

1

Paul Parin

## **La fine dell'analisi terminabile**

Trad. di P. F. Galli. Relazione svolta alla riunione inaugurale del Centro psicoanalitico R. de Saussure di Ginevra il 3 febbraio 1973.

*Da questo numero entrano a far parte della redazione Arno von Blarer, Emilio Modena e Berthold Rothschild, del seminario psicoanalitico di Zurigo. La direzione della rivista viene assunta da Enzo Codignola e Pier Francesco Galli.*

In questa relazione tratterò prevalentemente di quei fattori che possono ostacolare sul piano teorico e pratico un atteggiamento utile ed analitico verso la fine dell'analisi.

Ai primi tempi del movimento psicoanalitico l'analisi veniva terminata quando il malato era libero dai sintomi che lo avevano disturbato. In seguito Freud ha stabilito dei criteri che permettevano di valutare il raggiungimento o meno dello scopo dell'analisi indipendentemente dalla sintomatologia. Si poteva parlare di analisi completa se l'analizzato aveva raggiunto una completa capacità di amare, una completa capacità di provare piacere e una completa capacità di lavorare. Questi criteri si basavano sulla nozione teorica di normalità psichica.

Sulla «normalità psichica» Glover ha scritto nel 1932 queste parole ironiche: «Accanto ai diritti conferiti ai medici dalla legge, vi sono dei privilegi non scritti di ordine unico. Forse il più importante di questi è il diritto per ciascuno di loro di stabilire lo «standard» di normalità dei propri pazienti».

L'incapacità e la non competenza fattuale dell'analista di stabilire norme sociali per il comportamento dei propri pazienti non ha trattenuto alcuni autori dall'elaborare dei criteri normativi. Ultimamente soprattutto la scuola di Karl Menninger, di Topeka, ha fatto ricorso a norme più elaborate per stabilire il momento in cui finire l'analisi terminabile.

In opposizione a questa tendenza io propongo di lasciar da parte ogni criterio di tipo psichiatrico, sociologico, medico, e simili per riferirsi soltanto a criteri psicoanalitici in senso stretto. Nel far questo cade ogni differenza di principio tra normalità e nevrosi. Non siamo più costretti a giudicare ciò che non possiamo sapere, cioè cosa è normale e ciò che non lo è più per una determinata persona nel suo ambiente sociale. I concetti di normalità e anormalità perdono ogni senso se applicati ai conflitti, alla metapsicologia, alla teoria della tecnica e particolarmente ai problemi della fine dell'analisi. In altre parole: per il problema della fine d'analisi propongo di prendere in considerazione il processo analitico stesso.

Nel suo lavoro «Analisi terminabile e interminabile» Freud ha discusso problemi molto più ampi di quanto non abbia io oggi in mente. Per la fine dell'analisi terminabile egli attribuisce importanza maggiore ai fattori economici.

Dal punto di vista genetico egli valuta la forza delle pulsioni rispetto ai traumi precoci.

Dal punto di vista strutturale, contrappone la forza delle pulsioni alla forza dell'Io. In termini metapsicologici più generali egli mette in rapporto in senso economico le diverse strutture dell'apparato psichico.

Facendo riferimento al punto di vista topico, egli dice che scopo dell'analisi è correggere la rimozione primaria. Questo procedimento pone fine al fattore quantitativo come principio regolatore. Questo cambiamento sarebbe il risultato del processo terapeutico dell'analisi.

Non si può certo lasciare da parte il punto di vista economico. Bisogna però allargarlo, dato che non si presta facilmente a stabilire delle regole e fondare una teoria della tecnica. Per poter fare ciò bisogna riferirsi a considerazioni di ordine qualitativo applicabili al processo analitico. Quanto più semplice sarà la formulazione di queste considerazioni tanto più sarà possibile adattare alla situazione specifica della fine dell'analisi.

Cito Hoffer che nel 1950 ha formulato tre criteri psicologici per seguire l'evoluzione del processo analitico:

- 1 – prendere in considerazione il rapporto tra conscio ed inconscio,
- 2 – mettere questa osservazione in rapporto con una riorganizzazione delle difese e
- 3 – seguire l'elaborazione della nevrosi di transfert.

Seguendo il processo analitico in questo modo si giunge alla fine ad osservare che l'analizzando ha acquisito le funzioni dell'analista, vale a dire, si è identificato con la funzione dell'analista. A questo punto, secondo Hoffer, ha inizio l'analisi interminabile. Questa condizione generalmente non viene percepita dall'analizzando in maniera diretta e cosciente. Ma è questo il punto in cui l'analisi terminabile perde il diritto di esistere.

