

Rivista sintetica della letteratura sulla conclusione dell'analisi

a cura di: *Gianluca Biagini, Mauro Canto, Stefano Carrara,
Pier Claudio Devescovi, Giuseppe Maffei, Piero Raglianti,
Arrigo Rossi, Stefania Tucciy Giuseppe Zanda*

SOMMARIO: 1. *Introduzione*. - 2. *Criteri*. - 2.1. Criteri basati prevalentemente sulle difese. - 2.2. Criteri basati prevalentemente sulla presa di coscienza. - 2.3. Criteri basati prevalentemente su modificazioni valutabili secondo concezioni psicoanalitiche e diverse da quelle degli altri paragrafi. - 2.4. Criteri basati prevalentemente sulla valutazione dei miglioramenti soggettivi e delle relazioni interpersonali. - 2.5. Criteri basati prevalentemente sulla valutazione delle modalità di separazione, del lavoro del lutto e dell'evoluzione del transfert. - 3. *Clinica*. - 3.1. Sul come appare la tematica della conclusione. - 3.2. Caratteristiche della fase conclusiva. - 3.2.1. Regressione e ricomparsa dei sintomi. - 3.2.2. Conclusione e relazione transferale. A. Il problema del lutto. B. Risoluzione del transfert. - 3.3. Su quali sono di fatto le modalità e i criteri della conclusione. 3.3.1. Interruzioni. - 3.3.2. La decisione della conclusione. - 3.3.3. L'intuizione come fattore decisivo. - 3.4. Necessità o meno di modifiche tecniche. - 4. *Un tentativo di sintesi*.

1. *Introduzione*

La letteratura sui criteri della conclusione dell'analisi, sulle caratteristiche ideali della fase conclusiva e sulle sue modalità tecniche è molto ampia e riflette una infinità di punti di vista sia strettamente personali che legati all'appartenenza degli autori a diversi indirizzi teorici. Nella nostra indagine bibliografica non è stato tra l'altro possibile differenziare chiaramente i contributi che si riferivano a trattamenti psicoanalitici classici da quelli che si riferivano a trattamenti psicoterapeutici di impostazione

psicoanalitica. L'unico criterio adottabile a questo livello avrebbe potuto essere costituito dalle parole usate dagli autori/ma la diversità di concezioni relative ai due ambiti concettuali è talmente ampia che abbiamo preferito unificare tutti quei contributi per i quali risultava evidente che i punti di riferimento teorici e di metodo erano stati di tipo psicoanalitico.

Ritenendo poi che sia metodologicamente corretto considerare la psicologia analitica e la psicologia individuale all'interno del grande campo della psicoanalisi, nell'elaborazione del materiale, abbiamo appunto considerato anche i contributi di queste due scuole. Le concezioni della scuola junghiana (in quanto il gruppo di lavoro è stato costituito prevalentemente da analisti junghiani) e, per altri motivi, le concezioni lacaniane, si trovano esposte però in capitoli separati. Nella presente rivista sintetica sarà comunque possibile trovare anche accenni ad Autori junghiani e lacaniani, in quanto, in alcuni punti, l'esposizione dei loro punti di vista ci è sembrata utile all'economia del lavoro e ben integrabile nella letteratura più strettamente psicoanalitica.

Di fronte alla grande varietà di opinioni con cui siamo entrati in contatto, una delle scelte possibili sarebbe proprio stata quella di esperire differenziando i contributi delle diverse scuole ed esaminando l'evoluzione dei concetti all'interno di ognuna di queste. Avremmo potuto iniziare così il nostro percorso da Freud a seguire poi le sue idee lungo le principali direzioni dello sviluppo della psicoanalisi classica (ad esempio psicologia dell'io, indirizzo kleiniano, psicologia del sé, indirizzo lacaniano etc.), ma questa scelta ci è stata resa impossibile dal fatto che, all'interno della letteratura esaminata, la differenziazione secondo le scuole di appartenenza non appare affatto tanto definita da rendere possibili chiare distinzioni. Tematiche di diversa origine si intrecciano infatti, in molti lavori, in modo spesso inestricabile. Non abbiamo voluto rinunciare comunque del tutto a questo approccio e ci è sembrato utile riferire brevemente su quanto possiamo dire a partire da questo angolo visuale. Possiamo iniziare dicendo così che all'inizio della psicoanalisi fu presente la speranza di una conclusione del-

l'analisi coincidente con la risoluzione dei conflitti e la relativa scomparsa dei sintomi. Il più tipico esponente di questo pensiero è considerato Ferenczi, che ritenne infatti possibile una conclusione naturale, per esaurimento, della cura analitica. Può essere notato che Ferenczi non era solo poiché, ad esempio durante il Simposio sulla teoria dei risultati terapeutici tenutosi nel 1936 durante il Congresso dell'International Association of Psychoanalysis di Marienbad, la tonalità prevalente degli interventi fu di tipo ottimistico (v. Leupold-Löwenthal 1988). Il Freud di «Analisi terminabile e interminabile» può essere invece pensato come l'esponente più tipico di una visione per così dire pessimistica. La sua teorizzazione rispetto alla ripetizione, alla viscosità della libido e alla pulsione di morte pose come in qualche modo ineludibile una conflittualità non legata soltanto ai rapporti tra soggetto e ambiente, ma interna alle stesse pulsioni, e affermò, conseguentemente, l'impossibilità di una conclusione definitiva e naturale. Ritenne anche che nell'analisi del carattere una conclusione naturale fosse difficilmente pensabile e sostenne che il compito dell'analisi poteva considerarsi assolto quando, all'interno della cura, si fossero determinate condizioni psicologiche più favorevoli al funzionamento dell'io. Anche Schmeidler (1938) criticò la possibilità stessa di un'analisi completa e ritenne di poter affermare che l'analisi non riusciva a modificare l'inconscio profondo se non alla superficie e A. Reich (1950) ritenne pure che la concezione di Ferenczi avesse a che fare con fantasie di onnipotenza. Oggi, a distanza di anni, si può forse pensare che non si trattasse soltanto di ottimismo e pessimismo ma anche di due modi profondamente diversi di intendere la psicoanalisi, due anime che pensiamo convivere anche oggi all'interno del movimento psicoanalitico.

Alla scuola junghiana, nonostante che al suo interno le riflessioni sulla conclusione non abbiano avuto tutto il rilievo che è stato loro dato nella psicoanalisi classica, va il merito di non essersi chiusa su considerazioni prevalentemente tecniche e di avere mantenuto aperto uno sguardo sulle problematiche umane più complesse e inesorabilmente conflittuali, in anni in cui la psicoanalisi ri-

schiaiva invece eccessi di semplificazione. L'attenzione, da un lato al processo di individuazione e dall'altro all'importanza della relazione tra analista e paziente, ha cioè permesso di inserire la «fine» all'interno di una storia del soggetto, che non si esauriva appunto in nessuno dei «fini» che lei stessa o la psicoanalisi classica ponevano come perseguibili. Il pensiero junghiano si è così mantenuto sempre come laterale rispetto a quello psicoanalitico classico mentre l'evoluzione ha poi portato quest'ultimo in zone problematiche che la psicologia analitica aveva già iniziato a osservare, e a proposito delle quali aveva già prodotto interessanti riflessioni (basti pensare all'importanza del controtransfert e alle osservazioni sui periodi successivi all'analisi). I contributi junghiani sono esposti, separatamente dagli altri, nel lavoro di Rossi.

In parallelo alla scuola junghiana, anche l'indirizzo psicologico individuale di A. Adier è sempre rimasto in una posizione laterale, ma, ponendo in primo piano il ricongiungimento del soggetto nevrotico alle tematiche del suo ambiente sociale, ha mantenuto pure viva una problematica che, all'interno della psicoanalisi classica, rischiava di non essere sufficientemente considerata. Adier ritiene comunque raggiunti gli scopi dell'analisi quando sia compiuta una destrutturazione dell'onnipotente immaginario e sia ricomparsa, appunto, una capacità di contatto con la società umana e le sue esigenze.

Per quanto riguarda la scuola psicoanalitica classica, nella sua evoluzione possono essere individuate alcune tendenze fondamentali.

La prima è rappresentata dalla «psicologia dell'Io» statunitense che ha posto in primo piano le problematiche dell'Io attribuendo il massimo valore a criteri di conclusione legati allo sviluppo di capacità integrative dell'Io stesso e al superamento dei conflitti edipici. Novick (1990) ritiene ad esempio che i concetti di A. Freud relativi al fatto che la conclusione dell'analisi con i bambini possa avvenire quando quest'ultimi si sono come reinseriti in una linea di sviluppo, possano essere applicati anche ai pazienti adulti. È interessante accennare poi a un lavoro di Ekstein (1966) in cui è la stessa tendenza alla ripeti-

zione, che sappiamo bene quale problema teorico abbia rappresentato per Freud, a essere considerata all'interno di una problematica di dominio della realtà: la ripetizione potrebbe infatti approfondire la padronanza su ciò che è ripetuto. È evidente da questi accenni che si tratta di una tendenza che pone in primo piano la spinta all'evoluzione, il cui scopo è rappresentato dalla costituzione di un Io forte e capace di mediare le pulsioni.

La seconda tendenza è rappresentata dal pensiero kleiniano all'interno del quale i criteri relativi alla conclusione sono stati prevalentemente connessi al superamento delle tematiche di separazione. L'analisi viene infatti pensata come una cura che riattualizza i più precoci conflitti infantili e tra questi le angosce primarie, preedipiche, di separazione. Sarà pertanto la capacità di superarle e di elaborarle a rappresentare il criterio fondamentale su cui valutare la possibilità della conclusione, e questo a differenza della psicoanalisi classica in cui la problematica considerata importante è, come abbiamo ora visto, prevalentemente edipica. Dall'esame della letteratura si ricava l'impressione che sia stato l'allargamento delle indicazioni della cura verso soggetti diversi dagli psiconevrotici classici a flettere l'attenzione dei ricercatori kleiniani verso criteri corrispondenti alle fasi dello sviluppo che venivano necessariamente prese in una nuova considerazione.

Questo stesso allargamento delle indicazioni dell'analisi ha dato origine, a nostro avviso, anche alla «psicologia del sé» all'interno della quale vengono distinte strutture difensive e strutture compensatorie, e i criteri sulla «fine» sono differenziati a seconda dei due tipi strutturali (Kohut 1977). Abbiamo accomunato queste due tendenze, kleiniana e kohutiana, perché in ambedue i casi viene data particolare attenzione a momenti estremamente precoci dello sviluppo psichico.

La terza tendenza è rappresentata da quegli autori che hanno posto in primo piano l'importanza del rapporto tra analista e paziente e hanno considerato lo sviluppo di quest'ultimo come strettamente interconnesso a quello del primo. Possiamo considerare all'interno di questo indirizzo sia i teorici delle relazioni oggettuali, sia quegli

Autori che sostengono la prevalenza della clinica sulle formulazioni metapsicologiche tradizionali, sia un Autore come Langs che, ad esempio, sostiene che sia l'analisi dei derivati ad annunciare in primo luogo la conclusione dell'analisi. È a questa terza tendenza che la psicologia analitica si trova più vicina (v. il lavoro di Schwartz-Salant) e anche molti psicoanalisti sostengono di utilizzare la tecnica sorta nell'ambito della teoria delle relazioni oggettuali nei casi in cui il disturbo della personalità si sia prodotto nelle fasi precoci dello sviluppo.

Per i maggiori teorici delle relazioni oggettuali scopo dell'analisi è quello di ricostruire radicalmente la personalità. Lo strumento principe per raggiungere tale scopo è rappresentato dalla possibilità di far regredire il paziente. La «regressione terapeutica» sarà orientata al recupero dell'Io originario al fine di ricomporre, nell'opinione di Fairbairn (1958), quella scissione dell'Io responsabile di una destrutturazione della personalità determinatasi in una fase precoce dello sviluppo in seguito a relazioni oggettuali cattive. Nella concezione di Winnicott, la «regressione terapeutica» è funzionale alla ricerca del «vero Sé», anch'esso perduto e scissosi dal resto della personalità. Tale recupero può implicare l'elaborazione, durante il trattamento, di un processo di rinascita. Di processo di rinascita, o meglio, di «nuovo inizio» parla anche Balint per il quale l'arretramento terapeutico può determinare il ripristino di una nuova forma di amore oggettuale. In sintesi si potrebbe dire con Guntrip (1961) che l'analisi per i teorici delle relazioni oggettuali deve essere in grado di riprodurre attraverso la regressione, la relazione primaria madre-bambino, senza però incorrere nel rischio di distruggere quella parte di personalità adulta che il paziente è riuscito a costruire. Le analisi interminabili, inoltre, sono la conseguenza di un atteggiamento analitico che non tiene nella giusta considerazione il valore terapeutico della regressione.

La quarta tendenza è costituita dall'indirizzo lacaniano, che, come è noto, ha promosso un ritorno a Freud che si è poi sviluppato in un indirizzo di ricerca originale. Il suo aspetto più interessante è rappresentato, a nostro avviso e relativamente al nostro tema, dall'aver voluto

mantenere particolarmente aperta la questione dei rapporti tra la «fine» dell'analisi e la possibilità di «divenire» analista. Nell'ambito lacaniano si è quindi mantenuta ben chiara la distinzione tra psicoterapia e psicoanalisi e questa precisione teorica ha condotto a intrecciare i problemi della «fine» di una cura con quelli del diventare appunto analista. Da un punto di vista storico il movimento lacaniano sembra di fatto aver compensato, con il proprio rigore metodologico «paterno», un eccesso di attenzione delle altre tendenze psicoanalitiche verso il pre-edipico e il «materno». Questi ultimi, preedipico e «materno», vengono cioè considerati, prevalentemente, dal punto di vista del terzo, tenendo ben conto del «nome-del-Padre». Quanto è sostenuto dai lacaniani a proposito della conclusione trova, come abbiamo detto nella «Nota editoriale», uno spazio diverso nel contributo di Di Giaccia.

