

Kächele H, Thomä H (Hrsg) (2007) La ricerca in psicoanalisi. II. Studio comparatista di un caso campione: Amalie X. QuadroVenti, Urbino, p.39-59

## 1 Psicoanalisi Comparata<sup>1</sup>

### Introduzione

Sebbene il fare paragoni, per es. giudicando similarità e differenze, è una parte essenziale della nostra vita e del nostro pensare e agire professionale, l'espressione "Psicoanalisi comparativa" è relativamente nuova per il nostro vocabolario. A quanto ne so soltanto Scarfone (2002) recentemente l'ha utilizzato come sottotitolo nella serie "L'analista al lavoro" dell' *International Journal of Psychoanalysis*. In tedesco la denominazione "vergleichende Kasuistik" (it.: studio comparativo sul caso, Jüttemann) è usato molto spesso. Essa si riferisce al confronto tra varie forme di psicoterapia, tra cui la psicoanalisi. In vista del riconoscimento ufficiale di un pluralismo psicoanalitico determinato dal coraggio di Wallerstein, siamo ora tenuti a mettere a confronto varie tecniche psicoanalitiche l'una con l'altra. Per rendere questo confronto ragionevole, attendibile e fruttifero, sono necessari dei criteri condivisi. Nei documenti delle associazioni e nei report pubblicati sui casi i criteri sono soltanto insinuati.

Un corollario della psicoanalisi comparativa è il crescente interesse per i diversi modi di documentare i fatti clinici. Nell'ultimo decennio è stato pubblicato un numero impressionante di monografie originali su questo argomento. La loro importanza per la mia dissertazione è ovvia.

### 1.1 Come la teoria forma la tecnica

La relazione tra le tecniche e le teorie sottostanti è un problema molto antico. Ottanta anni fa Ferenczi e Rank (1924) tentarono di chiarire "la relazione tra la tecnica analitica e la teoria analitica" e di investigare "il grado in cui l'una generalmente aiuta od ostacola l'altra" – la domanda per eccellenza di Freud (1922d, pp. 267-270). A dispetto della giustificata speranza di Ferenczi, non fu accordato un riconoscimento, e il libro dei due autori fu pesantemente criticato dal giovane Franz Alexander (1925), il quale espresse l'opinione della maggioranza, incluso Freud<sup>2</sup>. Diversi anni dopo Pulver mirò a maggiormente giustificati confronti tra differenti tecniche

---

<sup>1</sup> Da: Thomä H, Jiménez J, Kächele H (2006) Vergleichende Psychoanalyse - textnahe klinische Forschung. In: Thomä H, Kächele H (Hrsg) *Psychoanalytische Therapie: Forschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 177-198. Trad.It. Angela Caldarera

<sup>2</sup> Ancora nel 1937 Alexander criticò Ferenczi a causa della sua enfasi sull'"esperienza emozionale correttiva", come la definì egli stesso successivamente, inserendola nel contesto del role-playing. Oggi l'esperienza emozionale (senza il role-playing di Alexander) è riconosciuta in tutte le scuole (Marohn 1990).

psicoanalitiche. La sua trattazione fu relativa alla questione del “terreno comune” vs “pluralismo”, come vennero definiti a partire dal congresso di Montreal della IPA e dopo i discorsi e i documenti presidenziali di Wallerstein (1988, 1990, 2002).

Pulver curò una trattazione (1987) sotto il titolo: “Come la teoria forma la tecnica: prospettive di uno studio clinico”. La base della trattazione è una raccolta delle note di un analista (Silverman), le interpretazioni che fece e la reazione del paziente in tre sedute. Questo materiale clinico venne esaminato da dieci importanti rappresentanti di diverse scuole psicoanalitiche.

Come ci si potrebbe aspettare, il confronto di Pulver dimostrò ampie differenze nella valutazione clinica a seconda dell’orientamento teoretico dell’analista. Certamente questo studio è uno simile, in cui Fosshage (1990) si offrì spontaneamente come analista per comparire in giudizio, scredita la convinzione che c’è un “terreno comune” nella psicoanalisi clinica contemporanea. In vista di questo pluralismo, l’importanza della ricerca nel chiarire la natura delle differenze e i loro effetti sul processo terapeutico, e l’outcome non possono essere valutate eccessivamente.

A.E. Meyer (1994) definì lo studio di Pulver il “Pulver test”. E’ una sorta di test proiettivo come il Rorschach o il TAT: tutti i partecipanti ricevono lo stesso complesso corpo di informazioni che permette molteplici interpretazioni. Come in esperimenti simili come quelli di Streeck (1994, 1985), o Fosshage (1990), la norma che gli analisti dovrebbero interpretare conformemente alla loro scuola, naturalmente massimizza le divergenze e minimizza una possibile validazione consensuale. Particolarmente irritante è stata la pretesa – tacitamente o esplicitamente fatta da questi tre analisti – che la loro particolare inclinazione interpretativa fosse l’autentica e quella terapeuticamente più di successo.

Cosa può essere fatto quando gli esperti sono d’accordo o in disaccordo? C’è un’ampia gamma di reazioni. Dopo diversi anni di giochi di potere dogmatico gli psicoanalisti oggi sono più tolleranti l’uno verso l’altro. La pressione dall’esterno aumenta le riconciliazioni tra i vari gruppi psicoanalitici. La reazione conciliatoria di Pulver alle divergenze è rappresentativa. Egli conclude che le differenze di opinione tra i partecipanti sono più apparenti che reali:

“Il terapeuta può fundamentalmente dire la stessa cosa del paziente, ma con diverse parole. Il paziente vuole abituarsi alle parole del terapeuta, in realtà per sentirsi capito. Per esempio, questa paziente avrebbe potuto avvertire che la sua ineffabile sensazione di imperfezione fosse compresa da un kleiniano che parlasse della sua invidia, da uno psicologo del sé che parlasse del suo senso di frammentazione e da un teorico strutturalista che parlasse del suo senso di castrazione.” (Pulver 1987, p.298).

Quindi Pulver assume che questa paziente abbia avuto degli insight che potevano essere espressi in una terminologia diversa sebbene la più recente terminologia avrebbe semplicemente rappresentato delle variazioni metaforiche sugli stessi temi. Joseph (1984) argomentò in modo simile riferendosi alle connessioni inconsce. Per esempio, un’intervista che tratta l’ansia e la perdita tocca sia l’ansia da separazione preedipica, sia l’ansia di castrazione. Certamente, in risposta alla parola “perdita”, ogni individuo richiamerà diverse esperienze che potrebbero essere interconnesse sebbene le perdite siano di diversi sotto-tipi. Nondimeno, sebbene tale riferimento

alle metafore sovrastanti sia un'idea attraente, io ritengo che sia scorretto usarla in questa sede come termine medio delle controversie legittime che stanno sopravvenendo invece che procurare un chiarimento scientifico delle varie teorie.

Il desiderio di trovare armonia nella Torre di Babele della psicoanalisi contemporanea ha stimolato una “ricerca del terreno comune” nel congresso IPA a Roma. Come presidente dell'IPA, forse per ragioni diplomatiche, Wallerstein sottovalutò il significato delle differenze (anche delle contraddizioni) tra le varie teorie e le tecniche legate alla scuola o eclettiche nell'osservazione dei fenomeni clinici. Il grande tentativo di Wallerstein (1990) di creare un accordo e un'unità tra le scuole, almeno al livello basato sull'osservazione, non fu in grado di fare da ponte o armonizzare le reali antitesi. Egli ricercava un terreno comune per i dati osservazionali. Ma gli esempi citati dal lavoro di S. ed E. Fine (1990, 1991) così come da Arlow e Brenner (1988) supportano una conclusione quasi contraria: i dati osservativi sono colorati fin dall'inizio a seconda delle varie teorie. Termini come “transfert”, “controtransfert”, “resistenza” e simili hanno significati notevolmente diversi in diverse scuole psicoanalitiche (Richards 1991). Nel congresso di Roma, Schafer (1990) sembra aver incontrato lo *Zeitgeist* del pluralismo psicoanalitico. Questo pluralismo esercita una tremenda pressione a intraprendere la ricerca comparativa sulla terapia.

