

## INTRODUZIONE<sup>1</sup>

I casi clinici di Freud e gli innumerevoli articoli che nel corso di un secolo li hanno commentati ci hanno suggerito l'idea di individuare un *Caso Clinico Prototipico* del quale fossero disponibili le trascrizioni di tutte le sedute e di renderlo pubblico, affinché su una base empirica rigorosa fosse possibile elaborare studi, analisi ed osservazioni, creando un corpus collettivo a disposizione dei ricercatori.

### *Il modello psicoanalitico di Ulm*

Lo sviluppo della tecnica psicoanalitica mostra sin dall'inizio due tendenze contrapposte: una verso l'uniformità metodologica e l'altra verso una variabilità "sindrome specifica" della tecnica.

Rispetto al tema dell'attività terapeutica Freud (1918a, p.25) parla di modificazioni della tecnica nelle fobie e nelle nevrosi ossessive: "Un ultimo tipo di attività, completamente diverso, ci è imposto dalla sempre più chiara consapevolezza che le diverse forme patologiche di cui ci occupiamo non possono essere curate tutte quante con la stessa tecnica".

Attualmente la teoria psicopatologica ha sviluppato diverse ipotesi sulla patogenesi delle malattie psichiatriche, con un grado maggiore o minore di fondazione empirica. Se desideriamo fare una diagnosi e una prognosi applichiamo la nostra conoscenza imprecisa riguardo a quello che dovrebbe succedere nella psicoanalisi di un disturbo d'ansia, di un'anoressia mentale, di una distimia, di una depressione minore ecc., con lo scopo di ottenere un miglioramento dei sintomi o una guarigione vera e propria.

Il processo terapeutico, come è noto, *comincia* già prima della prima seduta. Già l'avvicinamento di un potenziale paziente, il modo di chiedere un appuntamento e di accordarsi sull'orario, costituiscono un profilo iniziale del trattamento, definendo quindi un primo risultato dell' "inizio del trattamento". Già in questa fase iniziale, si pone la domanda su quanta franchezza e flessibilità possa usare l'analista nel gestire la situazione per convertirla in una situazione analitica tipica.

La fase *conclusiva* di un processo terapeutico implica confrontarsi con temi di separazione possibilmente in maniera positiva. Perciò il nostro punto di partenza per comprendere il processo è la differenza, ma anche la somiglianza, tra la fase iniziale e quella conclusiva. Noi concepiamo la nevrosi di transfert come una rappresentazione interazionale (Thomä, Kächele, 1973) dei conflitti intrapsichici del paziente nella relazione terapeutica, la cui concreta configurazione è una funzione del processo

---

<sup>1</sup> Helmut Thomä e Horst Kächele

analitico. Tale configurazione è unica per ogni diade. Le semplificazioni che si possono effettuare implicano certamente il rischio di trascurare il contributo dell'equazione personale del terapeuta e il suo orientamento teorico in tale sviluppo. La possibilità di realizzare una strategia di trattamento sindrome-specifica dipende da numerosi fattori imponderabili sui quali l'analista non ha influenza. Così può capitare che alcuni avvenimenti nella vita del paziente creino condizioni nuove che rendono necessaria una modificazione della strategia.

Pertanto un modello di processo terapeutico deve essere in grado di combinare flessibilità orientata verso il singolo paziente e regolarità capace di strutturare la situazione terapeutica. Basiamo il nostro modello di processo sui seguenti assiomi:

1. *l'associazione libera del paziente di per sé non porta alla scoperta degli aspetti inconsci del conflitto;*
2. *lo psicoanalista fa delle scelte secondo i suoi scopi tattici di breve portata e le sue mete strategiche di portata più ampia;*
3. *le teorie psicoanalitiche servono per formulare ipotesi che devono essere messe alla prova tramite tentativi ed errori;*
4. *l'utilità del mezzo terapeutico si misura dal cambiamento che si cerca di ottenere nel paziente; se tale cambiamento non avviene bisogna modificare i mezzi;*
5. *i miti dell'uniformità in psicoanalisi e in psicoterapia causano autoinganni.*

Diventa chiara la nostra concezione della psicoanalisi come processo terapeutico strategico. Tale concezione è sicuramente non comune, dal momento che il riferimento all'attenzione fluttuante, da un lato, e alle associazioni libere dall'altro, sembrerebbero esprimere il contrario di un piano terapeutico. Per non creare una contraddizione inutile, consideriamo che Freud afferma che l'attenzione fluttuante è un mezzo adeguato per correggere pregiudizi teorici e scoprire con maggiore facilità l'origine (*focus*) di ogni malattia.

Seguendo Balint vi sono due funzioni complementari nell'analista si alternano: in primo piano una funzione di massimo guadagno di informazione (*attenzione fluttuante*) ed in secondo piano l'organizzazione dell'informazione acquisita sul punto di vista più pertinente (*focalizzazione*).

Quando abbiamo deciso di conferire alla focalizzazione un posto d'onore nella nostra formulazione del processo terapeutico non avevamo l'intenzione di proporre un tema rigido. Desideriamo invece richiamare l'attenzione sul limite umano nella capacità di percepire e analizzare l'informazione. Ciò non permette altro che una percezione selettiva (Spence, 1982) e quindi l'elaborazione risulta centrata su *molteplici foci*.

Una concezione focale del processo assolve questa funzione, anche se si rende giustizia all'attività psicoterapeutica solo se si *considerano le diadi*. Se ad esempio il paziente parla delle sue paure, questo tema arriverà a concentrarsi nel focus psicodinamico, quando:

- a) *l'analista è in grado di formulare ipotesi sui motivi inconsci che hanno senso per il paziente;*

- b) *l'analista riesce a guidare il paziente verso questo tema tramite interventi appropriati;*  
e) *il paziente è coinvolto emotivamente e cognitivamente in questo tema.*

Alla domanda se un focus ha un'esistenza indipendente dagli interventi dell'analista, dobbiamo rispondere da un lato affermativamente, nel senso che in definitiva il paziente ha costruito da solo la sua sintomatologia, e dall'altro negativamente, per quanto riguarda la tecnica.

Considerando il complesso intreccio delle strutture motivazionali incon-sce, difficilmente si può arrivare alla diagnosi di un focus che non interessi l'espressione interattiva dell'accadere del focus medesimo (vedi i risultati empirici di Gabel, Deneke e altri, 1981). I processi cognitivi dell'analista che dirigono il suo modo di selezionare il materiale e di reagire, e di cui si discute a proposito di concetti come l'empatia, l'identificazione di prova, etc. (Heimann, 1969), si sviluppano sulla soglia della coscienza. Questi processi diventano accessibili solo grazie al lavoro dell'analista sulle proprie reazioni affettive e cognitive.

Secondo la nostra concezione, di fatto è irrilevante se l'analista arrivi alla sua formulazione del focus mediante un'intuizione empatica, o se la deduce da riflessioni teoriche. Pensiamo comunque che sia decisivo che l'atto di focalizzare venga inteso come un processo euristico, la cui utilità deve essere dimostrata con il progredire del lavoro.

Un segno dell'individuazione certa di un focus si ha quando un tema focale generale, per esempio l'angoscia di separazione inconscia, viene riferito in diverse maniere. Il lavoro concreto di interpretazione riporta quindi a questi diversi aspetti dei vissuti quotidiani del paziente, e può orientarsi alla conoscenza dettagliata dell'evoluzione del processo individuale.

Nei casi positivi durante la rielaborazione di un focus il paziente (e forse anche l'analista) cambia il modo di trattare questo tema. Solo integrando in modo differente la costellazione di transfert e resistenza, l'alleanza di lavoro e la capacità di insight, è possibile fare delle valutazioni più precise sul processo di cambiamento in un determinato periodo. Se lo stesso focus appare più avanti, le domande che emergono sono sostanzialmente le stesse. Ci si può anche aspettare che il progresso precedentemente raggiunto mantenga la sua efficacia e che la rielaborazione possa essere portata avanti a un livello superiore.

Riassumendo riteniamo che il *focus sia concepito inte-rattivamente come il perno centrale del processo*, e per questo definiamo la psicoanalisi una *terapia focale continua, di durata indefinita e a focus variabile*.