Il movimento psicoanalitico è rappresentato anche da Autori originali, che hanno sviluppato teorie molto personali e per ognuno dei quali sarebbe necessario uno studio particolare: ogni teoria originale non può infatti non avere implicazioni sulla teoria e sulla tecnica della conclusione. Riferire a loro proposito, avrebbe significato però rimandare all'infinito la «conclusione» della rivista sintetica. Abbiamo così pensato di accennare soltanto a quegli Autori che sono riconoscibili all'interno delle tendenze più importanti.

Lipton (1961) ha espresso il parere che, all'interno di tutte le tendenze, alcuni Autori oggi enfatizzano troppo il problema della conclusione. Si tratterebbe, in generale, di un'accentuazione difensiva del valore della relazione interpersonale col paziente: la conclusione sarebbe caricata cioè di problemi interpersonali a causa delle difficoltà presenti ad altri livelli. Noi ci permettiamo di dissentire da questa opinione in quanto riteniamo che si tratti piuttosto di una necessaria maggiore attenzione, legata all'ampliamento delle indicazioni e delle conoscenze, a certi aspetti della relazione analitica che erano stati spesso sottovalutati.

Un altro criterio espositivo che avremmo potuto seguire consisteva nell'evidenziare quelli che, all'esame della let-

teratura, ci erano sembrati i nodi concettuali più controversi e più difficili. In questo caso avremmo perso però di vista lo scopo di questo contributo, che è quello di fornire al lettore una sintesi il più possibile completa di ciò che, a proposito della conclusione, è stato pensato. Se avessimo compiuto noi una scelta dei temi avremmo per così dire eccessivamente soggettivizzato il nostro lavoro. Per questo preferiamo far parlare come da sé il materiale con cui siamo venuti in contatto, inserendo le nostre considerazioni all'interno di una sua esposizione tendenzialmente oggettiva e rimandiamo al tentativo finale di sintesi l'esposizione di un punto di vista soggettivo.

Come risulta dal sommario posto subito dopo il titolo, inizieremo ad esporre i vari criteri teorici che, in letteratura, sono stati giudicati idonei alla vantazione del raggiungimento della conclusione dell'analisi.

2. *Criteri*

L'esposizione dei criteri ideali di conclusione porta con sé, implicitamente, anche quella degli scopi ideali dell'analisi; in un primo momento avevamo anche tentato di separare i contributi riguardanti i primi dai contributi riguardanti i secondi, ma questa operazione si è rivelata tecnicamente impossibile a causa dell'inestricabile intreccio tra gli uni e gli altri. I sottocapitoli di questa sezione hanno così titoli concernenti i criteri di conclusione, ma è sottinteso che in ognuno di questi sono descritte anche diverse concezioni teoriche.

Va subito notato che in molti contributi esiste spesso una certa confusione tra l'enunciazione degli scopi dell'analisi e quella degli scopi della vita. Ticho (1972) ha così avvertito la necessità di ricordare agli analisti di tenere ben separati nella mente questi due ambiti: a suo avviso, sarebbero proprio il raggiungimento degli scopi della cura e la consapevolezza sia della loro limitatezza che della loro differenza dagli scopi della vita a permettere al paziente di terminare l'analisi e di procedere poi verso il compimento dei fini della vita.

C'è anche chi ha notato che esiste un contrasto tra la

stessa enunciazione degli scopi dell'analisi e la regola tecnica consistente nel non prefiggersene (Wallerstein 1965). Esiste poi un accordo generale sul fatto che nessun criterio di normalità possa essere considerato di per sé, isolatamente, come obiettivo di una analisi (Sharpe 1937). Menninger (1966) ha posto anche in luce che su questi problemi hanno indubbiamente una certa influenza le convinzioni legate alle particolari comunità in cui un analista vive.

Il problema dei criteri e degli scopi dell'analisi è posto in genere come riguardante il processo analitico nel suo complesso e quindi, implicitamente, ogni tipo di paziente, ma alcuni Autori differenziano appunto criteri e scopi a seconda della diagnosi di partenza. Blanck (1988) ad esempio sostiene che nei nevrotici il fine dell'analisi è quello di una differenziazione tra lo e impulsi, mentre nei cosiddetti marginali il problema sarebbe piuttosto quello di una differenziazione tra le rappresentazioni di sé e le rappresentazioni dell'oggetto.

Prima di passare ad esporre i diversi tipi di criteri utilizzati, può essere utile ricordare le classificazioni dei criteri di conclusione proposte dai vari Autori. Menninger (1966) parla di diversi possibili modelli della «fine»; un modello medico all'interno del quale il trattamento può essere considerato di maggior peso che la malattia; un modello genitoriale in cui lo scopo ideale è costituito dall'emancipazione; un modello educativo in cui il tempo della separazione è quello di quando l'allievo diventa capace di fare da sé; un modello legato alla sofferenza della separazione, e infine un modello rappresentabile attraverso l'immagine di una visita a un museo in cui il visitatore vede moltissime cose belle, ma esaurisce poi la sua attenzione. Firestein (1974) distingue tra criteri che riposano su prospettive strutturali (ad es. eliminazione dell'amnesia infantile, padroneggiamento dell'invidia del pene e dell'angoscia della castrazione, rinforzo delle sublimazioni), criteri provenienti dalla psicologia dell'io e criteri legati all'evoluzione del transfert (ad es. la modalità della separazione definitiva valutata attraverso l'esame delle precedenti interruzioni non definitive). Brenner (1976) distingue vari approcci possibili agli scopi del trattamento e precisa-

mente un approccio terapeutico, uno analitico, uno etico e uno edonistico. Pedder (1988) cerca invece di ricondurre a dei fattori comuni alcuni dei diversi criteri che sono stati considerati e che saranno esposti in seguito: ad un criterio generale di diminuzione delle difese, della scissione o dissociazione della psiche, si potrebbero ricondurre il superamento dell'amnesia infantile, quello delle resistenze e la presa di coscienza; a un criterio generale di aumentata forza dell'Io, di maggiore tolleranza del Super-Io e di una più libera espressione di sentimenti e difese potrebbero essere invece ricondotte sia la maggiore tolleranza dell'aggressività verso di sé e verso gli altri che le aumentate capacità di godimento, di gioco, di relazione, di soddisfacimento eterosessuale, di piacere nel lavoro e di reazione con dolore, piacere, aggressività, sessualità e lutto.

Saraval (1988) a sua volta distingue tre criteri: uno che si ispira all'ideologia clinico-terapeutica e per il quale il paziente non deve più soffrire di sintomi o di inibizioni di qualsiasi genere; un secondo che si ispira all'ideologia maturativo-adattativa e per il quale il paziente deve aver raggiunto la capacità di stabilire relazioni oggettuali soddisfacenti, mature, deve essere capace di creatività e di gioco, e nello stesso tempo di gestire la propria e altrui aggressività e di tollerare le frustrazioni;

un terzo infine squisitamente analitico e per il quale devono essere considerate le modificazioni quali possono apparire esclusivamente attraverso la stessa teoria analitica.

Per quanto riguarda i risultati dell'analisi (problematica strettamente connessa a quella dei criteri), può essere interessante ricordare che Jones (1936) ha distinto dei risultati terapeutici e dei risultati analitici. I primi sarebbero relativi alla fiducia in sé, al benessere, all'autostima e deriverebbero dalla maggiore quantità di energia a disposizione dell'Io; a causa del libero flusso nel conscio degli affetti precedentemente inconsci, esisterebbe anche una diminuzione dell'angoscia. Tra i secondi sarebbero importanti sia l'eliminazione dell'amnesia concernente il terzo e quarto anno di vita che la comprensione delle linee evolutive di tutti gli interessi principali della vita fino alla

conoscenza del rapporto preciso tra fantasia e realtà, cioè tra realtà interna ed esterna.

Occorre infine dire che la conclusione dell'analisi non presenta problemi solo in quanto parte finale di un processo (Lebovici 1980), ma perché col suo stesso esistere pone il paziente in contatto con tematiche fondamentali relative alla separazione (Winnicott 1985; Ticho 1967;

Lipton e Windholz 1969b -- l'angoscia di separazione nasconderebbe però spesso quella di castrazione -; Schlessinger 1975; Cancrini 1988; Pedder 1988; Dumas 1989), alla morte (Laforgue 1934; Stern 1968), alla perdita (Reich A. 1950), al lutto (Reich A. 1950 - esiste una risoluzione spontanea-; Ticho 1967; Lord 1978; Loewald 1988) e alla disillusione (Klein 1950; Grinberg 1980; Pedder 1988).

A proposito della necessaria disillusione implicita nella limitatezza dei risultati possono essere citati vari lavori. Jones (1936) afferma che la capacità di limitarsi dell'analista può evitare rischi per quei pazienti che sono incapaci di sopportare l'eccessiva energia racchiusa negli strati profondi dell'inconscio; Rangell 1966 afferma la necessità di una corretta valutazione delle limitazioni dell'analisi; Stock (1969b) parla della necessaria presenza di limiti interni e esterni; Ticho (1972) sostiene, come abbiamo già accennato, che una valutazione del raggiungimento o meno degli scopi dell'analisi è un elemento di valutazione realistica che può sfociare, successivamente, in una continuazione del lavoro orientato piuttosto verso gli scopi della vita; Cremerius (1982) ritiene necessaria l'accettazione dell'ineludibile presenza di problemi eterni; Novick (1982a) afferma che sarebbe addirittura necessaria, in qualche modo, l'esperienza di un fallimento dell'analisi e dell'analista (Dewaid 1964 pensa invece che quando un paziente pone l'attenzione sulle tematiche del fallimento, compie spesso una manovra difensiva ed evita in questo modo il problema per lui più importante e rappresentato dalla perdita); De Simone Gaburri (1984, 1985, 1988) riferisce l'osservazione che è il pensiero di una propria incompletezza a fornire spesso una possibilità di trasformazione, garantita così maggiormente da un oggetto interno insaturo che da un oggetto interno saturo; Berenstein

(1987) sostiene che è importante l'accettazione da parte dell'io dell'interminabilità delle reinterpretazioni retrospettive degli eventi infantili e quindi implicitamente dei limiti del lavoro analitico; Ahumada (1989) afferma infine che la coscienza della finitudine dell'analisi presuppone una tolleranza dell'infinito del bisogno del Sé, infinità del bisogno che deve divenire allora conosciuta e sopportabile.

Per quanto riguarda la limitatezza dei risultati, occorrerebbe inoltre tenere sempre presente che esistono delle zone inanalizzabili costituite da quelle parti cui non è possibile dare un senso come nei soggetti che hanno subito violenza sotto una dittatura (Berenstein 1987). L'effettuazione di un'analisi rivelerebbe sempre, anche un desiderio di perfezione e questo sarebbe da considerarsi allora come ineliminabile (Gaskill 1980; Kubie 1968). Può essere interessante ricordare ancora uno studio catamnastico di Oremland et al. (1975) che, a riprova della limitatezza dei risultati dell'analisi, riscontrarono aree significative di incompletezza in due casi in cui, nel momento della conclusione, erano state invece messe in evidenza tutte le caratteristiche di una cura completa e riuscita.

2.1. Criteri basati prevalentemente sulle difese

Viene fatto in genere un riferimento alla diminuzione di rigidità dei meccanismi difensivi considerati nel loro complesso (Fenichel 1927; Laforgue 1934; Hoffer 1950; Lagache 1964 - l'analisi è finita quando sono esaurite le possibilità di cambiamento che sono state opposte alla resistenza delle strutture inconsce -; Firestein 1969b; Lebovici 1980 - capacità di parlare senza effetti di resistenza -; Cremerius 1982; Pedder 1988 - superamento delle resistenze -). Alcuni Autori pongono invece l'attenzione su alcuni meccanismi particolari quali ad esempio la proiezione (Lagache 1961; Neri 1987 - trasformazione e ritorno di fantasie, emozioni, pulsioni collocate instabilmente in loro portatori -), la sublimazione (Firestein 1969b - presenza e stabilità delle sublimazioni - e 1974), la regressione (Bibring 1937 - eliminazione -; Glover 1937

- fine del processo regressivo attivato e sua inversione -); la fissazione (Bibring 1937 - scioglimento -) e, ovviamente, la rimozione (Bibring 1937). Klein (1950), all'interno della sua teorizzazione sui meccanismi primitivi di difesa, dà particolare rilievo alle difese primitive e, tra queste, in particolare, all'attenuazione delle difese maniacali.

2.2. Criteri basati prevalentemente sulla presa di coscienza

Nei riguardi di questi criteri esiste spesso un riferimento diretto alla presa di coscienza (Rangell 1966 - ciò che è divenuto conscio deve tornare inconscio o perdere il suo valore emotivo -; Parres et al. 1966 - raggiungimento di un punto intermedio tra fantasia e realtà, tra verità e invenzione -; Calder 1969b - insight, valutazione di come un paziente reagisce alla conoscenza di sé - Firestein 1969b; Grinberg 1980 - comparsa di un desiderio di verità, scoperta della verità -; Lebovici 1980; Rangell 1982 - scoperta della verità temperata da un rispetto per l'ambiguità -; Pedder 1988).

