



Giovanni C. Zapparoli

Criteri di fine analisi

Tratto da Rivista Italiana di Psicoanalisi - 1956 - N.3

Quali sono i criteri che ci guidano nell'affermare che un atto umano è normale oppure anormale? Diverse sono le risposte in rapporto ai diversi punti di vista fenomenologico, sociologico o genetico. Con criteri psicoanalitici, quindi genetici, difficile è stabilire una distinzione certa ed univoca tra ciò che è salute e ciò che è male psichico. Kubie caratterizza la condotta anormale soffermandosi su due criteri: la necessità di ripetizione e la rigidità. Di questi due criteri solo il secondo è specifico in quanto la necessità di ripetizione può caratterizzare anche la condotta normale. Le ripetizioni nevrotiche hanno però come caratteri propri l'automaticità e soprattutto l'obbligatorietà rispetto alla coazione a ripetere dell'individuo normale necessaria alla sua vita.

La mancanza di rigidità, la flessibilità del comportamento normale, dipendono non dalla qualità dell'atto stesso, ma dalla natura dell'insieme delle forze che l'hanno prodotto. Volendo esaminare più a fondo i meccanismi che determinano il gioco di queste forze si giunge ad affrontare i complessi problemi inerenti ai meccanismi di investimento e disinvestimento oggettuale libidico. Un particolare aspetto di questi meccanismi interessa al nostro argomento: mi riferisco alla osservazione fatta da Freud secondo la quale è possibile descrivere un particolare aspetto nei meccanismi di distribuzione libidica: la viscosità libidica che spiega, nella personalità nevrotica, il lento e faticoso processo di disinvestimento libidico oggettuale¹. Il soggetto normale può, difatti, allorché nulla giustifica una sua fedeltà all'oggetto, trasferire la libido, mentre il nevrotico, come è noto, rimane rigidamente fedele ai primi investimenti oggettuali.

Un'altra possibilità che abbiamo a disposizione per tentare la differenziazione tra normale e patologico, risiede nell'ipotesi formulata da Kubie secondo la quale nell'essere normale prevale un sistema conscio, mentre nel nevrotico prevale un sistema inconscio. In altri termini se la maggior parte delle istanze psichiche che determinano il comportamento dell'Io sono cosce o preconsce, la condotta che da esse risulta può definirsi normale, mentre quando prevalgono forze inconsce, oppure, le forze cosce unite a quelle inconsce inseguono ideali incompatibili, la condotta che ne deriva può essere definita nevrotica. Kubie precisa che non bisogna giungere ad affermare che un atto psichico conscio sia normale mentre un atto psichico inconscio sia anormale.

Il criterio di distinzione non si basa sul livello di consapevolezza al quale si compie l'atto, ma piuttosto al livello di consapevolezza al quale pesano le forze che determinano l'atto. Normalità non significa quindi coscienza di sé (self-consciousness) introspettiva, ma piuttosto è caratterizzata dalla situazione in cui le forze che predominano nel determinare la condotta nel soggetto normale divengono accessibili ad una corretta interpretazione. Kriss e Hartmann negano l'ipotesi di Kubie e sono dell'opinione che le forze che determinano gli atti inconsci predominanti possono esistere anche in un Io normale: difatti alcune difese inconsce possono venire utilizzate dall'Io allo scopo di adattarsi a particolari situazioni della realtà senza che per questo l'assunzione da parte dell'Io di difese inconsce significhi anormalità. Si potrebbe quindi spostare il problema e chiederci se sia possibile distinguere e descrivere dei processi inconsci normali e dei processi inconsci anormali.

Quando un'azione terapeutica analitica ha raggiunto il suo scopo? La letteratura in proposito è ricca e mi limiterò quindi a citare i passi essenziali.

Ferenczi ritiene indispensabile per il successo di un'analisi che il paziente abbia assunto una nozione sufficiente delle proprie deviazioni e dei propri errori e che sia in grado di dominare i punti deboli della propria personalità.