Imre Hermann ha definito il compito dell'analisi con una formula ancora più semplice: l'analisi deve ristabilire una continuità psichica. Il raggiungimento di questa condizione si nota dalla qualità delle associazioni, o in altre parole dalla capacità di attenersi alla regola fondamentale. Questi criteri possono sembrare troppo semplificati; si può notare quanto siano complessi soltanto quando si cerca di applicarli ad un processo analitico concreto. Prima di affrontare questo problema sulla base di alcune osservazioni cliniche, desidero ricordare un fenomeno descritto per la prima volta da Ferenczi nel 1927. Egli ha sottolineato una impressione d'insieme della fine dell'analisi terminabile. Ha detto: «L'analisi deve morire per esaurimento». Egli ha descritto con queste parole una impressione soggettiva che in seguito ha trovato formulazioni diverse in numerosi autori. Si dice che l'analisi deve trovare una «fine naturale» Oppure si paragona l'analisi

al processo di creazione di un'opera d'arte che deve essere interrotto in un determinato momento per evitare il deterioramento del tutto.

Grunberger ha attribuito questa impressione di fine quasi naturale ai fattori narcisistici. Egli pensa che la nevrosi di transfert riattivi nella

2

regressione le ferite narcisistiche del passato. La maturazione raggiunta tramite il processo analitico tende a ristabilire un equilibrio narcisistico che eventualmente comprende anche la cicatrizzazione di ferite narcisistiche irreparabili. Questo ristabilirsi dell'equilibrio narcisistico, osservabile come miglioramento talvolta drammatico della stima di sé, prende il carattere di una riorganizzazione quasi automatica dell'apparato psichico relativamente indipendente dal numero e dalla qualità dei conflitti eventualmente non ancora risolti.

Parlando della fine d'analisi si potrebbe discutere tutto ciò che si può dire dell'analisi in sé. È quindi ovvio che quanto dirò oggi lascia aperti altri problemi. Mi baserò soprattutto sul rapporto tra analista ed analizzato e viceversa citando alcuni casi clinici.

La signora F. aveva 32 anni quando iniziò l'analisi per liberarsi da una asma che la tormentava da più di 40 anni, cioè da dopo la nascita della prima figlia. Era stata felice nel matrimonio, aveva avuto due figlie ed ha dovuto interrompere l'analisi per tre mesi per la nascita di un terzo figlio. L'analisi è stata di 191 sedute al ritmo di 4 per settimana. È terminata 10 anni fa, ma da allora la signora F. mi ha consultato otto volte per degli stati di angoscia che non aveva mai provato prima dell'analisi. Ogni volta si è liberata dai sintomi dopo una, due o quattro sedute di psicoterapia; due crisi d'angoscia intervenute durante la mia assenza da Zurigo sono guarite in qualche giorno senza aiuto medico. Penso perciò di poter parlare di un'analisi terminata.

Il padre della paziente era un impiegato piccolo borghese di carattere chiuso, stabile e un po' ossessivo e ansioso. La madre era una insegnante di cucito, attiva, energica, puritana. Preferiva apertamente l'unico fratello della paziente, maggiore di lei di quattro anni. Ella, la paziente, era solo una femmina e a quattro anni e mezzo ebbe un'asma che guarì con un soggiorno ospedaliero in una località climatica, cioè con una separazione radicale dalla famiglia per circa un anno. Al ritorno era divenuta una ragazza molto saggia, bene accettata ai genitori per la diligenza a scuola e la intelligenza. L'educazione svoltasi in un clima piuttosto freddo, ebbe come conseguenza di renderla «indipendente» o piuttosto di rinforzare l'indipendenza che aveva mostrato al ritorno dall'ospedale.

Quando aveva 12 anni, il fratello morì improvvisamente per una tubercolosi miliare. La madre, tormentata da un lutto terribile misto di sensi di colpa e di angosce, si rivolse verso la figlia.

Questa rimase saggia, forte ed indipendente, ma non ebbe altro mezzo per affrontare il rapporto

con la madre che identificarsi con le sue numerose angosce. La madre aveva angoscia verso il futuro, per la salute del marito, per il timore di perdere denaro, ecc.

Mentre la madre si rimise dal colpo dopo qualche anno, la paziente trovò insopportabile il clima familiare. Fece la sua ribellione, come ella stessa ha detto, sposandosi a 21 anni con un uomo che amava ma che la madre, tornata severa e puritana, non accettava completamente.

L'analisi ha chiarito la storia dell'asma. Ella sperava che la madre, dopo la nascita di un figlio le perdonasse la ribellione. Il piccolo avrebbe dovuto rimpiazzare il fratello presso la madre. Dopo la nascita la madre continuò ad essere fredda e critica. La paziente avvertì: si aspetta sempre che io faccia qualche cosa. Le recidive dell'asma, che si verificavano sempre in autunno, si spiegano innanzitutto per l'influsso del clima e poi per la data del fidanzamento, ribellione senza perdono, separazione senza speranza di riavere l'affetto della madre. La malattia si è assestata su un tipico conflitto della fase edipica: la paziente aveva vissuto il conflitto con la madre come se l'asma avuta da bambina fosse la prova di essere stata cattiva con lei. La conseguente separazione era la punizione che dimostrava che lei sola era colpevole. Ella dove rimanere colpevole, dato che al ritorno non aveva trovato l'affetto della madre. La paziente si era spiegata questo fatto di nuovo come propria colpa in quanto era stata gelosa del fratello preferito che aveva potuto restare a casa. La fantasia che nel transfert ha introdotto la fine dell'analisi è stata: l'analista non vuol più saperne di lei, la manderà via dato che finalmente si è accorto della sua cattiveria. L'analista compariva come quella parte del suo Super-io, conformatosi secondo l'atteggiamento della madre che aveva l'abitudine di condannarla tramite la separazione.

