

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

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

4 Differenti tipi di sofferenza durante una psicoanalisi¹

4.1 Note teoriche

Tutte le scuole di psicoterapia concordano sul fatto che la motivazione del paziente a cercare la terapia dipenda decisamente dal grado di sofferenza all' inizio del trattamento. Comunque le opinioni divergono sul come sofferenze importanti sorgano nel corso della terapia. Inoltre all' interno della psicoanalisi si trovano visioni contraddittorie.

In " Vie della terapia psicoanalitica " (1919a) Freud prese una posizione decisa su questa questione:

Per quanto crudele possa sembrare, dobbiamo osservare che la sofferenza del paziente, ad un grado che è in un modo o in un altro effettivo, non perviene prematuramente ad una fine. Se, a causa del fatto che i sintomi siano stati messi da parte ed abbiano perso il loro valore, la sua sofferenza si mitiga, dobbiamo reinserirla altrove nella forma di alcune apprezzabili privazioni; altrimenti corriamo il pericolo di non raggiungere mai alcun miglioramento se non insignificante e transitorio (p. 163).

Il mezzo tecnico attraverso il quale Freud cercò di raggiungere ciò fu la regola dell' astinenza allo scopo di frustrare i desideri istintuali del paziente. L' energia, non trovando la possibilità di scaricarsi, rifluirebbe indietro alle sue origini infantili e porterebbe le loro rappresentazioni alla coscienza, inducendo un richiamo del conflitto piuttosto che un suo acting out. Da questo punto di vista, il paziente deve soffrire al fine di migliorarsi.

Queste considerazioni - ancorate alle teorie di Freud delle energie e degli istinti - hanno influenzato la pratica psicoanalitica fino ad oggi. La regola dell' astinenza, più di qualsiasi altra raccomandazione tecnica di Freud, fu presa come dogma da molti psicoanalisti e spesso è divenuta sinonimo dell' attitudine psicoanalitica. (Cremerius 1984; Körner, Rosin 1985). "Mettendo totalmente l' accento sull' attitudine dell' astinenza nei termini di una pura tecnica" (Cremerius 1984, p. 776) frequentemente si creava un clima insalubre nei trattamenti psicoanalitici così che già nel 1967 Greenson

¹ Adattato da Neudert L, Hohage R (1988) Different types of suffering during a psychoanalysis. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (ed) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 227-241.
Trad. it. di Manuela Tagliaferri

metteva in guardia, nel suo popolare libro di testo, contro la frustrazione eccessiva del paziente poiché questa avrebbe prodotto "analisi interminabili od interrotte" (p. 278). Certamente molti psicoanalisti cominciarono presto a giustificare la regola dell'astinenza non tanto con considerazioni teoriche, ma pratiche, poiché stavano diventando sempre più scettici rispetto agli aspetti economici della teoria della libido. L'astinenza non era più il mantenimento della sofferenza del paziente, ma la garanzia dell'oggettività dello psicoanalista - l'oggettività era considerata da un ideale positivistico di scienza.

Come parte dei progressi teorici in psicoanalisi, anche la percezione del principio di astinenza è cambiata. I teorici delle relazioni oggettuali, per esempio, definiscono l'astinenza come l'abilità dello psicoanalista a non assumere il ruolo che il paziente gli offre inconsciamente (Sandler 1976). Secondo questo approccio la sofferenza del paziente non rappresenta una condizione necessaria per il successo della terapia. L'appropriatezza terapeutica della deprivazione era uno dei punti in questione quando i disturbi dell' Io strutturale vennero presi sempre più in considerazione. Autori come Balint (1968), Blanck e Blanck (1974) e Kohut (1971) suggerirono modificazioni a lunga gittata nella manipolazione della regola dell'astinenza. La psicologia dell' Io propose anche una nuova cornice teorica per la comprensione dell'astinenza.

C'è un approccio, che secondo noi riveste particolare interesse, cioè la Control-Mastery Theory (Weiss, Sampson et al. 1986). In questa teoria il comportamento di transfert del paziente è definito come uno strumento di test di realtà: nella relazione con il suo psicoanalista, il paziente vuole testare se le sue credenze patogene inconse siano vere. Queste credenze sono il risultato non di desideri istintuali, ma di una primitiva teorizzazione originata in situazioni conflittuali dell'infanzia. Influenzato da queste teorie, il paziente mette da parte importanti obiettivi di vita e stabilisce meccanismi difensivi, inibizioni e sintomi. Dipende dal comportamento dello psicoanalista se queste teorie infantili appariranno confermate o contraddette. Essere astinente in questo contesto significa passare il test del paziente, cioè *non* appagare le sue aspettative patogene.

Riguardo alla sofferenza del paziente, la Control-Mastery Theory predice che lo psicoanalista - per mezzo del suo essere astinente secondo questa visione teorica - contraddica le spaventose credenze e incontri così la speranza inconscia che guida il paziente a cercare aiuto in analisi. Invece di soffrire di più, il paziente si sentirà sollevato e rilassato per il superamento del test da parte dello psicoanalista. Questo modello del processo psicoanalitico venne ripetutamente testato empiricamente rispetto al modello di processo derivato dalla teoria degli istinti e risultò migliore (Weiss, Sampson et al. 1986).