Nella maggior parte dei contributi il riferimento alla presa di coscienza è più indiretto, ma l'attenzione è comunque situata sempre, prevalentemente, sulla conoscenza. Tra questi criteri indiretti può essere citata innanzitutto la capacità di autoanalisi (argomento che il lettore troverà sviluppato nel contributo di Tucci) e, successivamente: la chiarificazione dei conflitti inconsci (Lagache 1964); la capacità di introspezione (Stock 1969b); l'accettazione della responsabilità di fronte alla realtà psichica sotto forma di inizio di uno sforzo autoanalitico (Meitzer 1967); la completezza della comprensione (Jones 1936; Glover 1955; Calder 1969b - come il paziente reagisce alla comprensione di sé - Ticho 1972 - comprensione dei sintomi e della patologia del carattere -; Meitzer 1986 - passaggio dalla spiegazione alla comprensione, con implicita accettazione della vita -); l'identificazione della nevrosi e l'eliminazione dell'amnesia infantile (Glover 1928 - analisi delle teorie sessuali infantili e del loro legame con forme istintive precoci, risoluzione dei ricordi schermo -;

Hoffer 1937 ~ capacità di trasformazione degli acting out in ricordi di conflitti e traumi infantili -; Rickman 1950; Gonzales 1963 - il rivivere nella memoria di eventi infantili che portarono alla nevrosi -; Calder 1969b; Firestein 1974; Lebovici 1980 - ricostruzione del passato -; Mahon et al. 1981 - risoluzione delle istanze nevrotiche presenti dietro i ricordi schermo e loro incorporazione nella coscienza -; Pedder 1988 - superamento dell'amnesia infantile -; Sandler 1988 - importanza di una ricostruzione vicina alla realtà storica e conforme alle richieste di una verità narrativa -). Anche la fine degli acting out (Firestein 1974) legata alla comprensione può essere considerata dal punto di vista della presa di coscienza.

Possono essere inseriti a questo punto anche alcuni accenni ai criteri di alcuni Autori che fanno un riferimento, magari implicito, a Lacan e che considerano particolarmente importante la risoluzione del rapporto con il soggetto supposto sapere e l'effetto di verità che questa determina (Castoriadis-Aulagnier 1977 - si giunge al punto in cui il paziente comprende che può raccontare ciò che vuole e scopre di conseguenza il niente -; Silvestre 1983 - occorre evitare di chiudere la questione del soggetto ~; Etinger De Alvarez 1988 - non si può essere riconciliati con la causa del proprio desiderio -; Soler 1990).

All'opposto di questi criteri basati sulla conoscenza, Hillman (1964), un Autore junghiano, afferma che se è vero che si riemerge dall'analisi trasformati, è anche vero che spesso non ne conosciamo il perché.

2.3. Criteri basati prevalentemente su modificazioni valutabili secondo concezioni psicoanalitiche e diverse da quelle degli altri paragrafi

Si tratta di criteri descritti dalla maggior parte degli Autori e difficilmente classificabili. Si tratta in genere di osservazioni compiute più dall'analista che dall'analizzante, ma occorre ricordare che all'interno dell'analisi le riflessioni degli analisti, per essere considerate da loro stessi come credibili, devono ricevere conferme dagli stessi pazienti. Alcuni di questi criteri riguardano da un

lato aspetti generali e dall'altro aspetti sui quali è esistito, esplicitamente o implicitamente, un dibattito che li ha costituiti come sufficientemente condivisi. Possiamo citare:

la diminuzione dell'ansia persecutoria (Klein 1950) e l'analisi della posizione depressiva (Winnicott 1975);

la risoluzione del complesso edipico (Johnson 1951 - risoluzione del complesso edipico riattivato -; Miller 1965 - quando le fissazioni preedipiche sono state analizzate, le fughe dai conflitti edipici sono bloccate e si può passare alla maturità -; Novick 1976 - capacità di sperimentare e superare il livello edipico -; Novick 1982b);

il rafforzamento dell'Io, l'identificazione all'analista e un funzionamento psichico globale più autonomo (Jones 1936; Bergler 1937 - passaggio dall'identificazione come difesa contro l'angoscia alla reintroiezione -; Bibring 1937 - modificazioni dell'Io per quanto riguarda le sue parti appartenenti all'inconscio -; Fenichel 1937 - rinforzo dell'Io in analisi che non riguardi tanto l'Io difensivo quanto la modificazione delle difese -; Hartmann 1939 - importanza delle funzioni integrative dell'Io -; Loewenstein 1949

-- controllo degli istinti da parte dell'Io -; Balint 1950a - modificazione della struttura dell'Io con la comparsa di metodi alloplastici nel rapporto con la realtà -; Hoffer 1950 - identificazione con le funzioni analitiche emergente dalla risoluzione della nevrosi di transfert -; Klein 1950; Kramer 1959; Pfeffer 1959 - funzione psicoanalitica preconsce considerata come identificazione alla funzione analizzante dell'analista -; Rapaport 1960 - autonomia internalizzata corrispondente al dominio del processo secondario sul primario, importanza dell'introiezione dell'analista non in quanto introiezione della sua figura, quanto del suo funzionamento, introiezione sviluppantesi nella direzione di un'autonomia internalizzata-; Lagache 1961

- sostituzione di un'identificazione differenziale a una assimilatrice, arricchimento delle strutture inconscie da parte del buon oggetto analista -; Aarons 1965 - funzioni dell'Io che raggiungono una buona capacità di autonomia secondaria ~; Rangell 1966 - risveglio delle capacità dell'Io ~; Ticho 1967 e 1972 - nuova funzione dell'Io derivante dall'integrazione della funzione analitica costi-

tuita da libere associazioni, ascolto e interpretazione -;
Rangell 1969b - identificazione del paziente con l'ego e
successiva analisi di sé -; Zetzel 1969b; Firestein 1974;
Schlessinger 1975; Brenner 1976; Gaskill 1980;
Grinberg 1980 - internalizzazione del processo analitico -
; Rangell 1982 - autonomia dell'lo dipendente da una
differenziazione del sé -; Blanck 1988 - passaggio
dall'internalizzazione alla identificazione e relativo
spostamento di funzioni -);

il miglioramento e la modifica dei valori del Super-lo
(Alexander 1925 - l'lo assume le funzioni del Super-lo;
Glover 1928; Jones 1936; Bibring 1937 - severità su-
peregoica arcaica ridotta, riduzione della tensione del
Super-lo con Ho a vantaggio di un atteggiamento premu-
roso e di una sorta di amalgama che rende possibile un
maggior rapporto alla realtà -; Numberg 1937 - aggres-
sività che passa del Super-lo alilo -; Strachey 1934 e
1937; Greenson 1966; Ticho 1972 - capacità di perdo-
narsi le passate mancanze di buona fede ~; Gedo 1979;
Rangell 1982);

il cambiamento intrapsichico espresso da concetti di-
versi da quelli finora ricordati a proposito del quale
Bibring (1937) affermò che potesse essere valutato sia
nei rapporti tra le istanze psichiche che al loro stesso
interno (Brierley 1937 - equilibrio generale della psiche -;
Strachey 1937 - cambiamenti del funzionamento mentale
reali, profondi, permanenti, ottenuti tramite la rimozione
del blocco dello sviluppo libidico -; Balint 1950 -
ridistribuzione pulsionale -; Reich A. 1950 - raggiungi-
mento di una certa quota di narcisismo positivo;
Rickman 1950 - livello di integrazione raggiunto e, salvo
circostanze di grande stress, considerato stabile;
Pfeffer 1959, 1961, 1963 - minore acuzie dei conflitti -;
Greenson 1965 - perlaborazione -; Rangell 1966 -
cambiamenti strutturali ~; Meitzer 1967 - sicurezza di un
mondo interno; Gaskill 1980 - sviluppo del carattere -;
Speziale Bagliacca 1980 - ristrutturazione della perso-
nalità ~);

il cambiamento degli stili linguistici (Lieberman 1978) e
delle componenti musicali del linguaggio (Guiard 1977);

la diminuzione della forza della ripetizione [Bibring
1937;

Numberg 1937 - esiste un passaggio dell'Id all'Io della coazione a ripetere e questo passaggio porta a un miglior adattamento e a un maggiore soddisfacimento della pulsione di 'padroneggiamento' - (Fenichel 1937 obietta che il passaggio da un comportamento auto - a un comportamento allo-plastico può anche indicare, però, l'abolizione della tendenza alla ripetizione); Lagache 1964; Nacht 1965; Lebovici 1980]. A fianco di questi criteri generali e sufficientemente condivisi, ne esistono altri sempre generali, ma meno condivisi e altri ancora più particolari e legati a propensioni personali dei diversi Autori. Ricordiamo comunque:

la capacità di accettare la regola delle libere associazioni (Ferenczi 1927; Loewenstein 1963 - quando un paziente associa liberamente, si trova propriamente alla conclusione -; Bouvet 1967 e 1954); l'addomesticamento degli affetti (Fenichel 1927, Rangell 1982); l'eliminazione della tendenza al pensiero magico derivante dall'esperienza della non realizzazione della paura che i desideri inconsci rivelati in analisi possano trasformare il paziente in un perverso polimorfo (Bergler 1937); il ripristino di uno sviluppo istintuale normale (Bibring 1937) e di una possibilità di crescita (Ticho 1972); l'aumento della tolleranza alla posticipazione delle gratificazioni e alla frustrazione (Rickman 1950; Firestein 1969b, 1974); l'acquisizione di una identità (Erikson 1956; Greenson 1966 - importanza, per questa valutazione, della flessibilità -); il disinvestimento di strutture patologiche a favore di strutture più normative (Lagache 1964); la distinzione tra risonanza simbolica del fantasma e la determinazione da parte di quest'ultimo (Lagache 1964); la non alienazione in ideali personali senza mediazione del soggetto (Lagache 1964);

la capacità di soddisfarsi a partire da desideri compatibili da un lato con gli ideali e dall'altro con l'ambiente (Nacht 1965); la ricostruzione e la composizione degli stati traumatici (Rangell 1966); la capacità di neutralizzazione (Guttman 1969a - i cambiamenti negli investimenti -); la capacità di distinzione tra fantasia e realtà (Firestein 1969b, 1974; Fordham 1972 - fantasie che perdono di forza -; Rangell 1982); l'aumento della libertà interna (Firestein 1969b, Stock 1969b - libertà dalla miseria

nevrotica, capacità di essere confortabilmente soli -); la diminuzione del materiale prodotto in seduta (Calder 1969b); la riduzione delle aspettative infantili e perfezioniste (Ticho 1972) e delle modalità infantili di affrontare le emozioni (Firestein 1969b, Stock 1969b - vedere i problemi sia in modo infantile che adulto -); la diminuzione dell'invidia del pene e dell'angoscia di castrazione (Firestein 1974); il trovarsi meglio con i lati infantili e il permetter loro di esprimersi (Sandler 1988). Tra i criteri ora esposti possono essere collocati anche quelli proposti da Berenstein (1987), per il quale occorrerebbe giungere a un riconoscimento della distinzione dell'oggetto dall'io (esisterebbe un'area che non può essere condivisa dall'io e dall'oggetto) e a una riduzione dell'investimento narcisistico che confonde le differenze; sarebbe pure necessario comprendere che una conoscenza assoluta è impossibile e che questa acquisizione non può prescindere da un'elaborazione del dolore mentale relativo; occorrerebbe infine un'accettazione delle differenze e dell'impossibile confine tra maschio e femmina, conoscenza, quest'ultima, del piacere specifico di ciascun sesso e dei limiti delle possibilità di identificazione.

2.4. Criteri basati prevalentemente sulla vantazione dei miglioramenti soggettivi e delle relazioni interpersonali

Abbiamo raggruppato sotto questo titolo quei criteri che meglio dei precedenti, possono essere valutati anche all'esterno della relazione analitica. Siamo ben consapevoli della difficoltà anche teorica, di un tale raggruppamento, ma riteniamo comunque che esso possa essere utile per ulteriori ricerche. Sono citati:

il miglioramento sintomatico (Glover 1928 - i sogni divengono meno angosciosi -; Jones 1936; Rickman 1950; Rangell 1966 - la normalità può rappresentare spesso una fuga nell'azione e il criterio sintomatico è particolarmente complesso in quanto intrecciato, in modo pressoché indissolubile, con numerosi problemi, tra cui in particolare l'analizzabilità, le limitazioni della psicoanalisi e le idee dell'analista circa il concetto di normalità -; Firestein 1969b

- creazione di una diversa attitudine verso i sintomi, che scompaiono, talora, perché i pazienti si sentono protetti - , 1974);

l'accesso al piacere senza provare colpa, al primato genitale e alla capacità di amare (Freud 1915/17 - sufficiente capacità di provare del piacere -; Reich 1926 - potenza orgasmica -; Jones 1936 - capacità di godimento e felicità; accesso alla coscienza di emozioni inconsce anche sessuali -; Bergler 1937 - vita sessuale partecipata che diviene anche la riprova di un Super-lo permissivo e approvante -; Hartmann 1949 - potenza orgasmica -;

Balint 1950 - relazioni istintuali con gli oggetti, relazioni genitali senza considerazione dello stato di bisogno, mantenimento di un contatto ininterrotto con la realtà -;

Bridger 1950 - relazioni amorose mature -; Klein 1950

- maggiore potenza, eterosessualità, capacità di amare -; Rickman 1950; Menninger 1956 - sostiene che il termine di carattere genitale può prestarsi a molti equivoci -; Gonzales 1963 - subordinazione alla prevalenza genitale dell'istinto di morte fuso con il masochismo primario -; Nacht 1965 - possibilità di impegnarsi nell'azione evitando la sottomissione all'automatismo di ripetizione -; Rangell 1966 - si tratta di un criterio corretto che porta però a molti equivoci di volgarizzazione -;

Firestein 1969b, 1974; Rangell 1982; Pedder 1988 - aumentata capacità di raggiungere la soddisfazione eterosessuale -);

le modificazioni del modo di vivere (Ferenczi 1927) e le migliori relazioni oggettuali (Ferenczi 1927 - il paziente maschio si avverte pari all'analista, la donna si appropria delle caratteristiche del sesso femminile -; Hartmann 1949;