Nel campo della ricerca psicoterapeutica c'è una quantità di studi sull'influenza delle diverse variabili del terapeuta, che devono essere considerate in riferimento alla comprensione del processo psicoanalitico (Parloff, Waskow e Wolfe, 1978; Luborsky e Spence, 1978). Oggi non possiamo trascurare il fatto che il processo psicoanalitico si sviluppi e si costruisca in maniera interattiva.

Riteniamo la successione dei foci come il risultato di un processo di interscambio inconscio tra i bisogni del paziente e le possibilità dell'analista. Un cambiamento

dell'analista porta, di norma, a esperienze totalmente nuove. Su questo fenomeno le informazioni sono trasmesse verbalmente, mentre nella letteratura psicoanalitica è raro trovare del materiale a tale riguardo (Guntrip, 1975). Il processo che analista e paziente vivono insieme gira a vuoto quando la produttività di entrambi si esaurisce, anche se il trattamento continua senza fine. Alcuni processi riescono a stabilire tale unione interattiva nella rielaborazione dei temi focali (Huxter, Lower, Escoll, 1975). Non solo la *personalità dell'analista*, ma anche il *modello di processo* che egli ha in mente esercitano un'influenza sul processo terapeutico. Se un analista parte dall'idea, per esempio, che il trattamento debba svilupparsi secondo sequenze, che si suppone siano naturali, di determinate fasi psico-logico-evolutive, strutturerà il trattamento in linea con esse. Parimenti, l'intensità e la qualità della rielaborazione di certi temi particolari saranno influenzate dall'importanza relativa che vi attribuiscono le diverse concezioni del processo.

Prima di passare a un'esposizione del modello di processo psicoanalitico di Ulm, vogliamo parlare dei precursori storici della concezione focale. French (1970) concepì il concetto di focus, inizialmente, in riferimento alle sue analisi sistematiche dei sogni.

Consideriamo la struttura cognitiva del *sogno* come una costellazione di problemi in relazione tra loro. In questa costellazione c'è di solito un tema su cui convergono i problemi più profondi e da cui si dipartono problemi più superficiali. Questo era il conflitto focale del sognatore nel momento del sogno. Ogni conflitto focale è una reazione a qualche evento o situazione emotiva del giorno precedente, che serve da "stimolo precipitante". (French, 1970, p. 314).

Questo modello, sviluppato nella comprensione dei sogni, fu utilizzato nello studio sul consenso dell'Istituto di Chicago (Seitz, 1966) a cui anche Kohut prese parte. Tale studio aveva lo scopo di registrare i conflitti predominanti in singole sedute. Si suppone che in ogni seduta il pensiero preconscious tenda a concentrarsi su un problema centrale (altamente condensato e sovradeterminato). Una molteplicità di associazioni inconse convergono cioè in un focus; vengono attivati conflitti genetici inconsci associati e il loro investimento emotivo è trasferito, di regola, al conflitto focale semplice preconscious, cioè sovrainvestito.

Seitz (1966) propone di partire dal presupposto che in generale il conflitto focale consiste nel transfert attuale verso l'analista e teoricamente si comprende meglio nei termini della dinamica dei residui diurni. Il fatto che questi conflitti preconscious sovrainvestiti configurino punti dinamici di convergenza, genera un focus utile per unificare e integrare formulazioni interpretative del materiale associativo complesso e apparentemente eterogeneo di singole sedute,

In questo modo il conflitto focale diventa identico al transfert predominante nella seduta. Lo sviluppo successivo del concetto di focus nel "seminario di terapia focale" di Malan (1963), portò a descrivere la "cristallizzazione" di un focus. Questo concetto si riferisce al fatto che il focus non è scelto dal terapeuta, ma emerge gradualmente dal lavoro di analista e paziente.

Le riflessioni di Balint a tale riguardo sono riferite nella relazione sulla terapia focale del paziente Mr. B. (Balint, Ornstein, Balint, 1961) e sono influenzate dalle

esperienze flash del seminario. Balint afferma che senza una formulazione precisa del focus, che corrisponde alla traduzione in parole del *vissuto flash*, non dovrebbe risultare alcun piano focale. La formulazione del focus, come linea guida del trattamento, deve essere specificata (cioè non essere generale come il concetto di omosessualità o di complesso edipico), chiaramente circoscritta (non vaga come la relazione del paziente con la madre) e univoca. Questa esigenza di formulazioni specifiche ci sembra molto importante. Nelle comuni discussioni di casi è molto insoddisfacente il fatto che i partecipanti si mantengano su affermazioni troppo generali e quindi quasi prive di contenuto, come lo sono quelle di "edipico" e "preedipico". Esse non ci aiutano a comprendere la patogenesi individuale, ne ci offrono informazioni tecniche rilevanti.

Il problema del livello di astrazione adeguato nella terapia focale a noi sembra facilmente risolvibile; si tratta di gettare dei ponti tra le sponde diagnostiche e quelle terapeutiche, in percorsi alternativi, una volta partendo da una sponda una volta dall'altra. L'esigenza che il focus venisse concepito sotto forma di interpretazione era un ideale (a molti analisti sembrerebbe un'idea di base) che neanche Balint riuscì a sostenere fino in fondo quando supervisionava, cioè che il focus dovesse avere la forma di un'interpretazione da offrire al paziente al momento opportuno per dare un obiettivo al trattamento.

La nostra concezione del focus, secondo la formulazione del seminario di Balint, va oltre il concetto di French, dal momento che con questo concetto intendiamo una struttura temporale più ampia. Naturalmente, nessuno vieta di individuare una formulazione di focus in ogni singola seduta. Tuttavia per considerazioni di ordine strategico è desiderabile la rielaborazione continua di un unico tema di fondo per periodi estesi. L'interrogativo sulla durata di questi periodi, se si tratta ad esempio di dover specificare un determinato numero di sedute o piuttosto un periodo basato sul ritmo di sviluppo del paziente, è un problema clinico che bisogna definire nel concreto.

Nei resoconti finali degli analisti in formazione si trovano indicazioni per un'adeguata segmentazione del trattamento. In generale, si utilizzano quattro o cinque fasi (ciascuna dedicata a un tema) per l'articolazione del processo. In verità, anche in queste analisi è molto chiaro che la durata delle fasi dipende sostanzialmente dalla procedura tecnica dell'analista. Per questo distinguiamo il nostro modo di intendere il focus da quello descritto da Balint, là dove egli fissa il conflitto focale come un piano focale che l'analista formula per portare avanti il trattamento. Per una terapia psicoanalitica breve può essere illuminante selezionare un focus e rielaborare questo (e solo questo), anche se le esperienze del *Progetto di terapia focale di Amburgo* (Meyer, 1981b; più in particolare Gabel, Deneke et al., 1981) suscitano alcuni dubbi al riguardo. Invece noi sottolineiamo il momento cooperativo, cioè il lavoro comune continuativo tra paziente e analista, i cui sforzi di individuare un focus riflettono un processo creativo commisto di contraddizioni e accordo.

Nella polemica psicoanalitica nei confronti di Alexander e French (1946) veniva loro rimproverato che, in un procedimento focale, l'analista manipola il paziente: siamo dell'idea che tale obiezione non abbia fondamento. Al contrario, c'è una maggiore

franchezza di quanto non sia con la tecnica standard. In questa direzione Peterfreund (1983) ha presentato diversi esempi tratti dal suo lavoro clinico e dalla letteratura specialistica.

Già dovrebbe essere chiaro che per focus intendiamo un punto nodale tematico prodotto nell'interazione del lavoro terapeutico, derivante dalla proposta del paziente e dalla capacità di comprensione dell'analista. Il paziente può formulare diverse proposte, ma il focus si stabilisce solo attraverso il lavoro selettivo dell'analista. Per quanto riguarda il processo terapeutico noi ci aspettiamo che un lavoro sul focus conduca a ulteriori snodi del contenuto, la cui configurazione si presenta come risultato del lavoro precedente.

Consideriamo un esempio in cui il paziente avanza quattro proposte tematiche diverse nella fase iniziale. Queste quattro proposte le intendiamo nel senso dei "conflitti nucleari" di French (1952, 1970), cioè come costellazioni infantili che inconsciamente, e attraverso strutture acquisite per via psicogena, determinano la sintomatologia e il carattere del paziente.