Sebbene l'allontanamento dalla teoria istintuale sia stato significativo in psicoanalisi, la

sua immagine esterna è scarsamente cambiata. Il cliché dello psicoanalista frustrante che fa del trattamento un' esperienza deprimente e dolorosa per il paziente esiste tuttora. Anche critici favorevoli accusano la psicoanalisi di fare della sofferenza una virtù e di ricavare questo da assunzioni superate (Strupp 1978a).

Pensiamo che in queste obiezioni vengano mischiate differenti fonti di sofferenza legate alla psicoanalisi. *Primo*, la sofferenza potrebbe essere l' espressione di uno specifico conflitto del paziente. *Secondo*, si potrebbe soffrire a causa di specifiche caratteristiche di personalità dello psicoanalista. Ogni reazione di transfert negativo infatti ha una componente grande o piccola che è centrata sulla specifica personalità dello psicoanalista e su come questa è stata formata durante la sua educazione professionale (Gill, 1982; Thomä, 1981). E *terzo*, eventualmente il paziente può provare sofferenza dovuta alla *tecnica* dello psicoanalista. Soltanto questo è il contesto della sofferenza legata all' astinenza.

Sfortunatamente, né i critici né i difensori di una particolare visione psicoanalitica presentano dati empirici per supportare le proprie opinioni. Questo studio di un caso singolo è un tentativo di offrire dei dati su tale oggetto. Siamo interessati alle seguenti questioni:

- 1) Quale parte della sofferenza del paziente durante la psicoanalisi è collegata al suo psicoanalista? Quale parte ha un' altra fonte? Che cosa sono queste parti?
- 2) Come cambia nel corso del trattamento la sofferenza nei riguardi dello psicoanalista? E' costantemente presente come ci si aspetterebbe secondo Freud? E' maggiore all' inizio, quando il comportamento del terapeuta è ancora sconosciuto e strano? O c'è una crisi nel corso del trattamento? Se è così, cosa la causa?
- 3) Quanta della sofferenza connessa al terapeuta è nei fatti dovuta alla sua astinenza?
- 4) Che cosa fa il terapeuta quando diventa l' oggetto della sofferenza del paziente?

4.2 Metodi

Saremo ora molto brevi, poiché abbiamo preliminarmente descritto il metodo (Neudert et al. 1985). Abbiamo studiato il caso singolo perché solo questo tipo di studio permette un' esame dettagliato della variabilità della sofferenza durante la psicoanalisi. Questo offre anche l' opportunità di raccogliere informazioni complesse e differenziate, compresi dati clinici qualitativi che permettono la generazione di ipotesi più adeguate riguardo al processo psicoanalitico. Lo studio si è svolto a partire dai trascritti verbatim

delle sedute psicoanalitiche per mezzo dei metodi di analisi del contenuto. Poiché nessuno degli strumenti disponibili di analisi del contenuto per misurare gli affetti dolorosi (Dollard, Mowrer 1947; Dollard, Auld 1959; Mahl 1961; Gottschalk, Gleser 1969; Knapp et al. 1975, etc.) erano adatti alle nostre domande, abbiamo sviluppato due speciali manuali di analisi del contenuto.

Il *Manuale I* è stato usato da giudici indipendenti per identificare tutte le sequenze nei trascritti verbatim in cui la paziente verbalizzava dolore o sensazioni spiacevoli. In un secondo momento i giudici assegnavano un punteggio riguardo al grado di sofferenza ed al modo di relazionarsi così come era espresso nelle sequenze pertinenti. Questo manuale consiste in quattro distinte categorie e quattro scale di percentuale. In questo capitolo ci riferiamo solamente a due di queste scale di percentuale:

- 1) Una scala di percentuale a 5 punti per giudicare l'*intensità della sofferenza* in ogni sequenza del testo dove la sofferenza veniva espressa. I diversi valori dell' intensità di una seduta venivano sommati per formare un punteggio complessivo di 'sofferenza totale' (=TS) per ciascuna seduta.
- 2) Un' altra scala a 5 punti su cui i giudici indipendenti segnavano il grado di *incapacità della paziente di relazionarsi alla propria sofferenza* per ciascuna sequenza pertinente.

Dopo essere stato corretto secondo la formula di Spearman-Brown (Lienert 1969, p. 119), la r di Pearson come coefficiente di accordo tra i giudici era di .85 per entrambe le scale di percentuale.

Il *Manuale II* è stato usato per misurare per che cosa soffra la paziente o che cosa 'incolpi' per la propria sofferenza. Le unità di codificazione erano le stesse sequenze identificate secondo il Manuale I. Le categorie principali erano 'sé' e 'ambiente'. Il giudizio è stato emesso sulla base di una scala a 5 punti con gli estremi etichettati come 'la sofferenza è esclusivamente legata a sé' e 'la sofferenza è esclusivamente legata all' ambiente'. Se era coinvolto l' ambiente, per esempio quando i giudici segnavano uno dei punti della scala tra 2 e 5, dovevano scegliere anche una delle seguenti sottocategorie:

- (1) ambiente umano (=h)
 - (2) terapeuta (=t)
 - (3) ambiente extra-umano (=e). (Questa categoria include il tempo atmosferico, la fortuna, animali, etc.).
- Quando i giudici non erano in grado di decidere chi la paziente incolpasse, dovevano scegliere la categoria 'incerto'.

Le misure di accordo erano molto adeguate anche per il Manuale II: il grado della r di

Pearson (nuovamente corretta con Spearman-Brown) per la scala di percentuale 'connessione della sofferenza' era di .92 ($n=342$), ed il coefficiente Kappa (Cohen 1960), che abbiamo usato per calcolare l' accordo sui dati nominali, era di .76 per i tre tipi di ambiente e di .75 per la categoria 'incerto'.

