

Horst Kächele & Helmut Thomä

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

## 9 L'evoluzione della reazione alle interruzioni quale indicatore di cambiamento<sup>1</sup>

Questo scritto esamina l'evoluzione della reazione alle pause nel corso dell'analisi efficace di una paziente donna. L'ipotesi è che questa evoluzione sia un indicatore del cambiamento ottenuto attraverso il processo terapeutico. Lo studio si è basato su un campione di 212 sedute trascritte, uniformemente distribuite lungo il trattamento, ed ha compreso tre fasi: 1) è stata ottenuta una definizione formale di pausa nel trattamento mediante un istogramma basato su un foglio presenze; 2) attraverso il *Dizionario per Argomenti sull'Ansia di Ulm* (Ulm Anxiety Topic Dictionary - ATD), si è tentato di caratterizzare le sedute connesse nel tempo con i vari tipi di pausa. L'ATD è un metodo assistito dal computer di analisi del contenuto verbale. Questo strumento ha definito il costrutto seduta di separazione, che tende a presentarsi immediatamente prima di pause prolungate, ma che è stato anche sporadicamente ritrovato in relazione a pause più brevi; 3) è stato studiato un campione di sedute di separazione per mezzo del CCRT per la valutazione del transfert. Le componenti del CCRT si sono evolute secondo le aspettative della teoria terapeutica psicoanalitica. Vengono discussi i risultati in relazione alla metodologia usata ed alla teoria psicoanalitica del processo. Vengono discusse alcune conseguenze per le tecniche terapeutiche.

### 9.1 Il modello della perdita-separazione

Attraverso il proprio peculiare metodo, la psicoanalisi ha generato un gran numero di ipotesi relative ai diversi campi della teoria psicoanalitica. L'importante valore euristico dei metodi psicoanalitici contrasta grandemente con la debolezza della sua validazione esterna. Sia all'interno che all'esterno della psicoanalisi, possiamo osservare un interesse crescente per la validazione delle ipotesi attraverso l'uso di metodologie scollegate dal metodo psicoanalitico, mutate dalle scienze sociali. Recentemente, abbiamo lavorato sulla validazione attraverso la metodologia empirica

---

<sup>1</sup> Adattato da: Jiménez J, Pokorny D, Kächele H (2006) Reaktionen auf Unterbrechungen als Indikatoren struktureller Veränderung. In: Thomä H, Kächele H (Hrsg) *Psychoanalytische Therapie. Forschung*. Springer, Berlin Heidelberg, S 253-263. Questo studio era parte della tesi di dottorato di J. P. Jimenez alla Facoltà di Medicina della Università di Ulm Trad. It. di Manuela Tagliaferri

di alcune ipotesi del modello della perdita-separazione all'interno della teoria terapeutica psicoanalitica.

L'assunzione su cui si basa questo studio è che l'analista, nel suo lavoro terapeutico e nelle sue azioni interpretative con il paziente, costruisca e dispieghi dei "modelli operativi" in cui si cristallizzano i più vari e disparati livelli della teoria e della tecnica psicoanalitica (Greenson 1960; Bowlby 1969; Peterfreund 1975). Anche il paziente ha dei modelli operativi, che si sono gradualmente strutturati nel corso della sua vita e secondo cui lui o lei *interpreta* la propria relazione con l'analista, e sviluppa aspettative nei riguardi di quest'ultimo (Bowlby 1973). All'interno di questi modelli operativi, sia per il paziente che per l'analista, il modello della *perdita-separazione* occupa una posizione di importanza capitale.

Il tema di perdita e separazione può essere rinvenuto ad ogni livello della teoria e della tecnica psicoanalitiche e va al di là delle differenze tra le scuole. Si può dire che sia divenuto un luogo comune clinico. Come tale si trova: 1) nella teoria esplicativa della genesi dello psichico e dei disturbi psicosomatici - nell'ipotesi del potenziale patogeno dei traumi da separazione precoce; 2) nella teoria dello sviluppo psicosessuale - nella concezione di M. Klein e M. Mahler; 3) nella teoria del transfert - nell'idea che la situazione analitica sia la ripetizione dei processi precoci di separazione e della perdita degli oggetti primari; 4) nella teoria della personalità quando la maturità e la differenziazione di tratto diventano dipendenti dal livello di "separazione" interiore delle rappresentazioni di sé e degli oggetti e 5) nella teoria della terapia - nell'associazione tra elaborazione focale ed elaborazione del lutto.

Il modello della perdita-separazione è anche un modello del processo psicoanalitico. Questo punto di vista è stato formulato esplicitamente da J. Rickman già nel 1949, come di seguito: "La pausa del fine settimana, poiché è un evento ripetuto lungo tutta l'analisi, che è anche intervallato dalle più lunghe pause estive, può essere usata dall'analista [...] al fine di valutare lo sviluppo del paziente" (1950, p. 201). Aggiunge: "le interruzioni del fine settimana e delle vacanze del lavoro [analitico] forzano l'emergere di fantasie di transfert; così il lavoro [analitico] continua questo cambiamento del carattere in corrispondenza con lo schema interno di forze e relazioni oggettuali del paziente" (p. 201).

Nonostante la sua posizione centrale nella teoria della tecnica come modello del processo psicoanalitico, l'evoluzione della reazione alle pause non ha ancora costituito il soggetto di uno studio empirico sistematico. Ogni modello del processo ha sempre due aspetti (Thomä, Kächele 1987, Capitolo 9): uno *descrittivo* - che cioè serve a descrivere il corso e lo sviluppo del trattamento - ed uno *prescrittivo*, che guida l'analista nei suoi interventi nel processo e lo abilita ad ideare delle strategie interpretative.