Non è possibile stabilire un numero definito di proposizioni iniziali, dal momento che nella teoria psicoanalitica sono stati concettualizzati una molteplicità di conflitti infantili. A seconda di dove fissiamo la nostra attenzione, cosa che spesso dipende dalla teoria a cui facciamo riferimento, identificheremo, più o meno, diversi "conflitti nucleari". A una maggiore specificità del disturbo dovrebbe corrispondere un minor numero di conflitti nucleari che ci si aspetta di incontrare; al contrario, in presenza di una maggiore gravità del disturbo tale numero dovrebbe aumentare. Nella fase diagnostica del primo colloquio, l'analista cerca di arrivare ad ottenere una panoramica dei possibili conflitti (fase t0). Dopo il primo colloquio e i primi passi terapeutici (fase t1), si configura una prima *costellazione focale* (F1) la cui utilizzabilità deve essere dimostrata nella prima fase di trattamento. Nell'identificazione del contenuto di questa costellazione facciamo riferimento ai criteri di French per la descrizione del conflitto focale, che esige un'informazione sulla fonte originaria (stimoli infantili inconsci), sui motivi scatenanti (avvenimenti attuali), sui meccanismi di difesa principali e sui tentativi di soluzione.

A differenza di French, noi non desideriamo definire con esattezza un periodo di tempo in cui deve predominare una determinata tematica focale. La rielaborazione del primo focus apre in qualsiasi momento l'accesso a un secondo focus (F2); su questo punto non osiamo essere più precisi. L'elaborazione di questo secondo focus porta, nel nostro esempio, al ritorno verso il primo focus, che adesso viene a occupare il centro del lavoro, anche se qualitativamente modificato (F1).

Nel nostro esempio, il focus F1, che si presentò all'inizio e che trovò fondamento nella diagnosi, rappresenta a sua volta una linea centrale del processo totale. Ciò corrisponde alla ben nota esperienza clinica in cui i foci individuali si incontrano connessi tra di loro e in relazione con un conflitto centrale.

Luborsky (1984) è riuscito a dimostrare empiricamente questa articolazione di temi conflittuali, definendo la linea transferale principale "tema relazionale conflittuale centrale" (CCRT). Questa concezione di conflitto centrale dinamico che indirizza la terapia ha inoltre un fondamento, sia teorico che pratico. È una concezione che offre

la base per un procedimento focale (Balint, Ornstein, Balint, 1972; Klùwer, 1985; Malan, 1963; Strupp, Binder, 1984) il cui oggetto è l'elaborazione di un conflitto principale, conflitto che dovrebbe essere già individuato nel primo colloquio (Leuzinger-Bohleber, 1985). Gli altri foci del nostro esempio (F2, F3, F4) vengono ripresi nel corso del trattamento, aprendo nuove vie di accesso alla linea di transfert principale F.

Per motivi didattici, abbiamo optato per una presentazione semplificata del trattamento.

Riprendiamo ancora una volta la metafora della psicoanalisi come esplorazione di una casa corrispondente in effetti ad una antica mnemotecnica dei retori romani: l'esplorazione dell'interno della casa avviene principalmente intorno a una stanza (focus), che per via della sua ubicazione centrale controlla l'accesso agli altri spazi, in cui tuttavia si può entrare da punti secondari.

Non vogliamo approfondire in dettaglio la quantità di altri presupposti su cui si basa il nostro modello (Kächele, 1988). La nostra intenzione è presentare uno schema per una concettualizzazione del processo psicoanalitico che rispetti una serie di criteri che riteniamo importanti. Vorremmo mettere in chiaro che una concezione stereotipata del processo implica una rigidità non necessaria nel lavoro psicoanalitico. Il nostro modello offre un ambito di riferimento per comprendere i processi psicoanalitici nelle condizioni più diverse di setting ed è applicabile sia alle terapie brevi che a quelle di lunga durata. Esso è compatibile con diverse impostazioni teoriche della psicoanalisi utilizzate nel tentativo di comprendere la proposta iniziale del paziente. Riteniamo che la nostra concezione del processo sia genuinamente scientifica in senso sociale, e diametralmente opposta a quelle teorie del processo fondate sull'assunto che il processo è un fenomeno naturale, teorie che sorgono in un clima in cui la formazione di scuole va di pari passo con una tendenza all'ideologia.

Il modello lascia aperta la possibilità di continuare nella seduta seguente con lo stesso tema, oppure di lasciar emergere un nuovo focus sotto l'influenza di una nuova situazione.

A una concezione purista del processo psicoanalitico vogliamo contrapporre una concezione del processo come terapia focale continuata, senza limite di durata e con focus variabile. Proponiamo un modello di processo flessibile, che utilizza una tecnica orientata euristicamente, adatta a cercare, trovare e scoprire, e intesa a creare le migliori condizioni per il cambiamento del paziente. Siamo anche convinti che le regole del procedimento psicoanalitico trasmesse oralmente contengano molte idee utilizzabili

### ***Il trattamento psicoanalitico***

In quanto narratore e referente di un trattamento, l'analista è sempre di parte e non potrebbe essere diversamente. Dalla posizione diadica si ritrova, dopo ogni ora e dopo la fine del trattamento, da solo a dialogare con se stesso sulla propria esperienza con un'altra persona, esperienza che ha vissuto esclusivamente attraverso la sua

soggettività.

Come già si è accennato, nel caso di Amalie X ci troviamo di fronte ad un'altra via di accesso al materiale delle sedute, resa possibile dalla registrazione completa del processo di trattamento su nastro magnetico. Su un lasso di tempo fissato di 25 ore, sono state trascritte 5 ore per un totale di 22 periodi di racconto. In base a queste trascrizioni è stata redatta una prima stesura dell'andamento delle sedute, che abbiamo poi elaborato compiutamente. Accanto al significato scientifico di una simile impresa, ci aspettiamo anche un risultato clinico, giustificato dall'aver a disposizione un terzo non coinvolto come punto di partenza per riflessioni, che potrebbe estrarre qualche nuovo elemento clinico dai protocolli esistenti, da una sistematica descrizione di lunghe sezioni di un processo di trattamento, cosa solo raramente a nostra disposizione. In base a queste lunghe sezioni, si può, ad esempio, documentare la tesi che abbiamo proposto nel primo volume del manuale di Ulm, secondo cui *la psicoanalisi è una terapia focale continua, di durata indefinita, a focus variabile* (Thomä, Kächele, 1985, p. 446).

### ***Studio comparativo del trattamento di Amalie X***

La redazione di una descrizione sistematica rende necessario fissare alcuni punti di vista privilegiati, secondo i quali riassumere il materiale esistente. Questi si orientano in primo luogo sulla base delle tecniche generali di trattamento, necessarie e valide per la descrizione di ogni caso, ma è necessario sviluppare anche dei punti di vista che considerino le specificità del singolo caso preso in esame.

Per Amalie X abbiamo scelto i seguenti punti di vista:

- *situazioni di vita presenti, esterne;*
- *sfera sintomatica (per esempio: sensazioni corporee, sessualità, autostima, ecc.);*
- *immagine corporea;*
- *sesso;*
- *autostima;*
- *relazioni presenti extrafamiliari;*
- *relazioni familiari nel presente e nel passato;*
- *relazione con l'analista: transfert e focus;*
- *sogni;*
- *psicodinamica.*

### ***Amalie X***

Amalie X, è una insegnante di 35 anni che all'inizio del trattamento vive da sola: di media statura, e vestita con cura, ma anche con modestia, comunque la sua figura appare attraente allo sguardo maschile.

Amalie ha sofferto per anni di *ereutofobia* e di *stati depressivi*: si tratta di una *distimia* in comorbilità con un *disturbo di identità sessuale*.

A causa di inibizioni presenti fin dalla pubertà, la paziente non ha ancora avuto alcuna relazione eterosessuale; tali inibizioni erotico-sessuali sono rinforzate da una *tricosi idiopatica* comparsa con la pubertà.

La sua realizzazione e il suo ruolo sociale di donna rimangono schiacciati dai gravi effetti di quello *stigma di mascolinità*, che pare immodificabile e a cui la paziente ha provato invano ad abituarsi. Certamente è possibile intervenire sul difetto attraverso aiuti cosmetici, ma senza riuscire con ciò ad aumentare l'autostima e a migliorare la sua estrema insicurezza nelle relazioni sociali.

Attraverso un tipico circolo vizioso la tricosi e i tratti premorbosi si rafforzano reciprocamente; fissazioni ossessive e sintomi d'ansia multiformi complicano le relazioni personali e comportano soprattutto che la paziente non sia in grado di stringere amicizie intime eterosessuali.