Le nostre controversie contemporanee sono abbastanza differenti dagli aspetti religiosi delle famose “*Controversial Discussions*” dei primi anni quaranta a Londra. Bernardi (2002) ci richiede di occuparci di “vere controversie” in modo scientifico.

Non molto tempo fa, un semplice “test di realtà” ha rivelato che esistono vari tipi di analisi, e io dubito che la “convergenza” sia contemporaneamente diventata maggiore (Wallerstein 2002). Ad ogni modo, dal momento in cui la psicoanalisi è quello che fanno gli psicoanalisti, come Sandler<sup>3</sup> (1982, p. 45) coraggiosamente puntualizzò, la pratica del singolo psicoanalista deve essere studiata al fine di arrivare il più vicino possibile ai dati primari. Personalmente, nel suggerire che ad un livello metaforico stiamo tutti facendo la stessa cosa, vedo un tentativo di sorvolare su differenze fondamentali tra la teoria e la pratica. Le cose comuni sono ben espresse dalle metafore. Essere ben “contenuto”, avere un analista che funzioni come un contenitore e digerisca o metabolizzi gli elementi inconsci, è certamente il desiderio di ogni essere umano. Il “contenimento” – la più recente metafora onnicomprensiva ed elegante – è quindi disconnessa dalla teoria di Bion e utilizzata per designare la funzione supportiva e di aiuto di un terapeuta. In questo senso ogni analista efficace è un bionista. Una metafora esprime la nostra “convergenza”! Ma l'utilizzo metaforico di “contenimento” è completamente diverso dalla teoria kleiniana-bioniana sulle fantasie inconscie e dalle ipotesi di Bion sugli elementi alpha e beta.

Raccomando agli analisti di tutte le scuole di essere consapevoli che le assunzioni metapsicologiche influenzano inavvertitamente la nostra comprensione clinica a

---

<sup>3</sup> In vista della critica del training all'interno dell'IPA, la restrizione di Sandler che questa semplice definizione si applica soltanto a quegli analisti che si sono formati in modo consono agli auspici dell'IPA, non può oggi essere tenuta in considerazione.

dispetto del tentativo di Waelder (1962) di descrivere i vari livelli teorici come se fossero nettamente separati l'uno dall'altro. Siamo tutti in dovere di chiarire la validità delle nostre teorie!

E' nostra esperienza che isolate descrizioni microanalitiche di report sulle sedute, specialmente se sono audioregistrate e non commentate, non portano a discussioni molto fruttuose. Tra le varie ragioni delle controversie improduttive le seguenti sono preminenti:

1) L'ascoltatore o il lettore delle interpretazioni analitiche resta perplesso se lui/lei non conosce nulla sull'approccio cognitivo ed emozionale dell'analista che conduce il trattamento in generale, e su come questo trattamento è applicato in una situazione concreta con un particolare paziente.

2) Nessuno dei due partecipanti all'interazione, paziente ed analista, sono conosciuti dall'ascoltatore critico. Ogni tipo di idea reca in ogni caso una discussione. L'“equazione personale” è molto influente: l'ascoltatore si pone nel ruolo dell'analista che conduce il trattamento; e, meno conosce su “come lavora la mente dell'(di quel particolare) analista” (Ramzy, 1974), più è così.

3) Punti di vista alternativi sono espressi prima che quelli contenuti nelle interpretazioni originali vengano discussi a pieno titolo. La mancanza di consenso tra analisti è spesso il risultato della negligenza nel considerare seriamente il punto di vista dei colleghi prima di pensare a delle alternative. I risultati negativi delle ricerche sul consenso (Seitz 1966) hanno le loro radici in un modello che non definisce la cornice di riferimento. Quando l'abbiamo replicato e abbiamo dato alla ricerca una cornice ben definita, siamo arrivati ad un consenso abbastanza attendibile tra gli analisti (Thomä et al. 1976).

## **1.2 Dalla storia del caso al report del trattamento**

Al fine di valutare il cambio terapeutico, dettagliati report del trattamento devono essere resi accessibili alla comunità dei professionisti. La tradizione finora ha puntato sulla pubblicazione delle storie dei casi. Il principale obiettivo di Freud era di ricostruire la genesi dei disturbi psicopatologici; quindi lo spostamento dallo scrivere le storie dei casi allo scrivere dettagliati report dei trattamenti segna una nuova era nella pratica psicoanalitica.

La speciale tensione contenuta nelle storie dei casi di Freud nasce dal fatto che tutte le descrizioni in esse contenute hanno l'obiettivo di rendere plausibile il background dei pensieri e delle azioni del paziente al fine di riuscire a presentare dei tracciati esplicativi delle loro storie.

Dato che l'intento principale delle storie dei casi di Freud era di ricostruire la psicogenesi, cioè di dimostrare che i sintomi hanno delle cause inconsce rimosse, la descrizione della tecnica terapeutica entrò in secondo piano. Freud non discusse in maniera sistematica le regole tecniche nei suoi report sui trattamenti. Egli

semplicemente menzionò in modo piuttosto frammentario cosa sentì, pensò, interpretò o altrimenti fece in una particolare seduta.

Freud distinse tra storie dei casi, a cui occasionalmente si riferiva con “storie del paziente” (*Krankengeschichten*), e storie dei trattamenti. A Ulm abbiamo adottato questa distinzione, fatto salvo che noi preferiamo la designazione “reports del trattamento” a causa dell’importanza delle diverse forme di documentazione. Freud mise in rilievo in una pubblicazione del primo periodo le difficoltà relative ad un appropriato reporting.

“Il mio scopo in questa storia del caso era di dimostrare la struttura intima di un disturbo nevrotico e la determinazione dei suoi sintomi; e non avrebbe portato a nulla se non ad una irreparabile confusione se io avessi tentato di completare gli altri lavori allo stesso tempo. Prima che le regole tecniche, la maggior parte delle quali sono state raggiunte in maniera empirica, possano essere redatte in modo appropriato, sarebbe necessario raccogliere il materiale dalle storie di un ampio numero di trattamenti” (Freud 1905e, pp. 12-13). Ed egli confessò: “Certamente non sono ancora riuscito a risolvere il problema di come registrare per la pubblicazione la storia di un trattamento di lunga durata” (ibid. pp. 9-10).

I criteri che devono essere applicati al fine di scrivere una storia del caso convincente, vale a dire, una ricostruzione delle condizioni della genesi, sono diversi da quelli da applicare per la descrizione in un report del trattamento. I report sul trattamento si focalizzano sul determinare se il cambiamento è avvenuto e quali condizioni hanno portato al cambiamento. Freud potrebbe essere soddisfatto facendo delle distinzioni relativamente grossolane che lasciavano molto alla ricerca successiva. Dal punto di vista odierno, comunque, le storie dei casi di Freud non sono indicate per fungere da modello per la ricostruzione dell’eziologia o da paradigma per le registrazioni del trattamento psicoanalitico. Il compito di creare le condizioni più favorevoli per il cambiamento e di studiare il processo terapeutico è un compito davvero stimolante. Similarmente, la ricerca eziologica che è destinata a procurare l’evidenza rilevante per le ipotesi richiede troppe informazioni sul singolo analista. Seguendo la critica di Grünbaum (1984), Edelson (1988) ha abbozzato un modello ideale secondo cui oggi dovrebbero essere redatti una storia del caso e un report del trattamento, al fine di rendere possibile che le ipotesi vengano testate.

E’ essenziale che il report del trattamento contenga almeno alcuni degli elementi del “nuovo genere” per cui si sta battendo Spence (1986).