Questo scritto si limita alla *descrizione* con mezzi empirici dell'evoluzione della reazione alle pause in un processo terapeutico di una paziente donna.

L'ipotesi centrale di questo scritto può essere formulata come segue:

*L'evoluzione della reazione alle pause nel corso di un trattamento psicoanalitico è un indicatore del cambiamento strutturale ottenuto dal paziente all'interno del processo terapeutico.*

Quest' ipotesi generale si suddivide in due particolari: 1) il modello operativo della perdita-separazione può essere rintracciato in correlazione cronologica con le pause nel trattamento analitico, nel materiale delle sedute (strettamente parlando, nell' interazione verbale tra paziente ed analista); 2) in un' analisi efficace, questo modello deve evolversi come previsto dalla teoria psicoanalitica.

## 9.2 Materiale e metodo

Si considera in questa sede un caso singolo poiché solo uno studio di questo tipo permette una valutazione dettagliata dell' evoluzione della reazione alle pause durante l' analisi.

Questo studio è basato su 212 sedute trascritte, distribuite abbastanza regolarmente lungo il trattamento.

### Metodo

Il metodo di uno studio empirico deve essere coerente con ciò che si vuole trovare - cioè, con le ipotesi fatte ed anche con il materiale disponibile - in questo caso, un campione di 212 trascritti verbatim delle sedute della psicoanalisi di Amalie.

La *prima ipotesi* del nostro studio è che i trascritti delle sedute che si collegano alle pause nel trattamento debbano contenere il tema della perdita-separazione. Dunque il primo requisito è la definizione formale di ciò che intendiamo con pausa. In secondo luogo, dobbiamo trovare un modo di dimostrare che il modello della perdita-separazione appare primariamente nei trascritti delle sedute collegate nel tempo ad una pausa, e non arbitrariamente in qualunque seduta del campione. Una volta che questa relazione sia stata dimostrata, dovremo guardare alla *seconda ipotesi*, e analizzare il contenuto delle sedute, che dovremo da questo momento chiamare *sedute di separazione*, considereremo se le fantasie di transfert che appaiono nel materiale di queste sedute si evolvano durante il corso del processo, e se sì come.

Dalle precedenti considerazioni possiamo identificare tre stadi di questa ricerca, ciascuno dei quali richiede un differente metodo appropriato al suo scopo particolare. Lo scopo del primo stadio è di definire formalmente una pausa nel trattamento. Il secondo si propone di dimostrare la correlazione tra una *seduta di pausa*, definita a livello operativo, e una comparsa nel materiale del tema di perdita e separazione. Il terzo stadio della ricerca cerca di dimostrare un' evoluzione nelle fantasie di transfert della paziente, che viene riflessa nel contenuto del materiale delle *sedute di separazione*.

Per una definizione iniziale di pausa nel trattamento, adottiamo criteri empirici operazionali. Sulla base del foglio di presenza, tracciamo un istogramma del trattamento, che analizzeremo di seguito.

In un secondo momento cercheremo di stabilire la correlazione tra *sedute di pausa* e *sedute di separazione*, poiché non tutte le *sedute di pausa* necessariamente mostrano un significativo incremento dell' incidenza del tema della perdita-separazione. Se

trovassimo una correlazione, dovremmo testare quale tipo di *seduta di pausa* possa anche essere considerata una *seduta di separazione*.

Per una descrizione sostanziale delle *sedute di pausa*, usiamo il *Dizionario per Argomenti sull'Ansia di Ulm* (Ulm Anxiety Topic Dictionary, ATD, Speidel 1979), che è uno strumento che utilizza il computer per l'analisi del contenuto. L'ATD comprende quattro categorie tematiche, *colpa*, *vergogna*, *castrazione e separazione*, operazionalizzate come liste di parole singole, ognuna delle quali si presume che singolarmente rappresentino una di queste categorie. Un programma computerizzato viene usato per analizzare il contenuto verbale dei testi dell'analista e della paziente, presi separatamente, per ciascuna seduta dell'analisi, con risultati che sono valori che riflettono la frequenza relativa di parole appartenenti a ciascuna delle categorie tematiche. Questa procedura produce valori per la categoria della colpa, della vergogna, della castrazione e della separazione, rispettivamente per la paziente e per l'analista, il cui confronto da seduta a seduta dà un'idea approssimativa di quanto questi temi vengano toccati in ciascuna seduta. Il dizionario è stato usato in questo studio solo come mero strumento per l'identificazione dei temi e non per individuare specifici disturbi o ansie.

Per capire la nostra argomentazione dobbiamo considerare che il 90% dei valori trovati nelle sedute con questo strumento si collocano, nel caso della nostra paziente, tra lo 0.1% e 1.2% per le diverse categorie. Ad esempio, se in una data seduta ATD trova dei valori di 0.75% per la categoria *separazione-paziente*, significa che lo 0.75% delle parole usate dalla paziente in quella seduta - una media di 22 parole su 2933 - appartiene al campo semantico della separazione. E' dunque chiaro che i valori sono meri indicatori dei temi discussi.

Con questa fase desideriamo identificare le sedute rilevanti dal punto di vista della reazione alle pause - cioè sedute che mostrano l'impatto degli intervalli privi di sedute sulla diade analista-paziente, come riflesso nei quattro temi definiti dal dizionario.