Balint indica come fondamentali nel determinare la fine di analisi i seguenti punti:

1) che si sia stabilito in modo saldo un primato genitale, cioè il paziente riesca a godere di una sessualità matura;

2) la capacità di amore genitale deve essere la risultante di una fusione complessa di soddisfazione genitale e di tenerezza pre-genitale;

3) che l'Io sia abbastanza forte, in grado di lottare contro le pulsioni istintive impiegando: a) dei metodi autoplastici anziché dei metodi alloplastici; b) giungendo all'accettazione di idee spiacevoli; c) raggiungendo la capacità di sopportare l'aumento di eccitazione impulsiva prima e durante gli orgasmi; d) potendo conservare un'identificazione genitale con il "partner" anche durante fasi di insoddisfazione temporanea.

John Rickman pone l'accento sul criterio di irreversibilità: lo stato di integrazione e di adattamento raggiunto dal paziente deve essere tale da impedirgli l'attuazione di processi reversibili e soprattutto regressivi dopo la cessazione dell'aiuto analitico. Questo autore considera inoltre come essenziali i seguenti punti:

1) il paziente deve aver raggiunto la capacità di spostarsi facilmente mediante le sue facoltà mnestiche dal passato al presente e viceversa;

2) possedere la capacità di soddisfazione eterosessuale e genitale;

3) tollerare frustrazioni libidiche senza reagire con meccanismi regressivi o con angoscia, svolgere un lavoro proficuo, avvertire impulsi aggressivi sia che si realizzino nel proprio io che nel suo prossimo senza giungere alla perdita d'investimento libidico, di amore oggettuale e senza vivere senso di colpa;

4) poter, infine, essere capace di sopportare un lutto e tollerare un rapporto analitico su basi reali malgrado l'analista possa assumere nei suoi confronti una posizione caratterizzata da umore fluttuante.

M. Klein oltre ai criteri già esposti afferma che l'analista deve rendersi conto, prima di considerare terminata un'analisi che siano state sufficientemente ridotte le angosce persecutive e depressive pre-genitali; che il rapporto instaurato dal paziente con la realtà sia stato sufficientemente

rinforzato sì da permettere una eventuale perdita di oggetto libidico, cioè di lutto. Infine che siano stati sufficientemente analizzati sia il transfert negativo che quello positivo e l'idealizzazione.

W. Hoffre propone tre criteri:

- 1) l'analisi deve essere riuscita ad avvicinare l'inconscio al conscio;
- 2) il paziente deve bene localizzare e comprendere le resistenze e trattarle in modo da potersi avvicinare sia all'inconscio che al preconsciouso;
- 3) deve essere infine risolta la nevrosi di transfert in modo che il paziente possa ricordare il passato anziché rappresentarlo ed agirlo.

Secondo Nacht ciò che ci autorizza a considerare un'analisi come terminata è la constatazione ripetuta che il paziente abbia acquisito la capacità di soddisfare in tutta libertà interiore, senza timore né coazione compulsive, i suoi bisogni istintivi, e ciò in modo adattato alle sue possibilità costituzionali ed all'ambiente sociale, familiare, culturale in cui egli vive. Parallelamente a queste acquisizioni positive dobbiamo aver constatato che il paziente posseda la capacità di sopportare le inevitabili insoddisfazioni, le frustrazioni connesse alla vita e che tutto ciò si attui senza reazioni regressive né autopunitive.

L'esame delle affermazioni fatte da questi autori che racchiudono parecchi criteri comuni di giudizio, pur tracciando preziosi suggerimenti di tecnica analitica, non riescono tuttavia a soddisfare totalmente le nostre esigenze scientifiche. Rimangono infatti da risolvere alcuni fondamentali quesiti che Freud si è posto e che ridimensionano questi modelli di guarigione ideale, di immagine ideale di salute verso la quale l'azione terapeutica conduce alla anormalità e che solo in particolari casi riesce a raggiungere. Freud, come è noto, si chiede se sia possibile liquidare totalmente ed una volta per tutte un conflitto istintivo e, più precisamente, il conflitto che si instaura tra l'Io e l'istinto, se sia possibile giungere, trattando un soggetto per una certa situazione conflittuale istintiva, a vaccinarlo contro ogni nuova possibilità di conflitti analoghi; ed infine se sia possibile far rivivere, per sottoporli a un trattamento preventivo, tutti quei conflitti patogeni che, al momento dell'analisi, non si sono ancora manifestati anche con lievi indizi. Freud, dopo aver affermato che i mezzi psicoanalitici sono condizionati da una condotta corretta dell'analisi da un punto di vista economico, aggiunge che è impossibile che tutti i residui del passato vengano liquidati ma è sufficiente liquidarne la parte essenziale.