A quell'epoca l'asma era scomparsa, ma la paziente aveva paura di incontrare la madre. Cominciò ad avere paura di venire alle sedute analitiche. Ebbe un sentimento di odio nei confronti della madre e infine anche nei confronti dell'analista, che si aspettava da lei qualche cosa, come aveva fatto la madre. I sogni diventarono trasparenti. La paura era una conseguenza della rabbia, talvolta nei confronti dell'analista e talvolta della madre.

Ma tale trasparenza dei sogni e delle fantasie di transfert è sempre un segno importante per riconoscere che l'analisi si sta avvicinando alla fine. Tramite l'interpretazione del transfert il paziente condivide la trasparenza e la chiarezza. Ben presto per la signora F. io non rassomiglio più alla madre che l'aveva condannata alla separazione dato che era ammalata, cioè cattiva.

Rimango una autorità ma benevola. Ella si attende che l'analista riconosca che è guarita, quindi buona e saggia. Questa sarebbe la prova che egli riconosce la sua capacità attiva, che la ama, che le accorda l'indipendenza. Se ne può andare. Pertanto può terminare l'analisi.

Possiamo vedere che la nevrosi di transfert si è trasformata. Ha assunto una forma molto vicina ad un rapporto realistico. Le spiace lasciarmi, ma il dolore non è eccessivo. Io le interpreto che lei mi attribuisce, come medico, non solo il giudizio sulla sua salute ma anche sul suo valore morale.

Comprende la interpretazione, ma non cambia l'atteggiamento: io sono una donna, lei un uomo, è lei che deve decidere. La mia salute è debole, lei è un medico. In caso di bisogno posso sempre rivol-

3

germi a lei. Amo mio marito e lui è il mio compagno. Non voglio che egli si preoccupi per la mia salute, questo è affare suo.

Il transfert ora riunisce gli aspetti positivi del Super-io materno e di quello paterno. Cosa bisogna fare? Bisogna continuare l'analisi, e si può continuarla?

L'odio, i sentimenti di colpa e le angosce sono ora accessibili a una elaborazione cosciente. Lo dimostrano i sogni, che ora la paziente può interpretare da sola. Il primo punto menzionato da Hoffer sarebbe raggiunto. Il rapporto tra conscio ed inconscio è spostato a favore del primo. Anche il secondo criterio di Hoffer può essere in una certa misura valutato. L'organizzazione delle difese è cambiata; in particolare, si è molto ridotta la rimozione. La signora P. ha mobilitato altri meccanismi, in particolare la limitazione dell'Io ed il ricorso all'attività. Vale a dire che evita di incontrare la madre troppo spesso, ha preso in affitto un nuovo appartamento in un quartiere lontano dalla abitazione della madre e che piace a suo marito ed infine ha pregato il marito di fare lui le inevitabili discussioni con la madre per l'eredità lasciata dal padre, morto improvvisamente, e che invece la madre vorrebbe fare con la figlia.

Il ricorso all'attività ha caratterizzato importanti risultati del conflitto della vita della paziente. Quando a cinque anni e mezzo era tornata a casa dall'ospedale senza riacquistare l'amore della madre, aveva rimosso i sentimenti di colpa e aveva potuto mettere da parte il conflitto tramite l'attività a casa e a scuola. Lo stesso ricorso all'attività aveva reso possibile alla paziente di sposarsi, come ribellione alla madre. Aveva fatto inoltre una scelta del coniuge talmente felice e organizzato con tale successo la vita con lui, da ritrovare nel matrimonio il proprio equilibrio narcisistico e riuscire innanzitutto a rimuovere i sentimenti di colpa. Ora, dopo l'analisi, ha di nuovo trovato in maniera simile l'equilibrio narcisistico. Nessuna mia interpretazione può scuoterlo. Resta comunque una cicatrice sul suo narcisismo. Appena si sente ammalata o anche soltanto minacciata nella salute, si rivolge ad un medico. Presto però il suo rapporto col medico che deve visitarla, consigliarla o curarla diventa disturbato. I comuni inconvenienti della pratica medica od i piccoli errori che il medico può fare rendono la paziente diffidente o molto più disturbata. Ha paura a dar prima fiducia al medico, il quale viene investito dello stesso sentimento di paura e di odio che a suo tempo aveva avuto nei confronti della madre.