Le sedute così identificate - o piuttosto un campione di queste sedute dove ce ne sono diverse - possono essere analizzate in una terza fase attraverso un metodo vicino al metodo clinico, con l'intenzione di esaminare in dettaglio l'evoluzione della reazione alle pause nel corso del trattamento. In questa parte dello studio usiamo il metodo concepito da Luborsky et al. per valutare il transfert (CCRT).

Il metodo di valutazione del transfert CCRT (*Core Conflictual Relationship Theme* - tema relazionale conflittuale centrale) e diversi aspetti della validità ed attendibilità del metodo sono stati descritti in diverse pubblicazioni (comprese Luborsky 1984; Luborsky et al. 1988a, 1988b). Orientato alla descrizione del contenuto del transfert, questo metodo è molto adatto per valutare l'evoluzione delle fantasie di transfert che appaiono nella paziente in relazione alle pause durante il trattamento.

Il primo passo di questo metodo è l'identificazione da parte di giudici indipendenti degli *episodi relazionali (RE)* nei trascritti della seduta. Questi episodi relazionali non sono altro che piccole unità narrative in cui viene descritta un'interazione con un'

9 L'evoluzione della reazione alle pause nel processo psicoanalitico quale indicatore di cambiamento

altra persona. Il secondo passo per i giudici del CCRT consiste nel valutare gli *episodi relazionali*, identificando in ciascuno le seguenti tre componenti:

1) Il principale desiderio, bisogno o intenzione della paziente in relazione all' altra persona (*W, wish*, desiderio).

2) La risposta reale o immaginata dell' altro (*RO, response from other*, risposta dell' altro).

3) La reazione del soggetto (della paziente) a questa risposta (*RS, response from self*, la propria risposta).

Il *Tema Relazionale Conflittuale Centrale* (CCRT) è la rappresentazione, sintetizzata in poche frasi che donano un senso completo, del tipo di componenti che appaiono con maggiore frequenza attraverso il campione di episodi relazionali.

### 9.3 Risultati

#### *Fase 1: Definizione formale di pausa*

Definiamo attraverso criteri empirici operativi una pausa nel trattamento. L' istogramma riprodotto in Figura 1 mostra ciò che segue: tra le 531 sedute reali ci sono stati 530 intervalli privi di sedute, di cui misuriamo la lunghezza in giorni (ad esempio, c' è un intervallo di 1 giorno tra la seduta del lunedì e la successiva seduta del martedì). L' istogramma ha rivelato cinque blocchi di intervalli liberi da sedute. Il Blocco 1 rappresenta gli intervalli più brevi e riflette la cadenza temporale "ideale" (in questo caso tre volte a settimana). Questi intervalli più brevi vengono definiti come *non-pause*. Il Blocco 2 contiene le pause del fine settimana. Il Blocco 3 comprende pause brevi dovute a malattie da parte della paziente o assenze dell' analista per partecipare a congressi o per altre ragioni. Il Blocco 4 comprende pause per le vacanze di Natale o di Pasqua. Infine, il Blocco 5 rappresenta tre vacanze estive prese contemporaneamente da paziente ed analista, due pause dovute a vacanze estive non simultanee, e due assenze prolungate dell' analista per dei viaggi all' estero.

Sulla base di questi blocchi di pause, è stato possibile definire quali sedute erano collegate a quali pause ed il tipo di relazione con le pause rilevanti (se prima o dopo, e a che distanza).

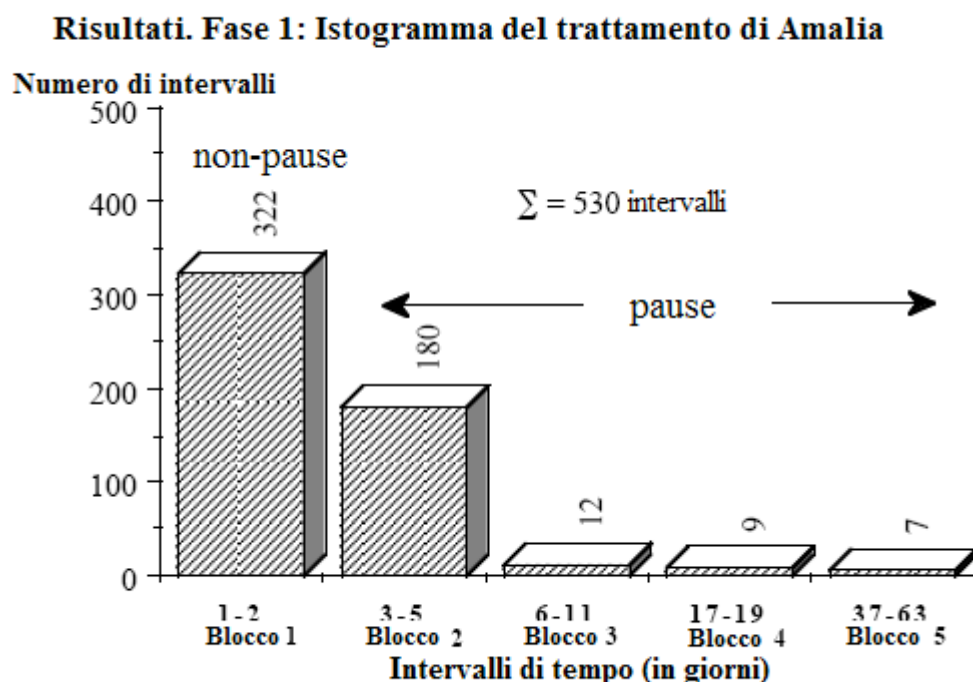


Fig. 1

### Fase 2: Identificazione delle sedute di separazione

Secondo la nostra ipotesi, il modello della perdita-separazione deve apparire nelle sedute correlate nel tempo con le pause (*sedute di pausa*).<sup>2</sup>

Per studiare la correlazione tra *sedute di pausa* e *sedute di separazione*, dividiamo le sedute del campione in gruppi secondo la loro relazione con le pause: secondo la durata della pausa, se hanno preceduto o seguito la pausa, e per il numero di sedute tra la seduta rilevante e la pausa. Compariamo i diversi gruppi formati in questo modo con un gruppo di sedute *non-pausa* (N=86). Questo gruppo di 86 sedute *non-pausa* mostra di essere regolarmente distribuito attraverso il trattamento.