Il nostro *campione* consisteva in 7 blocchi di 8 sedute consecutive per un totale di 56 sedute. Abbiamo scelto questo tipo di campione per essere in grado di esplorare le connessioni tematiche attraverso diverse sedute così come per esaminare gli effetti a medio termine dell' intervento terapeutico. I 7 blocchi si distribuivano lungo l' intero trattamento a vari intervalli per evitare gli effetti di ricorrenza periodica. Per una discussione sui problemi di campionamento nelle serie temporali si veda Grünzig (1988).

4.3 La paziente

Per la descrizione e valutazione clinica facciamo nuovamente riferimento alla nostra descrizione introduttiva.

4.4 Risultati

Il trattamento venne completato con successo dopo 517 sedute. I dati del questionario, la valutazione dello psicoanalista che ha condotto il trattamento, ed uno studio di follow-up due anni dopo corroborarono l' outcome positivo. Quindi supponemmo che anche i nostri dati sul processo avrebbero mostrato un corso positivo del trattamento. Le variabili 'sofferenza totale' e 'incapacità di relazionarsi alla sofferenza', che abbiamo considerato essere indicatori appropriati del miglioramento, sono state testate per trend monotonic.

4 Differenti tipi di sofferenza durante una psicoanalisi

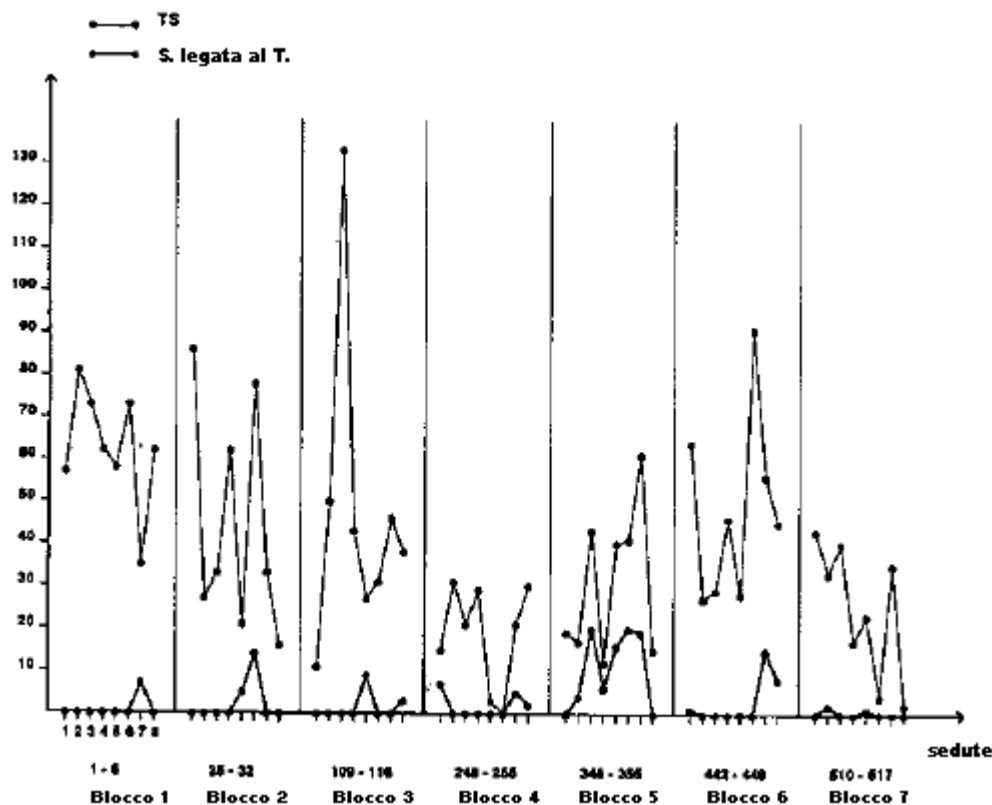


Figura 1: Cerchi vuoti: corso della sofferenza totale (=TS): valori dell'intensità sommati tra tutte le sequenze della seduta. Cerchi pieni: corso della sofferenza legata al terapeuta (S relata a T): somma dei valori della sofferenza dalle sequenze che sono in modo predominante o esclusivamente legati al terapeuta.

A questo scopo abbiamo usato un test a trend non parametrico per dati dicotomici secondo Haldane e Smith (1947-1949). Il corso di ciascuna variabile può essere descritto come un trend monotonicamente negativo, cioè 'sofferenza totale' ($z = -2.14$; $p < .05$) così come 'incapacità' ($z = -3.67$; $p < .001$) diminuivano significativamente durante il trattamento. Non esistevano ulteriori dipendenze seriali secondo il modello ARIMA (Box, Jenkins 1976).

Per comparare la proporzione di sofferenza legata allo psicoanalista con la sofferenza totale, abbiamo selezionato tutte le sequenze in cui la sofferenza della paziente era in modo predominante (punto 4 della scala) o esclusivamente (punto 5 della scala) legata al terapeuta. La Figura 1 mostra le due variabili nel tempo.

E' ovvio per un occhio profano che la sofferenza legata al terapeuta è minore rispetto alla sofferenza totale. Questo è riflesso anche nella Figura 2, che mostra la percentuale media di sofferenza legata al terapeuta per blocchi.