Sono malata vuol dire di nuovo: sono cattiva. Questo è il momento in cui si rivolge a me, sempre dopo qualche giorno di esitazione che passa con molta ansietà. Appena è da me, comincia quasi senza aiuto a ristabilire l'equilibrio affettivo.

Da una analisi finita ci si attende che si sia stabilito un «insight», una comprensione emotiva profonda per la realtà dei fatti psichici. Si può dire che la signora P. ha raggiunto questo «insight». Ma ci si aspetta anche che l'analizzato abbia rinunciato a delle soddisfazioni illusorie nel transfert. Credo che questo non l'abbia raggiunto, ma che resti ancora legata alla illusione di una salute ideale, una salute che riguarda in ugual misura il corpo e la mente e che lei si aspetta da un Super-io materno proiettato, riparatore ed espiatorio.

Dato che la salute mentale e l'equilibrio narcisistico di questa paziente si erano ristabiliti, l'analisi interminabile di questa paziente ha avuto il compito di fare a più riprese questa rinuncia.

Altri pazienti vivono la delusione, che era stata mobilitata dalle illusioni nevrotiche nel transfert, durante gli ultimi mesi dell'analisi. Allora si sente spesso dire: mi sento come un albero di Natale spoglio; oppure: la salute è come una parente povera. Viene e resta, anche se nessuno l'ha invitata, ed è qua, grigia e noiosa. La signora F. è stata curata tramite l'analisi, ma dopo la fine dell'analisi terminabile ha mostrato disturbi psichici recidivanti. Questo è un motivo ulteriore per avervi presentato proprio questo caso. Volevo in tal modo mettere in evidenza uno specifico problema riguardante la fine della cura analitica.

In generale il paziente è interessato a diventare sano o a sentirsi bene. Egli misura i suoi progressi in questi termini. Alla fine desidera diventare normale. Per l'analista queste domande devono avere un interesse secondario. Quello che per lui deve contare in primo luogo è il processo analitico. L'analista rischia anche di essere seriamente inibito nell'esercizio della sua attività se si identifica con questo normale e comprensibile atteggiamento del malato e del suo ambiente. Dato che la fine dell'analisi richiede da parte dell'analista un atteggiamento deciso ogni deviazione dalle regole tecniche avrebbe conseguenze più pesanti di quegli errori che si possono essere fatti nel corso dell'analisi e che possono essere corretti.

Non parlo qui soltanto di un controtransfert nevrotico da parte di un analista che non riesce a ritirare l'identificazione con la sofferenza del paziente e che deve guarirlo ad ogni costo o di altri atteggiamenti nevrotici dell'analista che si sente costretto a guarire per soddisfare una fantasia di onnipotenza, un perfezionismo anale o per realizzare altre formazioni reattive a pulsioni anali o sadico anali.

Parlo piuttosto di atteggiamenti spesso non rimossi, coscienti, dell'analista che in altre circostanze garantiscono un funzionamento normale del nostro Io e del nostro giudizio, ma alle quali bisogna rinunciare alla fine di un'analisi: le nostre conoscenze cliniche, psichiatriche o mediche non aiutano affatto, e spesso si oppongono ad una valutazione chiara della situazione. L'ambizione

professionale, spesso stimolata dal timore delle critiche dei colleghi, di altri ammalati, del direttore, può disturbarci e portarci ad un'iperattività o ad una esitazione di fronte alla fine di un trattamento.

Ci sono inoltre alcuni concetti, provenienti dalla stessa scienza psicoanalitica, che possono impedire il nostro atteggiamento liberamente empatico di analisti ed allontanarci dalla compren-

4

sione del processo psicoanalitico anzichè farcelo comprendere più chiaramente. Tali concetti, che vengono spesso trasformati in ideali o possono addirittura funzionare come pregiudizi contro i nostri pazienti, sono per esempio: la concezione di un lo sufficientemente forte, di organizzazione genitale del carattere, ovvero di stadio della organizzazione genitale della libido, di costanza dell'investimento oggettuale e così via. Se concezioni simili sono diventate per noi ideali o pregiudizi rispetto allo stato dei nostri pazienti, perdono ovviamente ogni valore per poter chiarire cosa accade di fatto, in quel determinato momento, nel paziente e tra lui e l'analista nel transfert. Non è poi tanto difficile rendersi conto del nostro atteggiamento, verso la fine dell'analisi, nei confronti del paziente e del suo destino. È però molto importante non applicare a lui i nostri atteggiamenti, desideri, giudizi e pregiudizi. La cosa migliore che possiamo fare è l'osservare le nostre associazioni e ciò che accade in noi quando il paziente parla, verso la fine dell'analisi, della sua famiglia, dei suoi figli, del suo successo o insuccesso nel lavoro, del suo denaro, della sua vita sessuale. Potremmo notare facilmente che tutta la nostra ideologia, ivi compresa e in primo luogo la nostra ideologia di classe, entra in gioco e rischia di falsare tutto il rapporto analitico o per lo meno di non far compiere correttamente i passi da fare per la fine dell'analisi. Porre questa come difficoltà generale della fine di una analisi è un chiaro invito a provocare una discussione ulteriore sulla psicologia specifica dell'analista.