Il confronto fatto tra i diversi gruppi di *sedute di pausa* ed il gruppo di *sedute non-pausa* rivela differenze significative (t-test:  $p < 0.05$ ) soltanto nel gruppo di sedute immediatamente precedenti le pause più lunghe. In questo gruppo troviamo valori significativamente alti per la variabile *separazione-paziente* e valori significativamente bassi per la variabile *vergogna-terapeuta*.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> La relazione tra il modello della perdita-separazione nelle registrazioni verbali e le *sedute di pausa* non è necessariamente assoluta ed automatica. Teoricamente, è anche possibile che il tema della separazione si presenti in sedute non associate a reali pause esterne, come in quelle che sono centrate su una separazione interiore o su una certa distanza dell' analista durante una particolare seduta. D'altra parte, possono esserci pause che non provocano nel paziente una reazione verbale di separazione che si mostra nella registrazione; potrebbe esserci una reazione non verbale che ovviamente non apparirà nelle registrazioni verbali. Comunque, è molto probabile che se il tema della separazione dovesse apparire nel contenuto verbale della seduta, lo farebbe nelle sedute associate alle pause.

<sup>3</sup> Questo non vuol dire che le *sedute di separazione* non si presentano in associazione con pause più brevi, ad esempio quelle del fine settimana; significa semplicemente che *nell' insieme* il gruppo di sedute immediatamente precedenti una lunga pausa sono chiaramente differenti dalle *sedute non-pausa*.

Questi risultati ci permettono di definire operazionalmente una *seduta di separazione* come una seduta con alti valori *separazione-paziente* e bassi valori *vergogna-terapeuta*. Questa definizione operativa specifica il nostro costrutto di *sedute di separazione*. L'importanza di queste due variabili è stata confermata da tecniche statistiche aggiuntive quali l'analisi discriminante.

La questione che allora sorge naturalmente è se questo costrutto non possa venire rintracciato anche in qualche singola seduta non associata a pause più lunghe – per es., in sedute prima o dopo pause che non sono così lunghe, o in sedute del fine settimana o, infine, in *sedute non-pausa*. Per rispondere a questa domanda, è stata costruita una variabile artificiale, chiamata tecnicamente *variabile canonica*, sulla base del costrutto della *seduta di separazione* (alto valore *separazione-paziente*, basso *vergogna-terapeuta*). Usando il computer, si chiedeva a questa variabile canonica di eseguire la funzione classificativa di riordinamento di tutte le sedute nel campione (N=212) in una serie da maggiore a minore – cioè, dalle sedute che più assomigliano al costrutto *sedute di separazione* a quelle meno simili a questo.

Il passo successivo era di comparare i gruppi estremi delle sedute così riordinate con i dati reali dei quali prendevano il posto. Il risultato di questo confronto conferma ancora l'ipotesi che le sedute di separazione tendano a raggrupparsi intorno alle pause: delle prime 20 sedute ordinate secondo la variabile canonica – cioè le sedute più simili al costrutto di separazione – 19 corrispondevano a sedute direttamente correlate ad una pausa o al periodo di fine dell'analisi, mentre solo una era una *seduta di non-pausa*. La maggioranza di queste 19 sedute precedeva una pausa prolungata. L'esame delle 20 sedute all'estremo opposto – cioè quelle all'estremo della non-separazione – mostrava che la maggior parte di queste erano sedute non-pausa e la rimanenza sedute del fine settimana.

Sulla base di questi risultati si può sostenere che il costrutto di separazione è *instabile* ma *coerente*. Questo significa che esso non sempre appare in caso di reale separazione tra analista e paziente – cioè una pausa nella continuità del trattamento – ma che, quando si presenta, la sua probabilità di comparsa è maggiore quando la seduta rilevante precede immediatamente una pausa prolungata.

Il costrutto di separazione suggerisce così che *in questo trattamento – cioè in questa diade analista-paziente – la reazione alle pause appare essere correlata con i temi della separazione e della vergogna*. Più precisamente, l'analista menziona il tema della vergogna meno nelle *sedute di separazione* che nel trattamento in generale.<sup>4</sup> Se consideriamo solo le 20 *sedute di separazione* nell'ultimo terzo dell'analisi – specificamente, dalla seduta 356 in poi – l'analista smette di parlare della vergogna e la variabile *vergogna-terapeuta* è praticamente zero. Questo potrebbe significare che

---

<sup>4</sup> E' molto probabile che il contenuto di separazione possa portare ad un modello operativo generale e che l'aspetto della vergogna indichi un contenuto diade-specifico. Se così fosse, sarebbe un fatto banale, e cioè che Amalie viva le separazioni nell'ambito della sua personale nevrosi, in cui la vergogna gioca uno speciale ruolo psicopatologico e psicodinamico (dati il suo irsutismo e l'eritrofobia). Possiamo pensare a molte combinazioni possibili. Ad esempio, ci si può difendere dall'ansia di separazione con l'ansia di vergogna sessuale; o la paziente può provare una vergogna depressiva vis a vis con l'analista a causa dei suoi dolorosi sentimenti di isolamento ed abbandono; d'altra parte, la separazione dall'analista per una pausa può essere esperita dalla paziente come una umiliazione ed un segno di vergognosa dipendenza, etc., e tutto ciò può svilupparsi nel corso dell'analisi in modi differenti.

verso la fine del trattamento l'analista ha smesso di riferirsi ai temi della separazione e della vergogna.

