

OPINIONI

Donne in terapia: il genere del terapeuta come variabile*

Ethel Spector Person, New York

** Ethel Spector Person ha dedicato gran parte della sua vita scientifica e professionale all'esplorazione dei meccanismi psichici connessi con la differenza sessuale, muovendosi sia sul terreno della psicopatologia (transessualismo, omosessualità ecc.) che sul piano della cosiddetta patologia della normalità di cui questo scritto (pubblicato originariamente sull'International Review of Psycho-Analysis, 1983) è, in un certo senso, un'espressione. Dopo la stesura di quest'articolo, che è stato un punto di riferimento magistrale sia per gli psicoanalisti aderenti all'I.P.A., che per vasti settori del femminismo impegnato ad approfondire i legami e le intersezioni tra psicoanalisi e cultura, le sue ricerche si sono indirizzate in modo selettivo verso le fantasie inconse connesse con l'attaccamento passionale, il desiderio sessuale (nell'uomo e nella donna), l'amore romantico. Lungo questo arco di approfondimento, che ha prodotto numerose pubblicazioni, ampiamente discusse con i colleghi italiani nel corso di viaggi e conferenze soprattutto a Roma e a Milano, era naturale che E. S. Person arrivasse alla tematizzazione del ruolo determinante della fantasia cosciente e inconscia per la costruzione della nostra vita intesa come una forma individualissima di creazione che prende ispirazione da quella particolare dimensione psichica che viene definita con il nome di «sogno ad occhi aperti». Nel volume By Force of Fantasy: how we make our lives, appena uscito negli Stati Uniti per la Basic Books e in traduzione presso editore Mondadori, l'autrice pone una formulazione di inconscio interessante per una discussione all'interno del concetto junghiano di inconscio collettivo: «Il mito culturale è una speciale forma di fantasia condivisa... I miti di una cultura, presi nel loro insieme, formano quello che ho chiamato l'inconscio culturale. Con questo termine non faccio riferimento ad un inconscio collettivo né ad alcun contenuto culturale universale; al contrario mi riferisco a quelle narrazioni e fantasie condivise specifiche di una determinata cultura, che diventano parte del mondo reale di un individuo che vi appartiene. Questi miti culturali costituiscono lo strumento principale attraverso il quale i membri di un gruppo vengono socializzati» (p. 197). Sulla base di questa formulazione, E. S.*

Person riprende gli argomenti sulle differenze sessuali affrontati nell'articolo qui tradotto per visualizzarli all'interno di una cornice teorica che mi trova personalmente molto concorde: nel volume citato, infatti, l'autrice si concentra solo secondariamente sulle differenze nelle fantasie maschili e femminili riguardo al proprio ruolo sessuale, per affermare invece il primato logico dell'universale fantasia condivisa del conformismo sessuale. È la pressione dell'inconscio della nostra cultura a indirizzare le identificazioni proiettive dei genitori sui propri figli nella direzione di una normatività di differenziazione sessuale che si pone a garanzia di un ordine psicologico e sociale.

In un mio scritto del 1994, partendo dallo stesso interrogativo della Person (perché le donne richiedono un'analista donna) ero arrivata a delle conclusioni fortemente congruenti con le sue, sia riguardo alla necessità di una formulazione del concetto di inconscio depurato della sua dimensione trascendente («inconscio è ciò che appare visibile quando si sposta il punto di osservazione sulle cose così come appaiono»), sia riguardo alla necessità per noi donne impegnate nella conoscenza di noi stesse di operare, al di là della sospensione del pregiudizio culturale che ci lega al nostro ruolo e all'ambiente proiettivo nel quale siamo immerse, uno spostamento in obliquo della nostra collocazione nel reale che ci fornisca la possibilità di diagonalizzare il nostro sguardo sia sulle cose che sulla teoria delle cose [Bianca Iaccarino, «Diagonalizzare la teoria, costruire il sogno: note senza testo», in Paola Leonardi (a cura di), Curare nella differenza: psicoterapia del disagio femminile, Milano, Franco Angeli, 1994].

Parafrasando una frase di Freud, il vero enigma apparirà, allora, non la femminilità, ma la differenza sessuale, intesa non nella sua accezione psicobiologica ma nell'assunto di base inconscio che fa da sfondo alla nostra cultura e al suo organizzatore primario: il linguaggio. Infatti, se la biologia fonda la differenza sessuale, è la natura convenzionale del linguaggio, con la normatività semantica di cui è inconsapevole portatore, a fondare la divisione sessuale.

L'aspirazione impossibile di qualsiasi innamorato di poter guardare, sentire, percepire il mondo, la vita, l'amore con un'anima maschile e femminile insieme, non appartiene alla dimensione della differenza sessuale rispetto alla quale, dopo i primi cento anni di psicoanalisi, siamo tutti consapevoli di essere parzialmente ambigui, ma all'ordine della divisione sessuale, codice normativo inscritto nel nostro inconscio individuale attraverso le pratiche di allevamento che inducono nel soggetto una scissione rigida e conformista della differenza sessuale. Cosa che, del resto, Elena Gianini Belotti aveva già capito più di vent'anni fa scrivendo Dalla parte delle bambine.

(Bianca Iaccarino)

Gli psicoanalisti sono soliti affermare che un analista, dell'uno o dell'altro sesso, possa trattare ugualmente pazienti di entrambi i sessi e che il transfert, per definizione, abbia

solo uno scarso rapporto con la realtà degli attributi del terapeuta. In netto contrasto con tale affermazione, molti pazienti considerano il sesso del terapeuta una variabile cruciale. In verità, non abbiamo dati sistematici per confermare l'una o l'altra convinzione o per suggerire in quali casi il genere possa essere importante. Le nostre considerazioni hanno perciò solo un carattere aneddotico (1).

(1) È stata pubblicata un'eccellente rassegna della letteratura sull'argomento: K. M. Mogul (1982), «Overview: the sex of the therapist». *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 1-11.

Negli ultimi dieci anni, la scelta del terapeuta secondo il genere ha assunto un ruolo centrale per le pazienti donne. Mentre un tempo le donne si rivolgevano a terapeuti di sesso maschile, come incarnazione di autorità professionale, oggi sempre più donne preferiscono terapeute donne. Tale preferenza è in netto contrasto con gli schemi di invio di dieci o quindici anni fa. A quell'epoca capitava che il medico che faceva l'invio rassicurasse la terapeuta di aver già parlato con il paziente del suo sesso [della terapeuta] e che al paziente non importava! I terapeuti di colore hanno subito spesso un'analoga discriminazione.

Questo cambiamento nella preferenza è risultato evidente a New York e in altri centri urbani dove il movimento delle donne ha avuto un impatto significativo, dove sono disponibili numerose terapeute e dove c'è un'alta concentrazione di donne che svolgono o aspirano a svolgere un'attività professionale. Symonds (2) e Turkel (3) hanno parlato dei cambiamenti verificatisi a New York, riscontrati privatamente da quasi ogni terapeuta che io conosca. Sto parlando però di un cambiamento, e non di percentuali: non conosciamo ancora i numeri.

