acquisire gli insights essenziali.

La formulazione del piano individuata con questo metodo può essere intesa nei termini di focus variabile e serve come via per strutturare un caso e generare ipotesi che richiederanno una continua revisione ed implementazione nel corso

² N.d.Tr.: La Scala di Raggiungimento del Piano

del trattamento (Thomä, Kächele, 1985). Molto come nell'Analisi del Piano di Caspar, in cui viene determinata una gerarchia di piani (Caspar, 1996), la rilevanza degli item stabiliti con il Metodo della Formulazione del Piano cambia con le fasi della terapia e della vita.

Oltre alle cinque categorie incluse nella formulazione del piano – traumi, scopi, convinzioni, ed insights – sono concepibili altre aree che non sono ancora state colte sistematicamente da questo metodo (per es. le risorse del paziente).

Weiss vede i pazienti come collaboratori attivi nel processo terapeutico – come interessati alla risoluzione dei loro problemi, desiderosi di guadagnare l'insight, che ricercano esperienze emotive correttive per mezzo dei test nel processo terapeutico e che lavorano inconsciamente ma “planfully”³ per disconfermare le proprie convinzioni patogene. La sua teoria generale della psicoterapia è basata su una osservazione clinica ed è supportata da ampie scoperte empiriche. Dichiaratamente, la lamentela di Weiss rispetto alla validità generale della sua teoria del processo terapeutico è ancora in attesa di una validazione empirica nel materiale clinico di altre forme di terapia. Tuttavia, gli studi del SFPRG sono un impressionante esempio di come la teorizzazione possa essere fondata ed arricchita con la ricerca empirica.

³ N.d.Tr.: ovvero “in linea con il Piano”.