Il riordinamento basato sulla variabile canonica sopra descritto ci ha permesso di selezionare un campione di 20 sedute, il cui materiale sapevamo contenesse delle allusioni alla separazione e che avrebbe potuto essere analizzato tramite il metodo del CCRT nella terza parte dello studio. Queste 20 sedute si estendono su un lungo periodo nell'intero processo (dalla seduta 14 alla seduta 531, essendo l'ultima la seduta finale del trattamento).

### *Fase 3: Evoluzione delle sedute di separazione*

Tra le 20 *sedute di separazione* ottenute nel corso della prima parte dello studio, abbiamo selezionato un gruppo più piccolo per l'applicazione del metodo del CCRT per valutare il contenuto del transfert, usando i seguenti criteri: 1) non abbiamo considerato le sedute contenenti racconti di sogni, poiché l'applicazione del CCRT ai resoconti di sogni si è rilevata problematica (Luborsky 1988b); 2) abbiamo scelto un insieme di sedute che si dispiegasse indicativamente lungo l'intero processo.

Sulla base di questi criteri, abbiamo selezionato dall'inizio dell'analisi due sedute immediatamente precedenti la prima pausa prolungata (sedute 21 e 22) e dalla fine le ultime tre sedute dell'analisi (dalla 529 alla 531). Ne abbiamo selezionate anche due nel secondo terzo del trattamento (221 e 277) e due nel terzo terzo (356 e 433).

Il CCRT permette un'analisi quantitativa delle frequenze relative delle sue diverse componenti. Comunque, il nostro campione di sei osservazioni è troppo piccolo perché si possano ottenere conclusioni di valore statistico. Nessuna delle differenze trovate infatti raggiungeva il livello della significatività, sebbene fosse possibile rintracciare delle mode molto chiare.

E' chiaro da una lettura diretta delle sedute selezionate che una tale pausa era accettata da Amalie come un dato di fatto, sebbene la paziente inizialmente possa non avere mostrato consapevolezza della sua reazione di transfert a ciò. Riguardo a questo fattore esterno - fine settimana, vacanze, o un viaggio all'estero dell'analista - la paziente reagisce esprimendo desideri ed aspettative nei confronti dell'oggetto, o realmente ricevendo da questo l'appagamento o la frustrazione del desiderio. Riguardo ai suoi desideri o richieste, ed in vista delle risposte dell'oggetto, Amalie reagisce con differenti emozioni e fantasie che altresì variano da positive a negative. L'evoluzione delle componenti del CCRT nel corso dell'analisi riflette lo sviluppo della reazione di Amalie alle pause.

Le varie componenti del CCRT si sono evolute come di seguito:

1) Gli episodi relazionali (RE) in cui il partner interattivo era qualche persona estranea al trattamento diminuivano con il progredire dell'analisi, mentre quelle in cui l'analista era il partner ed in cui la paziente stessa era il soggetto e l'oggetto dell'interazione (cioè episodi autoriflessivi) aumentavano. Questo significa che il transfert e l'autoriflessione divennero sempre più intensi o, in altre parole, che la paziente era sempre di più sulla via di riconoscere il carattere della relazione di transfert, in parallelo con un'intensificazione dei processi di internalizzazione ed autoanalisi.



2) Rispetto alla risposta reale o immaginata dell' oggetto (RO) nei confronti del desiderio della paziente, aumentano lievemente le risposte positive, mentre diminuiscono le negative. Questo significa che in generale l' oggetto a cui era indirizzata la richiesta o il desiderio viene visto con caratteristiche progressivamente più benevoli e meno frustranti. Nella reazione della paziente (RS) rispetto alla risposta dell' oggetto, i cambiamenti erano molto più intensi: le reazioni negative del soggetto diminuivano sensibilmente con il progredire dell' analisi, mentre aumentavano le reazioni positive. Questo significa che Amalie stava reagendo alle pause con sempre meno cadute nella sua autostima e affrontandole con aspettative sempre più positive.

3) Il desiderio principale della paziente (W) attivato dalla pausa, in generale e ad un alto livello di astrazione, ricadeva nel conflitto tra autonomia e dipendenza. Comunque, questo conflitto si è evoluto nel corso del processo terapeutico.

In relazione alla prima pausa (sedute 21-22), il desiderio di armonia, di essere accettata e rispettata dagli altri e da sé stessa, predominavano in Amalie durante l' ultima seduta prima delle prime vacanze estive. Appare anche il desiderio di essere guarita e di essere indipendente, sebbene in minor misura. La risposta dell' oggetto era prevalentemente negativa, e la paziente percepiva rifiuto, mancanza di rispetto, svalutazione, utilizzo ed evitamento. Amalie reagiva a queste risposte con ansia da separazione, impotenza, disillusione, rassegnazione, vergogna, evitamento, ritiro ed insicurezza. Tutto questo era esperito dalla paziente in relazione diretta con i suoi genitori e la sua famiglia; vi era difficilmente qualche allusione al terapeuta.