Klein 1950; Ramirez 1960 - distanza ottimale affettiva ed emozionale rispetto agli oggetti esterni e interni -; Rangell 1963 - possibilità di amicizie mature -; Shapiro 1969b;

Fordham 1972; Firestein 1974; Rangell 1982; Pedder 1988). A proposito delle modificazioni del modo di vivere si può anche ricordare che Freud (1923) aveva sostenuto che lo scopo della cura è quello di creare la libertà di scegliere, di optare cioè per l'una o l'altra delle possibili decisioni. Anche Rangell (1982) pone come miglior criterio per la decisione della conclusione, quello della valu-

fazione di una libertà di scelta; Cooper (1970) pone una metafora efficace, supponendo che la stanza della terapia sia all'inizio piena di tutti i personaggi della vita fantastica sia del paziente che dell'analista; alla conclusione, questi personaggi avrebbero lasciato la stanza e non rimarrebbero che due persone, libere di incontrarsi o di lasciarsi;

l'accesso ai processi creativi (Fenichel 1927; Milner 1950 - anche come rinascita -; Ekstein 1966; Balint 1968; Baruzzi 1987); l'aumento della forza, della sicurezza e del benessere (Jones 1936; Buxbaum 1950); l'equilibrio tra adattamento alla realtà e soddisfacimento pulsionale (Rapaport 1960; Nacht 1965); l'autorealizzazione e l'assunzione della responsabilità di se stessi (Horney 1950); l'accordo del paziente con se stesso e con il proprio modo di vivere (Nacht 1965); l'integrità personale -e interpersonale (Rangell 1969 e 1974); la corretta valutazione dei problemi rimasti (Calder 1969b); la migliore capacità di tollerare l'ansia e la possibilità di considerare gli affetti come segnali (Glover 1955; Firestein 1969b, 1974); la migliorata capacità di reagire con dolore, piacere, aggressività, sessualità e lutto (Pedder 1988), di sopportare la paura di soffrire (Nacht 1965) e di reagire realisticamente (Stock 1969b); la migliore capacità lavorativa (Freud 1915/17 - sufficiente capacità *di* essere efficienti -; Bridger 1950; Klein 1950; Rickman 1950; Firestein 1969b, 1974; Shapiro 1969b; Pedder 1988 - aumentata capacità di raggiungere soddisfazione nel lavoro -); la capacità di condotte adattate alla realtà (Jones 1936; Hartmann 1939; Payne 1950 - capacità di reazione positiva a cambiamenti ambientali -; Lagache 1964; Rangell 1966 - relazione ottimale alla realtà, capacità di prendere decisioni -; Calder 1969b - valutazione dei successi e insuccessi reali -; Firestein 1969b; Stock 1969b - possibilità di modificare patterns adattivi -; Rangell 1982); l'aumentata capacità di gioco (Pedder 1988); l'aumentata capacità di tollerare l'aggressività (Rickman 1950; Pedder 1988); la trasformazione degli insight in azioni effettive (Wheeler 1950; Jung 1955/56; Greenson 1965; Nacht 1965 - la possibilità di impegnarsi nell'azione -).

2.5. Criteri basati prevalentemente sulla valutazione delle modalità di separazione, del lavoro del lutto e dell'evoluzione del transfert

Come vedremo successivamente, esistono problemi molto interessanti e controversi circa le vicende del transfert durante la fase conclusiva e circa la sua risoluzione effettiva dopo la conclusione della cura. A parte questi argomenti, su cui torneremo, è la risoluzione del transfert, del controtransfert e della nevrosi da transfert ad essere considerata da molti Autori, come uno dei più importanti criteri di conclusione (Glover 1928; Brierley 1937 - la quantità di rivissuto nel transfert è altrettanto importante quanto quella del materiale ricordato -; Buxbaum 1950 - trasformazione degli agiti della memoria all'interno del transfert -; Stone 1954; Calder 1969b; Firestein 1969a; Hurn 1971; Dewaid 1972; Ticho 1972 - riduzione della nevrosi di transfert -, Lebovici 1980; Rangell 1982; Bergmann 1988).

Per quanto concerne i criteri legati ad una valutazione delle possibilità di elaborazione del lutto e del modo di porsi di fronte alla separazione, si tratta di criteri considerati in particolare dalla scuola kieniana. È basilare a questo proposito il lavoro di Klein (1950) che pone, accanto a criteri più classici, altri più specifici della sua posizione e cioè l'analisi degli aspetti positivi e negativi del transfert, la diminuzione dell'ansia persecutoria e, importante per quanto ci interessa in questo momento, l'analisi dei processi del lutto che si pongono in atto alla conclusione dell'analisi. Abbiamo riunito di seguito quei criteri che direttamente o indirettamente si collegano a questa posizione teorica. Ricordiamo così la capacità di sopportare il lutto (Bridger 1950; Rickman 1950); la possibilità di mantenere un'alleanza terapeutica in presenza di manifestazioni nevrotiche (Greenson 1966); l'assenza di un bisogno di ritornare ma anche il sentimento di essere liberi di poter ritornare (Zetzel 1969b); la riduzione dell'asimmetria tra analista e paziente (Fordham 1972); l'alleanza acquisita con l'analista (Ticho 1972 - possibilità di una percezione matura e cioè realistica dell'analista -); l'esistenza di un dialogo aperto con l'analista che diviene

parte di un processo autonomo (Emde 1988b); lo stabilirsi di una relazione autentica tra persona e persona (Lebovici 1980). Grinberg (1980) teorizzò questi stessi concetti all'interno del pensiero di Bion e dette importanza al problema della temporalità attivata dalla separazione implicita nella stessa conclusione (a questo proposito può essere ricordato anche Berenstein 1987 che considerò importante la tolleranza dell'incertezza aperta verso il futuro, tolleranza che verrebbe a sostituire la certezza chiusa della ripetizione). La somiglianza della tematica della fase conclusiva con il processo maturativo adolescenziale, su cui torneremo successivamente, è stata ricondotta da Gitelson (1967) proprio al fatto che in ambedue i casi il problema della separazione sarebbe in primo piano. Sempre in questo ambito possono essere ricondotte le affermazioni di quegli Autori cui abbiamo già accennato e che pongono in luce non tanto la separazione dall'analista, quanto dall'analisi e dal suo ideale di perfezione. Amar (1989) ritiene ad esempio che sia molto importante la valutazione della rinuncia allo stato di analisi:

per conservarlo per sempre perso e non perdibile, oggetto incorporato, seno vuoto e a un tempo immortale, occorrerebbe separarsi dal buon oggetto che è stato trovato.

Trovano collocazione tra questi criteri, alcuni che sono stati espressi prevalentemente da Autori dell'area lacaniana, criteri che hanno molto a che fare con i problemi della separazione e del lutto. Roustang (1976) e Favret-Saada (1977) ritengono, sia pure in termini lievemente diversi, che la conclusione dell'analisi coincida con il momento in cui il paziente si rende conto che l'analista non è nessun altro se non colui che ha fornito un supporto artificiale ai propri fantasmi, altro «inesistente» di cui è esistito il bisogno solo per parlare, tacere, fantasmaticizzare e desiderare. Interessante da questo punto di vista è anche il lavoro di Soler (1990) per il quale l'analista non è più il supporto del soggetto-supposto-sapere perché questo sapere è stato elaborato ed è passato quindi dalla parte del soggetto; l'analista si ridurrebbe a incarnare, dare corpo e presenza a ciò che non si può dire attraverso alcun significante.

3. C Unica

Possiamo iniziare questa parte della rivista sintetica ricordando che Blum (1974) afferma che la vera e propria conclusione sfugge all'analista in quanto questi non potrà ovviamente esaminare mai una conclusione, ma solo una conclusione anticipata. È un'osservazione non del tutto priva di conseguenza teoriche, ma che non deve far ritenere inutili le riflessioni successive, che si pongono naturalmente a un livello di approssimazione tipico di gran parte delle riflessioni cliniche e che sono da ritenersi particolarmente interessanti proprio per questa loro sostanziale irriducibilità alla teoria che le sottende. L'affermazione di Blum trova una elaborazione più sofisticata nel pensiero di Flournoy (1985), che ritiene che la conclusione dell'analisi sia proprio caratterizzata dall'instaurarsi di una relazione intersoggettiva su cui la concettualizzazione metapsicologica psicoanalitica cessa per così dire di avere presa. La conclusione dell'analisi consisterebbe così in un atto di passaggio (distinto dal passaggio all'atto) instauratore di un campo non più psicoanalitico.

Un'interessante osservazione generale che ci sentiamo di premettere è quella di De Simone Gaburri (1988) che afferma che alcuni processi analitici si concludono con la conclusione dell'analisi, mentre in altri casi ciò che avviene durante la cura è semplicemente una parte del processo analitico stesso. Tutta la letteratura psicoanalitica concernente il nostro tema sarebbe pertanto sottesa dalla presenza di queste due possibilità, spesso non dette e comunque difficilmente evidenziabili.

Ogni conclusione sarebbe infine diversa dalle altre e tale differenza dipenderebbe da vari fattori, tra cui i più importanti sarebbero legati da un lato alla patologia e, dall'altro, alla fase della cura in cui avviene la conclusione (Arlow 1971). Un'ultima osservazione da premettere è quella di Milner (1950) che sostiene che gli analisti che mantengono un rapporto con l'analisi e gli altri analisti dopo la conclusione della cura, non hanno mai compiuto una vera e propria esperienza di fine dell'analisi, e non possono ben capire, di conseguenza, ciò che i pazienti

sperimentano quando sanno che non avranno mai più la possibilità di un rapporto con il loro analista. Dopo queste brevi premesse, possiamo passare ora a esporre i vari sottotemi in cui abbiamo suddiviso la clinica della conclusione.

3.1. Sul come appare la tematica della conclusione

Esiste un accordo pressoché totale sull'affermazione che la comparsa di una tematica relativa alla conclusione dell'analisi segna un momento importante dello svolgimento della cura e inaugura di fatto un periodo particolare caratterizzato da un proprio decorso e da una propria specifica problematica. C'è anche chi ha distinto (Novick 1982a) un cosiddetto periodo di incubazione che andrebbe dal momento in cui viene formulata l'idea della conclusione a quello in cui viene posto il problema vero e proprio: la vera e propria fase conclusiva inizierebbe solo da questo momento. A detta della maggior parte degli Autori, la fase conclusiva inizia però quando è un materiale clinico inequivocabile ad annunciare un lavoro psichico riguardante la conclusione. Occorrerebbe naturalmente saper ben distinguere questo materiale clinico da quelle fantasie di interruzione che sono frequenti lungo tutto il decorso e che possono bloccare spesso, come del resto le fantasie di interminabilità, i processi trasformativi (De Simone Gaburri 1990).

Può essere interessante notare che, mentre per molti Autori la tematica della conclusione sembra apparire in un certo momento della cura, come se esistesse anche per l'analista la necessità di un periodo di cui non pensare alla conclusione e lasciarsi vivere una fantasia di interminabilità, tra gli Autori appartenenti all'area della Ego Psychology (Firestein 1974) e che fanno riferimento alla teorizzazione di A. Freud, esiste invece un richiamo a che il problema della conclusione sia presente, nella mente dell'analista, fin dall'inizio della cura (Ticho 1966; Blanck 1988). Questo particolare rilievo della presenza continua, durante la cura, della conclusione, faciliterebbe l'esame delle fantasie che sottendono, appunto, le tematiche di separazione e morte e permetterebbe di

conseguenza di essere più avvertiti a proposito della comparsa della fase conclusiva e delle sue modalità cliniche. A queste considerazioni può essere affiancata, in contrappunto, l'affermazione di Ferenczi (1924) secondo il quale la pianificazione della conclusione potrebbe essere eccessivamente in primo piano durante tutto il decorso della cura e, in assenza di una attenta analisi delle aspettative del paziente, imporsi come tematica di fondo. A questo proposito esiste anche un problema tecnico concernente l'opportunità o meno di discutere, all'inizio della cura, sulla durata prevista e, a questo proposito, nelle risposte fornite al questionario di Glover (1955) gli analisti si dichiararono per metà favorevoli e per metà sfavorevoli.

Tra gli Autori che hanno cercato di descrivere le modalità con cui appare il tema della conclusione, c'è innanzitutto chi parla di segni quasi diretti provenienti dall'analisi della vita onirica (Parres et al. 1966; Oremland 1973). Wolberg (1954) ritiene ad esempio che i sogni possano dare indicazioni sulla resistenza alla conclusione o sui desideri di autonomia; Harrison (1966) pensa che esistano sogni annunciatori della conclusione; Shapiro (1969b) sostiene che la comunicazione della conclusione da parte dell'analista segua spesso l'analisi di un sogno; Saul (1972) osserva infine che i sogni nei quali compaiono soluzioni di problemi indicano che l'analisi volge alla conclusione e si presentano in cure che hanno avuto un buon esito.