In 6 su 7 blocchi la sofferenza legata al terapeuta è minore del 10%, ed in 3 blocchi è

4 Differenti tipi di sofferenza durante una psicoanalisi

minore del 5%. Soltanto il Blocco 5 presenta un risultato totalmente differente con il 34.3%. Per questa ragione esploreremo più avanti questo blocco in modo più dettagliato da un punto di vista clinico qualitativo. Il punteggio medio per l'intero trattamento è di 7.2%.

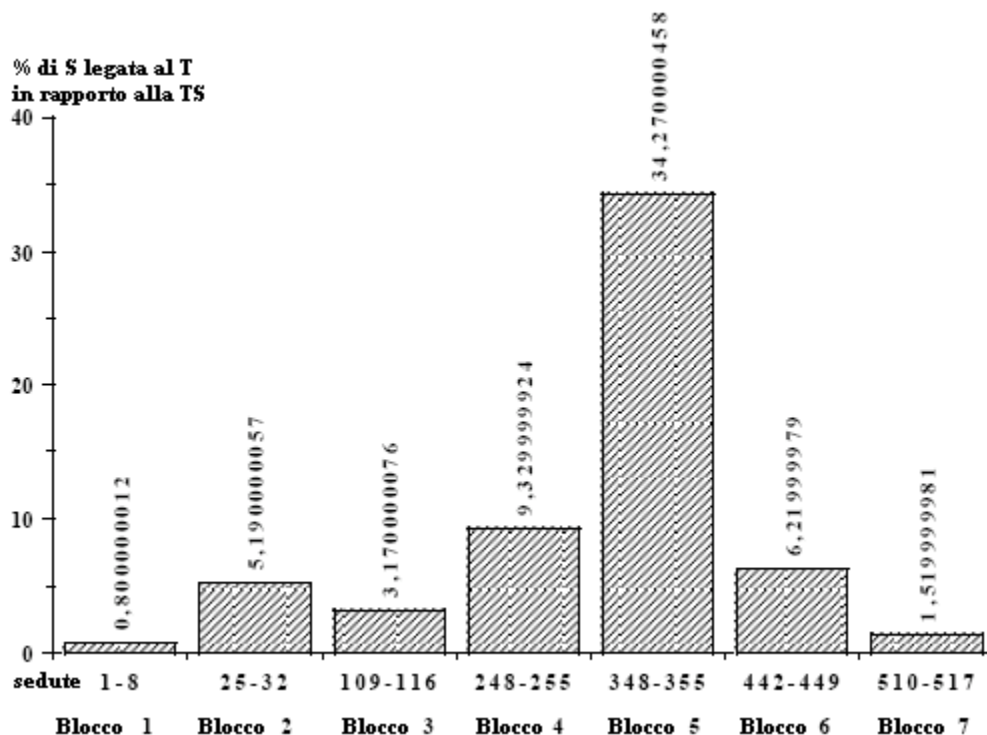


Figura 2: Percentuale media di sofferenza legata al terapeuta per blocco (sofferenza totale= 100%).

Ora quali sono le fonti principali della sofferenza della paziente durante la sua psicoanalisi? La Figura 3 mostra le percentuali dei differenti tipi di sofferenza per l'intero trattamento:

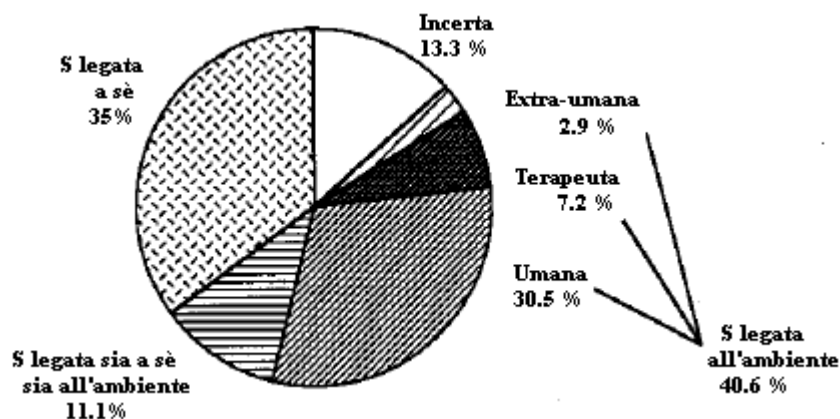


Figura 3: Percentuale dei differenti tipi di sofferenza durante l'intero trattamento (sofferenza totale= 100%).

il 40.6% della sofferenza totale è in modo predominante o esclusivamente legata all'ambiente. Così le persone al di fuori della terapia sembrano essere più spesso la causa della sua sofferenza, il 30.5%, comparato con il 7.2% del terapeuta e il 2.9% dell'ambiente 'extra-umano'. Il 35% delle volte, la causa della sofferenza della paziente è in modo predominante od esclusivamente se stessa, e l' 11% della sua sofferenza totale è ulteriormente suddivisa in relazione al suo ambiente e a se stessa (punto 3 della scala). Il 13.3% della sofferenza totale è stata categorizzata come incerta.