Nella seconda pausa (seduta 221), prima di un fine settimana, è stato notato un cambiamento nell' equilibrio delle forze nel conflitto tra autonomia e dipendenza. Sebbene il desiderio principale fosse ancora di vicinanza, armonia e riconoscimento, il desiderio per una maggiore autonomia appariva più frequentemente, espresso in un desiderio di dominare le situazioni interpersonali che la sopraffacevano e le causavano ansia. L' oggetto rispondeva negativamente, con lontananza, rifiuto e mancanza di considerazione, piantando in asso la paziente vacillante. La paziente reagiva a queste risposte con sentimenti di impotenza, panico, revulsione e ritiro - cioè con intensa ansia da separazione e vergogna. Questa seduta ha segnato l' inizio della comparsa delle allusioni al transfert ed anche di reazioni positive da parte della paziente alle risposte negative dell' oggetto; ad esempio, si rendeva conto di essere internamente divisa e piena di gelosia, e chiedeva aiuto. A partire da questa seduta, Amalie riconosceva apertamente la dimensione del transfert dei suoi desideri e reazioni - cioè cominciava ad esperire le pause nei termini della sua relazione con l' analista.

Nella terza pausa considerata (seduta 277), immediatamente precedente un lungo fine settimana, il conflitto tra autonomia e dipendenza continuava ad evolversi. I poli del conflitto si avvicinano ed iniziano a fondersi, costituendo ora un singolo desiderio per la reciprocità, che può essere formulato nei termini di desiderio per la vicinanza, in una relazione di mutua appartenenza e di parità di diritti. Questo era accompagnato da un esplicito desiderio di parlare al terapeuta della separazione traumatica: la paziente parla direttamente della morte e della paura di un termine prematuro dell'

analisi. La risposta dell' oggetto a questi desideri era prevalentemente positiva; la paziente percepiva interesse da parte degli altri e dell' analista e si sentiva capita e impegnata in un processo di interscambio. Allo stesso tempo, comunque, sentiva che l'analista resisteva rispetto all' entrare in una relazione di mutualità con lei. Amalie reagiva a questa risposta con ansia dovuta alla solitudine; si sentiva molto isolata ed abbandonata, ma cominciava a mostrare segni di collera, lutto ed anche speranze di una permanenza al di là della perdita.

La quarta pausa esaminata nel nostro studio corrispondeva con l' ultima seduta (356) prima di un viaggio all' estero di 40 giorni dell' analista. Nella seconda parte dello studio, il *Dizionario per Argomenti sull' Ansia di Ulm* (ATD) mostra che l' analista non interpretava più il tema della vergogna a partire da questa seduta. Il CCRT mostra che in questa seduta le altre persone scompaiono come partner interattivi; la maggioranza degli episodi relazionali hanno l' analista come partner e qualcuno di questi la paziente stessa. Era dunque una seduta intensamente "transferale". La paziente aveva un singolo desiderio, rappresentante il superamento del conflitto tra autonomia e dipendenza: Amalie vuole attivamente dare un posto ai propri bisogni e desideri nella cornice della relazione di mutualità. L' oggetto (analista) rispondeva a questo desiderio senza ambivalenza, solo positivamente, con accettazione e "dando il permesso" ad Amalie di soddisfare i suoi desideri. La paziente reagiva con sensi di colpa e ansia da perdita, che dava luogo a insoddisfazione e collera da impotenza. La reazione positiva era rappresentata dalla speranza della permanenza invece che della perdita, e da fantasie di lotta per affermarsi nella realtà. Questa costellazione indica che la paziente subiva in questa seduta una reazione depressiva. L' oggetto, essendo idealizzato, non era affetto da proiezioni e la paziente riconosceva che soltanto lei stessa era responsabile delle proprie difficoltà ed insoddisfazioni. La vergogna scompariva; come formazione reattiva, questo ha svolto una funzione difensiva contro l' ansia ed il dolore da separazione. Cominciando da questa seduta, il processo entra nella fase di risoluzione; altre persone, al di fuori della situazione analitica, ricominciano ad apparire, questa volta come possibili oggetti di desideri e richieste.

La quinta pausa corrispondeva alla seduta (433) immediatamente precedente l' ultima vacanza estiva. In questa seduta, il desiderio per una relazione paritaria assumeva una nuova dimensione. Amalie vedeva questa relazione in un contesto uomo-donna: ciò che voleva era un compagno sessuale con il quale stabilire una relazione umana mutuamente soddisfacente. La risposta dell' oggetto a questo nuovo desiderio era inequivocabilmente negativa e Amalie veniva rifiutata. Nei termini del transfert, questo rifiuto rappresentava un implicito riconoscimento dell' impossibilità di formare una relazione sessuale con l' analista. Comunque, reagì positivamente a questo rifiuto e, al di là della sua furiosa rinuncia al desiderio e dei suoi sentimenti di disillusione ed insicurezza, Amalie pensava intensamente ad utili alternative per la soddisfazione dei suoi desideri e bisogni.

