

*Atti del Seminario di studio*  
*“La sfida alla psicoanalisi del paziente borderline”*  
*Roma 16 giugno 1992*  
*C.N.R. V.le K. Marx, 15*

**Joel E. Rosen<sup>1</sup>**

Ricerca Psicoanalitica, 1993, Anno IV, n. 1, pp. 21-36.

Traduzione dall'inglese di Sandra Pansini

## **Masochismo e relazioni terapeutiche negative**

### **SOMMARIO**

In questo scritto si esamina l'incontro clinico con pazienti masochisti. Vengono esplorati in profondità alcuni casi, descrivendo come l'analisi del “processo” fra analista e paziente può portare a dati importanti che altrimenti potrebbero passare inosservati.

### **SUMMARY**

In this paper the clinical encounter with masochistic patients is explored. Several anecdotes are explored in depth describing how analysing enactments between analyst and patients can yield important data, which otherwise might go unnoticed.

-----

Questo lavoro, come spesso accade, trae spunto da un problema.

Stavo facendo analisi, da parecchi anni, ad una donna che aveva sofferto gravi soprusi e l'abbandono durante l'infanzia ed eravamo arrivati ad un vicolo cieco.

Incominciava ogni seduta con un lungo silenzio e poi insisteva che io ascoltassi come se non le stessi già prestando attenzione. Questa situazione si era già presentata nel passato. Pensavo che l'avessimo risolta e il fatto che si ripresentasse mi faceva sentire sconfitto.

Mentre l'analisi progrediva, divenni consapevole che fra una seduta e l'altra la paziente si sentiva psicologicamente molto sola come lo era stata da piccola, e che durante questi periodi cessavo di esistere per lei.

Avendo tutti e due lavorato molto in analisi, questo mi lasciava pieno di disperazione a chiedermi se l'analisi fosse in qualche modo possibile.

Stavo solo illudendomi sulla sua analizzabilità o ero coinvolto in una reazione terapeutica che aveva bisogno di ulteriore comprensione? Penso che tutti noi attraversiamo questi dilemmi quando lavoriamo con pazienti con un forte elemento di masochismo che si contrappone alle nostre fantasie di salvarli.

La difficoltà può essere descritta in breve nel modo seguente: il paziente nella profondità del suo essere si organizza attorno al desiderio di odiare.

Amare soffrendo sarebbe un altro modo di descrivere lo stesso atteggiamento.

---

<sup>1</sup> Austen Riggs Center, Stockbridge, Massachusetts 01262, USA

Il paziente ha bisogno di soffrire, mentre noi, come analisti, speriamo di aiutarlo attraverso la comprensione.

È una sfida molto importante per me e credo anche per gli altri, quando lavoriamo con pazienti con grave psicopatologia masochista, sopportare questa ansia, irrisolutezza e sfiducia intermittente.

Spesso ne derivano reazioni terapeutiche negative, e spesso penso al pessimismo di Freud espresso in "Analisi terminabile e interminabile".

Mi ricorda il peso della preoccupazione di una madre quando ci sono malattie o difficoltà con i propri figli.

Sporadicamente o stabilmente posso essere preoccupato per la minaccia imminente del suicidio di un paziente e mi chiedo se perseguo l'analisi più per le mie ambizioni terapeutiche che in modo adeguato alla malattia del paziente.

Le descrizioni sommarie che vi offrirò più tardi riflettono la mia esperienza con questi pazienti.

In uno scritto recente, descrivendo le proprie motivazioni per diventare analista, Vamik Volkan rivela come vi fosse implicata un'importante fantasia di salvazione.

Egli parla della sua disponibilità iniziale nella quale servì come figura sostitutiva di uno zio materno defunto col nome del quale era stato chiamato.

Egli era stato anche motivato a liberare sua madre e sua nonna dal dolore di quella perdita, il che servì da importante fattore motivante nella sua scelta della psicoanalisi come carriera.

Non sorprende che anch'io abbia una fantasia di salvazione con più sfaccettature.

Da un lato è su base edipica che io, come Davide, devo sconfiggere la malattia, mentre Golia, a causa di ciò, salva mia madre.

Inoltre essa rappresenta anche un desiderio di salvare mia madre dal suo dolore, poiché sua madre morì quando lei aveva 12 anni.

Olinick dice anche che esiste tra gli psicoanalisti una comune "fantasia di riscatto che ha a che fare con un tipo di madre deprimente che ha provocato tali fantasie nel suo bambino recettivo."

Egli continua: "La depressione con la tristezza da sola non è sufficiente; il carattere materno deve essere almeno in certi aspetti tale che facilmente influenza gli altri ... spesso vi è un tentativo di colpevolizzare l'altro onde spingerlo a volersi fare salvatore a tutti i costi."