Anche se la nostra attuale posizione può definirsi meno pessimistica, rimangono però ancor valide queste affermazioni di Freud.

Le necessità cliniche ci spingono a formulare giudizi sullo stato tipo di guarigione ma i modelli, le regole, gli accorgimenti che noi adottiamo, rischiano di diventare imposizioni paralizzanti che interferiscono in modo negativo e vengono a costituire una sorta di Super Io soprannumerario che sta tra l'analista e il paziente ed al quale bisogna ubbidire. Come dice Lebovici l'attitudine profonda dell'analista è più importante dei procedimenti tecnici che egli può adottare; questo autore indica, appunto, i danni che possono derivare dallo stabilire in modo troppo teorico una tattica e una strategia psicoanalitica.

Concetti che si ricollegano al problema se ciò che ci guida nella fine di analisi risieda nell'insieme dei fattori intuitivamente sentiti nel vissuto di ciascuna esperienza analitica, oppure sia solo ciò che è possibile definire razionalmente. Queste due posizioni, razionale ed intuitiva, sono state

sostenute rispettivamente da Benassy e da Bouvet. Per quest'ultimo i criteri soggettivi ed obbiettivi assumono un valore solo allorché la percentuale intuitiva di un certo stato del soggetto ci fa giungere nell'atmosfera di fine di analisi.

Nacht è persuaso che anche durante tutto il lavoro analitico il terapeuta oscilli tra una posizione intuitiva ed una razionale e che questo oscillare raggiunge la sua piena efficacia solo quando questa dualità si risolve in una verità di pensiero.

Problemi di tecnica inerenti alla fine del trattamento analitico

Tra i problemi di tecnica analitica che i diversi autori hanno trattato, alcuni meritano a mio avviso di essere discussi.

Come si è già detto, un criterio che ci deve guidare nella fine d'analisi è costituito dalla necessità di liquidare il transfert negativo; in parecchi casi però anche di analisi condotte correttamente, rimane difficile giungere ad una totale liquidazione del transfert negativo e ciò per l'intervento di un particolare meccanismo troppo spesso dimenticato e poco considerato nella sua giusta importanza. Non sempre difatti la non completa analisi del transfert negativo dipende da una non sufficiente analisi delle difese pre-genitali. Vi sono casi in cui il rigido investimento nei confronti dell'analista diviene il meccanismo difensivo attuato dall'lo nei confronti di istanze aggressive, meccanismo definito transfert da difesa o transfert di resistenza. Mediante una situazione di transfert positivo, l'inconscio può difendersi dalle tendenze aggressive in questo modo: "finché lo amo e lui mi ama, gli rimango vicino e non potrò aggredirlo". Questa situazione che prelude ad una analisi interminabile in cui non possono essere analizzati a fondo né il transfert positivo né quello negativo, è abbastanza frequente nelle analisi difficili e rispecchia spesso la sequenza analitica descritta da Balint in cui il transfert si mette al servizio della resistenza divenendo transfert di resistenza, mentre ciò che sostiene l'analisi diviene il narcisismo del paziente.

Una situazione di transfert da difesa di questo tipo si è realizzata in un mio paziente ossessivo che, all'inizio dell'analisi, aveva la necessità coatta di voltarsi e guardarmi, di controllarmi, di vedere se ero ancora lì. Quando il corso dell'analisi ha mobilitato le sue cariche aggressive ed il paziente ha realizzato nei miei confronti il transfert negativo, questa coazione si è rapidamente annullata ed in breve anche il periodo di transfert negativo è stato sostituito da un transfert positivo. Quasi subito dopo la comparsa di questo transfert il soggetto ha vissuto però la necessità di essere lodato e di criticare le persone assenti. Egli poteva vivere nuove e più profonde idee aggressive rivolte anche alla mia persona solo quando io non ero presente. Erano idee che egli avvertiva o durante il breve periodo di attesa alla seduta o durante le interruzioni dell'analisi dovute alle vacanze estive.