Alla fine dell' analisi (sedute 529-531), ciò che era inequivocabilmente prevalente era il desiderio di affermare una vitale identità come donna in una reale relazione di mutualità con un uomo. E' apparso anche un desiderio direttamente legato al termine del trattamento: Amalie vuole essere in grado di continuare il dialogo interiore

(autoanalisi) ottenuto nell'analisi, al di là della sua fine. La risposta dell'oggetto era ambivalente: da una parte, l'oggetto mostrava di essere rifiutante, incapace, non meritevole di fiducia e sconsiderato; allo stesso tempo, comunque, appariva come modello che offriva supporto, con fiducia in sé, vitalità e generosità. La reazione di Amalie era prevalentemente positiva; si sentiva più realistica, più fiduciosa ed indipendente; sentiva di essere cambiata positivamente, che non era preoccupata dalla separazione, che aveva avuto qualche arricchimento dentro sé, e che era pronta a cercare nuove esperienze e ad ottenere l'autorealizzazione. Comunque, Amalie mostrava anche emozioni negative, quali dolore per la rinuncia alla relazione con l'analista, e sentiva di avere ancora una tendenza al masochismo ed una passività antagonistica.

## 9.4 Discussione

Il nostro studio dimostra con successo l'evoluzione della reazione di Amalie alle pause. Questa evoluzione si riferisce soltanto alle fantasie di transfert che sono state verbalizzate. Il metodo usato, di analisi del contenuto verbale, non ci permette di tenere conto delle reazioni non verbali. Comunque, Amalie era una paziente nevrotica con una buona capacità di simbolizzazione, ed è dunque giustificabile supporre che il suo comportamento verbale fosse una buona espressione del suo mondo interno. Dobbiamo considerare tutte le componenti del CCRT come reazione della paziente. Cioè, il desiderio, la risposta dell'oggetto e la reazione della paziente insieme costituiscono la reazione di Amalie alle pause. Il CCRT nella forma applicata non distingue tra le reazioni dell'oggetto reali e immaginate, così che rimane aperta la questione di fino a che punto la risposta dell'oggetto corrispondesse alla percezione del reale comportamento dell'analista o di quello degli altri verso Amalie e fino a che punto essa (la risposta) debba essere attribuita a proiezioni della paziente. In ogni caso, il relativo incremento di episodi relazionali in cui la paziente stessa era un partner interattivo ha mostrato una generale tendenza verso l'introyezione, che deve essere stata accompagnata da un incremento del senso di realtà. L'evoluzione descritta si conforma alla teoria analitica nelle sue differenti versioni. Ad esempio, secondo la concezione Kleiniana, Amalie raggiunge "la soglia della posizione depressiva" (Meltzer 1967) attorno alla seduta 356, e il resto del processo è un'elaborazione di questa posizione. Sulla base della teoria dell'attaccamento (Bowlby 1969, 1973), si può dire che Amalie abbia reagito alla perdita attraverso la seguente sequenza: prima con proteste, in cui l'ansia da separazione predominava. Poi con disperazione, in cui cominciava ad accettare la perdita ed intraprendeva l'elaborazione del lutto. Infine con distacco, la fase in cui Amalie decide di rinunciare alla soddisfazione nel transfert dei suoi desideri e bisogni e si rivolge alla realtà esterna. In termini di psicologia dell'Io, il fatto che Amalie mostrasse meno ansia per la perdita dell'oggetto verso la fine dell'analisi rispetto all'inizio indica che le rappresentazioni mentali dell'oggetto hanno ottenuto una maggiore indipendenza dal desiderio istintuali e dal bisogno di esso (Blanck, Blanck 1988).

Blatt et al. (1987) studiano la natura dell' azione terapeutica rispetto ai processi di separazione ed individuazione proposti da Mahler, e rispetto ai fenomeni di internalizzazione. Questi delineano che "il progresso in analisi sembra svolgersi attraverso gli stessi meccanismi ed in modo simile al normale sviluppo psicologico. Il cambiamento psicologico in analisi avviene come una sequenza di sviluppo che può essere caratterizzata come un processo costantemente evolventesi di separazione-individuazione che include partecipazione gratificante, incompatibilità esperita, ed internalizzazione. Il paziente giunge gradualmente ad esperire l' analista e sé stesso come oggetti separati, progressivamente più libero dalla distorsione dei bisogni narcisistici e/o dalle proiezioni delle relazioni passate" (p. 293). Le esperienze di incompatibilità non si riferiscono solo alle separazioni reali (pause), ma a tutte le interazioni in analisi che falliscono nel gratificare i desideri o bisogni del paziente. Basandosi su questo concetto, Blatt et al. propongono l' ipotesi che "importanti cambiamenti nel processo analitico si presentano frequentemente poco prima o in seguito ad una separazione (pausa). All' inizio del trattamento, i cambiamenti nell' organizzazione psicologica e nelle strutture rappresentazionali si presenteranno dopo una separazione o una grande interpretazione. Successivamente nell' analisi i cambiamenti si potrebbero anche presentare nell' aspettativa della separazione piuttosto che solo come reazione ad essa" (p. 291). Nel caso di Amalie la reazione era sempre di anticipazione. Nei termini di questa ipotesi, bisogna concludere che la struttura psichica di Amalie è fondamentalmente nevrotica, e in essa la "separazione" tra la rappresentazione dell' oggetto e la rappresentazione del sé è chiaramente stabilita. Per questa ragione le emozioni evocate dalla separazione hanno le caratteristiche di un "segnale di affetto".