La maggior parte degli Autori riferisce invece di segni per così dire indiretti: sarebbe cioè la comparsa di certe tematiche, anche non esplicitamente legate alla conclusione dell'analisi, a indicare che è il momento di iniziare a pensarla. Ferenczi (1924) ritiene così che l'analista possa proporre la conclusione della cura nel momento in cui si rende evidente che la nevrosi di transfert ha rimpiazzato quella per cui il paziente era entrato in analisi. Un buon criterio per la valutazione dell'inizio della fase conclusiva sarebbe rappresentato, sempre secondo Ferenczi (1927), dall'ammissione da parte del paziente di avere simulato durante tutto il periodo della cura e dalla cessazione, appunto, dello stesso mentire. Lo stesso Autore sostiene anche che ad annunciare la conclusione

può essere l'accesso della coscienza a un nuovo materiale mnestico. Lehrmann (1949) ritiene che la tematica della conclusione appaia talora, precocemente, sotto forma di resistenza. Meitzer (1967) pensa che la conclusione appaia all'orizzonte della cura quando si sono sviluppati introspezione, pensiero analitico e responsabilità di fronte alla realtà psichica, testimoniata quest'ultima dalla possibilità dell'autoanalisi, e quando, nell'esperienza di transfert, inizia a essere riconosciuto un rapporto con l'esperienza relazionale della nutrizione al seno. Occorrerebbe anche la percezione che esista una sicurezza del proprio mondo interno. Secondo Hurn (1971) la fase conclusiva inizierebbe quando compaiono segni che indicano che il paziente ha definitivamente accettato l'impossibilità di ricevere gratificazioni infantili e che ha raggiunto un grado irreversibile nella direzione della risoluzione della nevrosi di transfert. Fordham (1978) sostiene che il periodo conclusivo inizia quando i contenuti psichici relativi alla conclusione cessano di aver bisogno di essere analizzati e si ha l'impressione di una sincerità riguardante la conclusione stessa. Per Novick (1982a) un criterio importante per l'inizio della fase conclusiva sarebbe costituito dal manifestarsi di un transfert edipico positivo. Flour-noy (1985), all'interno di una teorizzazione molto personale, pone come particolarmente interessanti quei momenti dell'analisi in cui l'analista viene come sorpreso da alcuni contenuti del paziente, contenuti che appunto, tramite la sorpresa che determinano, sarebbero testimoni di una possibilità di un atto di passaggio, dell'instaurarsi cioè, tra analista e analizzando, di una relazione in-tersoggettiva e di un pensiero relativo a una possibile conclusione. Rosenthal (1988), con un'espressione molto precisa, pertinente e molto citata, ritiene infine che si possa iniziare a pensare alla conclusione quando l'analisi sia divenuta internamente interminabile.

3.2. Caratteristiche della fase conclusiva

Il primo Autore che ha parlato di fase conclusiva è stato Glover (1956) che, da un punto di vista descrittivo, l'ha

intesa come quella fase dell'analisi che inizia dal momento in cui viene deciso non tanto un termine preciso, quanto il fatto che è giunto il tempo di pensare appunto alla conclusione. Secondo Hurn (1971) esisterebbero tre diverse definizioni del termine «fase conclusiva», fase che lo stesso Autore assimila alla nozione ferencziana di conclusione naturale: la prima è quella ora citata e che Hurn considera prevalentemente temporale; la seconda si riferisce prevalentemente alle posizioni dell'analista e trova la sua origine negli scritti tecnici di Freud nel 1913; la terza, più psicologica, mette particolarmente in luce le caratteristiche tipiche della fase conclusiva, tra cui il fatto che la risoluzione della nevrosi di transfert dovrebbe appunto precederla. A causa di queste riflessioni Hurn ha sostenuto la necessità della costruzione di un paradigma della fase conclusiva e lo ha proposto elencandone diversi aspetti costitutivi, i cui principali potranno essere ritrovati nelle sezioni successive di questo capitolo. Ci è sembrato interessante anche un'affermazione di Firestein (1982) che, pur non essendo una vera e propria definizione, merita di essere riferita in questa sede: l'Autore afferma infatti che la fase conclusiva è quella fase in cui si cerca di determinare cosa abbia significato l'analisi nella vita del paziente e quando e come concludere la collaborazione. Menningèr (1963) ha posto poi in evidenza che la conclusione va vista anche come risoluzione di un contratto stabilito tra due parti. Ekstein (1966), citando «What is past is prologue» di Shakespeare, sostiene che la fase conclusiva consiste ad un tempo in una sintesi e in una preparazione a una nuova era. La fase conclusiva, nel complesso della cura, è infine particolarmente importante perché preparata da tutta l'analisi precedente (Miller 1965). Può essere citato a questo punto un pensiero di Racamier (1989) secondo il quale nella natura di ogni vera conclusione di analisi dovrebbe risiedere anche un'interrogazione sui problemi della propria origine. De Simone Gaburri (1990) sostiene comunque che più che il problema generale del come e quando concludere la cura, esista quello di analizzare le fantasie e i pensieri che riguardano tale conclusione.

I riferimenti alle caratteristiche cliniche della fase conclu-

siva sono naturalmente innumerevoli e il nostro tentativo è stato quello di riferire i principali contributi a proposito di quei movimenti psichici che avvengono appunto in questa fase e la cui presenza renderebbe inoltre il periodo conclusivo particolarmente atto a sciogliere nessi patologici ancora presenti (Fordham 1978).

Una prima serie di osservazioni consiste nell'evidenziazione del fatto che le modalità della conclusione della cura ripeterebbero sempre qualche avvenimento o situazione psichica progressi (Loewald 1962; Brun 1987). Arlow (1971) ritenne così che occorre analizzare la conclusione in relazione al passato e, in particolare, alle modalità con le quali il paziente ha potuto affrontare, durante la cura, i periodi in cui ha dovuto fare a meno dell'analista. Anche Farrell (1974) ha sostenuto che ciò che caratterizza tale fase è in gran parte prevedibile se, durante la cura, si è fatta attenzione alle modalità delle piccole separazioni. L'uso del profilo di sviluppo di A. Freud permetterebbe infine, secondo Heinicke (1969), una vantazione non solo dello sviluppo durante la cura, ma della stessa fase conclusiva.

Una seconda serie di osservazioni riguarda caratteristiche molto generali. Così, secondo alcuni Autori, nella fase conclusiva sarebbe riscontrabile un maggior numero di ore «analiticamente» buone (Orens 1955 - più grande profondità introspettiva, materiale più profondo -; Gitelson 1967; Suslick 1969 - aumento della produzione verbale per difesa dall'ansia e dalla depressione -). Fordham (1972) ritiene invece che, nella fase conclusiva, il materiale psichico in genere e, in particolare i sogni, diminuiscono di quantità e di profondità e che le associazioni divengono più superficiali. Rangell (1966, 1969b) ritiene che non appaiono tanto nuovi temi, quanto nuovo materiale da approfondire: il lavoro della fase conclusiva sarebbe di conseguenza caratterizzato dal fatto di essere per così dire meno radiale e maggiormente circolare, vagante ed elaborativo. Shane (1977) pensa che il paziente, nella fase conclusiva, possa descrivere le tappe del proprio tragitto analitico. È stato anche notato che durante la fase conclusiva dell'analisi il paziente tende a divenire oggetto di un interesse reale da parte dell'analista.

sta (Hurn 1971). Potrebbe anche riattivarsi, nell'analista, una vulnerabilità controtransferale legata a vicende della propria analisi personale e in particolare a problematiche di separazione (Shane et al. 1984).

Numberg (1926) ha notato che la volontà di guarigione può subire varie vicissitudini e, alla fine, sia aumentare che diminuire. Secondo Schmideberg (1938) le difese continuerebbero a funzionare ma in modo più armonioso. Secondo Calder (1969b) vengono date interpretazioni più integranti e sono direttamente discusse aree precedentemente meno esplorate. Zetzel (1969) ha notato un aumento della produzione verbale determinato da una difesa dall'ansia e dalla depressione. Shapiro (1969b) descrive la possibilità della presenza di importanti sviluppi nella ricostruzione. Rangell (1982) ritiene che, alla conclusione, l'ansia migliori e venga applicata, così come avviene per l'insight, alla realtà. Novick (1990) considera infine la fase conclusiva come quella in cui possono verificarsi interiorizzazioni di soluzioni maggiormente adattative. Esistono anche osservazioni che dimostrano la presenza di resistenze alla conclusione. Firestein (1982) afferma che una riluttanza a concludere nasca dal fatto che la conclusione non potrebbe non coincidere con l'accettazione dell'impossibilità dei fini infantili. Loewald (1988), ad esempio, osserva il fenomeno e sostiene che questo è spesso dovuto alla difficoltà di trasformare gli insight intellettivi in insight emotivi e affettivi.

Possono essere inseriti a questo punto alcuni rilievi concernenti il passaggio tra la fase conclusiva e il periodo postanalitico. Alla conclusione dell'analisi, comparirebbero spesso nuovi legami e nuove sublimazioni (Solnit 1960) o coinvolgimenti con nuovi oggetti di amore (Reich A. 1950 - passaggi compensatori da passività a attività -; Saul 1958 - acting out ~). Brierley (1937) sostiene che il decorso successivo all'analisi è tanto migliore quanto più i pazienti hanno ottenuto gratificazioni dalla stessa analisi. Atkin (1966) notò che gli spostamenti dall'analista agli oggetti esterni sono più frequenti nelle nevrosi narcisistiche che nelle nevrosi di transfert. Secondo Reich (1949), a causa del distacco della libido dalla figura dell'analista, gli investimenti oggettuali seguenti la conclu-

sione dell'analisi non potrebbero essere però subito soddisfacenti. Le tematiche tipiche dei periodi postanalitici sono esaminate nel lavoro di Tucci.

Un terzo gruppo di osservazioni concerne il problema dell'amnesia dell'analisi. È infatti noto che Freud (1908) parlò dell'esistenza di un'amnesia dell'analisi. C'è chi afferma invece che, a differenza dell'analisi dei bambini, in quella degli adulti non esisterebbe un'amnesia per l'analista (Pfeffer 1963). A questo proposito Flournoy (1985) sostiene invece che una caratteristica tipica di una cura riuscita è appunto costituita dall'amnesia che si determina nei confronti di ciò che è avvenuto durante la cura. Questo oblio testimonierebbe infatti di un funzionamento psichico indirizzato verso il superamento del transfert e l'instaurarsi dell'intersoggettività. Anche De Simone Gaburri (1988) sostiene che un'analisi ben riuscita determina un'amnesia simile a quella infantile, un'amnesia cioè che conserva il passato. Per un buon funzionamento psichico sarebbero importanti, infatti, anche l'oblio e il non pensare. Stein (1962) sostiene che il ricordo dell'analisi, dopo anni, viene ad essere simile al ricordo di un sogno. Un quarto tipo di osservazioni concerne le differenze tra le caratteristiche della fase conclusiva e le caratteristiche psicologiche e psicopatologiche dei pazienti. Rickman (1950) sostiene che dubbi relativi alla conclusione sono particolarmente frequenti nei disturbi del carattere in quanto in questi è molto più chiaro cosa resta da fare che ciò che è già stato fatto; si tratta in genere di lunghi processi di integrazione. Valenstein (1962) ritiene che l'analisi tende a diventare tanto più interminabile quanto più presta attenzione all'analisi del carattere. Meitzer (1977) nel caso dell'autismo infantile, parla della conclusione come di un passaggio dalla scissione/idealizzazione alla differenziazione tra mondo interno e esterno. Anzieu (1987) sostiene poi che nei pazienti nevrotici l'appagamento dei desideri incestuosi edipici viene spesso posposto ai periodi successivi alla conclusione dell'analisi e che questa posposizione vanifica la conclusione stessa. Nei pazienti marginali esisterebbe il bisogno di un oggetto esterno immortale e indistruttibile a rendere impossibile la conclusione, e il transfert sarebbe a un tempo anaclitico e pa-

radossale. Possono essere citate a questo punto le osservazioni di quegli Autori che hanno messo in rilievo l'eventuale psicopatologia dei rapporti tra analista e paziente. Nacht (1965) ha così sostenuto che possa essere il masochismo del paziente a far emergere il sadismo inconscio dell'analista e che sia questo intreccio sadomasochista a rendere l'analisi talora effettivamente interminabile. A proposito del fatto di stabilire un termine, occorre che l'analista faccia attenzione a che questa proposta non nasca come risposta a una violazione inconscia da parte del paziente (Brun 1987).

Una quinta serie di osservazioni mette in rilievo il fatto che la fase conclusiva determina spesso la comparsa di una problematica adolescenziale (Gitelson 1967; Norman 1969b; Shapiro 1969b; Hurn 1970 - si determina la necessità di uno sforzo di adattamento alla realtà -; Novick 1982a - esisterebbero modalità adolescenziali interpretabili come resistenza al transfert edipico positivo e quindi all'inizio della fase conclusiva -). Miller (1965), ponendo un parallelo tra i processi della conclusione dell'analisi e quelli del processo adolescenziale, nota che, nella fase conclusiva, esiste spesso una negazione dell'accresciuta maturità. Una delle principali resistenze riscontrate sarebbe infatti costituita da una lotta per mantenere attiva la fantasia di onnipotenza, la cui risoluzione potrebbe avvenire solo nel periodo postanalitico. Un parallelo tra il processo della conclusione e quello maturativo adolescenziale è descritto anche da Rangell (1966); Friend (1969b) - esprime un parere opposto: le differenze prevalgono sulle somiglianze -; Stock (1969b) e Eriich (1988) - ogni conclusione di analisi pone l'analista nella posizione di un genitore durante l'adolescenza -.

Sono infine molto interessanti alcuni rilievi concernenti una similitudine tra le conclusioni dell'analisi e altre conclusioni come quelle delle sinfonie, in cui i principali motivi del lavoro musicale sono ripetuti ancora per una volta (Buxbaum 1950), e di alcune narrazioni. A quest'ultimo proposito Stein (1962) nota che col diciannovesimo secolo le narrazioni (in particolare quelle di Dickens e Stendhal) presentano un cambiamento, nelle loro conclusioni, rispetto al secolo precedente, quando era infatti prevalso

il lieto fine (Fielding, Smollet, J. Austen). Nel diciannovesimo secolo esisterebbe invece un maggior interesse per il personaggio e questa tendenza si accentuerebbe in Tolstoj e Dostoevskij. In Joyce e Proust non esisterebbero infine conclusioni vere e proprie. Questa stessa tendenza storica sarebbe riscontrabile nell'evoluzione delle conclusioni delle cure analitiche. Ekstein (1966) paragona la fase conclusiva all'epilogo teatrale quando i vari personaggi si ripresentano sul proscenio in ordine di importanza. Si tratterebbe di una sorta di riordinamento del vecchio materiale e questo consisterebbe in un atto adattivo di dominio. La conclusione del trattamento avrebbe infatti una precisa relazione con tutto il processo della terapia. Può essere ricordata a questo proposito anche l'osservazione di Di Chiara (1987) secondo cui il progetto concreto della conclusione da nuovi significati e nuove possibilità allo stesso racconto analitico. Anche Rangell (1966) paragona la conclusione con il momento in cui, alla fine dei romanzi, i temi precedenti finiscono per riannodarsi.