(2) A. Symonds (1976), «Neurotic dependency in successful women», *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 4, pp. 95-103.

(3) A. Turkel, «The impact of feminism on the practice of a woman analyst», *Amer. J. Psychoanal.*, 36, pp. 119-126.

Tutto ciò non significa, però, che in precedenza non ci fosse richiesta nei confronti delle donne. Greenacre, nel 1959, accennava alle implicazioni del sesso dell'analista in una discussione sui fattori di realtà che possono influenzare un'analisi (4). Aveva notato che nel decennio precedente (negli anni '50), i pazienti che vedeva in consultazione chiedevano con maggiore frequenza se il sesso dell'analista fosse cruciale per l'analisi. Non avanzò, tuttavia, ipotesi sulla causa di questa crescente preoccupazione, che, a mio parere, è quasi certamente connessa alla diffusa tradizione clinica, mai elaborata o confermata nella letteratura, che le donne, ritenute più

(4) P. Greenacre (1959), «Certain technical problems in the transference relationship», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 7, pp. 484-502.

intuitive ed empatiche, fossero più adatte al trattamento dei problemi preedipici.

Inoltre, il genere del terapeuta era considerato rilevante nei casi di insuccesso della terapia. Infatti l'assegnazione di un nuovo terapeuta veniva fatta spesso sulla base del genere. Bibring (5) e Greenson (6) sostenevano che in un'analisi in situazione di stallo, o nella quale non si fosse mai stabilita una nevrosi di transfert, oppure in un'analisi bruscamente interrotta dal paziente, passare da un analista uomo a un'analista donna (o viceversa) poteva avere effetti positivi. In alcuni casi, la reazione iniziale al terapeuta (spesso mediata dal genere) è così intensamente negativa da impedire la terapia e rendere necessario un nuovo invio. Ma c'è motivo di dubitare che il genere sia veramente il fattore determinante nella maggioranza dei casi di insuccesso. A volte l'invio a un collega dell'altro sesso viene razionalizzato come specifica indicazione del genere del terapeuta, mentre in realtà potrebbe essere per il primo terapeuta un modo di evitare, senza perdere la faccia, la responsabilità di un insuccesso, oppure di evitare di riconoscere il livello di psicopatologia del paziente o, ancora, un modo di liberarsi di qualcuno che percepisce come un paziente cronico. L'effetto secondario di questa pratica è che un numero relativamente elevato di terapeute ha esperienza di seconde analisi.

Le raccomandazioni iniziali per un sesso invece dell'altro derivano da specifiche preoccupazioni del terapeuta inviante o del paziente. Greenacre ha notato che nei pazienti con omosessualità latente non riconosciuta, inclini al panico omosessuale, il sesso dell'analista è un fattore importante. Certi uomini fanno espressamente la richiesta di un'analista donna, soprattutto quegli individui troppo competitivi per formare un'iniziale alleanza terapeutica con un altro uomo, e così via.

Tuttavia, la spinta attuale a uno studio sistematico del genere del terapeuta come variabile nasce dalla crescente richiesta di terapeute donne da parte delle donne.

Goz (7) suggerisce che la motivazione sottostante alla scelta di una terapeuta donna è quasi sempre il desiderio di rielaborare il rapporto con la madre. L'autrice sostiene che tale desiderio viene frequentemente nascosto dietro i

(5) R. M. Bibring (1936), «A contribution to the subject of transference-resistance», *Int. J. Psychoanal.*, 17, pp. 181-189.

(6) R. R. Greenson (1967), *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Milano, Feltrinelli.

(7) R. Goz (1973). «Women patients and women therapists: some issues that come up in psychotherapy», *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 2, pp. 298-319.

termini socialmente accettati della liberazione della donna. Le sue osservazioni trovano indubbiamente conferma in numerosi casi. Tuttavia, la formulazione di Goz non ci offre uno schema concettuale per rispondere alla seguente domanda: come mai proprio in *questo momento* le pazienti donne cercano terapeute donne? Il problema materno è sempre esistito. Anche se accettiamo l'ipotesi che tale problema costituisca la motivazione specifica di queste richieste, dovremmo ancora dimostrare che è diventato più urgente. Siamo costretti ad ammettere che i cambiamenti nei valori e nel modo di vedere impongono adattamenti, scelte e soluzioni del conflitto drasticamente differenti.

Le spiegazioni fornite dalle donne per la loro preferenza per terapeute di sesso femminile sono varie, ma possono raggrupparsi in quattro categorie: prima, la paura che gli uomini siano portatori di valori sessisti; seconda, la convinzione che sia fin troppo facile e allettante ingannare il terapeuta maschio per eludere le aree problematiche; terza, il desiderio di evitare un transfert o un controtransfert erotico; quarto, il desiderio esplicito di incontrare una donna forte e competente con la quale poter stabilire un'identificazione positiva.

Ovviamente questo elenco è formato dalle ragioni coscienti espresse dalle donne. Sebbene i fenomeni di superficie non siano sempre di particolare interesse per gli analisti, è un grave errore trattare questi argomenti come razionalizzazioni irrilevanti o superficiali. Sono invece cruciali per motivi pratici e teorici: dal punto di vista pratico, noi dobbiamo decidere se la richiesta coincide con ciò che è preferibile per la paziente e quindi se debba essere assecondata; dal punto di vista teorico, la richiesta è di per sé indicativa di certi aspetti della psicologia femminile.

In questo articolo mi propongo di esaminare le argomentazioni espresse dalle donne a favore di terapeute donne, la loro validità, la loro rilevanza per comprendere la psicologia femminile e il loro rapporto con i diversi problemi di transfert e controtransfert che emergono a seconda del genere del terapeuta. In una certa misura, le fasi iniziali del trattamento possono essere più facili nelle terapie tra donne; ma successivamente sorgono problemi caratteri-

stici di transfert-controtransfert. In generale, la questione del genere del terapeuta è un caso speciale dell'effetto dell'oggetto reale sul processo analitico.

Le osservazioni che propongo si basano sulla mia pratica, che comprende analisi, psicoterapie dinamiche e consulenze, mentre le osservazioni sull'interazione tra pazienti donne e terapeuti uomini provengono da quattro fonti diverse: analisi di donne trattate precedentemente da uomini, supervisioni e analisi di terapeuti uomini e, infine, la letteratura sull'argomento. Poiché le donne che vedo in trattamento e in consulenza vengono da me prevalentemente per scelta personale e tendono a dare molta importanza al sesso del terapeuta, il mio campione è necessariamente sbilanciato. Ci sono anche donne, probabilmente in numero minore, che dicono ai loro terapeuti (uomini) che non si sarebbero mai potute rivelare a un'altra donna. Gli interrogativi sollevati in questo articolo potranno avere risposte complete solo raccogliendo informazioni da terapeuti di entrambi i sessi, di diverse collocazioni geografiche e che operano in un'ampia varietà di contesti socioeconomici. Scegliendo di considerare materiale tratto da terapie psicodinamiche e da analisi, esprimo la convinzione che l'analisi non sia totalmente indipendente dal genere, come la teoria potrebbe farci credere. Ma le psicoterapie si affidano maggiormente a guarigioni transferali e all'utilizzazione del rapporto personale, e sono meno impegnate nella piena esplorazione dei problemi di transfert-controtransfert. In questo senso è più probabile che in esse abbiano un impatto maggiore gli aspetti di realtà relativi al terapeuta, compreso il genere. In un'accurata rassegna, Mogul (8) conclude: «Sembra conseguire che il sesso del terapeuta ha meno importanza nella psicoanalisi tradizionale con pazienti nevrotici; non è così, invece, nelle psicoterapie faccia a faccia, che sono meno intensive, implicano reazioni di transfert parziali, sono più rivolte ad alleviare il sintomo; e anche nel caso di pazienti con difetti evolutivi e con funzioni dell'Io e relazioni oggettuali deteriorate». Personalmente ritengo che gli effetti sono forse più sottili in analisi rispetto alle altre psicoterapie, ma possono essere altrettanto diffusi. Presenterò materiale clinico a sostegno di quest'ultima affermazione.