Comunque, i risultati del nostro studio non hanno valore prescrittivo. Vogliamo dire con questo che non si può dedurre da questo studio che Amalie è migliorata *perché* l' analista interpretava le emozioni sorte dalla separazione. Autori come Meltzer (1967) postulano che l' analisi dell' ansia e delle difese riguardanti la separazione è il "motore dell' analisi". D' altra parte, Etchegoyen afferma che "il compito dell' analista consiste, in larga misura, nel rintracciare, analizzare e risolvere l' ansia da separazione. ... Le interpretazioni che tendono a risolvere questi conflitti sono *cruciali* per il progresso dell' analisi" (Etchegoyen 1991, corsivo nostro). Ma il nostro studio mostra qualcosa di diverso: nel materiale analizzato, sebbene l' analista interpretasse la reazione alle pause, lo faceva cautamente, raramente ed in modo non sistematico; piuttosto, non sembrava tenere in gran conto il modello della perdita-separazione nella scelta dei suoi interventi. Effettivamente, la variabile *separazione-terapeuta* nel ATD si è dimostrata irrilevante per l' individuazione delle *sedute di separazione*. Se studiamo la variabile separazione-terapeuta attraverso le 20 *sedute di separazione* selezionate, si può vedere che nella effettiva pratica nel primo e nell' ultimo terzo dell' analisi, l' analista tratta con il tema della separazione più di quanto non faccia la paziente; nel terzo centrale, d' altra parte, l' analista praticamente ignora il tema. Poiché il valore della variabile è un valore medio, questo valore non era mai significativamente più alto rispetto alla media delle sedute di *non pausa*. Naturalmente, questo può portare all' ipotesi di una reazione di controtransfert da

parte dell' analista a causa di sentimenti inconsci di colpa poiché a quel tempo aveva interrotto il trattamento per fare due lunghi viaggi all' estero. Ciononostante, la reazione alle pause si è evoluta coerentemente alla teoria psicoanalitica della terapia. Questo sembra concordare con Blatt et al. (1987) che sostengono che, insieme all' interpretazione, le esperienze di incompatibilità - e le pause sono solo un esempio di ciò - hanno un' azione terapeutica indipendente che motiva i processi di interiorizzazione. "L' incompatibilità esperita può prendere molte forme in analisi oltre all' interpretazione, come l' interruzione della cadenza delle ore a causa dell' assenza del terapeuta o del paziente, fallimenti nella comunicazione e nell' empatia, o la crescente insoddisfazione dello stesso paziente rispetto al proprio livello di funzionamento. E' importante accentuare che l' incompatibilità esperita non è solo imposta esternamente dall' analista attraverso le interpretazioni o da eventi quali l' assenza del terapeuta, ma può anche originare dall' analizzando che può diventare progressivamente insoddisfatto di un particolare livello di coinvolgimento gratificante" (p. 290).

Dall' idea che l' analisi consista fondamentalmente nell' interpretazione dell' ansia e delle difese riguardanti le separazioni [pause], emerge la nozione che "la frequenza [...] delle sedute è una costante *assoluta* [...]. Cinque [sedute a settimana] sembrano essere il numero più utile poiché stabiliscono un tempo di contatto sostanziale con una chiara pausa nel fine settimana. Per me è molto difficile stabilire un reale processo psicoanalitico con il ritmo di tre volte a settimana, sebbene io sappia che molti analisti siano in grado di farlo. Un ritmo così incoerente e irregolare come un' analisi in qualsiasi-altro-giorno *non permette al conflitto del contatto e della separazione di emergere abbastanza chiaramente*" (Etchegoyen 1991, corsivo nostro). A parte le contraddizioni (se "molti analisti sono in grado di farlo", la frequenza non può essere una costante assoluta), la nostra ricerca mostra che nella psicoanalisi di Amalie, con una frequenza di tre volte a settimana, il conflitto contatto-separazione non solo è emerso, come ha fatto nelle pause lunghe ed in una percentuale delle sedute del week-end, ma si è sviluppato come previsto dalla teoria terapeutica. Questo fatto empirico depriva la frequenza della sua qualità assoluta, e supporta Thomä e Kächele (1987, pp. 299-301) nel senso che dovrebbe essere stabilita una frequenza che permetta l' evoluzione del processo analitico e che vari specificamente per ogni diade paziente-analista.

La conclusione finale è che l' evoluzione dei fenomeni di perdita-separazione non può continuare ad essere considerata come reazione alle pause come un risultato diretto di un' interpretazione specifica, né una causa primaria o indipendente del cambiamento nel paziente. I nostri risultati suggeriscono che la reazione alle pause evolva come *indicatore di cambiamento*, cioè come *risultato* di un lavoro analitico altamente complesso.

Infine, poche parole sulle conseguenze tecniche di questo studio. L' esistenza di scuole in psicoanalisi presuppone un' enfasi unilaterale su certi aspetti della teoria analitica. Ad esempio, la scuola Kleiniana sottolinea l' importanza dell' elaborazione del lutto primario che verrebbe attivato quasi naturalmente dalle diverse pause che avvengono nella cornice dell' analisi. Conseguentemente, l' importanza tecnica dell'

interpretazione immediata delle fantasie, ansie e difese collegate alle pause tra le sedute, nei fine settimana, ed altri, è sovrastimata. Il pericolo che queste interpretazioni divengano stereotipate viene massimizzato. Rosenfeld (1987, capitolo 3) descrive in dettaglio come l'interpretazione dell'ansia da separazione possa essere usata dall'analista per ignorare le fantasie distruttive che emergono nel paziente quando è in seduta. Etchegoyen (1991) sottolinea che "i pazienti ci dicono frequentemente che le interpretazioni di questo tipo suonano di routine e convenzionali; e spesso hanno ragione...". Alla luce dei risultati del nostro studio, è possibile dichiarare che una delle ragioni di questa stereotipia risiede nella confusione tra *indicatore* di cambiamento e *causa* di cambiamento.