Indicativo a questo proposito è anche il caso descritto da M. Milner di una paziente che non poté provare veramente l'odio per il suo analista finché non sentì che egli l'aveva respinta: essa ha dovuto, per terminare il trattamento con successo, subire l'esperienza di rifiuto da cessazione di analisi.

In questi casi sorge la necessità tecnica, oltre che di sospendere per certi periodi l'analisi, anche quella di terminarla definitivamente, sì da mettere il paziente in grado di concluderla.

La scuola francese con Nacht, Bouvet, e Lebovici ha di recente sottolineato l'importanza che assume la bontà, specie nei casi di analisi difficili interminabili e nei casi in cui l'Io del paziente è particolarmente debole ed il transfert difficilmente maneggiabile. Nacht, dopo aver premesso che la tecnica prettamente classica ha tra gli altri effetti quello di evitare l'instaurarsi di una nevrosi di transfert difficile ed impossibile da liquidare, aggiunge che in certe analisi vi è un momento in cui l'attitudine di neutralità indispensabile durante una prima fase del trattamento diviene gradualmente più nociva che utile e può sovente essere resa responsabile della difficoltà di liquidare la nevrosi di transfert. Nel periodo che precede la fine di un'analisi è necessario giungere a delle manifestazioni di presenza da parte dell'analista che conducano il paziente ad un esame di realtà orientato ed obbiettivo; tra queste manifestazioni di presenza vanno assunte quindi anche quelle che inducono a far terminare il trattamento prima che il transfert di difesa abbia raggiunto limiti e strutturazioni non più analizzabili. Il provvedimento di por termine all'analisi va naturalmente attuato solo quando il paziente ha raggiunto quel grado di autosufficienza per cui la fine di analisi non gli crei un nuovo ripristino della sintomatologia.

Di recente Nunberg ha definito il contro-transfert come una proiezione e nello stesso tempo una tendenza a stabilire l'identità di vecchie e nuove percezioni. Come il transfert anche il contro-transfert ha un aspetto duplice. L'analista nel suo lavoro integra due funzioni:

a) il suo inconscio, mediante una identificazione con il paziente e per mezzo della proiezione e dell'introiezione, risponde all'inconscio del paziente e alle rievocazioni immaginative del suo passato;

b) egli oscilla tra il distacco della realtà e la realtà stessa realizzando un processo di rieducazione della realtà di ridimensionamento attuato mediante un compromesso tra le rievocazioni del suo passato e le istanze della realtà.

Solo in questa situazione affettiva il terapeuta può sentire veramente ciò che il paziente avverte in sé, pur riuscendo a mantenere una libertà di spirito tale che gli permetta di adottare le misure terapeutiche convenienti.

Dall'insieme di questi meccanismi risulta come il contro-transfert venga a rappresentare, nel corso dell'analisi, uno strumento, oltre che utile, anche necessario per lo svolgimento del trattamento. Troppo spesso però gli autori considerano poco questo aspetto che Margaret Little ha sviluppato; essa infatti osserva che se riusciamo a fare del transfert un giusto uso, perché non dobbiamo usufruire in tal senso anche di un altro strumento valido e forse indispensabile che è costituito dal contro-transfert?

Nell'esperienza di perdita che si crea nell'analista alla fine di una analisi il contro-transfert può però intervenire anche in modo negativo. Senza considerare particolarmente le difficoltà che sorgono in rapporto al narcisismo dell'analista ai microresidui di castrazione connessi al successo dell'analisi che pongono l'equazione ricordata da Held: potenza = successo, insuccesso = impotenza, vorrei ricordare il tipo di contro-transfert ansioso, descritto da Bouvet, mediante il quale il terapeuta può essere portato, in quelle analisi che si prospettano interminabili, ad approfittare di un miglioramento nella situazione conflittuale del paziente. Sono analisi il cui andamento burrascoso ha suscitato nell'analista particolari difficoltà legate, ad esempio alle continue minacce o ai continui propositi di suicidio del paziente, oppure in cui l'acting

out determina nel paziente particolari atteggiamenti che mettono alla prova l'autostima dell'analista. Le microformazioni ansiose accumulate durante il corso dell'analisi possono determinare nell'analista una errata valutazione delle reali condizioni del paziente.