(8) K. M. Mogul (1982), «Overview: the sex of the therapist», *op. cit.*

Si può affermare con certezza che le terapie delle donne, quale che sia il sesso del terapeuta, abbiano subito la contaminazione di estesi pregiudizi culturali e intellettuali sulla psicologia e sulla natura femminile. Cito solo pochi esempi: la frequente interpretazione delle aspirazioni professionali come derivati dell'invidia del pene o come fuga dalla femminilità (9), oppure l'affermazione, nella letteratura più vecchia, che la vera femminilità dipende dal raggiungimento dell'orgasmo vaginale. Tali errori si manifestano più facilmente nelle psicoterapie, nelle quali il terapeuta assume spesso un atteggiamento attivo ed esplicito, ma hanno luogo anche nelle analisi.

(9) E. S. Person (1982), «Women working: fears of failure, deviance and success», *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 10, pp. 67-84.

Esempio clinico: B, trentenne, madre di due figli, ha raggiunto una fase di stallo dopo quattro anni di psicoterapia. Chiusa in se stessa, si sente isolata e incapace di stabilire rapporti intimi con i propri figli, nonostante intensi sentimenti d'amore e la capacità di fornire loro buone cure fisiche. Il suo matrimonio si sta deteriorando. Decide di tornare al lavoro, nel quale aveva avuto ottimi risultati, nella speranza di recuperare quell'autostima che potrebbe permetterle di funzionare meglio anche a casa. In precedenza aveva un buon rapporto con il suo terapeuta, ma cadde in uno stato di collera inespressa quando lui interpretò la sua intenzione di tornare al lavoro come un acting out, come una difesa dall'intimità con i figli e come desiderio di abbandonarli.

Il terapeuta mi chiese di vedere la paziente per valutare la possibilità di uscire dall'impasse terapeutico che durava da diversi mesi. La paziente mi parve prigioniera di un'identificazione negativa con la madre, precipitata dal suo stare a casa, come la madre. La decisione di tornare al lavoro era, simbolicamente, un tentativo di spezzare tale identificazione. L'interpretazione errata (o inesatta) e il divieto del terapeuta avevano distolto l'attenzione dal conflitto reale. E confermavano la convinzione della paziente di essere incapace di dare, proprio come era stata la madre, inducendo in lei depressione, senso di colpa e isolamento: intensificavano il suo atteggiamento masochistico, che era una manovra difensiva. Incapace di esprimere la propria rabbia, era ossessionata dall'idea che il terapeuta potesse avere ragione, ma comunque si era ritirata dalla terapia. Il terapeuta cominciò a pensare che fosse schizoide.

Sorprendentemente, questo trattamento poté essere recuperato, soprattutto perché il terapeuta riuscì a rendersi conto di aver commesso un grave errore di controtransfert, legato ai propri valori personali. Il trattamento poté essere salvato anche perché, prima di quell'interpretazione giudicante e della situazione d'impasse, c'era stata una buona collaborazione terapeutica.

Questo esempio illustra una forma comune che prendono i pregiudizi di valore, sessismo compreso. Il terapeuta e io vedevamo praticamente allo stesso modo il problema della

paziente: in virtù delle sue esperienze infantili, la maternità e la cura di bambini piccoli potevano rappresentare una perdita di autonomia e una regressione simbiotica, sentita minacciosa per la propria integrità, per quella dei figli, o per entrambi (10). La differenza tra noi stava nel modo di percepire la sua decisione di tornare a lavorare: per il terapeuta era un sintomo, per me era una manovra adattiva. Questo esempio rivela quanto a lungo possano dominare pregiudizi culturali sistematici. Analisti e terapeuti con diverse convinzioni incontrano gli stessi dati di base: simboli, sogni, fantasie, e così via. Quando è all'opera un pregiudizio, non prende sempre o necessariamente la forma di un'errata percezione dei simboli o dei conflitti. Più spesso il pregiudizio si riflette nell'errata interpretazione dei dati, in due possibili modi. Primo modo: come nel caso appena citato, il terapeuta considera sintomatico, e non adattivo, il tentativo di risolvere il conflitto. Secondo modo, forse il più comune: certi simboli vengono interpretati come fattori causali, ineliminabili, intrinseci, invece che come prodotti mentali secondari, di per sé tentativi disadattivi di soluzione del conflitto.

Grossman e Stewart (11) illustrano il secondo punto in «Penis envy: from childhood wish to developmental metaphor». Presentano due esempi clinici nei quali l'interpretazione di invidia del pene, evidentemente fondata su dati clinici, «ebbe un effetto organizzante, ma non un effetto terapeutico» [corsivo degli autori]. In entrambi i casi l'interpretazione di invidia del pene era abbastanza vicina ai dati dell'analisi, così che le donne accettarono quell'interpretazione e la utilizzarono per razionalizzare e consolidare le proprie costellazioni realmente patologiche.

Le interpretazioni sessiste sono solo una sottoclasse dei pregiudizi di valore che possono informare le terapie, analisi comprese, come rivela l'articolo citato. Grossman e Stewart, parlando della paziente A, riferiscono un pregiudizio sessista e classista da parte del primo analista, anche se non lo definiscono come tale. La prima analisi di A si era conclusa nel momento in cui lei stava presumibilmente migliorando: il miglioramento era indicato dalla sua capacità di uscire con un uomo che i genitori ritenevano accettabile. Dicono gli autori: «L'analista comunicò in

(10) La paura di perdere l'autonomia è un problema molto comune tra le donne che hanno bambini piccoli. Le madri che si trovano meglio con i figli piccoli possono avere difficoltà con quelli più grandi e viceversa, dato che si richiedono capacità e qualità diverse.