La signora F. ha introdotto ella stessa la fine dell'analisi, trasferendo sull'analista la figura della madre che l'aveva mandata via o piuttosto gettata fuori.

Un'altra ammalata, che chiamerò signorina S., sembrava incapace di affrontare il problema della fine dell'analisi. Si era rivolta all'analisi a 28 anni per dei sintomi isterici, frigidità, frequenti stati di depersonalizzazione con allucinazioni visive e angoscia di annientamento. I suoi rapporti d'oggetto erano cattivi, simbiotici e sfociavano in legami masochistici in cui si lasciava manipolare. Sul piano del narcisismo, il corpo era male investito e il mondo delle cose le sfuggiva tra le mani provocando infinite serie di atti mancati. Nei sogni si rappresentava in una posizione isolata, in alto rispetto al terreno solido, fin sopra le nuvole, aggrappata a costruzioni fragili che rischiavano sempre di crollare sotto di lei, appesa al bordo gelido della finestra chiusa di un grattacielo.

La prima infanzia era stata caratterizzata da ripetute separazioni. La madre l'aveva di tempo in tempo affidata per mesi o per anni ad altre famiglie contadine che non avevano il tempo né alcun motivo per occuparsi di lei più da vicino. In seguito aveva potuto restare con la madre, donna narcisistica, crudele e nervosa. Dato che la famiglia aveva intrapreso la gestione di un piccolo albergo, i figli erano sottoposti ad un cambio continuo di abitazione, dovendo occupare la camera dell'albergo che restava libera, così che negli anni successivi non le era stato disponibile nemmeno un ambiente fisico stabile. Dopo circa 900 sedute, al ritmo di cinque per settimana, la paziente aveva finalmente stabilito un transfert stabile, in cui si sentiva dipendente, vivendo però questa dipendenza positivamente e senza limiti, fin quando non era di nuovo sopraffatta da una forte angoscia di separazione. Angoscia che interveniva ad ogni minimo segno di cambiamento esteriore della situazione analitica.

Tramite questa situazione di transfert regressiva ma soddisfacente, analista e paziente poterono finalmente arrivare ad una comprensione profonda e quasi completa del suo comportamento, dei suoi sintomi e del suo sviluppo. Questo fu il momento in cui l'analista ritenne che l'analisi poteva terminare in quanto non c'era più molto da analizzare. La paziente era d'accordo sul piano intellettuale. Tuttavia non riusciva a rappresentarsi la fine dell'analisi e neppure capire perché «niente della mia vita è veramente cambiato».

Da questo momento in poi l'analista limitò la sua attività interpretativa ad una minuziosa analisi delle sue angosce di separazione ed in particolare delle inibizioni che si opponevano ancora ad una espressione libera dei suoi desideri di soddisfazione nella dipendenza. In collegamento con la possibilità di finire l'analisi, era possibile interpretare le inibizioni od esprimere i propri desideri assieme all'angoscia di separazione.

Benchè con questo lavoro la paziente cominciò a sentire un certo benessere ed ad organizzare meglio la sua vita, ella stessa stabilì che era necessario uno svezzamento più attivo da parte sua. Spesso disdiceva le sedute. Inizialmente, quando credeva di non avere bisogno immediato di analisi; in seguito, facendo un esercizio ancora più attivo. Veniva all'analisi quando non ne aveva bisogno e cercava di non venire quando ne sentiva un bisogno acuto.

L'analista non si oppose affatto a questo agire. Limitò rigorosamente la sua attività ad interpretarlo nella maniera più completa possibile. Solo ora la paziente fece dei cambiamenti rapidi e significativi. Senza rendersene conto coscientemente, si era presa sempre di più il compito di analizzare ella stessa e l'analista poteva ritirarsi progressivamente in una posizione di presenza muta. Si era finalmente stabilita quella che Hoffer ha chiamato identificazione dell'analizzando con le funzioni dell'analista. Si era instaurata l'analisi interminabile. In questa evoluzione è logico che la paziente, contemporaneamente poteva lasciar cadere alcune identificazioni proiettive con



l'analista, per esempio il progetto di diventare ella stessa psicoterapeuta. L'analisi si potè concludere con 1040 sedute. Una catamnesi dopo quattro anni non ha mostrato alcuna ricaduta. Ho presentato questo caso per mettere in evidenza due punti: 1) È l'analista che ha dovuto introdurre il processo di conclusione dell'analisi. 2) È stata la paziente, e non l'analista, che ha «agito», cioè che ha introdotto dei comportamenti non analitici, mentre l'analista si è attenuto strettamente al suo ruolo.