Accanto ai due tipi di contro-transfert, l'ansioso e l'ossessivo, ricordati da Bouvet, credo si possa descrivere anche il contro-transfert sado-masochistico che si attua ad un livello pre-genitale più profondo di quello ossessivo. Questo tipo di contro-transfert interviene in modo particolare nelle analisi di psicotici, quando l'analista di fronte alla regressione totale che il paziente ha realizzato con il suo stato morboso si trova impegnato anch'egli a livelli decisamente pre-genitali.

Prendiamo l'esempio, abbastanza frequente nell'analisi di psicotici, della realizzazione da parte del paziente nei confronti dell'analista di un processo di identificazione proiettiva con l'oggetto cattivo introiettato. Il paziente può vivere crisi di violenta agitazione psicomotoria che giungono a concretizzarsi in una vera aggressione. Schiaffi, pugni, materiale fecale sono riversati anche con violenza sull'analista che li riceve senza reagire; F. Fromm Reichmann non si avvicina a questi ammalati che portando un vecchio vestito per non aver nulla a che temere dalle dimostrazioni fecali del paziente per mezzo delle quali solamente può essere migliorato il comportamento del paziente stesso. La psicoterapia di uno psicotico impegna però l'analista molto al di là di una semplice accettazione delle bizzarre modalità esistenziali del paziente. L'esistenza stessa del malato deve contare agli occhi dell'analista; come dice Rosen il paziente deve essere considerato un membro della propria famiglia. L'analista è quindi personalmente e umanamente impegnato nell'esistenza e nel destino del suo assistito.

Il terapeuta però, malgrado tutto, non è un parente dell'ammalato e la sua opera, anche se istintivamente è rivolta verso il suo paziente, rimane anche determinata da istanze del tutto contrarie a quelle che importano la bontà, la benevolenza e che possono essere invece di tipo sado-masochistico. Non esisterebbe nessuna necessità di sottolineare continuamente che l'analista deve essere nei confronti dello psicotico veramente buono e profondamente comprensivo, se questo stato di bontà cui si vuole giungere non avesse anche la possibilità di rappresentare un meccanismo di difesa contro istanze masochistiche che primitivamente determinano l'azione del terapeuta.

Ogni volta che un atteggiamento dell'analista non è legato ad una sua tendenza spontanea ma ad una imposizione di tecnica, rimane presente il pericolo della attuazione di meccanismi di difesa nei confronti di istanze controtransferali, e tra esse quelle sadomasochistiche hanno un notevole peso: certi atteggiamenti forzatamente benevoli non rappresentano altro che difese da più profonde istanze preedipiche; Nacht osserva infatti che ciò che più importa in una analisi non è tanto quello che l'analista dice ma ciò che egli è.

Lo stesso Nacht riconosce infatti che è nel contro-transfert, senza considerare le eventuali modificazioni di tecnica, che si trova la chiave di parecchie nevrosi di transfert gravi a base sadomasochistica. Sono situazioni in cui il masochismo del malato giunge a risvegliare istanze sadiche nell'inconscio dell'analista e questo incontro sadomasochistico rischia appunto di realizzare un legame indissolubile tra paziente ed analista e rende quindi l'analisi interminabile.