(11) R. R. Grossman e W. A. Stewart (1976), «Penis envy: from childhood wish to developmental metaphor», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 24 (Supplement), pp. 193-212.

seguito a uno di noi di essere soddisfatto che l'analisi avesse indotto la paziente a rinunciare al suo stile di vita bohémien e a sposare un uomo rispettabile, appartenente alla sua stessa classe sociale». Nonostante il sollievo provato dai genitori della paziente e dall'analista, quel matrimonio si dimostrò vuoto e la paziente cadde in depressione. Si rivolse per ulteriore trattamento all'analista originario, che, non avendo tempo, la indirizzò a un collega. Sottolineo quest'ultimo punto per mettere in evidenza come la paziente stessa non si fosse resa conto delle mancanze del trattamento originario. Nell'analisi successiva, la paziente scoprì che «nella sua mente il matrimonio era servito a farla sentire più accettata dall'analista; ad assicurarle che lui continuasse a vederla, a proteggerla e a riconoscere i suoi valori più veri, ma nascosti».

I pregiudizi culturali sono più facilmente osservabili nei periodi di cambiamento culturale; cadono nella rubrica del controtransfert solo nella sua definizione più ampia; sono molto difficili da eliminare. È utile riconoscere che l'obiettivo di una terapia libera da valori è solo un ideale, più che una realtà, ma occorre mantenersi vigili sulle possibili contaminazioni dei valori personali. I pregiudizi sessisti sono stati ampiamente esaminati nella letteratura femminista e psicoanalitica, con risultati evidenti. Le interpretazioni e i valori sessisti non riguardano solo i terapeuti maschi. Alcune delle teorie più reazionarie sulla psicologia femminile sono state scritte da donne.

Viederman (12) ha suggerito che «l'incontro psicoanalitico può aver luogo solo se tra analista e analizzando non ci sono discrepanze troppo grandi nell'area dei valori». Di conseguenza, le preoccupazioni delle pazienti donne circa i pregiudizi e i valori di un possibile terapeuta possono avere una base realistica, anche quando mascherano chiaramente altre preoccupazioni.

(12) M. Viederman (1976). «The influence of the person of the analyst on structural change: a case report», *Psychoanal. Quart.*, 45, pp. 231-249.

La finzione

Le donne temono spesso di poter deludere un terapeuta maschio: cercheranno allora di ingannarlo con astuzie femminili, evitando di approfondire i problemi cruciali, oppure avranno vergogna di rivelarsi e manterranno

segreti. Per questo motivo chiedono una terapeuta donna. La tendenza all'inganno è potenzialmente presente in entrambi i sessi, ed è implicita nelle relazioni oggettuali precoci, in particolare nella percezione o fantasia del bambino/a di dover essere, per ricevere amore, l'oggetto narcisi-stico perfetto e gratificante della madre. Questa tendenza, però, viene rafforzata nelle donne dall'esperienza culturale.

Ingraziarsi l'altro. La paura di nascondersi dietro una facciata di «femminilità» può essere compresa solo nel contesto del modo culturalmente sanzionato, o prescritto, di rapportarsi all'uomo. È ampiamente riconosciuto che la donna «femminile» deve compiacere e accontentare l'uomo: deve essere affascinante, coinvolgente, compiacente, gentile, deve esprimere ammirazione, deve comportarsi in modo non aggressivo e non assertivo. Questa modalità di comportamento è tanto remunerativa, e così adattiva, nel contesto sociale, che è molto difficile abbandonarla volontariamente. Le donne temono di poter tornare a questa facciata di femminilità stereotipata se vengono messe di fronte a materiale difficile, a verità spiacevoli, e così via. Molte credono che nessun uomo, neanche il terapeuta più esperto, sia capace di tollerare la rabbia, il confronto o la parità. Fino a tempi recenti, l'ideologia (o il culto) della femminilità appena descritta era ampiamente diffusa nell'ambito culturale. Trovava espressione ed era di fatto prescritta nella letteratura scientifica e psicoanalitica. Una frase ora famosa di Helene Deutsch che descriveva «la compagna di vita ideale» viene ampiamente citata nella letteratura (13) come esempio della confusione psicoanalitica tra natura e cultura:

Sono anche collaboratrici ideali, che spesso ispirano l'uomo e sono straordinariamente felici di avere questa parte. Si dimostrano facilmente influenzabili. Si adattano ai loro compagni e li comprendono. Sono cooperative estremamente amabili e concilianti, e non desiderano altro che rimanere in questa posizione; non avanzano i loro diritti, al contrario! Si lasciano agevolmente guidare: basta amarle! (...)

Se hanno doti particolari, conservano la capacità di essere originali e creative, ma senza tendenza alla lotta e alla rivalità; sono sempre pronte a rinunciare alle loro proprie realizzazioni e non hanno neppure la sensazione di sacrificare qualcosa; godono delle conquiste del loro compagno, conquiste che spesso sono state loro a ispirare. Hanno molto bisogno di essere sostenute quando s'impegnano in un'attività diretta all'esterno... (14).

(13) A. Symonds (1976), «Neurotic dependency in successful women», *op. cit.*, C. Dowling (1981), *The Cinderella Complex: Women's Hidden Fear of Independence*, New York, Summit Books.

(14) H. Deutsch (1944). *Psicologia della donna*, Torino, Boringhieri. 1977, pp. 183-184.

Le riformulazioni della psicologia femminile rivelano che l'atteggiamento ingraziente non è intrinseco allo sviluppo femminile, ma è piuttosto una delle caratteristiche distintive del comportamento di qualunque gruppo privo di potere di fronte a quello dominante. La dialettica tra femminile e maschile non è tanto una dialettica dei sessi, quanto di potere.

Ma gli ideali culturali cambiano lentamente, esattamente come gli attuali rapporti di potere. Il vecchio atteggiamento da persone indifese rimane ancora prevalente tra le donne; in esso, il potere del debole emerge come capacità di manipolare il forte. Questa forza segreta delle donne non è sconosciuta a coloro che la detengono. Prendiamo a esempio il tipo letterario più comune: la donna deliberatamente manipolativa che si nasconde dietro la maschera della femminilità, la mano d'acciaio nel guanto di velluto. Molte donne temono proprio il ritorno a questa posizione di «successo», sapendo che altre donne, che conoscono questa «tortuosità» femminile, potrebbero metterle in discussione quando usano la maschera della femminilità per difendersi.

Un'altra forma di dissimulazione: Segreti e inganni. Certi comportamenti non vengono coscientemente evitati, ma abitualmente «trascurati». Sono «trascurati» nella terapia, come nella vita, quasi sempre per vergogna. La ragazzina che nasconde le macchie del monarca non parla delle mestruazioni in terapia; sembra un argomento irrilevante. Le mestruazioni sono considerate generalmente come una «maledizione» di cui non si parla, per vergogna, e vengono apprezzate solo quando se ne teme l'inopportuna scomparsa, per esempio quando un ritardo fa pensare a una gravidanza non desiderata o è l'annuncio della temuta menopausa. Una donna in menopausa, temendo l'effetto del proprio invecchiamento sul marito, macchiava il letto con il sangue di qualche ferita accidentale, per «fargli credere» di essere ancora nel fiore della vita. In genere, le donne sono sempre state meno aperte degli uomini sulla fisicità. Più spesso è la donna ad accendere un fiammifero dopo un movimento viscerale, per coprirne l'eventuale odore.