5

È noto che Freud per finire l'analisi del cosiddetto uomo dei lupi stabilì un termine, una data precisa. Freud ha criticato aspramente questa procedura ed in seguito alle sue critiche se ne sono aggiunte altre. Questo modo di procedere è stato giustamente abbandonato. Al suo posto, a mio parere, si è introdotta la nozione, l'entità, la realtà e la fantasia di «fine dell'analisi» nelle associazioni, nel vissuto cosciente, preconsciouso e inconscio dell'analizzato. In questo punto non ha importanza se sia il paziente o l'analista a introdurre questa «fine della analisi». Ma dal momento in cui compare, l'analista non deve più perdere di vista questo fenomeno. Egli deve considerare che ogni passo dell'analisi può essere in qualche modo influenzato da questa idea che quasi sempre è fortemente investita di libido e di aggressività. Egli deve trattare, si potrebbe dire, la «fine dell'analisi» come un parametro, nel senso dato da Eissler a questo termine. Così possono essere elaborati nell'analisi, specificamente in riferimento alla situazione di transfert, temi che si collegano con la perdita, la separazione, l'interruzione, la castrazione e simili. Questo processo di elaborazione di regola dura a lungo: mesi, un anno od anche più, anche quando è realmente giunto il momento di finire l'analisi terminabile.

Per questa fase dell'elaborazione desidero formulare un avvertimento preciso: secondo me ha una importanza fondamentale che l'analista non cambi in quel momento il suo atteggiamento verso il paziente. Anche se rinuncia solo parzialmente alla sua funzione, egli toglie all'analizzato la possibilità di impadronirsi completamente della funzione di analizzarsi da solo ovvero, in termini più elementari, di conservarsi un accesso relativamente libero all'inconscio.

Ho sottolineato questo punto perché è contestato da analisti molto noti. Sascha Nacht ha suggerito che in quella fase dell'analisi l'analista dovrebbe rinunciare alla sua neutralità, dovrebbe scoprirsi ed incoraggiare il paziente a prendere la posizione seduta. Ernst Ticho, della clinica Menninger, fa proposte simili per stabilire un compromesso tra analisi e rapporto amichevole, per facilitare l'instaurarsi di una discussione più libera. Io credo al contrario che sono le interpretazioni del significato nascosto del transfert che dovrebbero fare dell'analisi un discorso libero. Se il paziente si sente frustrato e svalorizzato del non saper niente dell'analista, questo fatto, residuo di un transfert infantile, deve essere analizzato. Se il paziente vuol sedersi o manipolare il ritmo delle

sedute come ha fatto la signorina S., una interpretazione di questo comportamento lo aiuta a sentirsi «libero» mentre un incoraggiamento, un permesso o una proibizione avrebbero l'effetto contrario.

Freud ha detto nel suo lavoro citato prima che spesso la resistenza dell'uomo contro i propri desideri omosessuali passivi e il desiderio irrazionale della donna di ricevere un pene dall'analista si oppongono ostinatamente al successo dell'analisi. Io credo che sia in parte dovuto ad una tecnica più adeguata il fatto che questi problemi non siano più tanto frequenti come resistenze insuperabili. D'altro canto un atteggiamento più libero da pregiudizi dell'analista nei confronti del ruolo sociale dell'uomo e della donna può aiutare molto l'analisi di questi atteggiamenti senza portare a resistenze insuperabili.

A me sembra che nei primi tempi la fase finale dell'analisi sia stata troppo breve o troppo artificiosamente affrettata. Infatti il periodo in cui viene elaborato il complesso che si può chiamare «la fine dell'analisi» spesso porta all'evidenza questi od altri desideri inconsci che fino a quel momento non erano compresi così chiaramente dall'analisi.

Un insegnante, che sembrava aver sofferto di un problema puramente edipico e si sentiva guarito, reagì all'annuncio della possibile fine dell'analisi come ad una manipolazione da parte di un oggetto onnipotente ed ebbe per la prima volta nel corso dell'analisi un ritiro narcisistico.

Una paziente che nel corso di una lunga analisi non aveva potuto stabilire quasi nessun transfert edipico, reagì allo stesso annuncio con la seguente fantasia di transfert: io non posso dire nulla, sono gli adulti che decidono, vale a dire il padre analista e sua moglie, la madre, la scienza psicoanalitica freudiana. Contemporaneamente sviluppò per la prima volta nella sua analisi una forte invidia nei confronti dell'ammalata che avrebbe preso il suo posto quando sarebbe andata via; è diventata gelosa verso i fratelli minori.