Il fatto interessante nella *distribuzione* della sofferenza legata al terapeuta (Figura 2) è che questa è uniformemente bassa eccetto che nel Blocco 5. Si potrebbe sostenere che potrebbe essere stato difficile per la paziente lamentarsi circa il terapeuta; lei o non avrebbe parlato del tutto di questo problema delicato, o avrebbe cautamente provato a farne accenno. Ma il non parlare della propria sofferenza sembra incompatibile con l'esito positivo della psicoanalisi. L' obiezione che la paziente non avrebbe rischiato parlandone potrebbe essere vera secondo noi per l' inizio del trattamento finché non sia stata stabilita una relazione di fiducia. La seconda possibilità, che la paziente possa aver alluso alla sofferenza legata allo psicoanalista soltanto davvero cautamente, non è supportata dai nostri dati. E' probabile che la sofferenza cautamente espressa si sarebbe riflessa in un incremento di valore della categoria 'incerto'.

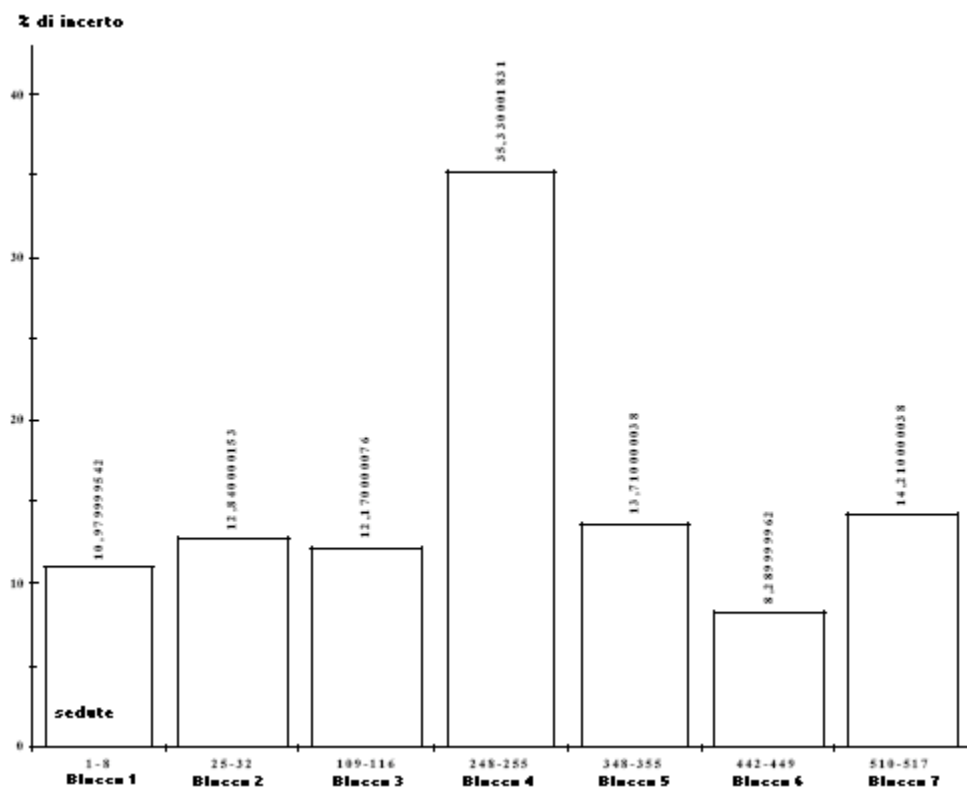


Figura 4: Percentuale media della categoria 'incerto' per ciascun blocco.

La Figura 4 rappresenta le percentuali della categoria 'incerto' per i 7 blocchi. La proporzione della categoria non è maggiore durante i due blocchi delle prime 100 sedute (con l' 11.0% nel Blocco 1 e il 12.8% nel Blocco 2) di quanto lo sia nel Blocco 5 (con il 13.7%), dove la paziente esprime chiaramente la sua sofferenza al terapeuta in modo diretto.

Finora abbiamo considerato solo quelle sequenze che hanno ricevuto un punteggio di 4 e 5, cioè, la sofferenza in modo predominante o esclusivamente legata al terapeuta. Ma la cautela della paziente potrebbe anche aver trovato espressione nella riduzione del grado in cui la sua sofferenza era legata al terapeuta, aumentando d' altro canto il grado in cui questa è legata a se stessa, cioè, i giudici avrebbero scelto più spesso i punti della scala 2 e 3. Era possibile testare questa alternativa esaminando quelle sequenze in cui la paziente parla nel suo modo a tono-basso dell' analista da una parte, e dall' altra delle persone che non sono presenti e delle quali può parlare presumibilmente più facilmente. I dati non confermano questa alternativa. Al contrario, nel 78% delle sequenze in cui qualsiasi grado di sofferenza legata al terapeuta viene espressa, questo grado viene considerato come 'predominante' o 'esclusivo'. Questa percentuale di 4 e 5 legati al terapeuta è anche maggiore del comparabile 63% per le sequenze di sofferenza legata ad altre persone oltre al terapeuta.

Nel Blocco 5 la sofferenza legata al terapeuta raggiunge il suo picco immediatamente *seguito* il Blocco 4 in cui la *sofferenza totale* era la *più bassa* dell' intero trattamento (vedi Figura 1). Cosa potrebbe essere successo? Potrebbe essere che l' improvviso incremento nella sofferenza legata allo psicoanalista sia il risultato dell' aver preso sul serio da parte dello psicoanalista la regola dell' astinenza di Freud? Potrebbe essere che il terapeuta, volendo incrementare il livello di sofferenza della paziente, lo abbia fatto diventando improvvisamente più astinente? Abbiamo cercato di rispondere a questa domanda con l' aiuto di un indicatore di astinenza molto semplice ed affidabile, ovvero un conto del numero di parole pronunciate dallo psicoanalista per ogni seduta.