“Quello che è necessario è un nuovo genere ed un nuovo modo di fare report clinici e noi siamo memori della predizione di Eissler secondo cui ‘quando la storia di un caso sarà pubblicata in una qualità superiore ai cinque pilastri su cui ora si fonda la psicoanalisi (i report di cinque casi di Freud), allora la psicoanalisi sarà entrata in una nuova fase’ (Eissler, 1963, p. 678).

Abbiamo bisogno di avere una rottura pulita con quella che io chiamo la tradizione di Sherlock Holmes, e di sviluppare metodi di presentazione dei nostri dati che

permettano al lettore di partecipare alla discussione, che gli permettano di valutare i collegamenti proposti tra l'evidenza e la conclusione, e che dischiudano la possibilità di confutazione, di disconferma, e di falsificazione (nessuna di queste azioni è attualmente possibile).

Il nuovo genere ci procurerebbe anche un archivio di modelli di interpretazioni, modelli di sogni, e modelli di casi che sarebbero accessibili ad altri lettori, magari anche di altre scuole di psicoanalisi, e che potrebbe essere utilizzato in modo cumulativo per combinare i dati provenienti da diversi pazienti e da diversi analisti.” (Spence, 1986, p. 14).

Il “nuovo genere” implica un ideale scientifico diverso da quello a cui aderì Freud. La paura di Freud che la terapia possa distruggere la scienza (1927a, p. 291: “daß die Therapie die Wissenschaft erschlägt”) è dissolta.

Plagiato dal problema della suggestione, Freud mirò ad un puro metodo “incontaminato” – come il colto fisico Grünbaum. Tuttavia se la prova della relazione causale richiede che i dati siano liberi da ogni traccia di suggestione per ottenere dati incontaminati tramite l'interpretazione pura, allora la terapia è rovinata.

I pazienti iniziano un trattamento con obiettivi consci ed inconsci. Anche gli analisti hanno degli obiettivi, anche quando praticano un mistico svuotamento della mente (la raccomandazione di Bion 1967, 1988). Questo fatto è stato preso in considerazione soltanto recentemente (Sandler, Dreher 1996). Contro la mancanza di obiettivi del “semplicemente analizzare”, Sandler e Dreher sottolineano: “...coloro che credono che l'obiettivo del metodo psicoanalitico non sia niente di più che analizzare si illudono...tutti gli analisti sono influenzati durante le sedute consapevolmente o inconsapevolmente dagli obiettivi terapeutici” (Sandler, Dreher, 1996, p.1). Il rimprovero che essi illudono sé stessi e i loro pazienti non sarebbe valido solo se si potesse dimostrare che “semplicemente analizzare” è la via ottimale per raggiungere i migliori obiettivi possibili. La letteratura tratta scarsamente questo argomento, a dir poco. Attraverso i nostri interventi, o basati sull'intuito o basati sulla ragione, siamo consapevolmente o inconsapevolmente agenti causali con delle intenzioni. Riflettendo meglio dovrebbe essere possibile per noi tenere presente il background intenzionale delle nostre interpretazioni.

Nella ricostruzione delle storie dei casi ci si può esimere dall'elencare gli obiettivi. Per i report dei trattamenti, invece, è decisivo quali obiettivi sono perseguiti dal paziente e dall'analista e quali condizioni interazionali facilitino il cambiamento e quali siano di intralcio.

E' ovvio che l'analista, offrendo interpretazioni, influenza il paziente anche se a lui sembra soltanto di dirigere le proprie interpretazioni verso l'inconscio e di non avere ulteriori obiettivi. Questa è una autoillusione, e invece di eliminare la manipolazione essa apre la porta a manipolazioni nascoste. Questo dilemma è una conseguenza della posizione scientifica di Freud, che fino ai tempi più recenti ha severamente limitato lo sviluppo della ricerca sulla terapia. E' ironico che l'idea di purezza e la ricerca per dati incontaminati possa aver distrutto la ricerca nell'ambito della

psicoanalisi. Attualmente delle investigazioni sistematiche stanno esaminando la questione di come il metodo psicoanalitico influenzi il paziente (e viceversa). L'oggettivare il processo intersoggettivo rende necessario riflettere sui vari tipi di suggestione e di "contaminazione". Strenger (1991, p. 106) parla di un mito di purezza scientifica come dell'idea di scienza di Freud. Comunque, è ovvio che "la psicoanalisi è storia, ma la storia non è mai pura...quindi dobbiamo eliminare questa opposizione puro/impuro. Le cose sono sempre impure, perché l'essere umano è impuro. Infatti, coloro che fanno del loro meglio per evitare di influenzare gli altri finiscono per farlo in una maniera che è anche più preoccupante. Perché la volontà di essere puri, la volontà di non influire è di per se stessa una potente fonte di influenza. Questi sforzi per essere puri sono quelli che più mi spaventano! Questa volontà di purezza può portare quindi indietro alle origini della psicoanalisi al desiderio di Freud di fare scienza in questo senso del fare fisica, nel senso classico della parola. Il desiderio di Freud, ancora presente oggi, è un sintomo che voglio sfidare." (Strenger 1991, p. 106).

Giungo ad una conclusione davvero sorprendente: sia i tentativi di purificazione di Freud sia quelli di Grünbaum distruggono tanto la terapia quanto la ricerca in psicoanalisi. La differenza tra il fondatore della psicoanalisi e uno dei suoi più decisi critici contemporanei è che Freud credeva che la natura causale delle assunzioni psicoanalitiche potesse essere provata nella situazione terapeutica stessa, mentre Grünbaum ha rifiutato questa opinione (il *Tally-Argument* di Grünbaum, in riferimento a Freud 1916/17, p. 452). Infatti, l'applicazione terapeutica del metodo psicoanalitico non può seguire il paradigma scientifico della fisica classica. Rinunciare all'ideale scientifico di Freud completa la sua rivoluzione copernicana introducendo l'analista come "partecipante" o piuttosto come "osservatore costruttivista". Certamente, l'analista che conduce il trattamento è in una posizione straordinariamente privilegiata per sentire e fare osservazioni riguardanti i processi di cambiamento. Allo stesso tempo questa unicità è carica di tutti i problemi della soggettività. Oltretutto, per tutti i tipi di ragioni pratiche è irragionevole richiedere che un osservatore partecipante introduca i processi di cambiamento, ed allo stesso tempo li studi. La ricerca sulla terapia in psicoanalisi è un tentativo molto complesso, al di là della capacità del clinico che conduce il trattamento quando lavora da solo. Soltanto una squadra può svolgere il lavoro implicato dalla tesi di Freud del "legame inseparabile", vale a dire testare le scoperte fatte autonomamente nella situazione analitica.

La letteratura psicoanalitica abbonda di descrizioni sommarie delle nuove scoperte che spesso mancano di descrizioni convincenti. Il "contemporaneo soggettivismo del controtransfert" sembra risolvere tutti i problemi pratici e scientifici: se le emozioni dell'analista rispecchiassero fedelmente l'inconscio del paziente in maniera corretta, se "il terzo orecchio od occhio" sentissero o vedessero le voci e scene inconscie (come Goethe ha immaginato l' "Urphaenomene") senza ulteriore confusione gli psicoanalisti sarebbero in una straordinaria posizione con attributi divini. Sebbene simili fantasie divertano, non crediamo che offrano soluzioni.

Poche parole sono richieste relativamente all'asserzione di Freud sull'"inseparabile legame" della ricerca e del trattamento" (*"Junktim zwischen Heile und Forschen oder Forschung und Behandlung,"* 1912e, 1927a).

### 1.3 Limitazioni e possibilità della tesi del legame inseparabile

La domanda resta: chi è capace di risolvere il problema clinico connesso alla tesi del legame inseparabile e quali vie sono appropriate per studiare il processo del cambiamento?