La paziente ha sofferto anche di temporanee fissazioni di natura religiosa, benché dopo un periodo di forte religiosità si sia allontanata dalla Chiesa. Ella lotta sempre contro occasionali pensieri e impulsi ossessivi.

### ***Psicodinamica***

Un segno di virilità, quale la tricosi, rinforza il desiderio e l'invidia del pene e riattiva il conflitto edipico.

L'insicurezza sulla propria identità, viene rafforzata di continuo attraverso la tricosi: l'immagine di sé e la realtà del proprio corpo sono parzialmente in conflitto.

Inoltre la fantasia inconscia non può essere mantenuta di fronte alla realtà corporea: un elemento virile (la peluria) non fa di una donna un uomo.

Nonostante la presenza di un tale Stigma di mascolinità, soluzioni regressive legate al raggiungimento della sicurezza interiore attraverso l'identificazione con la madre, stimolano gli antichi conflitti madre-figlia e conducono a molteplici resistenze.

L'intero percorso affettivo e cognitivo è profondamente ambivalente, cosicché per la paziente è problematico persino decidere cosa comperare tra due oggetti di colori differenti dal momento che ella vi associa qualità maschili o femminili.

Le gravi limitazioni della autostima hanno spinto nell'ultimo anno ad un profondo grado depressivo (Beck > 10; Hamilton).

Siccome Amalie X, da profana, attribuisce alla sua tricosi un posto essenziale nella eziologia del suo disturbo, partiremo da riflessioni sul valore di questo stigma corporeo, da cui deriveremo poi specifici obiettivi di cambiamento.

La tricosi può aver avuto per Amalie un duplice significato. Infatti, rinnovando i desideri inconsci della paziente di essere un uomo, essa ha reso più difficile l'identificazione femminile, comunque problematica.

La femminilità non ha un ruolo positivo nella storia di vita di Amalie, bensì è associata con la malattia (madre) e con l'essere stata svantaggiata (rispetto ai fratelli).

Durante la pubertà, in cui la crescita dei peli è aumentata, l'identità di genere è diventata labile. Segni di mascolinità, quali la crescita dei peli sull'intero corpo, possono rafforzare lo sviluppo dell'invidia e del desiderio del pene edipici. Questo deve ovviamente essere stato già da prima al centro di conflitti irrisolti, poiché altrimenti non avrebbe potuto ricevere un tale significato.

Le modalità di relazione di Amalie con i due fratelli sono ambivalenti:

essi sono ammirati e invidiati dalla paziente, che si sente spesso come la figlia svantaggiata.

Inoltre finché la paziente può avere fantasie circa la soddisfazione del suo desiderio del pene, la crescita dei peli non contraddice il suo schema corporeo, ma consente di alleviare il dispiacere, però solo nel caso in cui sia perfetta.

Questo tuttavia può non avvenire, visto che avere dei peli maschili non fa di una donna un uomo, e così si ripresenta il problema dell'identità di genere. In tale prospettiva, tutti i processi cognitivi sono diventati carichi di conflitti per la paziente in relazione alla sua autorappresentazione femminile.

Infine la tricosi è in un certo senso un elemento del quadro sintomatico; è il motivo per cui la paziente evita fin dall'inizio situazioni di seduzione sessuale, ma questo effetto del suo difetto corporeo non è consapevole.

Gli atteggiamenti depressivi della paziente devono essere intesi come reazioni alle difficoltà nei rapporti sociali, in primo luogo eterosessuali. Il suo atteggiamento mira ad evitarli.

Esso deriva da un sentimento di colpa, in parte conscio e in parte inconscio, unito a impulsi libidici; questi portano al senso di colpa e alla paura di una punizione, che si esprime soprattutto in forma di scrupoli religiosi. L'evitare attivamente le esperienze sessuali non ha portato ad una sufficiente diminuzione dei conflitti e il tentativo di trovare un sostegno nell'istituzione religiosa è fallito, poiché la paziente è stata sempre stimolata attraverso la pratica della confessione ad occuparsi del tema della sessualità. Dopo l'abbandono del convento ella ha intensificato i rapporti con la madre, che è stata vissuta inconsapevolmente come un baluardo contro una sessualità minacciosa. Il secondo motivo per cui la paziente evita le relazioni, è da ricercarsi nell'insicurezza rispetto a se stessa. Il significato specifico di questa insicurezza sta presumibilmente in un disorientamento della paziente riguardo alla sua identità sessuale. In questo quadro, la tricosi ha certamente una funzione, anche se non come fattore causale, ma come elemento di rafforzamento e mantenimento del conflitto" (p. 117).

Indicazioni per la psicoanalisi

In base all'anamnesi, ai sintomi, alla struttura della personalità e alla considerevole pressione della sofferenza, si stabilisce di effettuare una psicoanalisi con più sedute settimanali. Quanto alla diagnosi si riscontra un *Disturbo del Sé* – viceversa una diagnosi ICD di *Personalità narcisistica* non sarebbe sostenibile. Certamente vi è una condizione di *Distimia* associata ad un disturbo di personalità, che ha come fuoco temi legati all'identità sessuale organizzatisi sulla tricosi ed un ampio corteo sintomatologico di tipo fobico-ossessivo.

### ***Proposta di terapia***

Alla paziente è stato proposto un trattamento psicoanalitico consistente in tre sedute settimanali; ella concorda con questa proposta e il trattamento ha inizio. Il trattamento viene pagato dalla Cassa-mutua sanitaria della paziente. Questa proposta è giustificata dalla valutazione che, a fronte delle considerevoli limitazioni dell'autostima associate ad una contemporanea e pronunciata capacità di sopportare il dolore, un trattamento meno intensivo non avrebbe avuto alcuna possibilità di riuscita.

Da tali considerazioni si possono ricavare due *obbiettivi* per il trattamento di Amalie X. La paziente potrà accettare contatti sociali e sessuali solo quando sarà in grado di:

- 1) elaborare una identità di genere sufficientemente sicura e supererà la propria insicurezza;
- 2) abbandonare il senso di colpa legato ai propri desideri.

### ***La struttura del caso***

La descrizione sistematica del caso di Amalie X si basa, oltre che sulle osservazioni vere e proprie elaborate a partire dalle ore di analisi considerate in questa ricerca, anche su un riassunto del trattamento scritto sulla base di sistematici controlli a campione sui protocolli verbatim (periodo di osservazione I: ore 1-5; II: ore 6-10; III: ore 26-30; IV: ore 51-55; V: ore 76-80; VI: 101-105; ecc. fino al periodo di osservazione XXIII: ore 510-517).

### ***Anamnesi***

La paziente è la seconda di tre fratelli, unica femmina. La *madre* viene descritta come *impulsiva* ed è una persona rispetto alla quale la paziente ha un atteggiamento intimo e amichevole. Per Amalie X i lunghi periodi di separazione dalla madre a causa di un suo ricovero in ospedale, durante i quali ha abitato presso la nonna e una zia, sono risultati traumatizzanti.

Il padre, descritto come rigido e emotivamente distante, è stato poco presente per la paziente fino alla pubertà; egli è stato spesso assente per motivi di lavoro.

La paziente ha stretto viceversa un forte legame con i fratelli, anche se frequentemente si sentiva messa da parte, in quanto femmina. Il suo mondo emotivo infantile sembra essere stato circoscritto a se stessa. Amalie ha avuto pochi contatti con i coetanei.

La rigida educazione religiosa è stata attuata soprattutto dalla nonna e la zia, alle quali di conseguenza si legano innumerevoli tabù fisici.

Durante la pubertà la paziente vive una forte rivalità con una compagna di classe, che

sa usare i suoi "mezzi femminili" con maggior successo di lei. A causa sua si sente lasciata da parte e si rifugia sempre più nell' antagonismo.

Anche il rapporto con il padre diventa più doloroso dopo la pubertà, ad esempio per il fatto che egli si allontana di fronte al suo desiderio di discutere.

Durante la pubertà si sviluppa anche la tricosi, una brutta esperienza per la paziente, in relazione alla quale tra l'altro ella interrompe improvvisamente l'amicizia con un ragazzo, perché questo desidera un rapporto più intimo e lei si vergogna.