Esistono anche dei rilievi del tutto particolari, come quello, ad esempio, dell'interminabilità di un'analisi per una fantasia di gravidanza eterna (Orens 1954) o l'altro della presenza di fantasie specifiche di grandezza tra le quali la possibilità, da parte dell'analista, di una restituzione al paziente del denaro speso (Arlow 1971). Tagliacozzo (1980) pone un parallelo tra ciò che avviene in una analisi interminabile e in una tossicomania. All'origine di un'analisi interminabile starebbe spesso un contratto perverso (Uselli Kluzer 1984). L'esistenza di una conclusione implicherebbe anche, implicitamente, la comparsa di fantasmi relativi al parricidio (Loewald 1978b) e alla tematica delle origini (Racamier 1989).

Le osservazioni più interessanti, e più rappresentate in letteratura, riguardano comunque i movimenti regressivi attivati dalla conclusione, la possibile ricomparsa dei sintomi e, infine, le caratteristiche e l'evoluzione delle relazioni transferali.

3.2.1. Regressione e ricomparsa dei sintomi

Una notazione su cui esiste una concordia tra molti Autori è la comparsa, alla conclusione dell'analisi, di fenomeni

regressivi (Glover 1928 - se la relazione di transfert non è stata ben analizzata, i movimenti regressivi riguardano particolarmente i rapporti con la realtà esterna -; Klein 1950 - riattivazione dell'epoca dello svezzamento -; Orens 1955 - fenomeni transferali regressivi a livello orale -;

Grinberg 1980 - riattivazione di meccanismi di scissione e alternanza di fantasmi di idealizzazione e di persecuzione -). Sono molto intricate naturalmente le relazioni tra regressione e setting e un Autore come Etchegoyen (1986) sostiene che non è il setting a determinare la regressione;

questa esiste già e il setting la scopre e la contiene. Secondo questa linea teorica i fenomeni regressivi non andrebbero naturalmente considerati come iatrogeni.

Molti Autori descrivono pure una reviviscenza dei sintomi (Rangell 1952 - può esistere un attaccamento ai sintomi per evitare i sentimenti di perdita -; Glover 1955; Miller 1965 - ricomparsa legata a una minaccia di perdere l'infanzia e l'onnipotenza e permissiva, appunto, di lavorare sull'onnipotenza infantile; legame con un bisogno masochistico di punizione per un inconscio senso di colpa che avvicina la ricomparsa dei sintomi alla reazione terapeutica negativa; fantasie onnipotenti che si risolvono solo nel periodo postanalitico ma la cui risoluzione avviene perché attivata nella fase conclusiva -; Ticho 1967 - esistono reazioni di disappunto -; Kubie 1968 - che parla piuttosto di evoluzioni negative -; Calder 1969b; Firestein 1969b; Freedman 1969b - i pazienti avrebbero fantasie masturbatorie e queste creerebbero incertezze che non dovrebbero prevalere -; Shapiro 1969b - ricomparirebbero materiali e conflitti già analizzati, tra cui, in particolare, quelli adolescenziali; sarebbero presenti una maggiore autoosservazione, interpretazioni più attive e ricostruzioni

-; Wiedeman 1969b - osservazione di una regressione quando si pose il problema della conclusione al ventunesimo anno di lavoro analitico ~; Hurn 1971; Appelbaum 1972; Garma 1974 - intense reazioni fobiche di fronte alla possibilità di ulteriori miglioramenti -; Cavenar 1976 - ricomparsa dei sintomi sarebbe correlata, in modo inverso, alla presenza di sogni di conclusione -; Novick 1982a - ricomparsa di sintomi che avviene tanto più quanto più la conclusione è prematura e non consensuale

-; Langs 1988 - l'aggravarsi dei sintomi sarebbe connesso a deviazioni dell'analista -).

C'è anche chi nota che non sempre compaiono nuovi sintomi (Keiser 1975) e chi afferma addirittura che alcuni sintomi scomparirebbero proprio (come altri all'inizio e altri ancora durante la cura) nella fase conclusiva (Numburg 1954). Milner (1950) e Glover (1955) affermano, a questo proposito, che i sintomi scompaiono talora dopo la conclusione.

Secondo Pfeffer (1963) si potrebbe constatare una permanenza dei conflitti, ma anche una loro maggiore padronanza. Continuerebbe infatti la ripetizione, ma si potrebbe anche notare che i pazienti tendono a ripetere anche le soluzioni: essi dimostrerebbero cioè di essere capaci di ripetere le modalità di risoluzione dei problemi apprese durante il lavoro analitico. Anche Ekstein (1966) si muove lungo questa linea: durante la conclusione il paziente, come il lattante che dopo la suzione sembra ripetere una soddisfazione allucinatória, tende a godere nuovamente ciò che ha appreso durante il lavoro analitico. La ripetizione del fallimento diverrebbe la ripetizione del predominio e la propensione alla compulsione ripetitiva sarebbe sostituita da una capacità di ripetizione ritmica. Riflessioni simili sono compiute da Norman (1972b).

3.2.2. Conclusione e relazione transferale

Le caratteristiche e l'evoluzione, nella fase conclusiva, della relazione transferale sono state anch'esse oggetto di numerosissimi studi. La tendenza storicamente affermata di dare un sempre maggiore rilievo all'importanza della relazione analista/paziente ha naturalmente contribuito a determinare una particolare ampiezza, in letteratura, di questo tema. Poiché questa problematica si pone sia nella fase conclusiva che nei periodi successivi alla conclusione, il lettore troverà sviluppato questo tema anche nell'articolo di Tucci.

A. // *problema del lutto*. Molti Autori hanno messo particolarmente in luce il tema della comparsa di processi di lutto e di altri fenomeni reattivi legati alla prossima sepa-

razione dall'analista (Glover 1928; Buxbaum 1950 - per alcuni pazienti la separazione significa la morte dell'analista -; Klein 1950 - l'importanza di questa separazione è legata anche al fatto che durante la cura il paziente ha provato momenti di estrema gratificazione narcisistica -; Menninger 1958 - a livello fantasmatico, ogni conclusione evoca sempre la morte -; Pfeffer 1961 ; Loewald 1962 - l'annuncio della conclusione indirizzerebbe il processo del lutto nella direzione dell'internalizzazione dell'analista -; Atkin 1966; Greenson 1966 - il pensiero kleiniano tende a esagerare l'importanza delle reazioni alla perdita, le cui caratteristiche sarebbero maggiormente legate, invece, alla storia del paziente -; Rangell 1966 - le reazioni alla separazione sono connesse ai livelli di fissazione e di sviluppo degli istinti e dell'Io -; Zetzel 1966 - chi non sperimenta l'ansietà di separazione non può elaborare la conclusione -; Shapiro 1969b - preoccupazioni per il futuro quando la figura dell'analista sarà assente e fantasie sulla possibilità di relazioni reali ~; Garma 1974 - tentativi difensivi dal lutto attraverso una sua svalutazione -; Meitzer 1981 - conclusione perseguita come autorizzazione a un rapporto non analitico e interminabile con l'analista e la psicoanalisi -; De Simone Gaburri 1985 dice di avere osservato la presenza di paura della morte e di angoscia di castrazione -). A proposito della perdita dell'analista, De Bili (1975) afferma che essa non può essere analizzata ma solo evidenziata prima che si determini: si tratterebbe sempre cioè di reazioni a una perdita annunciata.

Esistono delle differenze tra le concezioni di alcuni Autori che enfatizzano il lutto per l'analista reale ed altri che lo mettono invece in relazione, prevalentemente, all'analista quale appariva all'interno del rapporto transferale. Per Firestein (1975), ad esempio, il lutto riguarda l'analista reale (così come è anche importante per l'analista la perdita del paziente reale), mentre per Novick (1976) il lutto riguarda l'analista del transfert e non quello reale. A riprova di ciò Novick (1982a) sostiene che gli studi catamnastici dimostrano che, con un secondo eventuale analista, si riattivano le stesse problematiche presenti nella relazione con il primo: ciò dimostrerebbe che il lutto

non riguarda l'analista reale, ma quello della relazione transferale (l'analista, secondo Granatir 1975, viene a essere considerato come il rappresentante oggettivo di tutti i derivati istintuali specie di livello edipico). Per Lord (1978) il lutto si manifesterebbe tra l'altro con caratteristiche di tanto maggiore intensità quanto più l'analista è stato conosciuto nella sua realtà. Lebovici (1980) critica chi ritiene che la conclusione dell'analisi consista nel verificare che l'analista non è stato che il supporto artificiale dei fantasmi del paziente e ritiene che l'analisi debba concludersi in una relazione autentica tra persona e persona il meno possibile e carica di spostamenti transferali e controtransferali.

B. Risoluzione del transfert. Molti interrogativi concernono il problema se di fatto, prima della conclusione dell'analisi, a livello clinico, il transfert si dimostri o meno risolto.

Secondo molti Autori, ma, come ora vedremo, non tutti, il transfert non è affatto risolto e la sua risoluzione continua infatti dopo la conclusione della cura (Buxbaum 1950 - occorre almeno un anno dopo la conclusione per ritrovare un equilibrio con l'analista, il transfert resta spesso irrisolto a causa di un controtransfert irrisolto dell'analista, la risoluzione del controtransfert è il compito più importante della fase conclusiva -; Klein 1950 - le figure introiettate nella prima fase dello sviluppo psichico e poste nell'analista perdono, durante la cura, il loro carattere terrifico e persecutorio -; Lehrman 1950 - è lo stabilirsi di una buona relazione esterna a condurre a un disinvestimento del transfert -, Macalpine 1950 - la risoluzione è successiva alla conclusione e pertanto sfugge a un'osservazione scientifica -; Reich A. 1950 - la relazione con l'analista è spesso, per il paziente, la prima relazione oggettiva affidabile; ne deriva una particolare difficoltà nell'analisi del transfert -; Menninger 1958 - l'analista viene sempre più vissuto come tale ed è spesso sostituito da un amico -; Pfeffer 1959, 1961 - i resti transferali possono giocare, nello sviluppo, un ruolo positivo -; Loewald 1960 - la relazione reale con l'analista si espande verso le nuove relazioni oggettive -; Pfeffer

1963 - nelle analisi incomplete, i transfert restano organizzati intorno alla persona o all'immagine dell'analista -;
Aiza et al. 1966 - la fase conclusiva costituisce una transizione tra nevrosi di transfert e relazione realistica con l'analista -;
Ticho 1966 - esperienza dell'analista quale persona reale come indice della possibile conclusione -;
Hurn 1972b - per la valutazione del transfert particolare importanza delle teorie kohutiane relative agli Oggetti Sé ~;
Firestein 1974,1978,1982; Schlessinger et al. 1974; Haskell 1976; Norman 1976 - il transfert non sarebbe risolto, ma modulato -;
Oremland 1976; Loewald 1980 - ogni conclusione ha implicazioni parricide che spesso non perdono la loro potenza neppure dopo la conclusione stessa -;
Silvestre 1983 - la maggiore difficoltà consisterebbe nella rinuncia all'analista come soggetto supposto sapere -;
Bergmann 1988 - soggetti incapaci di amore nella vita reale possono sviluppare un amore di transfert e rimanerne dipendenti, in quanto unica esperienza del genere da loro sperimentata -;
Emde 1988 - il dialogo interno con l'analista proseguirà nel tempo ~).

Durante la fase conclusiva, secondo certi Autori, continuerebbe non solo il transfert, ma anche la nevrosi di transfert (Lipton 1961; Pfeffer 1961; Rangell 1966 - la risoluzione della nevrosi di transfert è legata anche al controtransfert -;
Stock 1969b; Zetzel 1969b - (a nevrosi di transfert è risolvibile solo nelle nevrosi edipiche -;
Greenson 1972 - se non capita qualcosa che metta il paziente in contatto con qualcosa di reale dell'analista, la nevrosi di transfert è irrisolvibile -), che, classicamente, (Buxbaum 1950 e Glover 1954) dovrebbe invece essere a questo punto già risolta. Buxbaum (1972b), in un tentativo di comporre il problema del transfert con quello della nevrosi di transfert, ha affermato che essendo il transfert un fenomeno umano universale, esso non può non persistere dopo l'analisi, anche se ridotto solo ai suoi elementi nevrotici; a suo avviso esisterebbero così, del transfert, sia dei residui nevrotici che non. Shane et al. (1984) si pongono a questo proposito una domanda inquietante: se è vero che la nevrosi iniziale, per risolversi, deve venire come assunta nella nevrosi di transfert e

se si afferma che la nevrosi di transfert, nella fase conclusiva, appare spesso non risolta, come può essere pensato allora che la nevrosi iniziale è scomparsa? Si tratta di una domanda teorica difficile: i dati clinici che se ne trovano alla base la rendono comunque molto interessante. A questo proposito, esiste il problema se la nevrosi di transfert debba essere risolta prima dell'inizio della fase conclusiva oppure se ci sia bisogno di questa per risolvere la nevrosi di transfert (Novick 1976).