Davvero molti psicoanalisti sembrano ritenere ovvio che ogni terapia è un'impresa scientifica (Etchegoyen 1992). Soltanto una minoranza è scettica o è contraria a questo (Meyer 1998).

Shakow (1960) si riferisce alla tesi del legame inseparabile come ad un semplice fraintendimento del processo di ricerca. Le teorie personali dell'analista che conduce il trattamento, le sue "verità" e le sue applicazioni ("efficacia") devono essere studiate da giudici indipendenti.

Per Stoller, la pretesa che il metodo psicoanalitico sia scientifico resta soggetta a discussione finché manca un elemento essenziale trovato in tutte le altre riconosciute discipline scientifiche: "Nella misura in cui i nostri dati non sono accessibili a nessun altro, le nostre conclusioni non sono soggette a conferma. Questo non significa che gli analisti non possono fare scoperte, perché il metodo scientifico è l'unico modo per farlo. Ma significa che il processo di conferma in analisi è vacillante... Mi preoccupa il fatto che noi non possiamo essere presi in considerazione seriamente se non ci sveliamo più chiaramente" (Stoller 1979, p. XVI).

E' un truismo, certo, che la trascrizione "non è una registrazione di quello che è successo, ma soltanto di quello che è stato registrato" (Colby, Stoller 1988, p. 42). Ma i fenomeni non verbali possono essere riconosciuti. Dopo tutto, si suppone che le interpretazioni dell'analista si riferiscano a quegli aspetti degli affetti e dei sentimenti inconsci non comunicati apertamente e verbalmente.

Coloro che sono a favore della tesi del "legame inseparabile" raramente, se non mai, dimostrano se vengono soddisfatti i prerequisiti clinici per esso. Freud ha reso abbastanza chiaro che l'inseparabile collegamento di terapia e ricerca dipende dalla riprova degli effetti terapeutici. Nei riferimenti all'asserzione di Freud il contesto è molto spesso mancante, quindi fornisco l'intera citazione:

"In psicoanalisi è esistito fin dall'inizio un legame inseparabile tra cura e ricerca. La conoscenza porta *successo terapeutico*. Era impossibile trattare un paziente senza imparare qualcosa di nuovo; era impossibile guadagnare un nuovo insight senza percepirne i *benefici risultati*."

In molti studi – per esempio quelli sul controtransfert – l'analista che conduce il trattamento è parte essenziale. Infatti, dato che una ricerca clinica nasce nella



situazione analitica, tutto dipende dalla partecipazione dell'analista. Quindi c'è una certa verità nella tesi del "legame inseparabile", specialmente se il contesto della frase è preso in considerazione seriamente. Come già citato, il legame inseparabile è soddisfatto soltanto se il suo "effetto benefico" (in tedesco: "wohlthätige Wirkung") è provato. La mia enfasi sul fatto che i report sui trattamenti devono essere centrati sui processi di cambiamento è ancora una volta giustificata. Dal momento che quei processi si riferiscono a coazioni a ripetere osservabili e alle loro presunte radici inconse (i modelli o schemi di Freud), è essenziale discutere la loro relazione con i processi comunicativi nella situazione psicoanalitica.

#### **1.4 Schemi inconsci come disposizioni causali**

In qualunque ricerca clinica, psicoanalitica o d'altro tipo, il punto cruciale è che l'eliminazione di una presunta condizione che sta alla base di certi sintomi, deve modificare i sintomi e infine portarli alla loro dissoluzione.

Il filosofo della scienza tedesco, W. Stegmüller (1969), dice chiaramente: "se noi ci occupiamo dell'eliminazione di certi fenomeni o eventi che avvengono soltanto se una determinata condizione necessaria è presente, noi tendiamo a definire questa speciale condizione necessaria come la causa del fenomeno" (p. 435).

La concezione di Freud segue questo ideale scientifico di una terapia causale. La tesi del "legame inseparabile" (Junktim) che unisce trattamento e ricerca si adatta alle richieste di Grünbaum così come alle aspettative terapeutiche del paziente – una meravigliosa unione se potesse essere provata. Il metodo psicoanalitico diventa epistemologicamente valido scoprendo delle connessioni causali. Esso diventa terapeuticamente efficace quando si può dimostrare che cambiare il contesto causale dei sintomi della disposizione (schema) inconscia diagnosticata sfocia nella loro dissoluzione. Certamente deve diventare evidente che la dissoluzione è stata causata dagli strumenti psicoanalitici e non per caso.

Ancora anche il suggerimento è uno strumento psicoanalitico e quindi anche primariamente contaminato. L'argomentazione di Grünbaum sulla contaminazione contro il valore esplicativo del metodo della psicoanalisi si basa su un classico equivoco da parte dei fisici sulle scienze umane. E' compito di ogni analista dare suggerimenti utili per supportare le capacità del paziente nel superare i conflitti interiori. Riflettere sui suggerimenti dati è parte essenziale del metodo! La dissoluzione del contesto causale ha una qualità probativa per Grünbaum, come egli ha chiarito nel suo commento su un argomento ambiguo nella nostra discussione metodologica (Thomä, Kächele, 1975).

La concettualizzazione delle connessioni causali di Grünbaum è una concettualizzazione indefinita e segue le regole statistiche della probabilità nel senso di R. Von Mises (1990, p.343), un importante membro del "Circolo di Vienna". La prova di una ipotetica probabile correlazione causale è benefica per il paziente e molto soddisfacente per il clinico!

Che le leggi deterministiche non possano essere applicate significa che ci saranno delle eccezioni. Quindi gli studi sul singolo caso e l'unicità di ogni essere umano restano aspetti centrali della ricerca psicoanalitica. Dato che sia le ragioni cosce sia quelle inconscie possono essere considerate come (scatenanti) cause o intenzioni, le spiegazioni psicoanalitiche sono filosoficamente fondate. La comprensione ermeneutica e le spiegazioni causali non si contrappongono, ma si completano reciprocamente.

Per ricapitolare, dato che l'obiettivo della terapia psicoanalitica è un cambiamento strutturale – vale a dire un cambiamento nelle condizioni inconscie – è essenziale fare delle ipotesi diagnostiche di massima sulle condizioni inconscie delle esperienze e del comportamento del paziente. Le descrizioni psicoanalitiche del processo terapeutico devono riferirsi a questi schemi inconsci. Il carattere ipotetico di tali correlazioni raggiunge un alto grado di probabilità se i cambiamenti determinati attraverso l'influenza dell'analista sono resi evidenti al di là di ogni ragionevole dubbio. E' molto deplorabile che nelle discussioni cliniche molto spesso manchi la dimostrazione dei cambiamenti inconsci. Boesky (2002) recentemente ha presentato un esempio di ricerca intitolato "Perché i nostri istituti non insegnano la metodologia dell'evidenza clinica psicoanalitica?". In un periodo di dieci anni (dal 1990 al 2000) Boesky ha condotto una ricerca sugli istituti psicoanalitici americani riconosciuti al fine di scoprire se il curriculum include corsi sulla presentazione dell'evidenza clinica. In quasi tutti gli istituti i candidati non vengono educati a prestare attenzione ai criteri di evidenza nei loro report sui casi. Quindi non c'è da meravigliarsi se da un capo all'altro della letteratura psicoanalitica – che si tratti di descrizioni sommarie, storie del caso, dichiarazioni di un'associazione, o trattazioni sul senso del test di Pulver – i criteri dell'evidenza sono largamente ignorati.

La sparizione dei soli sintomi non è sufficiente. Considerazioni diagnostiche vengono continuamente portate avanti con riferimento alle descrizioni microanalitiche del processo intersoggettivo. Quindi noi parliamo di terapie psicoanalitiche come di terapie focali a focus variabile.

Io dimostrerò la relazione tra processi inconsci ipotizzati e dettagliate interpretazioni nei report delle sedute di Amalie.

## **1.5 Il caso di Amalie**

con alcuni commenti introduttivi al report microanalitico delle sedute audioregistrate (152 e parte della 153) della terapia analitica di Amalie.