Nonostante queste difficoltà la paziente ha un buon rendimento a scuola e sostiene con successo l' esame finale.

Con l'inizio dell'università si rafforzano in Amalie X gli scrupoli religiosi e i sensi di colpa. Ella cerca di alleggerirli senza successo attraverso discussioni su questioni religiose con professori che si presentano come figure paterne e infine si impone di entrare in una scuola missionaria cattolica. Un'importante ragione per questa "fuga dal mondo" è la tricosi, ma non riesce a parlarne con nessuno. Tuttavia, il periodo di prova in questa scuola non riesce ad alleggerire la sua situazione ed al contrario le pratiche della confessione e della punizione dominanti nella scuola mettono in moto la sua ansia e i sensi di colpa, a tal punto che ella sviluppa disturbi alimentari e del sonno, soffre di diffusi malesseri fisici e perciò decide di evitare l' ingresso nella scuola missionaria.

Dopo aver abbandonato il convento vive isolata e ha contatti sociali solo con i genitori, con i quali trascorre il fine settimana e le ferie. Non ha amici e conoscenti più stretti.

Nel lavoro continua ad avere successo per quanto riguarda il rendimento.

Prima del consulto all'ambulatorio psicoterapeutico si rivolge a diversi medici per un trattamento ormonale. Il successo di tale trattamento risulta limitato.

### ***Colloquio preliminare e catamnesi***

La paziente si è recata presso l'ambulatorio psicoterapeutico universitario di sua volontà a causa dell'intensificarsi degli stati depressivi. Il ripiegamento sociale costituisce per lei la risposta principale alle difficoltà, si sente sola e isolata.

Ella presenta un senso di vergogna per la sua tricosi idiopatica; la paziente, infatti, ha fantasie relative al fatto che la crescita di peli abbia un effetto repellente per le persone con le quali interagisce. In situazioni pubbliche, ad esempio al ristorante, si sente osservata e rifiutata, motivo sufficiente per evitare tali situazioni e per ritirarsi entro le rassicuranti mura domestiche. Legato alla *paura di provare vergogna*, ella presenta l'ereutofobia.

Amalie X si sente notevolmente limitata nella sessualità a causa della sua tricosi; fino ad ora (35 anni) non è riuscita ad intraprendere alcuna relazione eterosessuale e soffre di un conflitto di identità femminile. Le sue limitazioni nella sfera sessuale, però, sono condizionate anche dal senso di colpa dovuto ad una rigida educazione religiosa. Nel contesto del colloquio preliminare, la paziente è riuscita ad instaurare una relazione emozionale positiva con l'intervistatore e l'analista, se si eccettuano i

sintomi sopra riportati e descritti dalla paziente stessa, che da molto tempo rileva anche la presenza di sintomi ossessivi.

Dai test psicologici si ricavano informazioni atte ad una verifica dei risultati; la loro registrazione è avvenuta all'inizio e alla fine del trattamento, come pure in occasione di una ricerca catamnestica dopo due anni. Sono stati somministrati sia *il test di Giessen* (GT) di Beckmann e Richter (1972, relativi all'autorappresentazione e alla rappresentazione dell'altro attraverso l'analista) e *l'Inventario della personalità di Friburgo* (FPI) di Fahrenberg, Seig e Hampel (1978 e, nella catamnesi, il *Questionario sui cambiamenti nell'esperienza e nel comportamento* (VEV) di Zieike e Kopf-Mehnert (1978)'.

Risulta rilevante la presenza di un giudizio di un esito positivo anche del nostro gruppo indipendente di analisti, basato sui test psicologici circa il successo clinico di questa analisi giudicata "molto buona".

### ***Riassunto del corso del trattamento***

Il riassunto del trattamento comprende i seguenti items:

- a. *situazione esterna*;
- b. *sintomatologia* (tricosi, sessualità, autostima, tematica della colpa),
- c. *relazioni oggettuali* (relazioni familiari, relazioni extra-familiari, relazione con l'analista a sua volta comprendente 'focus e transfert', ed inoltre una particolare attenzione ai sogni);
- d. *impressioni basate sui protocolli verbatim* utilizzati nella ricerca.

### ***Situazioni esterne***

All'inizio del trattamento la paziente lavora come impiegata. Temi derivanti dall'ambito del lavoro, ad esempio conflitti con i superiori, colleghe e "sottoposti", sono discussi frequentemente nelle sedute di analisi. Amalie X spesso cerca di ottenere, attraverso minuziose descrizioni delle situazioni di conflitto che gravano su di lei, un *giudizio definitivo* da parte dell'analista su un determinato comportamento.

Con l'inizio dell'analisi la paziente intraprende anche una cura ormonale, per intervenire sulla tricosi.

Ella vive sola in un appartamento e trascorre il fine settimana e le ferie con i genitori e i parenti.

Amalie nel pieno dell'analisi ha un incidente di auto, che la occupa molto, poiché sospetta di averlo provocato lei (un uomo più anziano è andato contro la sua macchina).

Le interruzioni dell'analisi la occupano molto.

Dopo l'ora di analisi n. 300, la paziente si sforza attivamente di avere contatti con uomini, ad esempio attraverso un annuncio sul giornale. Intraprende in seguito alcune relazioni, anche di carattere sessuale. Dopo l'ora n. 420 ha contatti epistolari con un uomo, con il quale vorrebbe stabilire una relazione più stretta. Intorno all'ora n. 450 si

incontra con questo amico.

Dopo l'ora n. 500 si prende in considerazione la fine dell'analisi. La paziente è ancora impiegata. Si occupa anche di una praticante, con la quale talvolta ha grosse difficoltà.

## ***Sintomatologia***

### *Tricosi*

Il problema della crescita dei peli sul corpo contraddistingue il momento di inizio dell'analisi. La paziente la vive chiaramente come un segno di virilità, che non implica un cambiamento di atteggiamento perché possa essere eliminato, perciò ripone molte speranze nella terapia ormonale - psicodinamicamente, con ciò, svaluta anche il possibile successo della psicoanalisi. Il significato della tricosi si concretizza tra l'altro in un *sogno* nella fase iniziale dell'analisi in cui la paziente si offre sessualmente ad un uomo e ne è respinta. In questo sogno appare una donna, il cui corpo è coperto di peli.

La sua esperienza di avere un corpo "difettoso" diventa particolarmente dolorosa nel confronto con altre donne.

In un *sogno* deve pulire un bagno, in cui crescono piante e muschio. Paragona queste piante che deve pulire ai suoi peli, a causa dei quali non riesce a vivere e con i quali tuttavia deve convivere.

Nei due periodi di osservazione successivi non parla mai direttamente della sua peluria. Ma in occasione di *due sogni*, connotati da un palese simbolismo sessuale, si manifesta l'insicurezza relativa alla sua identità sessuale. In un altro *sogno* è sdraiata con i suoi fratelli su un prato, i fratelli improvvisamente sono ragazze e hanno un décolleté molto più bello del suo. In base a questi sogni la paziente si rende conto che per lei è importante il confronto con gli altri. Dopo aver visto un film su persone con problemi nella crescita, si confronta con il tema dell'essere fisicamente diversi. Desidera superare i limiti che le pone il proprio corpo.

Il *sogno* nel periodo di osservazione VII (ore n. 151-155) è in relazione alle fantasie di transfert. La paziente sogna di essere stata uccisa e che un uomo le abbia tolto i vestiti e tagliato i peli. La sua tricosi è di nuovo direttamente molto presente nel contenuto manifesto dei *sogni* del periodo di osservazione VIII (ore n. 177-181). In un sogno due uomini la vogliono sposare. È davanti al letto di uno dei due e deve togliersi il reggiseno; tenta di spiegare che ha un'abnorme crescita di peli; facendo ciò, urla e si sveglia.

Nelle successive ore di analisi il tema scompare; ma poi nell'ora n. 222, la paziente ricorda diffusamente di aver *sognato* "qualcosa sui peli", ma non riesce a ricordarsene più dettagliatamente. Torna invece al centro del lavoro analitico il confronto con il corpo nel suo complesso. Infine, nel periodo XII (sedute n. 282-286), si riesce a chiarire la relazione tra la crescita di peli e la sessualità: nelle sue fantasie, se non ci fossero i peli sarebbe esposta senza protezione alle violenze sessuali.