Nelle analisi incomplete i transfert resterebbero inoltre organizzati intorno alla persona o all'immagine dell'analista e questo fatto perpetuerebbe difficoltà nevrotiche e caratteriali (Pfeffer 1963). Sempre in questa ottica, c'è chi osserva che, quando un'analisi non è compiuta, è facilmente osservabile un deficit, nell'analizzando, della funzione analitica (Gaskill 1980).

3.3. Su quali sono, di fatto, le modalità e i criteri della conclusione

In questa sezione del lavoro saranno esposti i rilievi relativi alle modalità effettive della conclusione della cura. Abbiamo ritenuto di isolare questa sezione in quanto abbiamo avuto la sensazione che la somma delle riflessioni relative ai criteri, legate, come è ovvio, alle posizioni teoriche degli Autori, costituiscano come un patrimonio alle spalle di ciascun analista: il momento della conclusione sembra però fornito di una sua propria relativa autonomia. È su questo momento che abbiamo ritenuto giusto porre una particolare attenzione. Dato l'inestricabile intreccio delle varie problematiche, alcune delle citazioni potranno riguardare temi affrontati nelle altre sezioni.

3.3.1. Interruzioni

Vanno innanzitutto citati quei lavori nei quali viene esaminato il problema delle conclusioni dell'analisi che avvengono per motivi esterni o per difficoltà interne, tutte le volte cioè che la cura non può essere condotta fino a una conclusione condivisa tra paziente e analista. Occorre innanzitutto ricordare il dato di fatto che le analisi si con-

eludono molto spesso quando sono ancora incomplete (Schlessinger 1975) e che la percentuale di conclusioni premature è valutata da alcuni come molto alta, e cioè dal 31 al 72% (Novick 1982a). Una fine prematura avrebbe spesso a che fare con la presenza di obiettivi eccessivamente ideali e perfezionistici (Schlessinger 1975); sarebbero le aspettative inanalizzate del paziente a intralciare cioè un buon svolgimento della fase conclusiva (Goin 1965). Anche per Anzieu (1987) le interruzioni sarebbero spesso determinate dalla ricerca di un oggetto «globale», né «totale» né «parziale» in senso psicoanalitico, oggetto che verrebbe poi ricercato nella figura di un secondo analista. Interruzioni premature avverrebbero spesso anche nel caso che la seconda fase dell'analisi venga eccessivamente prolungata e non venga invece sufficientemente analizzato il rapporto transferale (Glover 1928). Può essere interessante citare un'osservazione di Jackel (1960): nel corso di interruzioni temporanee, appare spesso, nei pazienti, un desiderio di avere bambini collegato alla ricerca, tramite un atto creativo, di una autonomia dalla madre, che verrebbe ad essere rappresentata dalla stessa cura analitica. Per quanto riguarda le interruzioni legate a difficoltà interne alla cura (che possono ovviamente essere moltissime), vengono comunque citate le resistenze (Glover 1928); i blocchi della terapia (in particolare con i borderline) (Meitzer 1967); l'impossibilità a procedere oltre (Reich A. 1950); scacco e disperazione (Firestein 1969b); sentimenti di inutilità (Fordham 1978); transfert o controtransfert deliranti (Fordham 1978); eccesso di somiglianza tra situazione fantasmatica e situazione reale determinato da una completa esternalizzazione degli oggetti interni (Le-bovici 1980); una risposta a una ferma resistenza alla seduzione operata dal paziente attraverso l'idealizzazione di una pseudomaturità (Meitzer 1981). Limentani (1982) ha sostenuto che interruzioni premature avvengono quando esiste nel paziente un desiderio di rifiutare radicato in un timore di essere rifiutato. Sarebbe questa la base di un rifiuto di una conclusione condivisa che potrebbe essere collegato a problematiche di svezamento e di separazione dall'oggetto primario.

C'è anche chi sostiene (Stock 1969b) che può essere utile pensare alla conclusione della cura come ad una interruzione.

Alcuni Autori hanno poi messo particolarmente in evidenza il ruolo di fattori esterni e a proposito di questi hanno invitato a una valutazione particolarmente attenta di un eventuale ruolo delle resistenze (Loewald 1988): i cosiddetti fattori esterni potrebbero nascondere infatti spesso delle difficoltà dello stesso lavoro analitico. Tra i fattori esterni (e in questi casi si dovrebbe parlare piuttosto di interruzioni che di conclusioni vere e proprie) sono citati le malattie (Glover 1928); l'influenza di cambiamenti nella realtà (Stock 1969b); il cambiamento di studio dell'analista (Loewald 1972); le difficoltà economiche (Fordham 1978); il cambiamento di lavoro (Fordham 1978) e le ripercussioni a livello della famiglia e del partner (Lebovici 1980).

Può essere interessante notare che Rangell (1966) ammette che, in certe situazioni, si possano proporre interruzioni in attesa di momenti migliori per la prosecuzione della cura.

3.3.2. La decisione della conclusione

Per quanto riguarda il questo su chi si assuma di fatto la responsabilità della conclusione (secondo Rangell 1966 lo stabilirsi di una conclusione sarebbe l'unica eccezione alla neutralità del trattamento), i dati riferiti in letteratura sono molto variegati. La conclusione risulta infatti, talora decisa insieme (e la prognosi sarebbe migliore - Brierley 1937 -), talora forzata dal terapeuta e talora decisa unilateralmente dal paziente (Novick 1982a). Per altri Autori, ad assumersi la responsabilità della fine, sarebbe più spesso lo stesso paziente (Firestein 1969b; Szasz 1971 - nello stesso modo come ha deciso di iniziare -). Le conclusioni decise unilateralmente dai pazienti sarebbero più frequenti nelle donne, mentre le conclusioni forzate più frequenti negli uomini (Novick 1980).

Laddove si constata un'incertezza nel fissare la conclusione, si sarebbe in presenza di dubbi sui criteri della guarigione (Glover 1955). Il massimo numero di errori si determina comunque quando esistono schemi ideali pre-

concetti e quando esiste una idealizzazione di una possibile completezza dell'analisi (Glover 1937). Sarebbe rilevabile anche una spinta dell'analista a far terminare prematuramente l'analisi e si avrebbe perciò l'impressione che gli analisti siano, a questo proposito, più passivi che neutrali (Firestein 1978).

A proposito di questi problemi, alcuni dati possono essere desunti da alcuni questionari, il primo dei quali proposto da Glover (1955), mise tra l'altro in evidenza che uno dei criteri maggiormente adottati per la decisione della conclusione, era costituito da una valutazione dei sintomi. Risultò anche in un terzo dei casi che a stabilire un termine erano gli analisti, mentre molti altri analisti tendevano invece ad accordarsi col paziente; la tendenza generale si rivelò essere comunque quella di non confrontarsi con il problema avendo nella mente regole valide una volta per tutte. Da un'indagine compiuta da Firestein (1982) risultò che era invece l'analista a introdurre più spesso il tema della conclusione.

A livello di opzione teorica i pareri degli Autori sono comunque, a questo proposito, molto differenziati. Rank (1929) consigliò di porre una data di conclusione all'inizio del trattamento; Nacht (1965) sostiene che laddove l'annuncio della fine venga usato dall'analista per combattere un cattivo uso dell'analisi stessa da parte del paziente, questo fatto vada pensato all'interno di una necessità di modificazione della neutralità analitica; Greenson (1966) osserva che quando uno dei due partners meraviglia l'altro con la comunicazione della conclusione, ciò significa che qualcosa non ha funzionato (in genere accade infatti che chi riceve la comunicazione sia preconsiamente d'accordo); Calder (1969b) e Shane (1977) sostengono che di fatto la scelta debba essere dei due partners analitici; Shapiro (1969b) che debba essere o del paziente o dell'analista; Grinberg (1971) pensa che la scelta, come già fu quella dell'inizio, spetti all'analizzando; Bianchedi (1978) mette in primo piano l'interazione, ma ritiene anche che la decisione spetti all'analista.

Per quanto riguarda il periodo intercorrente tra proposta della conclusione e conclusione vera e propria, Shapiro (1969b) dice di lasciare un tempo senza una vera e

propria data fissa. Anche Goldberg (1985) non ritiene necessario fissare una data precisa. Glover (1928) sostiene che occorre fare molta attenzione ai tempi interni del paziente quali si sono rivelati all'interno della cura. La regola potrebbe essere pensata in tre mesi mentre con gli ossessivi il periodo potrebbe passare a sei o nove mesi e con le nevrosi narcisistiche a un periodo ancora più lungo. La conclusione vera e propria potrebbe comunque avvenire solo quando sia terminato il processo regressivo attivato dall'annuncio della fine. Klein (1950) parla di un periodo di parecchi mesi. Rangell (1966) ritiene che il tempo non debba essere troppo lungo perché questo determinerebbe reazioni di risentimento, né troppo breve perché questo non lascerebbe spazio a una possibile analisi. Stabilisce la data della conclusione uno, due mesi dopo l'annuncio e permette comunque un lungo periodo di riflessione. L'annuncio della conclusione potrebbe determinare reazioni di sollievo, di angoscia o di perdita. Per Lebovici (1980) l'ultima seduta deve avvenire quando gli effetti della decisione di concludere siano stati oggetto di un sufficiente lavoro analitico.

Per quanto riguarda il problema di quando concludere la cura, Glover (1928) fa coincidere talora la vera e propria conclusione con intervalli per così dire naturali (vedi anche Shapiro e Stock 1969b); mentre Fleming (1969b) sostiene invece che ciò non deve avvenire durante le vacanze in quanto è meglio che il paziente sappia che le ore che occupava sono di un altro: in questo modo egli potrebbe sperimentare il vissuto che l'analista lo lascia davvero andare.

3.3.3. L'intuizione come fattore decisivo

A proposito dei fattori effettivi che conducono alla decisione della conclusione, molti Autori concordano comunque nell'affermare che a giocare un ruolo prevalente siano l'intuizione (considerata da Held 1954 come una somma-zione, nell'analista, di percezioni inconsce del paziente e da Novick 1990 come la percezione clinica di un processo di crescita) e altri fattori non facilmente razionalizzabili (Benassy 1954; Bouvet 1954; Nacht 1954; Glover 1955;

Alexander 1963; Atkin 1966 - l'analista sarebbe condotto a terminare l'analisi da manovre intuitive del paziente che lo porterebbero a emanciparsi dalla situazione del lavoro analitico in modo quasi misterioso -; Firestein 1969b; Baum 1975; Novick 1976, 1982a, 1990; Rangell 1982; Shopper 1989 - sensazione intuitiva di crescita -). Lebovici (1980) e Rangell (1982) hanno sostenuto, nella stessa linea di pensiero, che la conclusione dell'analisi avviene per l'azione di fattori multipli in cui intervengono desideri consci e inconsci sia dell'analista che del paziente. Rangell (1966) afferma poi che, per quanto riguarda la conclusione della cura, potrebbe essere fatto un paragone del vissuto dell'analista con l'esperienza di un pittore che a un certo punto si sente soddisfatto del quadro compiuto. Occorrerebbe comporre, sempre secondo Rangell (1982), di fronte a questo problema, un rispetto per l'ambiguità con una tendenza alla verità.

3.4. Necessità o meno di modifiche tecniche

Un primo problema è costituito dalla necessità o utilità della messa in atto, durante la fase conclusiva, di modifiche tecniche. Per quanto riguarda la necessità di mantenere inalterato lo stile analitico, esiste un accordo pressoché generale (vedi ad esempio le risposte date al questionario di Firestein 1982); alcune rotture di questo stile (Guntrip 1975) dovrebbero essere semplicemente intese come eccezioni confermantici la regola.

Anche per quanto riguarda l'introduzione di vere e proprie modifiche tecniche, quasi tutti gli Autori concordano nel ritenere che queste debbano essere evitate (v. in particolare Lipton 1961 - la regola dell'associazione libera è valida anche durante l'ultima seduta. Egli descrive un caso in cui è durante l'ultima seduta che emerge un materiale fino ad allora taciuto -; Shapiro 1969b e Dewaid 1982a - il mantenimento delle regole tecniche è molto importante per il successo della cura -).

Esistono però altri Autori che non sono del tutto concordi sulla loro assoluta immutabilità. Troviamo così chi è ad esempio favorevole all'introduzione di elementi di realtà (Bouvet 1954; Deutsch 1969b - il paziente può co-

noscere qualcosa della vita personale dell'analista -; Stock 1969b, Buxbaum 1972b; Greenson 1974). Gonzales (1963) sostiene che la risoluzione del transfert permette relazioni con l'analista in termini di realtà. Nacht (1965) pensa che l'analista debba in qualche modo cambiare le regole facendo intervenire la realtà e esponendosi nel proprio modo di vivere e di pensare: a questo proposito, suggerisce anche sedute vis-a-vis. Egli ritiene che per superare una nevrosi di transfert sia talvolta necessario abbandonare il classico atteggiamento di neutralità per sostituirvi un atteggiamento definito di presenza. La neutralità non sarebbe poi tanto neutrale e costituirebbe talora una comoda abitudine. Se l'analista interpreta con esclusivo riferimento a se stesso, può facilitare un eccesso di distacco dalla realtà. Occorrerebbe allora guidare il paziente verso un contatto con la realtà. Sarà pertanto necessario ridurre o eliminare le interpretazioni e modificare gli aspetti rituali. Rangell (1969b) pensa che l'analista debba evitare sia un atteggiamento troppo «analitico» che, al contrario gratificante. Hurn (1971) ritiene che man mano che si avvicina la conclusione, l'analista venga vissuto sempre più (in modo asintotico) come un oggetto reale: esisterebbe una minore pressione transferale e i suoi interventi potrebbero aumentare.