E' notevole quanti problemi deve affrontare uno psicoanalista quando dà a un collega i dati del suo lavoro clinico, in questo caso un dialogo trascritto, per una valutazione. I colleghi confermano più o meno seccamente che ci può essere una discrepanza significativa tra l'ideale professionale di una persona e la realtà. Il registratore è senza dubbio un ricevitore neutrale, che non può omettere qualcosa o essere selettivo. Io ho un debito di gratitudine verso Kubie (1958, p. 233-234), il quale ha basato la sua

supervisione (nel 1955-56) su sedute audioregistrate presso l'istituto psichiatrico di Yale, in cui io ero "resident" interno con una borsa di studio Fulbright (avevo già terminato il training di specialità in psichiatria tedesca come psicoterapeuta psicoanaliticamente orientato presso la Clinica Psicosomatica dell'Università di Heidelberg).

Le trascrizioni spesso sembrano poco significative rispetto al ricordo che l'analista ha delle sedute e che vengono immediatamente riportati in vita quando egli legge il testo. E' il ricco contesto cognitivo ed emozionale che aggiunge vitalità alle frasi pronunciate dal paziente e dall'analista. Questo contesto e il background multifaccettato, che vengono riportati in vita quando l'analista che conduce il trattamento legge una trascrizione, possono soltanto essere immaginati dal lettore che non ha partecipato al colloquio; per quest'ultimo potrebbe essere possibile colmare le lacune con l'aiuto della sua immaginazione e della sua esperienza. Nella tradizionale presentazione del materiale del caso, che generalmente contiene molto meno che i dati originali, questo arricchimento è fornito dai commenti narrativi dell'autore. Anche l'uso di generalizzazioni, vale a dire, dei concetti astratti che vengono regolarmente utilizzati nelle storie cliniche, probabilmente contribuiscono a far sentire il lettore a proprio agio. I concetti usati vengono riempiti – automaticamente, per così dire - con le idee che il lettore associa ad essi. Se un report riguarda un trauma o l'oralità, tutti noi attribuiremo ad esso un significato sulla base della nostra personale concezione di questi e altri concetti che è di per sé stessa adatta a condurci ad un dialogo di approvazione oppure scettico con l'autore.

Sandler e Sandler (1984, p. 396) fanno riferimento al "maggior compito per i futuri ricercatori di scoprire perché accade che il materiale trascritto delle sedute di altri analisti così spesso faccia sentire che loro sono certamente cattivi analisti". Loro precisano questo aggiungendo che "questa reazione è di gran lunga troppo frequente per riflettere la realtà e chiedono, possono così tanti analisti essere davvero così cattivi?". E' rilevante che i Sandler hanno fatto questo commento in una speciale pubblicazione di Ricerca Psicoanalitica, fedeli al contributo di Merton Gill alla tecnica psicoanalitica. La mia in un certo qual modo ironica interpretazione di questa osservazione è la seguente: entrambi i Sandler farebbero parte di quei cattivi analisti, se avessero presentato dialoghi audioregistrati senza aggiungere i loro pensieri e le loro sensazioni, come carne allo scheletro verbale. In altre parole, il nostro report verbale trasmette qualcosa del clima emozionale della situazione analitica a chi ascolta. Senza alcun commento aggiuntivo e alcun arricchimento del materiale trascritto dall'analista che conduce il trattamento la mera registrazione in sé è, certamente, poco significativo.

Guardando indietro possiamo dire che l'introduzione delle registrazioni su nastro nel trattamento psicoanalitico era collegato con l'inizio di una rivalutazione critica dei processi terapeutici. Questo semplice strumento tecnico era ed è ancora oggi oggetto di controversia tra gli psicoanalisti.

Come direttore del dipartimento di psicoterapia dell'Università di Ulm e direttore dell'appena fondato istituto psicoanalitico sotto lo stesso tetto del dipartimento

universitario io ho iniziato con l'audioregistrazione dei trattamenti psicoanalitici nel 1968. Come clinici ci siamo esposti alla critica dei miei colleghi e dei giovani candidati ed ho imparato una gran quantità di cose dalle loro valutazioni. Ricordiamo con un certo orgoglio, che già nel 1968 ad un incontro a Ulm dell'Associazione Psicoanalitica Tedesca avevamo presentato al cospetto di Paula Heimann una indagine basata su sedute audioregistrate.

Vorremmo aggiungere alcuni avvertimenti. L'espressione "trascrizione" crea l'impressione di essere uni-dimensionale: l'interpretazione dell'analista e le risposte del paziente non riflettono automaticamente delle strutture latenti, sebbene le interpretazioni tipiche rivelino a quale scuola appartenga l'analista.

Al fine di arricchire il dialogo forniamo il background delle nostre interpretazioni.

Queste "considerazioni" sono aggiunte successivamente alle interpretazioni e alle risposte del paziente. E' ovvio che eravamo guidati non soltanto dalle idee qua descritte quando giungemmo alle nostre interpretazioni. Comunque le interpretazioni possano venire create, qualsiasi interpretazione effettivamente data al paziente deve essere allineata ai criteri "cognitivi", come richiesto da Arlow (1979). Le nostre osservazioni riguardano i "prodotti finiti" "cognitivamente" e "razionalmente" basati – le nostre interpretazioni – e tralasciano le componenti intuitive, inconsce nel loro sviluppo. Quindi raramente facciamo riferimento al nostro controtransfert. Noi siamo psicoanalisti eclettici e intersoggettivisti. Relativamente al controtransfert siamo tanto antiquati quanto Melanie Klein (cf. l'aneddoto sul suo parlare ad un candidato della sua confusione, che egli aveva attribuito al paziente, Bott-Spillius 1988, p.10). Non crediamo che il controtransfert sia causato dall'identificazione proiettiva. Potrebbero esserci dei tipici pattern interazionali di transfert e controtransfert, ma pensiamo che sia responsabilità dell'analista fare il meglio per il paziente delle proprie reazioni emozionali. La fonte di ciascuno dei nostri concetti analitici resta aperta. Se noi assumiamo che l'apparato percettivo dell'analista sia guidato dalla sua cognizione teorica, che potrebbe essere divenuta preconsa, allora è veramente difficile tracciare la genesi delle interpretazioni fin dalle loro origini. Per esempio, la cognizione teorica sullo spostamento facilita anche la percezione preconsa; essa pervade l'intuito dell'analista e si miscela con il controtransfert (in un senso più ampio). Queste "considerazioni" costituiscono il nostro ripensamento. Per tutte le trattazioni cliniche e naturalmente controverse, raccomandiamo di considerare le informazioni di background come il punto di partenza del nostro scambio. In altre parole, speriamo che le nostre considerazioni siano abbastanza logiche da essere dibattute in modo critico. Tale logica è importante perché essa supporta le nostre ipotesi sugli schemi inconsci del paziente.

Guardando indietro, almeno trent'anni dopo, ho le seguenti riflessioni aggiuntive sulla mia personale concezione del metodo psicoanalitico a quell'epoca. Penso di essere abbastanza riuscito a stabilire un'utile unione che ha reso possibile fare le interpretazioni di transfert in riferimento ai processi di "spostamento e condensazione". La testa come simbolo della comprensione e della comunicazione e come simbolica espressione del pene e del fallo nel senso di Lacan.