Un indicatore di una migliore autoaccettazione si riscontra nel fatto che nel periodo XIII (ore n. 300-304), autoaccusandosi di aver taciuto la sua peluria in un annuncio messo su un giornale, dice: "a volte mi disturbano [i peli], ma a volte no e allora mi trovo del tutto accettabile".

Nel periodo XV afferma che all'inizio della terapia si sentiva spogliata da se stessa e come se un'altra persona fosse accorsa vicino a lei, per cui si osservava come attraverso un vestito trasparente. Si spaventava alla sua stessa vista. Contemporaneamente si *sogna* in una camicia da notte trasparente e di trovarsi attraente; non la disturba il fatto che nel sogno sia con un uomo. In questo modo prova in sogno la possibilità di avere un corpo attraente. Nella realtà soffre ancora di fobia del contatto e dell'esibizione.

Quando infine ha un rapporto sessuale completo con il suo partner (ore n. 376-380), accenna che nel rapporto sessuale si è spesso sentita inibita a causa della sua peluria, tuttavia si tratta sempre più del modo di sentire il proprio corpo nel complesso; la tricosi va progressivamente in secondo piano. Nella relazione che ha con un artista, le ansie di essere rifiutata dal punto di vista estetico a causa della sua peluria vengono portate di nuovo in primo piano, tuttavia la consola il pensiero che la peluria costituisca una prova d'amore, un muro che il partner deve oltrepassare come "il muro del convento".

Diventa sempre più centrale il confronto con il suo corpo in relazione alla sessualità. Ancora nel periodo XIX (ore n. 444-449) ricorre il tema che la tricosi sconvolge continuamente la sua identità sessuale, anche se il partner le ha fatto notare che la sua peluria non lo disturba.

In questo contesto è significativo un *sogno del* periodo XXI (ore n. 502-506), in cui i peli diventano radici. Si sente come una radice con filamenti, che rinchiudono il suo partner in una siepe, in un bozzolo e lo bloccano; in questo modo la paziente sente con gioia la presenza di un intreccio che la sostiene. La peluria ora è accettata, non è più considerata un elemento di disturbo.

Nell'ultimo periodo (ore n. 510-517) la paziente in *sogno si* vede come una donna del circo, che improvvisamente con una camicia aperta, mostrando un seno molto bello, va in bicicletta attraverso l'acqua, e spruzza l'acqua tutt'intorno. Alla base di questo sogno può ancora essere tematizzata la sua invidia di una "piena femminilità", ma anche della pelle senza difetti né odori della nonna (e dell'analista).

### *Sessualità*

Fin dall'inizio il tema della sessualità assume un ruolo centrale nel dialogo psicoanalitico. Durante le prime ore la paziente racconta che almeno nel periodo dai 3 ai 6 anni si masturbava spesso. Tuttavia la rigida educazione religiosa, rappresentata soprattutto dalla zia, l'ha portata a vivere con sensi di colpa gli impulsi sessuali.

Nei suoi *sogni si* avvicina in modo molto più violento all'espressione di questi impulsi. Ad esempio racconta un sogno in cui si sente come la bella e sensuale "Madonna di Raffaello", che viene defiorata da un uomo, e allo stesso tempo come una madre che allatta. Nelle ore iniziali parla del suo desiderio di apprezzare la

sessualità e di trovarla bella, per poter vivere pienamente, tuttavia sente come ostacolo la tricosi, ed anche i dubbi relativi al fatto di essere una donna. Oltre a questo menziona il fatto che per lei la sessualità è sempre stata legata all'idea di "eccesso".

Queste due idee portanti riaffiorano sempre. Per esempio nel periodo III pensa a quale genere di rapporto dovrebbe avere con la sessualità, in quanto donna non sposata. In un *sogno* prova sensazioni piacevoli durante una confessione sulla propria vita sessuale passata e può parlare dei propri desideri sessuali di fronte al fratello minore. Reagisce però confusamente quando l'analista le spiega, in relazione ad un *sogno* (periodo IV, ore n. 76-80) in cui il fratello striscia attraverso il tubo di una stufa, che il tubo della stufa potrebbe rappresentare la sua vagina e che forse desidera un rapporto sessuale incestuoso con lui.

Più avanti (ore n. 101-105) ritorna in evidenza il senso di colpa causato dalla masturbazione. Prova una forte ambivalenza di fronte al suo analista, sul quale fa fantasie relative al fatto che egli accetti la sua sessualità, ma che al tempo stesso la "calmi", d'altra parte immagina che egli in realtà abbia ancora dei pregiudizi. Nelle sedute n. 151-155 emergono anche fantasie sessuali sull'analista. Si occupa (ore n. 177-181) della paura che l'analista la possa ritenere frigida; sottolinea che da bambina era cara, flessibile, ma anche dotata di buon senso - alla fine però arriva alla sua paura di dire di ritenere di poter essere una ninfomane. Rifiuta veementemente in questo momento l'interpretazione che la sua angoscia di fronte alla sessualità non abbia nulla a che fare con la peluria.

Nel periodo X è centrale il confronto tra la paura e il desiderio di castrazione: ha paura che un piccione le possa strappare gli occhi; per punirsi dell'onanismo, *sogna* un incidente d'auto, in cui un gigantesco camion sbatte contro la sua automobile e, parlando di una sua precedente fantasia qua-si-ossessiva, dice esplicitamente che i sacerdoti "avrebbero sotto ciò che è sopra, sebbene sembrino uguali davanti e di dietro". I suoi desideri di castrazione degli uomini diventano chiari in una fantasia: nella cultura indiana le madri succhiano il pene dei lattanti per tranquillizzarli. Nelle sue fantasie la paziente trasforma questo nello staccare il pene a morsi. Più avanti (ore n. 251-255) sulla base di un *sogno* in cui vede un uomo che spara ad una donna, sono tematizzati desideri masochistici e voyeuristici.

Sempre più diventano riconoscibili i massicci sensi di colpa connessi agli impulsi sessuali. Nel periodo XIV (ore n. 326-330) Amalie descrive la critica di un collega che ha definito le sue carezze con un tirocinante un "contatto immorale"; ella stessa razionalizza fortemente, mentre traccia una netta distinzione tra tenerezza e sessualità. L'elaborazione di queste tematiche legate al complesso di colpa le rendono possibile tra l'altro iniziare una relazione sessuale con un uomo (ore n. 376-380), nella quale è impressionante come si opponga ad una posizione femminile passiva e si impegni per un ruolo attivo nella sessualità. Successivamente, i suoi conflitti con l'identità sessuale femminile tornano ripetutamente al centro del lavoro psicoanalitico. Tra l'altro si tratta spesso del concreto confronto con i suoi genitali con le fantasie sessuali connesse. Fattore scatenante è che durante il coito è stata leggermente ferita dal suo partner, per cui è incapace di raggiungere l'orgasmo sia nei

rapporti sessuali, sia con la masturbazione. Contrappone la "ricca sessualità femminile" al "povero sesso acrobatico maschile". Tuttavia diventa evidente anche quanto sia minacciosa la vicinanza del suo partner; la sua mancanza di orgasmo è connessa anche a questo (ore n. 444-449). Dal momento che il suo partner ha anche relazioni con altre donne, si confronta con la gelosia, con il sentimento "di essere trasformata da lui in una puttana". Il confronto con questi aspetti della sessualità "realmente vissuta" conducono ad un chiaro consolidamento dell'accettazione del proprio corpo e della propria sessualità (ore n. 502-506).

### *Autostima e tematica della colpa*

Parallelamente ai cambiamenti descritti nel campo della sessualità si modifica anche il senso di autostima della paziente che all'inizio era particolarmente labile; a tale proposito il senso di colpa arcaico gioca un ruolo centrale. All'inizio la paziente esibisce una spiccata debolezza dell'Io, si sente spesso rifiutata dal proprio ambiente (per esempio è chiamata da un suo alunno la "vecchia zitella") e nella situazione analitica è dipendente dalla risposta positiva dell'analista. Questa esperienza dell'essere accettata attraverso l'autorità dell'analista porta già nel periodo III (ore n. 51-55) ad un visibile aumento dell'autostima. Amalie X può aprirsi all'autodeterminazione, ad esempio attraverso il rapporto con un suo studente. Con l'intensificazione del transfert la paziente sente nuovamente rafforzate le oscillazioni nella propria autostima, in primo luogo perché la tormenta il dubbio che l'analista potrebbe rifiutare la sua identità femminile mancata (ore n. 76-80, e 101-105). Nelle sedute n. 126-130 diventa chiaro che la sua oscillazione è connessa al rapporto con il padre: le lasciava sentire troppe poche conferme e consensi e preferiva i suoi fratelli. Nella parte conclusiva di questa parte di trattamento i sentimenti di colpa connessi a tutto ciò, condizionati tra l'altro dall'Edipo, sono tematizzati sulla base delle fantasie di transfert (per esempio le fantasie sessuali sull'analista). In una fase successiva del trattamento (ore n. 251-255) diventa chiaro che l'intensità del senso di colpa è in relazione anche all'impulsività della paziente: ora parla spesso della tensione tra i suoi desideri espressivi, le fantasie e ciò che è permesso ufficialmente, ciò che è "normale". Diventa sempre più spesso oggetto della sua riflessione il periodo trascorso in collegio.