Anche prendendo tutte le precauzioni è inevitabile la comparsa di un certo lutto verso e dopo la fine dell'analisi. Si è detto in proposito che non è stato analizzato un transfert residuo di origine orale. Annie Reich ha affermato in proposito che questo lutto è inevitabile perchè deriva direttamente dal metodo analitico stesso. Di fatto l'analista offre, con la sua attenzione ed applicazione particolare, una soddisfazione narcisistica molto concreta che altrimenti nella vita non è facile trovare. Questo dolore è quindi una normale conseguenza della particolarità, o anomalia, della situazione analitica. Se il paziente o la paziente alla fine della analisi ha potuto sviluppare un rapporto d'oggetto soddisfacente, può naturalmente ammortizzare questo lutto in maniera adeguata.

Analisi di lunga durata possono portare all'instaurarsi di una reazione di lutto difficile da tollerare e delle resistenze quasi insormontabili al distacco dall'analisi. Nell'analisi di una nevrosi ossessiva con profonde fissazioni orali, comprendenti più di mille sedute, il lutto si trasforma

talvolta in una sorta di sfida aggressivo- anale, talvolta in forma di panico per la perdita d' oggetto orale. Io mi sono sentito forzato ad introdurre un parametro: ho promesso all' ammalata che avrebbe potuto continuare una psicoterapia con me «per sempre», cioè fin quando avesse voluto ed io sarei stato capace di lavorare. Questo tranquillizzò la paziente al punto che si poté instaurare una elaborazione fruttuosa delle due posizioni summenzionate e che ella stessa poté interrompere l' analisi con un risultato duraturo dopo altre 80 sedute.

6

Per ogni analisi lunga Sandler e Pierre -- Bernard Schneider hanno detto che bisogna analizzare una funzione specifica dell' Io nei confronti del vissuto del tempo. Già Ferenczi aveva sottolineato la atemporalità dell' inconscio. Questi autori hanno proposto di fare oggetto di interpretazione verso la fine dell' analisi la perdita regressiva del vissuto del tempo che passa, soprattutto in relazione al transfert. L' analista può constatare facilmente di lavorare (e di dovere lavorare) anch' egli nell' illusione di una analisi interminabile, quando si chiede da quanto tempo, per quante sedute, l' analizzato sia stato da lui. Non ho toccato il problema della reazione terapeutica negativa, fenomeno che è stato attribuito all' azione del masochismo primario o dell' istinto di morte, perché non si tratta di problemi che hanno a che fare con l' indicazione piuttosto che con la fine di una analisi in pazienti con le problematiche più diverse e che è stato paragonato ad una reazione terapeutica negativa microscopica. Quanto più l' analisi si avvicina alla fine, ricompaiono vecchi sintomi già scomparsi nel corso del trattamento. Il paziente ha ragione di lamentarsi.

L' analista rischia di perdere la fiducia nel suo lavoro.

Questa ricomparsa dei sintomi può essere causata dalla funzione e determinazione multipla dei sintomi. Se la fine dell' analisi ha sollevato altre pulsioni, altre angosce, dei sintomi abbandonati possono sostenere l' Io nella sua nuova lotta difensiva. In questo caso il lavoro interpretativo deve continuare tranquillamente con i nuovi dati. Molto spesso la riattivazione dei sintomi è al servizio di una onnipotenza che si erge contro la realtà di una separazione, che naturalmente è una situazione angosciosa. Tramite una regressione dell' Io il paziente ha fatto ricorso alla sua sintomatologia precedente, il che vuol dire che nega la realtà della sua analisi, inclusa la sua stessa capacità di percepire ciò che avviene dentro di lui. Inconsciamente resta in questo modo padrone della situazione. L' analista e l' analisi sono ridotti all' impotenza. Non possono cambiare nulla in lui. Se è questa la situazione, come spesso si verifica, e se si riesce ad individuare questo aspetto, non sarà naturalmente utile all' interpretazione del significato inconscio. Bisogna soprattutto interpretare la regressione, la fantasia di onnipotenza diretta contro una perdita reale. Se ciò viene fatto al momento giusto e nella maniera giusta, spesso si ottiene una rapida guarigione, cioè una nuova e duratura scomparsa dei sintomi.

Lascio da parte un problema che ci si pone alla fine di ogni analisi.

Sono le domande: Il paziente resterà sano, ricadrà nelle sue angosce, hanno perduto forza i desideri irrealizzabili del suo inconscio o si presenteranno di nuovo, soccomberà a nuovi conflitti mobilizzati dal suo destino futuro?

Invece di trattare questo problema preferisco citare Freud: «Non ci si porrà come fine quello di appianare tutte le particolarità umane a favore di una normalità schematica o addirittura di pretendere che una persona analizzata a fondo non provi più passioni o non sviluppi più conflitti interni. L'analisi ha il compito di instaurare le condizioni psicologiche più favorevoli per le funzioni dell'Io; a questo punto ha assolto il suo compito.»

Tuttavia si potrebbe richiedere che l'analizzato si comporti da ora in poi in accordo con la realtà. Anche riguardo ad una formula così modesta aggiungo una notazione per metterla in questione.