Edith Weiger sottolinea come nella fase finale dell'analisi il paziente si renda maggiormente conto delle sue fissazioni narcisistiche, della sua fissazione alla madre che tutto soddisfa, e conclude dicendo che solo i recenti progressi dell'analisi dell'Ego nelle psicosi ci fanno sperare che si possa giungere a risolvere le resistenze narcisistiche che interferiscono nel compimento dell'analisi. A. Reich osserva che, benché le richieste di transfert del paziente non siano esaudite, il procedimento analitico rappresenta uno specifico tipo di gratificazione narcisistica spesso orale, passiva che non può essere negato al paziente che succhia le nostre parole e la cui perdita può essere seguita da una situazione di lutto. Accanto a questo orientamento verso difese narcisistiche pre-edipiche va segnalato un particolare aspetto del problema narcisistico recentemente esposto da Grunberger. Questo autore considera quell'aspetto dell'analisi che le deriva da un processo autonomo con una sua propria evoluzione e che tende ad un naturale compimento dell'analisi stessa. Sorta di evoluzione sotterranea che si sviluppa su un piano differente dell'analisi propriamente detta e che sfugge all'interpretazione: è l'elemento narcisistico inteso nel senso che il linguaggio corrente chiama senso dell'amore di sé, amor proprio. Data la posizione dell'analista di specchio che riflette, il paziente si trova messo di fronte a se stesso in condizioni particolari che favoriscono la regressione narcisistica. Pur considerando che l'originalità della terapia freudiana sta nel fatto di distruggere nel paziente l'illusione arcaica di onnipotenza narcisistica e di portare invece il malato a sviluppare una relazione più evoluta (quella della relazione d'oggetto) rimangono pur tuttavia dei casi in cui, anche se non entrano in gioco resistenze narcisistiche di tipo pre-genitale o psicotiche, si realizza la situazione descritta da Grunberger. Sono soggetti sempre alla ricerca di uno specchio in cui riflettersi, che si polarizzano su ogni nuova possibilità di soddisfazione, narcisistica senza che per questo si tratti di narcisismo perverso. Impossibilitati a stabilire una relazione d'oggetto, accettano la fine d'analisi solo in funzione della possibilità di sostituire la perdita del piacere narcisistico che essi hanno tratto dalla situazione analitica, con un altro piacere narcisistico, costituito spesso dal poter parlare con gli altri del loro trattamento.

Nei casi in cui intervengono questi meccanismi residui di autostima e di narcisismo non è possibile, in definitiva, parlare di fine d'analisi bensì di fine del rapporto attivo, fisico, con l'analista. I soggetti nel corso della loro analisi hanno investito la situazione analitica e non l'analista e questi investimenti come osserva Grunberger, resistono a tutte le vicissitudini del transfert oggettuale; nel suo transfert negativo il paziente avrà un moto ostile ed aggressivo contro l'analista ma solo contro l'analista come oggetto mentre la situazione analitica resterà al riparo di questo moto e rimarrà investita positivamente. L'investimento sulla situazione analitica rappresenta l'elemento che persiste anche dopo che il rapporto oggettuale con l'analista è venuto a cessare. Alcuni pazienti in cui il trattamento è riuscito con successo ritornano da noi e ci dichiarano che hanno proseguito il lavoro analitico, anche se in ben altre condizioni, per un buon periodo dopo la cessazione dell'analisi vera e propria. Anche nelle analisi didattiche il candidato mediante l'autoanalisi prosegue la sua analisi realizzando una particolare situazione analitica tra l'Imago introiettata dell'analista didatta o degli analisti di controllo, e le sue istanze psichiche.

Esiste quindi il problema delle analisi non terminate ma per le quali non è più necessaria la relazione diretta con l'oggetto analista, ma è sufficiente la relazione con la sua Imago. Problema connesso intimamente con la concezione psicoanalitica classica secondo la quale, se si parla di transfert nel senso estensivo del termine, non vi è la possibilità di una sua liquidazione completa. La liquidazione del transfert deve essere intesa come liquidazione della nevrosi di transfert cioè delle ripetizioni nevrotiche inadeguate alla realtà presente ed il compimento di questo lavoro è secondo Lagache uno dei segni principali di fine di analisi.

Come si è detto uno scopo al quale l'analisi deve tendere è di far giungere il paziente ad una riuscita sociale. Intervengono però in certi casi anche alcuni particolari fattori che interferiscono nel raggiungimento della rinascita sociale.

Come nelle analisi infantili i rapporti genitori-fanciullo possono essere determinati nell'andamento di tutto il trattamento e numerosi sono i lavori che trattano di questo argomento (Anna Freud, Federc Allen, Szurok, Rees, Kalpan, Favreau, Jacobs, Van Merlen) così anche nelle analisi di adulti l'ambiente familiare può divenire spesso determinante nel rallentare la soluzione di una nevrosi.