## Report del trattamento

### Informazioni di background

Come abbiamo descritto l'esperienza clinica ha giustificato le seguenti ipotesi. Uno stigma virile rinforza l'invidia del pene e riattiva i conflitti edipici. Se il desiderio della paziente di essere un uomo si fosse materializzato, il suo schema corporeo ermafrodita sarebbe divenuto libero dal conflitto. La questione "Sono un uomo o una donna?" avrebbe quindi avuto risposta; la sua insicurezza relativa alla propria identità, che veniva continuamente rinforzata dal suo stigma, sarebbe stata eliminata; e l'immagine di sé e la realtà fisica sarebbero quindi state concordanti. Era impossibile per lei mantenere le proprie fantasie inconsce, comunque, in vista della realtà fisica. Uno stigma virile non fa di una donna un uomo. Le soluzioni regressive come per esempio il raggiungere una sicurezza interiore nonostante il suo stigma maschile identificandosi con sua madre hanno ridato vita agli antichi conflitti madre-figlia e portato ad una varietà di processi difensivi. Tutti i suoi processi affettivi e cognitivi erano segnati da ambivalenza, così che lei aveva difficoltà, per esempio, nel decidere tra due colori quando faceva acquisti perché li collegava a qualità maschili o femminili.

Quando organizza la situazione psicoanalitica e ha a che fare con problemi di questo tipo, l'analista deve prestare estrema attenzione a non permettere che l'asimmetria della relazione rinforzi eccessivamente la sensazione del paziente di essere diverso. Questo è importante perché l'idea di essere diverso – vale a dire, la questione della somiglianza e della differenza, dell'identità e della non identità – forma la struttura generale all'interno della quale appaiono i problemi inconsci. In questo caso analista e paziente riescono in modo relativamente veloce a stabilire una buona relazione di lavoro, creando le pre-condizioni per identificare l'interiorizzazione delle primissime forme di interazione con le persone di riferimento primario – genitori e insegnanti – durante lo sviluppo della nevrosi di transfert. La correzione che era stata ottenuta si può vedere nei cambiamenti dell'autostima, nella sua aumentata sicurezza, e nella scomparsa dei suoi sintomi.

I due estratti del trattamento sotto riportati sono collegati, nonostante il tempo trascorso tra loro, dal fatto che ognuno è relativo all'abilitazione del paziente ad attuare nuove identificazioni come risultato dell'analisi di transfert. La "testa" dell'analista è diventata il surrogato di antichi "oggetti" inconsci, e i suoi contenuti sono diventati la rappresentazione di nuove opportunità. La rappresentazione dell'"oggetto", che è simultaneamente la rappresentazione di sé, ha reso possibile fissare una distanza perché l'analista rendesse la sua testa disponibile e contemporaneamente la conservasse. Così egli divenne un modello per la vicinanza e per la distanza. Questo esempio dimostra chiaramente l'effetto terapeutico che può avere l'insight nella connessione tra le percezioni e i pensieri dell'analista.

Abbiamo selezionato questo caso perché a nostro avviso è adatto a procurare parecchi motivi di sostegno per la nostra argomentazione. Sebbene la testa avesse acquisito valenza sessuale come risultato dello spostamento inconscio, questo spostamento non aveva modificato nulla riguardo il primato della comunicazione intellettuale tra la

paziente e l'analista su quanto di nascosto era ricercato nella testa. La ricerca della conoscenza era diretta alla sessualità. Questo segreto e ben custodito (rimosso) tesoro era supposto trovarsi nella testa (come oggetto di transfert) a causa della rimozione inconscia. La riscoperta dello "spostamento" portò alla luce qualcosa che era "nuovo" per la paziente.

La paziente soffriva di gravi sentimenti di colpa, che venivano attualizzati nella relazione con me. La legge biblica dell'occhio per occhio e dente per dente era consolidata nel suo sentire a causa dei suoi desideri sessuali. Il modello di ruolo storico della sua vita per i contenuti della sua nevrosi di transfert era una fantasmatica relazione incestuosa con il fratello. L'incremento in tensione interiore portò la paziente a riconsiderare l'idea di dedicare la sua vita alla chiesa come missionaria, o a meditare di suicidarsi.

Da giovane donna lei aveva desiderato diventare suora e infermiera ma rinunciò a quest'idea dopo un periodo di prova poiché la prigionia religiosa divenne troppo per lei. L'abbandono l'aiutò anche a stabilire una certa distanza dai severi comandamenti biblici.

A questo punto lei usò la sua "vecchia" bibbia contro l'analista, "in un combattimento all'ultimo sangue." Questo combattimento avvenne a diversi livelli, e la paziente inventò una serie di similitudini per questi livelli. Lei aveva la sensazione che il dogma dell'analista, la "Bibbia Freud," non potesse essere conciliata con la sua Bibbia Cristiana. Entrambe le bibbie, comunque, contenevano una proibizione di relazioni sessuali con l'analista.

La paziente lottò per la sua indipendenza e i suoi bisogni, che difese da entrambe queste bibbie. Lei sviluppò un'intensa difesa contro le interpretazioni dell'analista, e lei aveva la sensazione che lui sapesse in anticipo esattamente "cosa sta per accadere." Si sentiva umiliata perché le sue deviazioni e follie erano state scoperte. Lei aveva l'intenso desiderio di significare qualcosa per l'analista e di vivere nell'analista; lei meditava di dare all'analista un antico, grazioso e meraviglioso orologio che avrebbe battuto ogni ora per lui (e per lei).

In questa fase del trattamento un argomento assunse uno speciale significato e intensità; questo era il suo interesse per la testa dell'analista. Cosa aveva imparato lei dal misurare la testa? In una situazione simile Amalie X una volta disse che per lungo tempo lei aveva pensato che l'analista stesse cercando conferma di quanto era già lì – nei libri, nei pensieri, nella testa. Lei desiderava che qualcosa di completamente nuovo venisse fuori. Lei stessa cercava le interpretazioni e si sforzava di capire le idee dell'analista.

Seduta 152 – report sulla base dell'audioregistrazione

La paziente parlò del suo severo dirigente, che l'aveva ingiustamente criticata e a cui lei non poteva tenere testa.

*A: Lei pensa che io stia seduto dietro di lei e stia dicendo "sbagliato, sbagliato."*

Considerazione. Questa interpretazione di transfert era basata sulla seguente ipotesi. La paziente ha attribuito all'analista una "funzione di super-io." Questa interpretazione le tolse il peso e le diede il coraggio di ribellarsi (la paziente aveva riconosciuto molto prima che l'analista era diverso e che non l'avrebbe criticata, ma lei non era sicura e non riusciva a crederci poiché aveva ancora delle considerevoli aggressioni inconse contro gli "antichi oggetti"). Ipotizzammo che lei avesse sentimenti di transfert molto più intensi e che sia la paziente sia l'analista avrebbero potuto tollerare un aumento di tensione. L'analista le ripetè la sua preoccupazione che non la potesse sopportare e alla fine formulò la seguente frase: "Quindi è una sorta di combattimento fino all'ultimo, con un coltello" (senza specificare chi ha il coltello). Con questa allusione al simbolismo fallico l'analista intendeva stimolare i suoi desideri inconsci. Era un'overdose! La paziente reagì ritirandosi. Ipotesi: autopunizione.

*P: A volte ho la sensazione che mi piacerebbe assalirla, prenderla per il collo, e tenerla stretto. Poi penso, "Lui non può reggere e immediatamente cadrà morto per terra";*

*A: Che io non posso reggere;*

La paziente cambiò argomento, esprimendo la sua concezione generale sul chiedere troppo all'analista e sul suo<sup>4</sup> non essere in grado di reggere la battaglia;

*A: E' una sorta di combattimento fino all'ultimo, con un coltello.* (Questa interpretazione allude al sogno di Amalie sull'essere calpestata, riportato all'inizio della seduta);

*P: Probabilmente;*

Quindi lei considerò che lei aveva sempre, nel corso degli anni, rinunciato prematuramente, prima che la battaglia fosse veramente iniziata, e si era ritirata.

*P: E io non dubito più che fosse giusto per me ritirarmi. Dopo così tanto tempo ho ancora questa forte spinta a rinunciare ancora;*

*A: Il ritiro e il sacrificio di sé al servizio della missione invece del combattere fino alla fine;*

*P: Esattamente, esasperante;*

Considerazione. Lei era molto ansiosa di perdere il suo oggetto.