Un passo importante per lo sviluppo di un senso di autostima più stabile è la decisione di trovare autonomamente un partner (ad esempio attraverso un annuncio). Si immagina di poter "nuotare liberamente", anche senza l'analista, durante le ferie e di andare in vacanza senza i genitori (ore n. 300-304). La possibilità di un partner eterosessuale continua anche successivamente ad essere legata a forti dubbi su di sé e a sensi di insicurezza, comunque grazie al rapporto di analisi la paziente può sempre evitare di ritrarsi dalle relazioni a causa di frustrazioni e ferite, cosicché le esperienze reali (anche sessuali) possono in genere essere compiute e diventare anche una base per sviluppare l'autostima. Esse costruiscono un contrappeso rispetto ai sensi di colpa provati soprattutto nei confronti della madre, da cui si sente giudicata una puttana. I

sensi di colpa sono continuamente oggetto del lavoro analitico.

Nell'ultima parte dell'analisi l'aumento dell'autostima è particolarmente stabile; la paziente per esempio riesce a riconoscere senza sensi di colpa che è "una donna forte". Questa impressione è stata provata empiricamente.

## ***Relazioni oggettuali***

### *Relazioni familiari*

Come abbiamo accennato, le relazioni oggettuali familiari assumono all'inizio dell'analisi un grande valore - la paziente trascorre il fine settimana e le ferie con genitori e parenti. Ella descrive il suo rapporto con il padre in modo chiaramente ambivalente: da un lato vuole essere amorevole nei suoi confronti, occuparsi di lui, non ferirlo e non essere aggressiva verso di lui (come la madre, "una donna calma, che accetta il padre"), d'altro canto percepisce un forte sentimento di odio nei suoi confronti. Stringe un intenso rapporto anche con i fratelli: rispetto al più grande si sente e si è sempre sentita un "satellite", mentre ammira e invidia il fratello minore in particolare per la sua autonomia rispetto ai genitori.

Come primo cambiamento in questo ambito si registra, con effetti positivi, un crescente distacco dalla madre (ore n. 51-55), Rispetto al fratello minore aumenta la distanza, anche a causa del fascino sessuale che esercita. Più avanti (ore n. 76-80) viene analizzato quanto la paziente si sia confidata con la madre, ad esempio le ha sempre consigliato di non criticare apertamente il padre. Ancora più avanti (ore n. 126-130) viene introdotto il tema di quanto il padre abbia nascosto i suoi sentimenti nei suoi confronti e quanto essa ne abbia sofferto. Considerava il padre responsabile di ogni cosa che le suscitasse odio (anche della tricosi). Lo sentiva come il disturbatore della pace nei suoi rapporti con la madre. Nel periodo Vili (ore n. 177-181) cambia la direzione della sua accusa: si lamenta molto del fatto che la madre si sarebbe occupata troppo poco di lei, sarebbe colpevole di tutti i suoi problemi, del suo "sviluppo isterico", tuttavia si allea con la madre nella sua critica all'analista. Più avanti (ore n. 251-255) diventa chiaro che la madre esercita su di lei un effetto in certo qual modo "asessuale". Notevole è anche l'intensità con cui include la madre nel colloquio analitico; solo intorno all'ora n. 300 diventa chiaro il distacco che ha avuto luogo sulla base della paura che la famiglia si possa immischiare nella sua ricerca di un partner. Così la famiglia gioca un ruolo sempre più ristretto, sparisce dall'analisi per una lunga fase. Tuttavia i conflitti riemergono, potenziati, nel periodo XIV (ore n. 376-380) contestualmente alla ribellione contro il controllo della famiglia. Infine arrivano ad espressione, spostati sul (rateilo minore, i desideri amorosi edipici per il padre (ore n. 444-449). Nel contesto dell'*insight* riguardo ai conflitti e alle rinunce sulla qualità della vita che hanno spezzato la rigidità dei suoi genitori, soprattutto di sua madre, Amalie percepisce solo forti sentimenti di odio nei loro confronti (ore n. 476-480). Nelle ultime ore traccia paralleli tra la separazione dei genitori, risoltasi problematicamente durante l'adolescenza, e quella che la aspetta dall'analista.

## *Relazioni extra-familiari*

All'inizio dell'analisi la paziente ha rapporti al di fuori della famiglia principalmente con le sue colleghe. Si lamenta che è sempre quella che deve investire nei rapporti e che è usata dagli altri come "pattumiera". Nel periodo II (ore n. 26-30) diventa chiaro come sia quasi incapace di andare da sola in società e di intessere contatti. La paziente nota come uno dei primi successi dell'analisi sia il fatto che ella si senta un po' più indipendente dal giudizio degli altri, per esempio che possa di nuovo andare a passeggio da sola (ore n. 51-55).

In seguito gioca continuamente un ruolo rilevante il suo capo; soprattutto teme che egli reagisca male all'analisi (ore n. 101-105).

Rispetto ai suoi colleghi si sente, sia prima che dopo, inibita (ore n. 126-130). Oltre a ciò, però, le relazioni extra-familiari si limitano completamente a se stessa (ore n. 221-225). Si sente derisa come una "vecchia zitella" ed è invidiosa delle sue colleghe. Durante le vacanze dell'analista (prima dell'ora n. 300) riceve alcune lettere da uomini in seguito ad un suo annuncio su un giornale;

Fra i tanti c'è un medico che sta effettuando un periodo di formazione psicoanalitica, cosa che la intriga molto nelle sue fantasie. Nonostante molte inibizioni e difficoltà, Amalie X infine intraprende addirittura una relazione sessuale con uno di questi uomini (ore n. 376-380). Nel suo lavoro riesce ad accettare rapporti più calorosi e liberi da conflitti con colleghi e "sottoposti".

Amalie X è tranquilla, questi si occupano caramente di lei e la vanno a trovare quando è costretta a casa a causa di un'ernia al disco. Dopo un ulteriore annuncio (ore n. 421-425) intraprende, nonostante molte paure, una relazione con un artista, desiderando sentirsi all'altezza di un mondo non borghese. Nel periodo XIX (ore n. 444-449) è impegnata in una lunga relazione con un uomo in procinto di divorziare. Si sente legata a lui, nonostante tutti i conflitti, ma al contempo, attraverso un nuovo annuncio, vorrebbe provare ad avere relazioni con più uomini, prima di legarsi stabilmente (ore n. 476-480). Nelle ultime ore di analisi racconta di una affascinante relazione con un "uomo poligamo", che trova molto egoista; le fantasie circa una loro separazione sono meditate anche in relazione alla prossima fine dell'analisi.

## *Relazione con l'analista: transfert e focus*

Inizialmente il rapporto con l'analista è segnato soprattutto dall'isolamento sociale. La paziente è impegnata dalla questione di quanto possa e debba andare vicino all'analista. In uno dei primi sogni la paziente è una ragazza alla pari a casa dell'analista. Durante una festa di famiglia la paziente cerca disperatamente la moglie dell'analista. Vicino ad alcune donne anziane "inaridite" ne trova una giovane molto carina, ma distaccata; non può accettare questa donna come moglie dell'analista e quindi la immagina come sua figlia. Sente rivalità rispetto a questa donna e la invidia per la sua giovinezza e bellezza. L'analista le ordina di pulire il bagno, nel quale però

non trova escrementi, ma piante. Si rifiuta di obbedire a questo ordine, perché "la sporcizia nel bagno" non è stata fatta da lei. La sua associazione mostra che fino ad ora (ore n. 26-30) ha considerato l'analisi come una prova, temendo di essere rifiutata a causa della "sua sporcizia" (ad esempio i peli). Nel successivo periodo di osservazione (ore n. 51-55), è visibilmente impegnata a stringere una relazione più stretta con l'analista. Vuole anche ascoltare, interpretare, vuole risposte dall'"esperto" alle sue domande e nessun silenzio; desidera che l'analista si ricordi precisamente delle situazioni dell'ora precedente. Le prime manifestazioni di transfert si mostrano nel confronto dell'analista con la madre: con entrambi ha paura, poiché possono arrabbiarsi con lei.