4 Differenti tipi di sofferenza durante una psicoanalisi

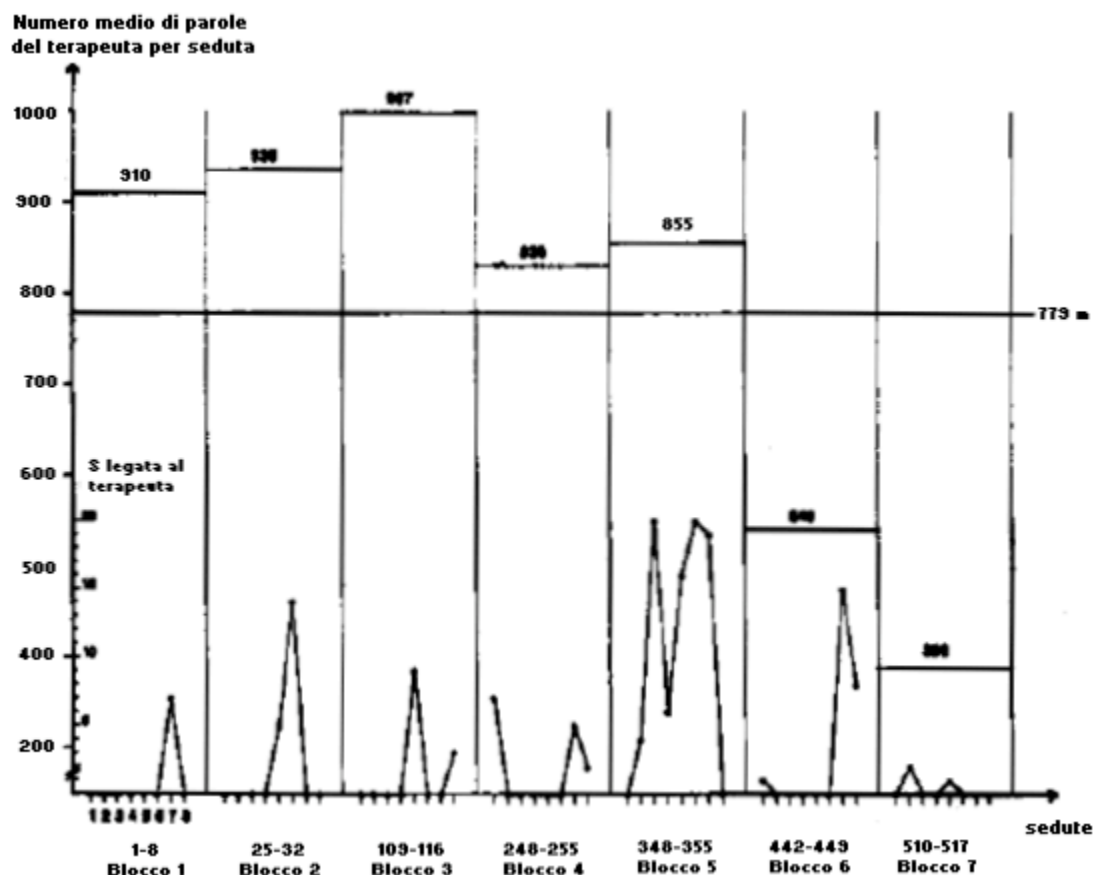


Figura 5: (a) il numero medio di parole dello psicoanalista per seduta per ciascun blocco e per l'intero trattamento; (b) sofferenza legata al terapeuta (somma dei valori di sofferenza delle sequenze che sono in modo predominante o esclusivamente legate al terapeuta).

La Figura 5 mostra sia il numero medio di parole dello psicoanalista per seduta per ciascuno dei blocchi che, per comparazione, il livello della sofferenza della paziente legata allo psicoanalista per ogni seduta.

Il numero medio di parole del terapeuta per il blocco in questione è di 855 che è maggiore rispetto alla media di 779 per l'intero trattamento. L'impressionante aumento della sofferenza nei riguardi del terapeuta *non* era evidentemente causato dal silenzio dello psicoanalista. Infatti, se si guarda all'intero corso della psicoanalisi, non era vero che la sofferenza della paziente legata al terapeuta era funzione del suo silenzio. Al contrario, c'è una piccola, non proprio significativa, correlazione *positiva* ($r = .21$, $n = 56$, $p = .06$) tra il numero di parole pronunciate dallo psicoanalista e la sofferenza della paziente a lui collegata, suggerendo, quantomeno, che quanto più questo parla tanto più la paziente sembra soffrire a causa sua!

Come si potrebbe allora giustificare l'improvviso insorgere della sofferenza legata allo psicoanalista nel Blocco 5? La nostra ipotesi esplicativa ci sovvenne quando guardammo

da vicino le variazioni in tutti i tipi di sofferenza nel corso dei sette blocchi, come illustrato in Figura 6.