Nei casi di pazienti giovani (18-25 anni) può accadere che i genitori di questi soggetti siano loro a desiderare di fare intraprendere il trattamento ai figli, spesso non per una reale situazione di sofferenza che vedono nel loro congiunto, ma per un insieme di fattori profondi che agiscono nel loro Io. A questo proposito vorrei riferire un caso limite occorso alla mia osservazione. Un giovane paziente viene in analisi con un quadro sintomatologico di nevrosi ossessiva particolarmente grave, l'analisi procede lentamente quando entra in scena il padre del soggetto, che chiede ripetutamente di incontrarsi con me; da questi colloqui posso constatare come anch'egli sia affetto da una forma ossessiva ben socializzata, ma ciò che più ci interessa, constato come egli abbia modificato in modo significativo i suoi rapporti verso il figlio. Mi racconta che spesso ha fatto alzare da tavola il figlio per metterlo sull'attenti e costringerlo ad ascoltare lunghe prediche, che avevano come argomento i canoni delle corrette relazioni con il prossimo. Quest'atteggiamento si è poi bruscamente modificato, egli ha vissuto, un senso di tenerezza verso il figlio che l'ha determinato a farlo curare. Però tra i medici che egli consultava sceglieva solo coloro che, particolarmente rigidi e severi, ordinavano al figlio terapie di shock o rachicentesi a scopo decompressivo per i disturbi di tipo cefalgico di cui suo figlio soffriva.

Questa serie di peregrinazioni si è interrotta il giorno che un medico ha potuto convincerlo della necessità di un trattamento psicoanalitico. Le reazioni immediate del padre alla cura furono di sfiducia demolitrice, poi quasi improvvisamente esse si sono mutate, era proprio lui che spingeva il figlio a continuare il trattamento. Ho voluto controllare l'epoca in cui è avvenuto questo cambiamento di fiducia nei miei confronti, e mi sono accorto che l'atteggiamento di fiducia era iniziato quando il figlio a causa della mobilitazione di un transfert negativo nei miei confronti vissuto con forti sensi di colpa, era peggiorato nel quadro sintomatologico. L'analisi ha fatto il suo cammino e l'atteggiamento sadico del padre del paziente che da uno sfogo diretto (fase delle prediche) era passato ad un tipo di saturazione indiretta (fase della cura) ricompare appunto nella fase finale dell'analisi. Alla

comunicazione che il figlio gli ha fatto che l'analisi volgeva ormai al suo termine, si è precipitato da me meravigliandosi che io mi accontentassi di così poco e mi limitassi a far guarire clinicamente suo figlio senza pensare che il diavolo che lui aveva in corpo e che lo aveva fatto soffrire sarebbe riapparso, anzi io dovevo farlo riapparire perché solo così avrei potuto veramente guarire suo figlio. Mi voleva avvertire che non così si curavano gli ammalati, facendoli star bene, ma tormentandoli ed aggredendoli.

Questo che, come ho detto è un caso limite, ci può tuttavia mostrare i meccanismi legati ad una particolare impostazione sadica che i familiari possono aver nei confronti dei loro congiunti ammalati, unitamente al gioco di processi di identificazione e di invidia competitiva, per cui il parente con chiare note nevrotiche crea notevoli ostacoli alla liquidazione del transfert positivo che l'analizzato ha sviluppato nei confronti dell'analista; mantenere il transfert permette di superare le angosce non più infantili e pregenitali, ma attuali, connesse appunto all'inserimento in nuclei sociali non normali.

Parecchi pazienti che vengono in analisi con una situazione familiare compromessa, anche se la liquidazione dei conflitti profondi ha raggiunto il suo scopo, si trovano pur sempre affascinati dal desiderio che l'analisi nella sua onnipotenza riesca a modificare anche la loro situazione di particolare disagio reale. Acuto diviene senza dubbio il distacco dall'analista quando il paziente deve alla fine dell'analisi riprendere queste stesse situazioni che all'inizio del trattamento sperava di non riprendere più per l'intervento magico della onnipotenza analitica e che aveva del tutto obliato durante il lungo lavoro analitico, immerso com'era nella rievocazione regressiva, e nell'attività fantasmatica inconscia, e che l'esame di realtà analitiche gli ha fatto interrompere e troncato.