*A: Quindi io avrei la garanzia di essere salvo. Quindi lei avrebbe interrotto il mio test prematuramente.*

Proseguirono sull'argomento di cosa l'analista potesse reggere e se lui si fosse lasciato trascinare dal suo "delirio." La paziente aveva precedentemente fatto paragoni con un albero, chiedendo se lei avrebbe potuto prendere qualcosa da esso, e cosa sarebbe stato. L'analista ritornò a quest'immagine e solleva la questione di cosa lei volesse portarsi via staccando i rami.

Considerazione. Albero della conoscenza-aggressione.

*P: E' il suo collo, è la sua testa. Io sono spesso preoccupata per la tua testa.*

*A: Sta su? Lei è spesso preoccupata per la mia testa?*

---

<sup>4</sup> N.d.Tr.: il non essere in grado da parte dell'analista.

*P: Sì, sì, incredibilmente spesso. Dall'inizio l'ho misurata in ogni direzione .*

*A: Hum, è...*

*P: E' particolare, dalla parte posteriore alla fronte e dall'estremità inferiore. Credo che sto praticando un vero e proprio culto della sua testa. Questo è troppo divertente. Con le altre persone è più probabile che io veda cosa indossano, semplicemente in modo istintivo, senza doverli studiare.*

Considerazione. Creare delle cose condivise come identificazione primaria. [Questo argomento è stato discusso per un lungo periodo di tempo, con alcune pause e alcuni "hum" da parte dell'analista.]

*P: E' troppo semplice per me. A volte mi chiedo in seguito come mai io non l'abbia visto, è un collegamento talmente semplice. Sono incredibilmente interessata alla sua testa. Naturalmente, anche a quello che c'è dentro. No, non semplicemente per prenderla con me, ma per entrare nella sua testa, sì soprattutto, per entrare.*

Considerazione. Il parziale ritiro dell'oggetto ha aumentato la sua aggressività fallica inconscia.

La paziente parlava talmente a bassa voce che l'analista neanche aveva capito "entrare dentro" all'inizio, scambiandolo per "mettere dentro". La paziente corresse l'analista e aggiunse un'immagine peculiare, "Sì, è così difficile da dire di fronte a 100 occhi."

*P: Entrare, il punto è entrare e portar fuori qualcosa.*

Io vidi questo entrare dentro e portare fuori qualcosa in connessione con l'argomento del combattimento. Era possibile collocare il simbolismo sessuale che risultava dallo spostamento dal punto più basso a quello più alto per l'uso terapeutico riferendosi a una storia che la paziente aveva raccontato in una precedente seduta. Una donna che conosceva aveva impedito al suo ragazzo di avere rapporti con lei e lo aveva masturbato, cosa che lei descrisse con un'analogia con un gergo da cacciatore di teste come "strizzare il cervello." L'intenzione di castrazione inconscia dettata dalla sua invidia del pene creò una profonda ansia sessuale e procedeva parallelamente a generali e specifiche ansie di deflorazione. Queste ansie portavano a loro volta alla frustrazione, tranne una che lei stessa aveva istintivamente causato, come un ciclo nevrotico auto-perpetuante. Il rifiuto dei suoi desideri sessuali ed erotici che ora si erano presentati e rinforzò inconsciamente le componenti aggressive della sua volontà di avere e di possedere (desiderio del pene e invidia del pene).

*A: Che lei vuole avere il coltello per essere in grado di entrare con la forza, per portare fuori di più.*

Dopo c'è stato lo scambio di pochi pensieri in più, l'analista ha dato una spiegazione, dicendo che c'era qualcosa di molto concreto dietro la preoccupazione per gli argomenti di entrare dentro, della testa, e del combattimento fino all'ultimo con un coltello.

*A: La donna che ha menzionato non parlava di, "strizzacervelli"<sup>5</sup> per nulla;*

*P: Questa è soltanto la reazione per cui ho interrotto questa linea di pensiero.*

---

<sup>5</sup> Il termine colloquiale "strizzacervelli" (=psichiatra) non ha una controparte tedesca ed è sconosciuta ad Amalie). La sua espressione "Schumpfköpfe machen" si riferisce ad un'usanza dei guerrieri cannibali amazzonici che seccavano e rimpicciolivano le teste dei nemici uccisi.



[Per circa dieci minuti la paziente passò ad un argomento completamente diverso.]

Dopo aver espresso il suo insight nella sua resistenza ad un'intensificazione del transfert, lei schivò nuovamente l'argomento. Lei interruppe l'intensificazione, facendo numerosi commenti critici.

*P: Perché al momento questo può essere così stupido, così distante. Sì, i miei desideri sono il punto, ma è complesso, e io divento veramente pazza, e quando la testa e lo strizzamento del cervello ora sono...*

Lei rise, immediatamente espresse il suo rammarico, e stette in silenzio. L'analista cercò di incoraggiarla.

*A: Lei sa cosa c'è nella sua testa;*

*P: Adesso non mi sento per nulla a mio agio dentro me stessa. Come faccio a sapere cosa succederà domani. Devo pensare al passato. Io ero giusto sul dogma e sulla sua testa, e se lei vuole scendere ...[verso un cervello strizzato]. E' davvero grottesco.*

Considerazione. Io all'inizio ho menzionato i cervelli strizzati perché ipotizzavo che la paziente sarebbe stata più collaborativa se poteva esistere la relazione d'oggetto invidiata.

Poi la paziente arrivò a parlare di cose esteriori. Lei descrisse come mi vedeva e come vedeva sé stessa, indipendente dalla testa, che successivamente divenne di nuovo il focus dell'attenzione in senso generale.

*A: Riflettendo sulla testa lei sta cercando di scoprire cosa è lei e cosa sono io;*

*P: A volte misuro la sua testa come se volessi sottomettere il suo cervello.*

La paziente poi descrisse le associazioni che aveva fatto una volta che aveva visto la mia foto stampata da qualche parte.

*P: Io scoprii qualcosa di completamente differente a quell'epoca. C'era un'incredibile quantità di invidia per la sua testa. Un'incredibile quantità. Ora in ogni caso sto giungendo a una qualche conclusione. Penso sempre al coltello e a qualche bel sogno.*

Considerazione. La paziente ovviamente si è sentita colpita. Si è sentita umiliata dalla sua stessa associazione, come se avesse indovinato l'ipotesi dell'analista sulla cosa a cui potesse essere riferita l'invidia. In questo caso l'analista sarebbe stato assalito da lei, per modo di dire.

*A: Umiliante, apparentemente per lei, come se io, quando lei esprime invidia, sapessi già in quale categoria inserirla, come se io sapessi già di che cosa lei è invidiosa.*

*P: Il che è emerso soltanto adesso perché lei si è riferito ai cervelli strizzati, a cui io non mi ero mai riferita. Ma quello che mi ha affascinato è la lotta fino all'ultimo, per il coltello, per conquistare la parte più dura...Sì, avevo paura che lei non potesse reggere. La mia paura che lei non possa reggere è molto antica. Mio padre non riusciva a reggere nulla. Lei non crederebbe a quanto debole io penso che sia mio padre. Lui non potrebbe reggere nulla.*

Considerazione. Un cambio sorprendente. L'insicurezza della paziente e la sua ansia sul reggere si è sviluppata aspecificamente su suo padre.

*A: E' ancor più importante se la mia testa è dura. Il che accresce la durezza quando lei regge;*

*P: Sì, lei può reggere più duramente...e può – semplicemente – combattere meglio.*

La paziente quindi fece numerosi commenti sull'effetto di quanto importante fosse che io non mi fossi lasciato andare, e lei tornò alla sua invidia. Poi lei parlò di nuovo dei suoi studi universitari, e di come lei fosse solita “misurare” le teste degli altri. Quindi introdusse un nuovo pensiero.