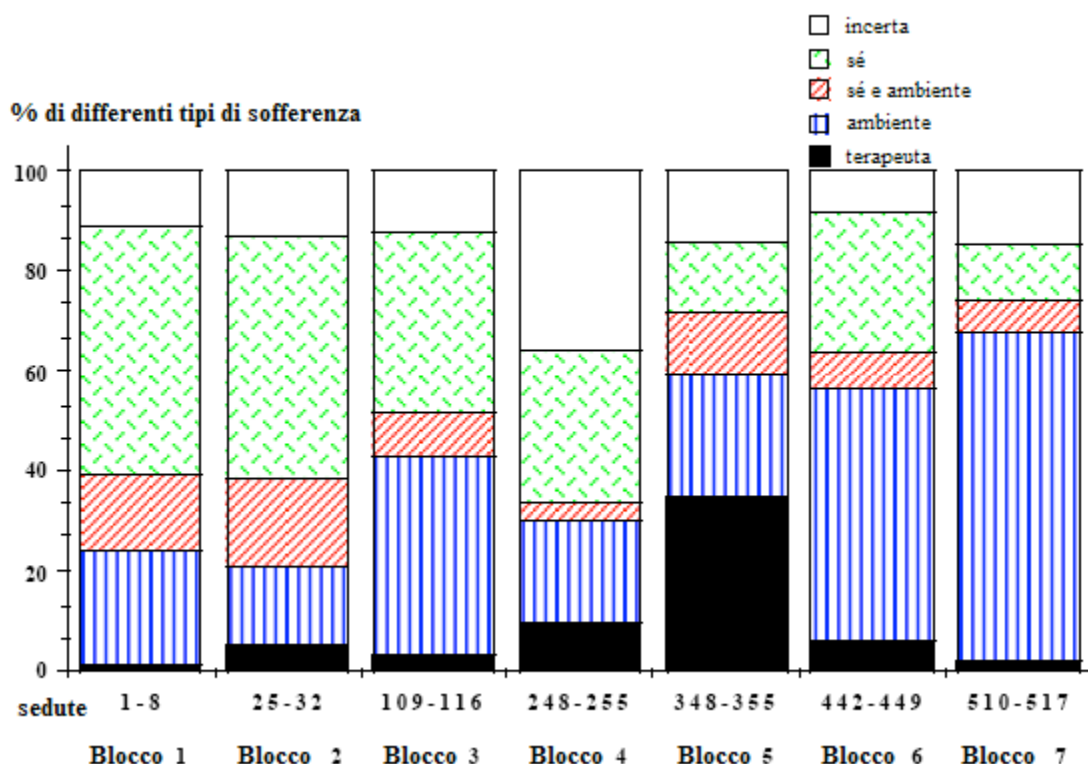


Figura 6: Percentuali medie per ogni blocco delle categorie: incerta, sofferenza legata al sé, sofferenza legata sia al sé sia all'ambiente, sofferenza legata all'ambiente, sofferenza legata al terapeuta (sottocategoria).

Questo diagramma chiarifica come per la prima volta nel Blocco 5 la sofferenza legata all' ambiente evidentemente rimpiazza la sofferenza legata a sé. Prima di allora, la paziente era stata apparentemente occupata dalle proprie insufficienze, insicurezze ed inibizioni. Ora comincia - come suggeriscono i nostri dati - ad affrontare il proprio ambiente, anche se questo è doloroso per lei. E lo psicoanalista diventa il primo, e, secondo la Control-Mastery Theory di Weiss e Sampson, *sicuro*, oggetto per i suoi dolorosi conflitti. L' utilità di questa ipotesi verrà ora esaminata alla luce di una considerazione qualitativa più dettagliata del materiale clinico del Blocco 5.

4.5 Risultati qualitativi e discussione

Le seguenti descrizioni cliniche vogliono completare i risultati quantitativi e rimangono il più vicino possibile al testo dei trascritti verbatim. Il nostro scopo è di mettere in relazione *plausibile* gli eventi che sembrano essere importanti per il processo psicoanalitico. La nostra comprensione ed il nostro ragionamento circa il materiale procederà primariamente lungo linee di senso comune. Quando useremo interpretazioni

specificamente psicoanalitiche lo faremo esplicitamente.

La situazione esterna durante le sedute in questione era la seguente: all' inizio di questo periodo (blocco 5) lo psicoanalista aveva cambiato ufficio. La consistenza del setting era stata disturbata; una parte sconosciuta prima della vita personale dello psicoanalista divenne visibile alla paziente.

In cinque su otto sedute di questo blocco la paziente tratta manifestamente con argomenti di sofferenza che potrebbero essere compresi come lamentele paradigmatiche circa l' astinenza. Lei si lamenta che lo psicoanalista è così silenzioso da non raccogliere la sua sofferenza. Lei lo trova inaccessibile e non interessato a lei. D' altra parte ci sono molte altre sequenze che non contengono alcun riferimento alla sofferenza per l' astinenza dello psicoanalista. Le lamentele in queste sequenze si focalizzano su un certo numero di argomenti. Il trasloco del terapeuta ha creato confusione. Lei non si sente protetta a causa del suo sguardo fisso poiché non ci sono tende per abbassare la luce nel nuovo ufficio. E qui lui si siede anche troppo vicino a lei. Lui si aspetta troppo da lei. Lui fa troppe domande circa le sue vacanze. E la maggior parte di queste lamentele si basano su *assunzioni* della paziente circa lo psicoanalista piuttosto che sul suo comportamento attuale (ad esempio lui non esprime alcuna aperta aspettativa nei suoi confronti, almeno non verbalmente).