C'è chi propone infine una riduzione del tempo della seduta (Meitzer 1981), chi una riduzione della frequenza (Alexander 1963; Calder 1969b; Appelbaum 1972), chi una diminuzione o un aumento della frequenza (Shapiro 1969b; Lebovici 1980 - non ritiene raccomandabile la diminuzione delle sedute se non per quei casi in cui si desidera analizzare le angosce di separazione, ma solo quando il lavoro è stato impostato con quattro o cinque sedute settimanali -; Meitzer 1981 - in caso di impasse alle soglie della posizione depressiva -), chi infine il passaggio alla posizione seduta (Calder 1969b; Stock 1969b - pazienti più gravi -).

Mahier (1962) sostiene la necessità di analisi intermittenti e Alexander (1963) e Appelbaum (1972) propongono delle interruzioni sperimentali. Solo un terzo di coloro che risposero al questionario di Glover (1955) si dichiarò poi

favorevole all'introduzione di un periodo di interruzione di prova.

A riprova di una grande disparità di pareri, occorre ricordare anche che le risposte al questionario di Firestein (1982) per quanto riguarda la messa in atto di modifiche tecniche, l'esistenza di comunicazioni circa la futura disponibilità, la presenza nell'analista di un processo di lutto, il modo di condurre eventuali incontri successivi e infine la pianificazione della durata della fase conclusiva e della data della conclusione, misero in evidenza una grandissima varietà di opinioni che coprivano di fatto tutte le possibilità pensabili.

Grinberg (1980) sostiene che l'analista debba riflettere sulla conclusione dell'analisi all'esterno delle sedute e non al loro interno; in questo secondo caso la sua attenzione, concentrata sul tema della conclusione, potrebbe essere distratta dal processo analitico in corso.

4. Un tentativo di sintesi

Dopo avere esposto i criteri relativi alla fine e le modalità effettive della conclusione, possiamo cercare di compiere delle riflessioni generali sulle caratteristiche ideali di una fase conclusiva dell'analisi. Non si può non essere toccati dall'estrema varietà di considerazioni e non si può non notare la evidente relatività dei costrutti psicoanalitici. Vogliamo dire che è ben chiaro che sia gli scopi dell'analisi che i modi di pensare la conclusione dell'analisi sono variabili a seconda del periodo storico e del luogo in cui i pensieri vengono formulati. Non possiamo uscire dalla consapevolezza della relatività dei nostri costrutti, ma non possiamo al contempo esimerci dal ricercare una qualche possibile concordanza.

I punti fondamentali da assumersi come relativamente acquisiti sono così i seguenti:

1. La conclusione dell'analisi non può essere pensata come un momento che concluda ed esaurisca il mistero della vita psichica (Siegel 1982). Si tratta di un'affermazione apparentemente banale, ma noi crediamo che essa ci dica invece qualcosa di essenziale. Occorre

essere sempre molto attenti al fatto che, nella vita psichica, esiste sempre un al di là e che questo non può essere mai definitivamente raggiunto. Gli scopi dell'analisi non coincidono con gli scopi della vita. Il pensiero junghiano ci sembra, a questo proposito, ancora fondamentale.

2. Il contenuto psichico «conclusione dell'analisi» compare come tema all'interno della cura analitica. Questa, a causa delle caratteristiche dell'inconscio che essa va a svelare, si pone generalmente, come è noto, in una situazione di atemporalità. L'esistenza di una pianificazione della conclusione rischia di introdurre un criterio per così dire extra-analitico e le eventuali modifiche tecniche a questo livello non sono ovviamente senza influenza sullo svolgersi del processo analitico. Bouvet (1954) afferma così che un'analisi deve sempre svolgersi adattata senza fine al movimento che anima il mondo interno del soggetto e a noi sembra che questa affermazione possa ritenersi come estremamente utile: la leggiamo intendendo, come sopra, che la conclusione non può non far parte, in un lavoro analitico, della storia della relazione analitica. Anche Lebovici (1980) sostiene che la conclusione dell'analisi vada esaminata come un elemento del processo che la sottende.

3. Anche le vantazioni relative alla fase conclusiva non possono non nascere dalla storia relazionale della coppia analista/analizzando. Il richiamo da parte di moltissimi Autori all'importanza dell'elemento intuizione va inteso, a nostro avviso, nel senso che un elemento soggettivo, «arbitrario» (Bergmann 1988) non può essere assolutamente eliminato. Le riflessioni di Flournoy (1985) ci appaiono, a questo proposito, assai illuminanti: laddove si afferma che la conclusione dell'analisi è fondamentalmente un atto di passaggio, si vuol significare la grande importanza del passaggio da una relazione analitica a una non più analitica. Posto il problema in questi termini, è ben difficile pensare di poter sostenere l'esistenza di criteri radicalmente oggettivi. Può essere particolarmente interessante discutere da questo punto di vista l'opinione di Grinberg (1980) laddove afferma che il processo di modificazione deve durare fino al momen-

to in cui raggiungiamo un punto da cui possiamo abbracciare l'universo in cui viviamo. Si tratta, riteniamo, di un concetto molto forte e profondo: espresso in altri termini si potrebbe forse dire che non si da conclusione se non quando viene in qualche modo raggiunto il luogo dell'Altro. Ma anche questa non può essere un'osservazione che prescinde dalla relazione tra analista e paziente.

Affermata l'impossibilità di una assoluta estirpazione dell'arbitrario e del soggettivo, occorre correggere subito quanto affermato, dicendo che è proprio questa impossibilità di un criterio oggettivo assoluto a dover spingere gli analisti a una valutazione il più possibile oggettiva di criteri tali da far pensare la conclusione possibile e da permettere una fase conclusiva il più possibile corretta. Naturalmente, a proposito dei criteri, non potranno non prevalere quelle valutazioni legate a opzioni di scuola o, più profondamente, all'ambito in cui si sono svolte le esperienze analitiche personali dell'analista. Non crediamo di fare opera confusiva delineando alcuni criteri di base che possano essere utili comunque a ogni analista, purché questi tenga presente che ciascuno di essi sottende rimandi teorici estremamente complessi e che il passaggio dell'uno all'altro non è esente da sofferenza e rischio.

Ci sembra innanzitutto che i criteri enunciati, specie nei primi periodi dell'esistenza dell'analisi e che potremmo riferire sostanzialmente a un tentativo di ricostruzione del passato, a una eliminazione della rimozione e delle «menzogne» nevrotiche, non possano essere passati neppure oggi del tutto sotto silenzio. Gli approfondimenti legati allo studio della patologia diversa da quella psiconevrotica, non possono cioè fare del tutto dimenticare l'esistenza delle psiconevrosi pure, laddove appunto i criteri sopramenzionati possono conservare, a nostro avviso, un certo valore. Una attenzione alla ricostruzione del passato (di cui sappiamo naturalmente molto bene oggi l'assoluta relatività) può così evitare un eccesso interpretativo legato alle ideologie dell'analista. Vogliamo dire che laddove si analizza all'interno di una teoria forte (sia essa junghiana, kleiniana, lacaniana) esiste sempre il rischio di una

difesa dell'analista tramite la propria ideologia. Un'attenzione volta anche, contemporaneamente, alla storia del paziente può consentire un rispetto della sua soggettività e delle particolarità irripetibili del suo cammino. Si ha infatti spesso l'impressione che gli analisti, nei loro scritti più che nelle loro pratiche, perdano di vista il fatto che esistono in cielo e in terra molte più cose di quante comprendano le loro teorie e gettino queste ultime come reti volte a imprigionare l'esperienza. Il tener ben presente nella mente che ogni paziente ha in sé qualcosa di irripetibile, rappresentato anche dalla sua storia, impedisce che appunto siano soltanto i criteri dell'analista a determinare la decisione e le modalità della conclusione dell'analisi.

Riteniamo anche che questo stesso tipo di riflessione possa valere per molti dei criteri che abbiamo man mano enumerato. Vogliamo dire che, per un analista che non si riconosca affatto nella psicologia dell'Io, sarebbe estremamente pericoloso centrare la conclusione dell'analisi ad esempio su un criterio come quello del rafforzamento dell'Io (criterio che sarebbe del tutto estrinseco al suo modo profondo di considerare il processo analitico), ma, nello stesso momento, l'autointerrogazione su questo rafforzamento può fornirgli delle indicazioni aggiuntive a quelle provenienti dal suo sguardo già orientato dalle proprie teorie di appartenenza. L'osservazione dei fenomeni da angoli visuali diversi dai propri è, ne siamo profondamente convinti, un esercizio molto utile di approfondimento e di umiltà.

Tra tutti i criteri che possono permettere di pensare una conclusione ideale, ci sembra comunque che sia quello relativo alla risoluzione del transfert a poter consentire un punto di incontro unificatore. Ci sembra cioè che l'evoluzione della psicoanalisi ha condotto sempre di più a considerare la cura non in base a criteri per così dire scientifici classici, ma piuttosto come un incontro tra due soggetti, in posizione asimmetrica ma intensamente coinvolti, reciprocamente, a livello emozionale. E questo non tanto a un livello di realtà, ma piuttosto in un gioco di scambio di proiezioni pure reciproche. L'analisi non si può concludere, quando si concluda in modo ottimale, che con una

elaborazione del rapporto tra questi due soggetti, sia che venga elaborato il lutto della separazione, sia che l'analista cessi di essere il soggetto-supposto-sapere, sia che l'analizzando abbia ritrovato un buon funzionamento dell'asse Io-Sé (ritirando quindi implicitamente le proiezioni del proprio Sé sull'altro). L'analisi è così pensabile come un particolare rapporto volto ad una propria conclusione. Gli eventuali scopi che essa si prefigge sono oggi pensabili soltanto come profondamente radicati nella storia inter-soggettiva dell'analista e dell'analizzando. Da quando si inizia un'analisi si accetta che un soggetto ne abbia necessità, ma la si intraprende sapendo anche che essa finirà e che, in un caso ideale, il soggetto stesso si sarà riappropriato della propria storia e non avrà più necessità di ricorrere all'analista.

Per rendere più esplicito quanto detto, possiamo fare degli esempi: Balint (1936) afferma ad esempio che il paziente deve in qualche modo cercare di dimenticare il passato e impostare un «nuovo inizio» (anche Fenichel 1927; Milner 1950 e Payne 1950 hanno parlato della conclusione come di una rinascita) basato sulla sua acquisita capacità di relazioni oggettuali. Durante la fase conclusiva egli nota anche la presenza del tema della fine dell'esistenza intrauterina. Balint (1950a) sostiene anche che i sentimenti di dolore impliciti nella conclusione sono mitigati dalla sicurezza che proviene dalle nuove acquisizioni.

Noi riteniamo che oggi questa affermazione possa essere tradotta in un nuovo modo, modo che nasce da un grande accumulo di esperienza: dopo una relazione analitica in cui sono stati corsi i rischi di una sua non conclusione, dalla stessa relazione è nata la necessità per l'analizzando di uscirne con un nuovo inizio. Se lo scopo dell'analisi fosse stato da sempre il «nuovo inizio», questo obiettivo avrebbe agito da prospettiva messianica inibendo il processo di sviluppo. Se invece l'analisi è iniziata soltanto per finire bene, l'eventuale «nuovo inizio» non deriverà dall'ideologia dell'analista, ma nascerà invece dall'esperienza dell'incontro.

Meitzer (1967) sostiene che la conclusione dell'analisi può essere perseguita come un'autorizzazione a un rap-

porto non analitico e interminabile con l'analista e la psicoanalisi. Si tratta di una possibilità incontestabile (che tocca in particolare gli analisti) e che rischia di rendere l'analista o la psicoanalisi eternamente presenti nella psiche dell'analizzando. Riteniamo che essa possa essere corretta dall'affermazione che, conclusa la cura, l'analisi non possa non continuare e che sarà lo stesso analizzando a continuare a tenere aperto l'interrogativo concernente la sua stessa interminabilità. Baruzzi (1987) sostiene ad esempio che gli incontri tra analista e paziente terminano nella consapevolezza dell'interminabilità dell'analisi, mentre l'esperienza analitica termina in quanto storia unica, irripetibile, originale. Nella sua impostazione teorica, il processo analitico va considerato come facente parte dei processi creativi che portano ad un qualcosa di nuovo, concluso e coerente che è l'inizio di un nuovo ciclo di trasformazioni. E un nuovo inizio non potrebbe non essere legato anche ad una modificazione della realtà. È Jung (1955/56) ad aver sostenuto che si ha un buon esito dell'analisi quando le acquisizioni della cura si possono trasformare in azioni effettive ed è nella ripresa del rapporto con la realtà che l'analista e l'analisi possono essere dimenticati.

Ci sentiamo così di suggerire che una conclusione ideale di una cura analitica, quale può essere immaginata a partire da un esame della letteratura, dovrebbe consistere in una conclusione del rapporto analitico intersoggettivo che permetta all'analizzando di costituirsi come soggetto a partire da ciò che è accaduto e da ciò che è stato pensato in questa stessa relazione. Tutto il resto, la eventuale scomparsa dei sintomi, l'adesione anche inconsapevole a qualche teoria analitica, la ricostruzione del passato potrebbero essere pensati come dei matenaff su cui si è giocata la relazione interpersonale, materiali assolutamente indispensabili e che non possono essere evitati. Si può anche affermare che tutto questo, la comprensione dei sintomi, l'adesione a una teoria e la ricostruzione del passato, saranno tanto più scientifici quanto più verranno basati sulle osservazioni interne alla relazione, unici dati su cui è possibile pensare delle teorie. Riprendendo il parere di Baruzzi (1987) sarebbe l'irripe-

tibilità dell'esperienza a rendere possibile la conoscenza di sé e sarebbe la tendenza alla conoscenza di sé, viceversa, a rendere possibile l'irripetibilità dell'esperienza. Una conclusione ideale avviene, a nostro avviso, in questo circuito costitutivo di amore dell'oggettività ed amore della soggettività; ambedue gli amori vissuti non come totalitari, ma come garanti l'uno dell'altro.