L'ambiente umano dell'infanzia dell'analizzato, cioè la realtà dell'epoca del suo sviluppo psichico ha provocato dei conflitti che egli ha dovuto interiorizzare. Questi conflitti sono stati l'oggetto dell'analisi. Nella nevrosi di transfert hanno potuto essere risolte le contraddizioni con la realtà esterna dell'infanzia. Contemporaneamente sono intervenuti dei cambiamenti nelle capacità del paziente sulle sue funzioni dell'Io.

Non gli è più possibile scotomizzare la percezione del mondo che lo circonda. La sua tendenza a negare o a non vedere le contraddizioni si è ridotta. È meno capace di isolare gli affetti dal vissuto, per esempio la collera dalle cause che la provocano. Ci si può anche aspettare un uso molto più ridotto del meccanismo di identificazione con l'aggressore per evitare i conflitti con l'ambiente. Nel complesso è divenuto più aperto alla realtà. Significa questo che egli è anche d'accordo col mondo esterno, con la realtà sociale, che è in sintonia con essa? Io non credo che una persona analizzata sia particolarmente portata a comportarsi conformemente alla realtà. Credo piuttosto che prenderà un atteggiamento critico nei confronti di una realtà in contraddizione con i suoi bisogni affettivi e le sue richieste etiche e cercherà di non accettare passivamente le contraddizioni che incontrerà.

## BIBLIOGRAFIA

Lavori consultati – I lavori consultati più importanti sono indicati con \* l'asterisco.

(\*) «Analyse terminée et analyse interminable» Colloque Soc.psa de Paris (1966)

Rev. Franc. Psychan. 32, 2; 1968 p. 191-317

Balint, M.: *Das Endziel der analytischen Behandlung*, Internat. Z. Psa. 21, 1; 1935 p. 3645

Balint, M.: *On the termination of analysis*, Intern. J. Psa, 31, 3; 1950 p. 196-199

Bridger, H.: *Criteria for the termination of analysis*, Intem. Psa, 31, 3; 1950 p. 202-203

- (\*) Buxbaum, Edith: *Technique of terminating analysis*, Intern. J. Psa, 31, 3; 1950 p. 184 -190
- Fenichel, O.: *Zur Theorie der psychoanalytischen Technik*, Internat. Z. Psa, 21, 1; 1935 p. 78-95.
- (\*) Ferenczi, S.: *Das Problem der Beendigung der Analysen in Bausteine zur Psychoanalyse*, 3 (1939); 1927 p. 367-379
- (\*) Freud, Sigm.: *Die endliche und die unendliche Analyse*, Imago, 16, 1937, (1950) p. 57-99
- Glover, E.: *The Technique of Psycho-Analysis*, Baillière, Tindall & Cox: London, 1955 chapter IX, «Termination» p. 327-335
- (\*) Grunberger, B.: *Essai sur la situation analytique et le processus de guérison (La dynamique)*, Rev. Franc. Psa, 21, 3, 1957 p. 375-458
- (\*) Hoffer, W.: *Three psychological criteria for the termination of treatment*, Intern. J. Psa, 31, 3; 1950 p. 194-195
- 7
- Jones, E.: *The criteria of success in treatment*, Papers on psychoanalysis, Baillière, Tindall & Cox; London. 1948
- Klein, Melanie: *On the criteria for the termination of an analysis*, Intern. J. Psa, 31, 3; 1950, p. 204
- Menninger, K.: *Theory of psychoanalytic technique*, Basic Books, New York, 1958 *The termination of the Contract*, p. 155-179
- Miller, Ira: *On the return of symptoms in the terminal phase of psycho-analysis*, Intern. J. Psa, 46, 4; 1965 p. 487-501
- Milner, Marion: *A note on the ending of an analysis*, Intern. Psa, 31, 3; 1950 p. 191-193
- Nacht, S.: *Criteria and technique for the termination of analysis*, Intern. J. Psa, 46, 1, 1965 p. 107-116
- Payne, Sylvia: *Short communication on criteria for terminating analysis*, Intern. J. Psa, 31, 3, 1950 p. 205
- (\*) Reich, Annie: *On the Termination of Analysis*, Intern. J. Psa, 31, 3, 1950 p. 179-183
- Rickmann, J.: *On the criteria for the termination of an analysis*, Intern. J. Psa, 31, 3, 1950 p. 200-201
- Ticho, E.: *Probleme des Abschlusses der psychoanalytischen Therapie*, Psyche, 25, 1; 1971 p. 44-56
- (\*) Ticho, Gertrude: *On self-analysis*, Intern. J. Psa, 48J 2; 1967 p. 308-318
- Wallerstein, R.: *The problem of the assessment of change in psychotherapy*, Intern. J. Psa, 44, 1, 1963 p. 31-41

**Parin 1975e**

La fine dell' analisi terminabile. In: Psicoterapia e Scienze Umane, 9, 2, 1-10.

---

Weigert, E.: *Contribution to the problem of terminating psychoanalysis*, Psychoanal. *Quart.* 21, 1952