Le donne abitualmente e culturalmente non parlano dei comportamenti e delle pratiche che mettono in atto per migliorare il proprio aspetto fisico e la propria bellezza. Capelli tinti, trucco, chirurgia estetica, depilazione e pinzette costituiscono per lei una seconda natura, ma non sono natura. E neanche questo materiale viene deliberatamente nascosto: tende semplicemente a non emergere in terapia. La sua centralità rispetto a preoccupazioni immaginarie e obiettivi esistenziali rimane inespressa.

La questione importante non è però l'aspetto comportamentale concreto; è invece la tendenza inconscia a ingannare e compiacere gli uomini.

Fingere: un paradigma di un dilemma transferale. Le tendenze a ingraziarsi l'altro, a dissimulare, a mascherarsi e mantenere segreti, vanno insieme alla pratica enormemente diffusa di fingere l'orgasmo.

Per molte donne è importante apparire agli uomini sessualmente adeguate, in termini maschili. La finzione si basa sulla deferenza nei confronti del maschio, sul bisogno della sua approvazione e sulla vergogna per una presunta inadeguatezza sessuale. A volte è motivata dalla paura di perdere il partner sessuale. Nonostante l'attuale comprensione della sessualità femminile, molte donne evolute continuano a fingere. Brunswick (15), una delle poche analiste che ha riflettuto su questo fenomeno, osservava che le donne non mettono affatto in questione la legittimità della «bugia accettata» a proposito della gratificazione orgasmica. E attribuiva questa pratica all'intuizione della donna che ciò potesse rassicurare uomini (e donne) che le donne possiedono lo stesso tipo di sessualità fallica degli uomini. In altre parole, serviva a rassicurare gli uomini che le donne non sono «castrate», una paura residua dell'infanzia. Così, la finzione nega la differenza sessuale.

Alcune donne distorcono o mascherano sistematicamente il proprio comportamento sessuale parlando con i terapeuti uomini; possono farlo anche con le donne, ma in misura minore. Una volta che la paziente dica all'analista di avere orgasmi vaginali, magari in un colloquio iniziale, avrà poi difficoltà a cambiare la storia. Questa distorsione nella

(15) R. M. Brunswick (1943), «The accepted lie», *Psychoanal. Quart.*, 12, pp. 458-464.

situazione terapeutica è equivalente alla finzione dell'orgasmo nella vita sessuale. Tale inganno o omissione, cosciente o inconscio che sia, si accompagna ad altri comportamenti transferali.

Esempio clinico: C è una donna sposata di 32 anni, casalinga, che riprese il trattamento dopo il fallimento di un'analisi con un uomo. Nella precedente analisi aveva evitato di parlare della propria vita sessuale perché si vergognava di dire che non era capace di raggiungere l'orgasmo. Aveva imparato a raggiungere l'orgasmo con l'autostimolazione, ma non aveva modificato il proprio comportamento sessuale nella situazione interpersonale e continuava a fingere. Gradualmente cominciò a lamentare che il trattamento era vuoto, nonostante la sua evidente capacità di fare associazioni, utilizzare l'interpretazione e così via. L'atteggiamento transferale era fondamentalmente legato al bisogno di apparire come una buona paziente e di corrispondere alle aspettative del terapeuta. E ciò era analogo alla persistente finzione nella situazione sessuale («fingere l'orgasmo») e alla sua convinzione generalizzata di dover accontentare gli altri per essere accettata. L'insoddisfazione per il trattamento era parallela all'insoddisfazione sessuale: faceva il trattamento per il terapeuta e faceva sesso per il marito.

La finzione dell'orgasmo, a parte l'articolo già citato della Brunswick, ha ricevuto scarsa attenzione nella letteratura psicoanalitica. Eppure è un comportamento paradigmatico per molte donne. È emblematico della tendenza generale a dissimularsi per ottenere approvazione e quindi è connesso all'estremo bisogno di amore. Ma la pressione costante a ingraziarsi l'altro porta a un sentimento soggettivo di inautenticità, mancanza di autonomia, negazione del sé inferiore. Questo sentimento soggettivo emerge in aree molto diverse, per esempio, nella paura delle donne di successo di imbrogliare, di essere scoperte e denunciate. Non intendo suggerire che la finzione dell'orgasmo sia la fonte di queste altre paure e di questi comportamenti; suggerisco solo che sono simbolicamente legati.

Esempio clinico: D, quarantacinquenne, dirigente di successo, teme l'imminente ritiro del suo superiore immediato. Nella compagnia in cui lavora ha l'opportunità di muoversi trasversalmente, ma nessuna delle due possibili aperture professionali si adatta alle sue specifiche qualità o corrisponde a suoi interessi a lungo termine. Tuttavia l'idea di cercare presso altre compagnie la terrorizza. Fino a quel momento, il suo successo si era fondato su prestazioni brillanti all'interno dello schema definito dal suo mentore. Nonostante le proprie realizzazioni autonome, è paralizzata dalla paura e percepisce se stessa come persona passiva, definizione che il suo mentore, i colleghi, il marito e i figli troverebbero ridicola. In definitiva è convinta di non possedere nessuna particolare qualità, di

ingannare gli altri e teme di essere scoperta. Inconsciamente crede che la femminilità sia incompatibile con le capacità professionali. Così, protegge la propria «femminilità» negando l'autenticità del proprio successo. E nasconde la misura della propria ambizione dietro una maschera compiacente. Il senso di inganno viene spostato sul senso soggettivo di inadeguatezza, e lei si riferisce continuamente al proprio «fingere», in particolare quando deve fare una presentazione in pubblico o scrivere una relazione. In realtà, è rigorosamente onesta. Per quanto riguarda la vita sessuale, è autenticamente orgasmica e non ha bisogno di fingere, tuttavia la «finzione» conserva per lei tutto il suo significato simbolico e la centralità immaginativa.

In terapia, come nella vita, una volta che la donna si sia votata alla finzione, ha difficoltà a rinunciare all'inganno. E anche questo porta a un senso soggettivo di inautenticità. Inoltre, la dissimulazione e la compiacenza nel transfert generano una rabbia inconscia, che può esprimersi come disprezzo per il terapeuta che la paziente sia riuscita a ingannare.

Anche gli uomini, e non solo le donne, possono utilizzare la dissimulazione e la compiacenza come manovre di inganno. In entrambi i sessi, quando tali manovre sono prevalenti, la personalità assomiglia a quello che Winnicott (16) ha definito «falso sé». Queste particolari tendenze di personalità sono più diffuse tra le donne, ma non sono una loro esclusiva. Anche gli uomini possono avere la sensazione di «fingere», ma nei due sessi differiscono le elaborazioni simboliche. «Fingere» può riflettere negli uomini conseguenze più gravi in termini di integrazione dell'Io, proprio perché non trova generale conferma sul piano culturale. Il paradigma sessuale che ha rilevanza culturale per gli uomini non è «fingere», ma «imbrogliare» e se l'imbroglio può associarsi al senso di colpa, tuttavia è anche intimamente connesso a un sentimento di orgoglio.