Lo psicoanalista si focalizza sulla preoccupazione della paziente riguardante sia la sua distanza (troppo silenzioso, non interessato, inaccessibile) che il suo essere troppo vicino (seduto troppo vicino, guardandola troppo chiaramente, invadendo le sue vacanze). E la paziente in cambio è davvero desiderosa di spiegare perché è preoccupata dal suo essere troppo vicino. Lei potrebbe perdere il controllo. I suoi difetti (specialmente i suoi peli non voluti) diventerebbero troppo ovvi. E, soprattutto, la vicinanza fisica è vietata: lei parla di un collega che l' aveva criticata per aver toccato qualcuno. In termini psicoanalitici, durante questo periodo la paziente sembra trattare con un conflitto edipico se questo è definito come un conflitto tra generi e confini generazionali.

Fino ad ora lo psicoanalista è stato visto solo dalla prospettiva della paziente. Che cosa fa realmente in questo blocco? Una valutazione dei suoi interventi mostra ciò che segue:

(1) Non interviene meno rispetto agli altri blocchi del trattamento in cui la sofferenza legata al terapeuta appare raramente. Si ricordino i risultati quantitativi per i quali il numero di parole dello psicoanalista è maggiore rispetto alla media dell' intero trattamento.

(2) Nelle sedute con un alto punteggio di sofferenza della paziente legata al terapeuta, la maggior parte dei suoi interventi sono focalizzati sui commenti critici, accusatori ed

irritati di lei nei suoi riguardi. Incoraggia esplicitamente la paziente a lamentarsi di lui. Quando le lamentele della paziente sono dirette ad un comportamento specifico lui non cerca di neutralizzarle, per esempio attraverso delle interpretazioni di transfert, ma conferma i loro aspetti realistici - nel modo suggerito da Gill (1982). In una sequenza lo psicoanalista accetta perfino di essere ripreso dalla paziente sul fatto che lui avrebbe usato una volta la parola 'stupida' riferendosi a lei, per quanto questo termine non sia stato rintracciato nei trascritti verbatim.

(3) Un minor gruppo di interventi sembra connettere diversi temi della paziente. Per esempio, l'analista collega la sua paura di stare troppo a lungo in seduta con la sua paura che i suoi confini vengano violati da un tocco proibito. Ma davvero pochi di questi interventi sono interpretazioni in senso stretto, cioè connessioni con i desideri infantili o allusioni ad un contenuto (profondamente) inconscio. Più spesso, ma solo in certe sequenze, lo psicoanalista si focalizza sul significato latente.

(4) Frequentemente lo psicoanalista interviene introducendo idee alternative. Ad esempio, suggerisce che il silenzio potrebbe significare approvazione, non solo critica, come interpretato dalla paziente.

Riassumendo, si può affermare che durante il trattamento il terapeuta evita assolutamente di difendersi. Se avesse avuto un'attitudine difensiva, avrebbe sorvolato sulle critiche e la sofferenza della paziente o avrebbe messo in dubbio le loro giustificazioni. E sebbene non fosse astinente nel senso di aderire formalmente ad una regola, maneggiava il principio di astinenza in un modo funzionale (Cremerius 1984; Thomä, Kächele 1987), cioè sullo sfondo di una comprensione psicodinamica del caso specifico: essere astinente nei riguardi di *questa* paziente, durante *questa* fase del processo psicoanalitico significa che lo psicoanalista deve evitare - anche indirettamente tramite un'interpretazione - di difendersi personalmente.

Certamente, il modo in cui la paziente sperimenta il comportamento dello psicoanalista è di cruciale importanza per lo sviluppo del processo terapeutico. Come dunque risponde a questa particolare forma di astinenza del terapeuta, cioè al suo astenersi dall'essere difensivo? Fortunatamente possiamo ottenere una risposta chiara a questa domanda esaminando l'ultima ora di questo blocco quando la paziente comincia a parlare del modo in cui ha percepito recentemente lo psicoanalista. Si è ripetutamente lamentata della forte luce nel nuovo ufficio. Ma improvvisamente, dalla seduta prima, le tende sono state tirate. Lei realizza che lo psicoanalista deve aver saputo che questo era stato programmato ma non l'aveva menzionato quando lei si era lamentata della mancanza di tende. Così diventa consapevole che il suo non dirle era soltanto ciò che le rendeva possibile di sperimentare chiaramente che cosa si provasse ad essere oggetto di qualcuno che la guardava. E ottiene qualche comprensione circa i benefici del nascondere questa

informazione da parte dello psicoanalista. Si sente a proprio agio e rilassata per le calme reazioni ai suoi attacchi. Descrive l' "impersonale" nella relazione con il terapeuta come una protezione benvenuta. E questo senso di 'impersonalità' diviene così forte che improvvisamente non si può più ricordare chiaramente a cosa assomigli il suo terapeuta.

Infine, da un punto di vista psicoanalitico, si può assumere che la paziente percepisse la calma reazione del suo psicoanalista come un sollievo non soltanto nei riguardi dei suoi attacchi aggressivi, ma anche nei riguardi dei suoi desideri di essere vicina, anche se sperimentava ancora questi desideri principalmente come ansia. L' astinenza dell' analista non si manifestava come una rigida aderenza ad una regola, ma si basava su una corretta comprensione dei suoi conflitti. Ovviamente ha passato il suo test, come predetto dalla Control-Mastery Theory di Weiss e Sampson, reagendo in modo calmo sia al suo criticismo che alla sua paura di essere troppo vicina. La paziente reagì come predetto dalla teoria: parlò dei suoi sentimenti di sollievo e rilassamento. La 'sofferenza totale' è molto bassa in questa seduta e la sua sofferenza nei riguardi del terapeuta è totalmente sparita.