Nelle ore n. 76-80 si parla spesso delle opinioni della paziente sul trattamento. Avrebbe cominciato l'analisi in modo "naif" e "immacolato", ora sulla base di proprie letture si pone di fronte alla psicoterapia in modo più consapevole. Diventa chiara la sua insicurezza; trova innaturale lo stare sul divano, paragona l'analisi ad uno specchio nel quale ci si perde sempre. Fa anche rimproveri concreti all'analista, criticando il fatto che egli interpreti sempre e non le renda comprensibile il modo in cui giunge all'interpretazione, e che non prenda neppure in considerazione le sue domande. Il rapporto con l'analista la interessa soprattutto perché sarebbe unilaterale; si sente umiliata come un'offerta sacrificale, mentre vorrebbe "sedere selvaggiamente sulla balaustra". In un sogno si rappresenta la temuta punizione per questa opposizione: siede con l'analista, sua figlia di circa otto anni e sua madre in un giardino. L'analista è arrabbiato con lei, perché ha detto a sua figlia "sei un tesoro". Diffida del suo atteggiamento analitico neutrale e vuole sapere direttamente come egli abbia preso le critiche che gli ha rivolto.

Nelle ore n. 101-105 diventa chiara una forte ambivalenza rispetto all'analista: da un lato egli sarebbe per lei "la persona più importante", dall'altro vorrebbe diventarne indipendente e soffre per il senso di dipendenza nei suoi confronti. Sulla base di pubblicazioni dell'analista e di sua moglie cerca di capire che tipo di persona egli sia e quali idee di normalità abbia.

Infine (ore n. 126-130) diventa riconoscibile lo sviluppo del transfert in relazione al padre, ad esempio nel paragone tra lo stare sdraiata sul divano, "consegnata" all'analista, e la sua impotenza di fronte al padre. Anche nei successivi periodi di osservazione (ore n. 151-155) è centrale il rapporto con l'analista. Amalie esprime critiche aperte alle interpretazioni, soprattutto dove sono relative alla tematica sessuale. Ha la sensazione che l'analista sappia già in anticipo "dove si va a parare" e si sente sorpresa e umiliata proprio vagare e dalle proprie deviazioni. Spesso sente l'analista duro, privo di sentimenti e distaccato e ha il forte desiderio di essere importante lui. L'ambivalenza è ancora più evidente nelle ore n. 177-181, in cui riferisce molti sogni nei quali rincorre e insegue l'analista, è la sua complice nel omicidio e pulisce il suo gabinetto. Esprime la fantasia di rapire i bambini e di ricattare la famiglia. Di contro la resistenza al lavoro dell'analista è grande: rifiuta l'analista, poiché non la capisce e fa sempre solo allusioni a cose che lui sa già, agendo scorrettamente. Vuole strappare con violenza la diagnosi dalla sua testa, ma non trova nessun accesso. Più avanti (ore n. 221-225) confronta la parola

"Behandiung" [trattamento] con der Hand haben" [avere in mano, tenere in pugno], ragione per cui blocca con le mani e con i piedi il progressivo avvicinamento all'analista. Dopo l'elaborazione delle paure connesse a tutto ciò, riesce a lasciarsi avvicinare di più nel rapporto analitico. Si immagina tra l'altro di poter dormire tranquilla durante l'analisi e desidera l'analista come guardiano dei suoi sogni (ore n. 251-255). In tale contesto le è difficile sopportare la prevista separazione di due mesi (ore n. 282-286). Si sente abbandonata dal "papà" ed è gelosa di tutti coloro che hanno a che fare con lui. Nel successivo periodo di osservazione è molto aggressiva e arrabbiata nei confronti dell'analista a causa della prossima separazione, cosa che le causa anche grande ansia. Va avanti "come sul patibolo", rifiutata e giudicata incapace di agire. Ha paura anche di essere rifiutata a causa del suo tentativo di trovare uomini tramite annunci. Questa tematica si esprime in modo significativo in *sogno*, in cui l'analista le "manda sul collo delle furie" che la vogliono impiccare e che devono spararle. Egli stesso sta nelle vicinanze e se ne lava mani, mentre ella si scontra con le nere sofferenze che egli ha liberato su lei - l'analista parte per un viaggio di due mesi e la lascia da sola a lottare. Sono espresse chiaramente anche fantasie edipiche: è gelosa della moglie dell'analista che l'accompagna nel viaggio - egli le sarà infedele.

In un'ora del periodo successivo (ore n. 421-425) la paziente porta all'analista un mazzo di fiori, per scusarsi della sua fantasia che lo svalutava e ringraziarlo per tutto ciò che le rende possibile attraverso l'analisi, in primo luogo le relazioni con gli uomini. In questo modo fa anche una prova di separazione da lui.

Le ore n. 476-480 sono contrassegnate da un intenso transfert: per una volta sente di non ricevere mai senso di sicurezza e forza né con l'analista né con suo padre. Oltre a ciò è occupata dal suo forte desiderio sessuale nei confronti dell'analista: a casa ha desiderato sedurre l'analista nelle ore successive, semplicemente tirare le tende e spogliarsi, ma teme che l'analista reagisca con orrore. Nella sua rappresentazione egli deve essere un "amante perfetto". Lei tra se e se lo minaccia se egli non riesce a superare la prova. E forse anche per l'analista sarebbe stato positivo ricominciare una nuova vita con una donna.

### *Riflessioni sulla tecnica del trattamento*

L'analista è una presenza discreta in questo trattamento e, lascia alla paziente un grande spazio. Le interpretazioni sono brevi, dirette e non prolisse, entrano senza molti giri di parole in *medias res*.

Anche quando le resistenze contro le interpretazioni (ad esempio nell'ora n. 7) diventano ostinate, non vengono analizzate in modo intrusivo.

In generale si rileva uno stile di interpretazione chiaro e impostato sul confronto, fondato su una buona empatia e intuizione per la paziente. Si tratta di un'impressione che coincide con le valutazioni dei giudici che, riguardo alle due questioni principali, valutano l'analista "molto empatico" e "competente".

Un'altra cosa da sottolineare è che l'analista stima palesemente le doti verbali della

paziente e le usa produttivamente per il suo lavoro analitico, ad esempio quando la paziente indirizza l'attenzione e fa notare determinate formulazioni linguistiche delle manifestazioni dei conflitti inconsci. Riesce anche a sostenere il senso dell'umor della paziente, cosicché si sviluppa in modo crescente tra i due uno stile di interazione ricco di spirito. Questo rende possibile un avvicinamento rapido ad ambiti tematici difficili e legati perfetto" e lo minaccia tra sé e sé, se non supera questa prova. Tra l'altro legittima il suo desiderio sessuale con il fatto che forse sarebbe un fatto positivo anche per lui, ricominciare daccapo una nuova relazione con una donna.

Nelle ore conclusive è dominante il tema della separazione. Nel *sogno* la paziente deve "ingannare" l'analista per riuscire a separarsi da lui, prima che egli si accorga che ella ha acquisito le radici, la capacità di continuare a vivere da sola. Perciò deve cercare di farsi strada attraverso un albero cavo - l'accettazione della sua vagina - e poi può correre via grazie alle proprie radici. Allora può affermare: "probabilmente l'annoia ciò che le racconto, ma è la mia ora". Infine, le sembra di lasciare l'analista affamato, arido, di nuovo sulla sua montagna; lei ha acquistato più forza. È importante la comprensione della paura che l'analista potesse essere ingannato, come i suoi genitori, dal suo modo di prendere congedo. E anche rilevante che lei non è più gelosa dei propri fratelli di analisi: il "divano scaldato" da altri prima di lei non la disturba più - non si sente più scalzata dagli altri pazienti.