Questa tendenza alla «finzione» non deve essere presa come conferma dell'affermazione di Freud secondo cui le donne hanno, rispetto agli uomini, un Super-io carente (17). Al contrario, la tendenza alla dissimulazione e alla compiacenza, che ha origine nelle fantasie infantili (in entrambi i sessi), viene rinforzata nelle donne dalle istituzioni culturali. La tendenza è implicita nei rapporti di potere, non solo nello sviluppo individuale. Inoltre, è errato supporre che la dissimulazione nelle donne derivi principalmente dalla vergogna, generata a sua volta dall'invidia

(16) D.W. Winnicott (1865). *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando, 1970.

(17) S. Freud (1924) «Il tramonto del complesso edipico». *Opere 1924-1929*, Vol. 10, Torino, Boringhieri, 1978;

(1925) «Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi», *Opere 1924-1929, cit.*; (1932) «La femminilità», in «Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)». *Opere 1930-1938*, voi. 11, Torino, Boringhieri, 1979.

del pene o da un senso di inferiorità organica. La dissimulazione viene rafforzata da una tradizione sociale in cui la donna è l'«altro», che riceve valore in quanto oggetto erotico e, di conseguenza, deve compiacere l'uomo al fine di essere scelta.

Transfert e controtransfert erotico

Alcune donne temono non solo la propria capacità di ingannare i terapeuti maschi con la compiacenza e la sottomissione, ma anche di avere il potere di attirarli seduttivamente in un rapporto a colorazione erotica. Altre sentono di essere loro stesse troppo inclini alle «infatuazioni» o alle fantasie erotiche per entrare in trattamento con un uomo, poiché temono di sprecare troppo tempo nelle fantasie romantiche. Entrambi i gruppi di donne sperano, entrando in trattamento con una donna, di raggiungere il proprio problema fondamentale, concettualizzato di frequente come conflitto irrisolto con la madre o difettosa identificazione femminile. Queste possibili pazienti sostengono che il transfert/controtransfert erotico che si attiva nel trattamento con un uomo è, nel migliore dei casi, una perdita di tempo e, nel peggiore, un insuperabile impedimento alla terapia. Inoltre, una terapeuta donna o «materna» può consentire un transfert più facilmente elaborabile. Queste affermazioni trovano la conferma, acuta ed eloquente, di Sigmund Freud. Nel saggio su «La sessualità femminile» Freud suggerisce che «La cognizione di un'antica epoca preedipica nella femmina ha provocato in noi una sorpresa simile a quella che, in un altro campo, ha suscitato la scoperta della civiltà minoico-micenea precedente alla civiltà greca» (18). Freud riteneva che quello stadio fosse pressoché impossibile da riportare in vita, almeno nell'analisi con lui, perché le pazienti «potevano mantener fermo proprio quell'attaccamento al padre nel quale si erano rifugiate uscendo dal periodo precedente... Pare in verità che le donne analiste, come Jeanne Lamplde Groot e Helene Deutsch, abbiano avuto modo di accorgersi di queste realtà più facilmente e perspicuamente, perché venne loro in aiuto (...) la traslazione su un confacente sostituto della madre» (19).

(18) S. Freud (1931). «Sessualità femminile», *Opere 1930-1938*, Vol. 11, Torino. Boringhieri. 1979, p.64.

(19) *Ibidem*, pp. 64-65.

Molte donne hanno ricevuto un efficace trattamento da terapeuti maschi, eppure alcune terapie si sono faticosamente impegnate intorno a un transfert o un controtransfert erotico. Ciò non deve sorprenderci se ricordiamo che il paradigma stesso del transfert è la paziente che si innamora del suo terapeuta (20). La cura con le parole venne sviluppata nel corso della terapia di Anna O. condotta da J. Breuer, una terapia alla fine distrutta dall'erotizzazione. Breuer, impegnato nel trattamento di Anna O., suscitò la gelosia della moglie; riconosciuta tardivamente tale gelosia, mise fine al trattamento. Venne poi richiamato dalla sua paziente in preda alle doglie di un parto isterico. Breuer riuscì a calmarla e il giorno dopo partì con la moglie per una seconda luna di miele. Freud raccontò la storia in una lettera a Martha. Secondo Jones (21), Martha si era identificata con la moglie di Breuer, ma sperava che a lei non sarebbe accaduta la stessa cosa, visto che Freud le rimproverava la vanità di credere che altre donne si potessero innamorare di *suo* marito: «perché accada una cosa del genere bisogna essere un Breuer». Freud, dunque, negava perfino la possibilità che una cosa del genere potesse accadergli, mentre Martha sembrava comprendere intuitivamente l'universalità del problema. Solo più tardi Freud fu in grado di percepire la reazione di Anna O. come una regola, piuttosto che un'eccezione. Szasz (22) ritiene che Freud capì il transfert per la prima volta nel contesto dell'esperienza di Breuer e che, per la natura stessa del fenomeno transferale, forse era necessario che le osservazioni teoriche venissero fatte da qualcun'altro rispetto al terapeuta coinvolto direttamente nell'esperienza. In altre parole, il transfert e il controtransfert realmente vissuti appartenevano ad Anna O. e a Breuer, le spiegazioni teoriche a Freud. Come dice Szasz: «Poiché Anna O. non era una paziente di Freud, per lui fu più facile assumere un ruolo osservante verso le comunicazioni sessuali della paziente che non se fossero state rivolte a lui». Qui Szasz solleva una questione critica circa la difficoltà intrinseca del terapeuta maschio di riconoscere un transfert erotico rivolto a se stesso. Freud suggeriva che la tenacia del transfert paterno era la potenziale limitazione nelle terapie di donne condotte da

(20) S. Freud (1914), «Osservazioni sull'amore di traslazione», *Opere 1912-1914*, Voi. 7, Torino, Boringhieri, 1975.

(21) E. Jones (1953), *Vita e opere di Sigmund Freud*, Milano. Il Saggiatore, 1962.

(22) T. Szasz (1963), «The concepts of transference», *Int. J. Psychoanal.*, 44, pp. 432-443.