¹ Con la stessa locuzione di viscosità libidica, taluni Autori indicano il fenomeno contrario, e cioè la capacità di investimenti della libido.

Bibliografia

- Kubie L.: *The fundamental nature of the distinction between normality and neurosis*. Meeting of the New York Psychoanalytic Society, December 1952.
- Freud S.: Analyse terminée et analyse interminable. *Rev. Française de Psychanalyse*, Tome XI, N. 1, 1939.
- Kriss Hartmann: Resoconto discussione Meeting of the New York Psichoanalytic Society. *Psychoan. Quarl.*, vol. XXII, 1953, N/4, p. 620, Dicembre 1952.
- Ferenczi S.: Das Problem der Beeindigung der Analysen. *Int. Zeitschrift für Psychologie*, 1928, pp. 1-10.
- Balint M.: On the termination of analysis. *Int. J. of Psychoanalysis*, vol. XXXI, 1950, pp. 196-199.
- Rickman J.: On the criteria for the termination of an analysis. *Inter. J. of Psychoan.*, vol. XXXI, 1950, pp. 200-201.
- Klein M.: On the criteria for the termination of an analysis. *Inter. J. of Psychoan.*, vol. XXXI, 1950, p 204
- Hoffre W.: Three psychological criteria for the termination of treatment. *Inter. J. of Psychoan.*, vol. XXXI, pp 194-195,.
- Nacht S.: Le critères de la fin du traitement psychoanalytique. Introduction. *Rev. Franç. de Psychanalyse*. Tome XVIII,
- Lebovici S.: *Comment terminer le traitement psychoanalytique*. Bulletin d'activités de Psychoan. Beligues, X. 22.
- Benassy M.: Les critères de la fin du traitement psychoanalytique. *Rev. Franç. de Psychanaiyse*. Tomo XVIII, N. 3.
- Bouvet M.: Les critères de la fin du traitement psychoanalytique. *Rev. Franç. de Psychanalyse*. Tomo XVIII, N. 3.
- Nacht S.: Comme terminer le traitement psychoanalitique? *Rev. Franç. de Psychanalyses*. Tomo XIX, N. 4.
- Balint M.: Das Endziel der psychoanalytischen Behandlungen. *Int. Zeit. für psychol*, 1935.
- Milner M.: A note on ending of an analysis. *Int. J. of Psychoan.*, vol. XXXI, 1950, pp. 191-193.
- Bouvet M.: *Tecniqe de la fin d'analyse*. Bull. d'act. des psychoan. beligues. n. 23.
- Numberg H.: Transference of realty. *Int. J. of Psychoan.*, vol. XXXII, 1951, pp. 1-9.
- Little M.: Countertransference and the patient's response to it. *Int. J. of Psychoan.*, vol. XXXII, 1951, pp. 32-40.
- Held R.: *Comment terminer le travail psychoanalitique?* Bull. d'activités beligues, N. 22.
- Fromm Reichmann F.: Therapeutic management in a psychoanalytic hospital. *Psychoan. Quart.*, 1947, 16, 325-356.
- Rosen: *Transference. A concept of its origin, its purpose its fate*. Int. Congress Psychotherapy, 1954, Acta Karger ed., 1955, pp. 109-122.
- Weiger E.: Contribution to the problem of terminating Psychoanalysis. *Psychoan. Quart.*, vol. XXI, 1952, N. 4.

-
- Reich A.: On the termination of analysis. *Int. J. of Psychoan.*, vol. XXXI, 1950, pp. 129-18.
- Grunberger B.: *Essai sur la situation analytique et le processus de guérison (la dynamique)*. Rapporto tenuto al XIX Convegno di Psicoanalisi di lingua romanza.
- Lagache D.: Le problème du transfert. *Rev. Franç. de Psychan.*, Tomo XVI, N. 1-2.