*P: Voglio intagliare un piccolo buco nella sua testa e metterci un po' dei miei pensieri.*

Considerazione. Un'immagine oggettivista di scambio “intellettuale” come spostamento? L'idea della paziente sulla natura a due facce dello scambio portò l'analista a riconoscere un altro aspetto di questa lotta. Era anche un'espressione di come fosse importante per l'analista che lei rimanesse una parte del mondo (e in contatto con lui), e non divagasse né in un autosacrificio masochistico, né nel suicidio.

*P: Che mi è sovvenuto da poco. Non potrei scambiare un po' del suo dogma col mio. Il pensiero di un tale scambio mi ha reso più facile dire tutto riguardo a queste cose sulla sua testa;*

*A: Che lei continua a venire qua cosicché possa continuare a riempire la mia testa con i suoi pensieri.*

Considerazione. Fertilizzazione in molti sensi – bilanciamento e conferma di reciprocità.

*P: Oh sì, e ad esprimere idee davvero produttive.*

La paziente ritornò ai pensieri e alle fantasie che aveva avuto prima della seduta, su come lei era stata sbattuta avanti e indietro. (N.d.tr.: Si chiedeva). Se aveva un futuro, e se non avrebbe dovuto ritirarsi in un modo o nell'altro e mettere fine a tutto definitivamente.

All'inizio l'analista aveva tentato di sollevare i suoi intensi sensi di colpa relativamente alla sua distruttività. Raccolse ancora una volta l'idea che i suoi pensieri sulla stabilità dell'analista erano proporzionali al suo grado di aggressività. La paziente poteva soltanto guadagnare sicurezza e scoprire ulteriormente la sua distruttività se lei avesse trovato una stabilità forte, solida. L'argomento del dogmatismo probabilmente apparteneva a questo contesto. Sebbene lei lo criticasse – sia il suo credo personale nella bibbia sia il supposto credo dell'analista nella bibbia di Freud – esso le procurava anche sicurezza, e per questa ragione il dogmatismo non poteva essere troppo rigoroso o pronunciato.

*A: Naturalmente a lei non piacerebbe un piccolo foro; le piacerebbe metterci dentro tante cose, non poche. L'idea di un piccolo o grande buco era il suo timido tentativo di testare la stabilità della mia testa.*

La conseguente interpretazione dell'analista era che la paziente poteva anche vedere di più attraverso un grande buco e che potesse toccarlo. Lei raccolse questa idea:

*P: Mi piacerebbe anche poter fare una passeggiata nella sua testa.*

Su quest'idea lei elaborò, ed enfatizzò che anche precedentemente, vale a dire, prima della seduta di quel giorno, lei aveva spesso pensato fra sé e sé a quanto bello sarebbe rilassarsi in me, avere una panchina nella mia testa. Molto pacificamente lei disse che l'analista avrebbe potuto dire guardando dopo la morte a ritroso la sua vita che aveva avuto un amabile, silenzioso e pacifico luogo per lavorare. (Il suo studio era di fronte ad un cimitero molto antico, ora utilizzato come parco.)

Considerazione. Silenzio e pace hanno chiaramente una qualità regressiva, cioè completamente evitante la lotta per la vita.

La paziente ora vedeva il suo ingresso nella casa materna come se una porta fosse stata spalancata e se lei avesse voltato le spalle alla vita. Poi lei disegnò un parallelo con l'inizio della seduta, quando la porta era aperta.

*P: Io davvero non ho dovuto forzare il mio ingresso. Sì, là avrei potuto lasciare fuori la lotta, avrei anche potuto lasciare fuori lei, e lei si sarebbe potuto tenere i suoi dogmi.*

*A: Hum.*

*P: E poi io non avrei lottato con lei.*

*A: Sì, ma poi lei e i suoi dogmi non avreste avuto paura di me- In quel setting di pace e silenzio tutto sarebbe rimasto immutato, ma il fatto lei interferisca nei miei pensieri ed entri nella mia testa dimostra che lei vuole cambiare qualcosa, che lei può e vuole cambiare qualcosa.*

Alcune parti della seduta successiva (no. 153):

Circa cinque minuti nella seduta successiva, la paziente ritornò alla testa dell'analista e al misurarla e al fatto che questo l'aveva disturbata e che lui aveva iniziato a parlare dei cervelli strizzati.

*P: Io le ho detto così. Come mai lei semplicemente desidera calarsi dalla testa?*

Lei quindi descrisse come era duramente arrivata a casa prima di richiamare i pensieri che aveva avuto quando salutò, ma che poi aveva completamente dimenticato durante la seduta.

*P: Per me, lui [l'analista] appare come se fosse nel fiore della sua vita, e poi io pensai ai genitali e ai cervelli strizzati. [ma lei spinse fuori questo pensiero velocemente, e se ne andò completamente.] Quando lei ha iniziato con i cervelli strizzati, pensai, "Dove lo ha trovato nuovamente?"*

L'argomento successivo era la questione della mia sicurezza e del mio dogmatismo, ed era chiaro che la paziente aveva considerato come dogmatico un commento completamente adogmatico che avevo fatto una volta su Freud e Jung (ho dimenticato cosa fosse). Poi lei pensò a proposito del vivere una vita piena, del momento in cui tutto si fermò per lei e lei divenne "ascetica," e se tutto potesse essere rivissuto. Poi menzionò di nuovo la lotta e la mia testa.

*P: Io avevo davvero paura di strapparla. E oggi io penso che è così rigida e lineare, e penso tra me e me, "Io in un certo senso non posso entrare realmente nella mia testa. Io non sono a casa. Quindi io dovrei entrare nella sua?"*

La paziente quindi cominciò a parlare di una zia che a volte era talmente dura che si poteva pensare di scontrarsi con un muro. Poi lei continuò su quanto dura e quanto morbida le sarebbe piaciuto che fosse la sua testa. Le sue fantasie ruotavano intorno, da un lato al silenzio e alla sicurezza; dall'altro, lei si preoccupava di che cosa potesse essere nascosto nella sua testa e del pericolo che questa cosa potesse consumarla.

Considerazione. Questo ovviamente implicò un momento regressivo. La paziente non poteva trovare alcuna calma e rilassamento poiché i suoi desideri sessuali erano collegati a fantasie pregenitali, che ritornavano a forme proiettate perché erano in pericolo di essere consumate. Queste componenti erano date nella loro più chiara, e in un certo senso nella loro ultima, espressione, in una storia indiana che la paziente successivamente associò, in cui le madri davano piacere ai loro piccoli figli succhiando i loro peni, ma via via li strappavano a morsi.

Il confronto tra le teste e i loro contenuti si sviluppava sempre intorno alla questione se essi concordassero oppure no.

*P: La questione di come lei abbia i suoi pensieri e di come io abbia i miei...I pensieri rappresentano molte cose...;*

*A: Come si incontrano, come incidono l'uno sull'altro, quanto profondamente penetrano, quanto siano amichevoli o non amichevoli;*

*P: Sì, esattamente;*

*A: Hum, bene;*

*P: Lei lo ha reso un po' troppo semplice.*

La paziente pensò a tutte le cose che la spaventavano e ritornò ai cervelli strizzati.

*P: Là io mi sento troppo legata alla sessualità. Il salto era troppo grande.*

L'argomento fu proseguito con la questione della sua velocità e della considerazione che l'analista prestava a lei e alla sua velocità.

*P: Ma è vero; naturalmente non era soltanto la sua testa, ma anche il suo pene.*

Amalie X ora si trovava nella posizione, con fasi di accresciuta o diminuita ansia, di distinguere tra il piacere dato dallo scoprire collegamenti intellettuali e piacere sessuale. Il lettino divenne il suo luogo mentale dell'unione sessuale, e il suo riposare nella testa dell'analista il simbolo dell'armonia pregenitale e alla fine il luogo di condivisi elementi ed insight. Questo aspetto divenne anche più chiaro poco dopo.