uomini, mentre il limite principale è dato da una costante interazione di transfert-controtransfert a tonalità sessuale, di solito non messa in atto, ma neanche pienamente analizzata, in cui la paziente conserva un'iperidealizzazione sessualizzata del terapeuta, e in una certa misura c'è un'analoga idealizzazione da parte del terapeuta. Il transfert erotico esprime numerose motivazioni diverse, integrate a diversi livelli. Può riflettere semplicemente le dinamiche edipiche e le dimensioni libidiche. Come suggeriva Freud, il transfert erotico può rivelare un transfert di padre come copertura dell'attaccamento preedipico alla madre. Quanto più tenace è il transfert erotico, tanto più è alimentato da elementi diversi dalla semplice dinamica edipica. Più spesso l'erotizzazione maschera bisogni di dipendenza. Tuttavia l'erotizzazione può essere usata manipolativamente nello stesso modo della compiacenza. Di frequente viene distorta dall'aggressività, dal bisogno di screditare e banalizzare la terapia, e anche come strumento di controllo sul maschio (terapeuta). La messa in atto del transfert-controtransfert erotico dimostra con grande evidenza alcune dinamiche che si esprimono in modo più sfumato in un gran numero di coppie terapeutiche. In trattamento o in consulenza ho visto nove donne che avevano avuto questa esperienza. La prognosi era correlata positivamente con la quota di responsabilità che la donna si assumeva: nella misura in cui la donna vede se stessa solo come vittima passiva, la successiva terapia ha minori probabilità di successo (23). Questa osservazione non intende giustificare il comportamento del terapeuta, ma sottolineare la motivazione femminile e la sua complicità. L'intento seduttivo, da parte della paziente, era sempre mescolato con un bisogno di controllo e con ostilità. La sessualità era usata come strumento di parificazione, come resistenza e come manovra ostile per screditare il terapeuta. Voth (24) esprime un'analoga opinione: descrivendo il trattamento di una donna che aveva avuto una relazione amorosa con il precedente terapeuta, riferisce i significati che erano emersi in analisi. Originariamente scettica sulla propria partecipazione, la paziente arrivò a capire: «Nessun uomo mi ha mai sedotta, sono io che li ho sedotti». Voth riferisce che

(23) Non sto parlando delle situazioni in cui un terapeuta è incoraggiato ad andare a letto con le sue pazienti. In questi casi, la donna può sottomettersi per soggezione o passività, senza le motivazioni più complesse che sto descrivendo.

(24) H.M.Voth (1972), «Love affair between doctor and patient», *Amer. J. Psychother.*, 26. pp. 394-400.

la paziente ammise anche che «provava risentimento per il fatto di essere aiutata, equiparando, per così dire, la cura alla sottomissione e alla seduzione». Nella situazione terapeutica, come nella vita, non tutta la sessualità è semplicemente erotica. Quello che appare inizialmente come atteggiamento masochistico è in realtà sadomasochistico. Il sadismo, l'aggressività e la negatività uniti all'erotismo sono spesso contenuti in un intenso transfert materno preedipico che viene messo in scena con una serie di uomini, compreso il terapeuta.

L'analisi di un transfert erotico trova limiti non solo nella paziente, ma, fin troppo spesso, nel terapeuta. Tower (25) sottolinea: «Praticamente ogni autore che scriva sul tema del controtransfert afferma inequivocabilmente che non è ammessa nessuna forma di reazione erotica nei confronti di una paziente. Ciò indica che le tentazioni in quest'area sono grandi, e forse ubiquitarie». A volte è sconcertante quanto il terapeuta abbia difficoltà a riconoscere e a rispondere in modo appropriato al transfert erotico della paziente. I molteplici significati del transfert erotico, come quelli di dissimulazione e compiacenza, vengono facilmente mancati perché il transfert è contaminato da aspettative socialmente condizionate circa le interazioni maschio-femmina. Il significato individuale è sepolto nelle aspettative stereotipate circa le relazioni di genere: le risposte tipiche che uomini più anziani (terapeuti) si aspettano da donne più giovani (pazienti). Quando la visione del terapeuta è offuscata non solo dagli stereotipi culturali sul comportamento appropriato, ma anche da necessità personali, l'esito è molto negativo.

In una certa misura, gli stereotipi vengono corretti dall'esperienza. Nel primo anno della specializzazione psichiatrica, il terapeuta può vedere una grave patologia in donne moderatamente isteriche e, se ne ha l'opportunità, assume tali donne in una terapia a lungo termine, sotto supervisione, ignaro dei livelli di integrazione dell'io. Il terapeuta più esperto può distinguere le forme isteroidi da quelle isteriche, a prescindere dai modi, dal fascino e dalla bellezza. Eppure gli stereotipi permangono, in una certa misura, anche tra i terapeuti esperti di entrambi i sessi.

(25) L. Tower (1956), «Countertransference», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4, pp. 224-255.

Ho avuto in trattamento terapeuti maschi che erano intensamente coinvolti sul piano erotico con pazienti donne; due di loro avevano ceduto alla tentazione ed erano venuti in trattamento per quella ragione. Nella loro propensione all'acting out emersero due fattori importanti. In primo luogo, faceva parte della motivazione un impulso autodistruttivo. Infatti, i terapeuti esperti sanno che una paziente, che sia considerata una seduttrice o una vittima della seduzione, alla fine cercherà aiuto altrove e «tradirà» il loro segreto. In altre parole sanno che il loro comportamento verrà rivelato, anche se non è probabile che tali rivelazioni fatte sul lettino analitico diventino di pubblico dominio. In secondo luogo, entrambi i terapeuti erano stati precedentemente in trattamento con analisti che li avevano «traditi» in un modo molto specifico: ciascuno aveva scoperto che il proprio analista aveva parlato di lui in un articolo, sebbene in forma mascherata, senza che fosse stato mai chiesto e ottenuto il suo permesso. Al momento della scoperta nessuno dei due aveva reagito negativamente, ma nell'analisi successiva ciascuno esprime la sensazione di essere stato «violentato». I terapeuti che compiono acting out con i pazienti spesso riattualizzano problemi vissuti nella propria analisi, come i genitori che usano violenza nei confronti dei figli sono stati a loro volta oggetto di violenza durante l'infanzia. Questa comunicazione è stata fatta con l'espresso consenso degli individui coinvolti.

La misura in cui le terapie sono contaminate da reazioni di transfert e controtransfert di tipo erotico è indicata dal numero effettivo di relazioni tra pazienti donne e terapeuti uomini, ben più frequenti di quanto si immagini. Kardener e altri (26) hanno scoperto che su 460 medici, una percentuale tra il 5 e il 13 per cento aveva comportamenti erotici con pazienti, anche se era meno probabile che si trattasse di psichiatri. Parlando di questo tipo di relazioni tra pazienti donne e i loro terapeuti. Greenacre (27) sottolinea: «Che ciò non sia raro quanto si vorrebbe pensare diventa chiaro a chiunque faccia molte seconde analisi. Il fatto che la situazione venga spesso negata, o spiegata sbrigativamente dagli analisti coinvolti come una fantasia isterica della paziente... è un'indicazione di quanto grande sia la tentazione». Può darsi che siano più numerose le

(26) S. R. Kardener. M. Fuller e I.N.Mensh(1973), «A survey of physician attitudes and practices regarding erotic and nonerotic contact with patients», *Amer. J. Psychiat.*, 30, pp. 1077-1081.

(27)P. Greenacre (1954), the role of transference: practical considerations in relation to psychoanalytic therapy». *J. Amer. Psychoanal. Assn.*..2, pp.671-684.

donne analiste che vedono donne che hanno avuto relazioni sessuali con precedenti terapeuti, e per una ragione ben precisa: le donne che hanno avuto relazioni con terapeuti vengono successivamente indirizzate a donne per rassicurarle che l'evento non si ripeterà.

Tuttavia, le donne analiste non dovrebbero lasciarsi fuorviare dalla falsa idea, suggerita da alcune pazienti, che il problematico transfert erotico possa essere evitato. La misura stessa in cui la sessualità può essere problematica nel trattamento con un uomo è indicativa di quanto rappresenti un problema cruciale. La sessualità come elemento significativo, di per sé, oppure usata difensivamente e in modo ostile, non viene inventata nella terapia, ma solo riattualizzata. E non può essere evitata, neanche nel trattamento con la terapeuta donna: deve essere analizzata attraverso esperienze extraterapeutiche, se non vissute direttamente. Molto spesso, nelle analisi di donne che lavorano con analiste donne, emerge nelle reazioni di transfert e controtransfert in termini di competizione sessuale. Sono a conoscenza di due casi in cui una terapeuta mise in atto la propria competizione erotica con una paziente, stabilendo rapporti erotici con un parente della paziente. C'è un caso specifico in cui il transfert erotico è particolarmente intenso: nell'analisi di donne omosessuali da parte di donne. Questo è un transfert difficile da interpretare o da trattare e spesso porta all'interruzione del trattamento.

Non sono stati riferiti casi di acting out sessuale nelle terapie di uomini condotte da donne. Ma non per una particolare virtù delle analiste donne. La condizione di relativa subordinazione del paziente e l'autorità dell'analista non sono congruenti con il tipo prevalente di fantasie sessuali femminili. Ma le donne hanno comunque fantasie sessuali sui pazienti maschi: però, a causa di proibizioni culturali, è meno probabile che le terapeute donne vi si soffermino o le ammettano apertamente.

Il desiderio di un modello di ruolo

Le tre ragioni appena discusse, che portano le donne a richiedere una terapeuta donna, hanno un tema in co-

mune: esprimono tutte il desiderio di evitare il contatto terapeutico con un uomo, sia perché ritenuto portatore di preconcetti, sia per il timore che il rapporto sia intrinsecamente suscettibile di distorsione. Il tema meno rilevante in queste richieste è la convinzione che una donna possa eliminare le distorsioni e le difese abituali, culturalmente sanzionate. Ma quando arriviamo alla quarta ragione addotta per tale preferenza, ci rendiamo conto che è sostanzialmente diversa.

Il desiderio di un modello di ruolo, l'esplicito desiderio di avere una donna forte e competente con cui realizzare una positiva identificazione, si riferisce direttamente al problema delle relazioni tra donne. I presunti effetti benefici della terapia con un appropriato modello di ruolo dello stesso sesso sembrano realizzarsi in certe terapie a breve termine. In esse la paziente sviluppa un transfert positivo, sembra formare un'identificazione positiva, acquista maggiori capacità e raggiunge una maggiore autostima (28). Zetzel considera tali cambiamenti come guarigioni di transfert e quindi come obiettivi validi per la psicoterapia, ma non per la psicoanalisi.

(28) E. R. Zetzel (1966), «The doctor-patient relationship in psychiatry», in *The Capacity for Emotional Growth*, New York, Int. Univ. Press, 1970, pp. 139-155.

Mentre le ragioni che stanno dietro al desiderio di un modello di ruolo sembrano a prima vista intuitivamente ovvie, un ulteriore esame suggerisce che possono essere molto più complesse. Noi sappiamo che cambiamenti nell'identificazione femminile possono aver luogo anche nel contesto del trattamento con un uomo. Viederman (29) riferisce un caso «in cui la paziente si presentava con un'immagine o una rappresentazione di sé come donna notevolmente difettosa». Tuttavia, suggerisce Viederman, la paziente mostrò un grande miglioramento in parte perché «ebbe luogo una modificazione strutturale e una revisione di quest'immagine di sé grazie allo sviluppo di una fantasia transferale su mia moglie, con cui la paziente si identificava e che faceva parte del suo sé ideale, inizialmente per conquistarsi il mio amore». Sorge la domanda come mai il modello di ruolo debba essere fornito proprio dalla terapeuta. Anche se si richiede un modello femminile, perché non può essere dato da una donna che la paziente conosce e ammira sul piano professionale o personale?

(29) M. Viederman (1976), «The influence of the person of the analyst on structural change: a case report», *op. cit.*

Un'indagine più approfondita della diade terapeutica donna-donna rivela che l'ingrediente attivo nel miglioramento non è la semplice identificazione, ma il permesso che la paziente ottiene dalla terapeuta di competere, avere successo, godere; un permesso che può essere esplicito o implicito. Non occorre necessariamente avere rapporti personali con il proprio modello, ma un modello di ruolo impersonale non garantisce il permesso di avere successo e la «promessa» che non sarà richiesto un prezzo.

Questa idea, che nelle terapie a breve termine le donne ottengano il *permesso*, e non solo un'identificazione, è nata dal materiale delle terapie psicoanalitiche. In analisi vediamo le complessità che stanno dietro al desiderio apparentemente semplice di un modello di ruolo. Il desiderio di un modello di ruolo può essere, infatti, una componente di un transfert idealizzante che, in parte, difende dalla competizione e da temi omosessuali. Questi solitamente non vengono analizzati in modo efficace, se non molto più avanti nel processo analitico. In una fase avanzata dell'analisi, è possibile far emergere svalutazioni di sé e della madre, a prescindere dall'ideologia politica (30). Negli stadi avanzati dell'analisi tra donne si vede affiorare materiale relativo alla rivalità edipica: invidia, rivalità e paura si esprimono intensamente. Le paure si esprimono spesso in termini orali, a volte cannibalici. La donna teme la perdita dell'amore, la privazione e l'annientamento. Le paure competitive assumono queste forme perché l'oggetto della competizione è anche la fonte di una gratificazione che insieme nutre e crea dipendenza.

Ciò non significa che solo le donne siano soggette alle paure appena ricordate. Molti uomini, particolarmente quelli con disturbi narcisistici della personalità, temono la perdita dell'amore, la privazione e l'annientamento. Ma, per la maggior parte degli uomini, la paura equivalente è quella di castrazione. Queste differenze di genere nelle paure inconsce sono connesse a discrepanti relazioni oggettuali nell'infanzia: le conseguenze temute nella competizione tra donne sono diverse da quelle della competizione tra uomini.

In sintesi, dunque, la terapeuta donna viene richiesta non solo come modello di ruolo. Più significativamente, è

(30) O. Kernberg (1975), «Cultural impact and intrapsychic change». in *Adolf's Psychiatri*, Vol. 4, a cura di S. C. Feinstein e P. L. Giovacchini, New York. Jason Aronson, pp. 37-45.

richiesta come rappresentante della madre. In questo ruolo, ciò che viene cercato è il suo permesso di competere e di vincere. Nelle terapie a breve termine, tale permesso può portare a una «guarigione» di transfert. Nella terapia a lungo termine, è frequente invece un intenso transfert di madre rifiutante. Gli atteggiamenti culturalmente dominanti possono a volte generare nelle analiste donne atteggiamenti controtransferali che incoraggiano il transfert idealizzante e le conseguenti identificazioni difensive e, in tal modo, possono impedire l'elaborazione dei conflitti sottostanti.

{Traduzione di Luciana Baldaccini}