Nel suo articolo del 1964 su "La reazione terapeutica negativa", Olinick considera questa situazione come uno speciale caso di atteggiamento di negazione, dove sadomachismo e depressione sono combinati con l'atteggiamento negativo di offrire all'analista questo dilemma: quando il paziente contagia l'analista con il suo atteggiamento di negazione, la situazione diventa ingovernabile. Allora l'analista rimane intrappolato nella propria disperazione e non può più svolgere il suo compito analitico. Il senso di sconfitta diminuisce la capacità di ascoltare empaticamente e di capire.

Appunto questo ha rappresentato uno stimolo per me.

Non è casuale che resoconti di casi implicanti reazioni terapeutiche negative e masochismo si intreccino.

Freud in "Analisi, terminabile e interminabile" parla di situazioni di stallo e intoppi, descrivendo "una forza che si oppone con ogni mezzo alla guarigione, ancorandosi con determinazione assoluta alla malattia e alla sofferenza. Una parte di questa forza l'abbiamo riconosciuta, senza dubbio a ragione, come senso di colpa e bisogno di punizione, e l'abbiamo localizzata al livello del rapporto dell'io col Super-io. Ma si tratta soltanto di quella porzione che è per così dire psichicamente legata dal Super-io e che in questo modo si fa riconoscere; è possibile che entrino in giuoco anche altri importi di questa stessa forza, non si sa bene dove, e se in forma legata o libera. Considerando il quadro d'insieme nel quale convergono le manifestazioni derivanti dall'immanente masochismo di tanta gente, dalla reazione terapeutica negativa, e dal senso di colpa dei nevrotici, non si potrà più continuare a dar credito alla tesi che gli eventi psichici siano dominati esclusivamente dalla spinta al piacere. Questi fenomeni costituiscono prove inequivocabili della presenza,

nella vita psichica, di una forza che per le sue mete denominiamo pulsione di aggressione o di distruzione, e che consideriamo derivata dall'originaria pulsione di morte insita nella materia vivente" (S. Freud, 1937, p. 525).

Limentani ci ricorda, tuttavia, in uno scritto su "La reazione terapeutica negativa", che i primi commenti di Freud sulle reazioni negative erano nello scritto "L'uomo dei Lupi".

Egli congettura che forse il contro-transfert di Freud nel trattamento fallito dell'Uomo dei Lupi, incise sulla visione pessimista di Freud espressa in "Analisi terminabile e interminabile".

Come ricordate, Freud in realtà inizia questo scritto accennando alle continue sofferenze dell'Uomo dei Lupi e al suo ritorno in analisi con Ruth Mack Biunswick.

Spesso gli articoli sulla reazione terapeutica negativa riguardano casi di pazienti con una patologia masochista del carattere.

Il legame comune sembra essere il bisogno di soffrire o di amare attraverso il dolore. Poiché il miglioramento minaccia questo amore, esso spesso rievoca la situazione della reazione terapeutica negativa

Lo scritto di Asch descrive "una varietà di reazioni terapeutiche negative" che enfatizzano il masochismo del paziente.

L'io ideale del paziente è legato alla sofferenza come ad una sorgente di gratificazione narcisistica.

Egli elabora il senso di colpa inconscio non solo con desideri edipici, ma anche con desideri preedipici. Rosenfeld estende il coinvolgimento dell'era pre-edipica alle reazioni terapeutiche negative.

Egli descrive l'attacco al sé derivandolo da una relazione oggettuale interna, dove la parte dipendente è attaccata dall'immagine materna che non permette indipendenza. All'interno dell'analisi queste relazioni oggettuali interne compromettono sia il transfert che il controtransfert.

Il capire le reazioni terapeutiche negative di pazienti con patologia masochistica del carattere, di solito comporta l'analizzare il proprio contro-transfert in termini di relazione oggettuale presente a quel tempo nell'analisi, come pure comporta l'analizzare il transfert del paziente.

Nel suo scritto, "The role of object relation in moral masochism" Bernard Berliner descrive il dramma del masochista.

Egli utilizza sia il punto di vista della psicologia dell'io che quello della relazione oggettuale.

Il masochista, secondo Berliner, ripete la relazione traumatica originaria dove egli è odiato dall'oggetto che ama e di cui ha bisogno.

Il masochismo è guidato non tanto dal suo odio quanto dall'amore per l'oggetto che lo ha odiato. Se rievochiamo la storia edipica, Laio all'insaputa di Giocasta tenta di far uccidere suo figlio.

Che cosa significa per il piccolo Edipo che il padre tenti di ucciderlo? È facile per noi vedere il masochismo del paziente come derivante dal proprio sadismo piuttosto che dall'odio dei genitori.

Che cosa può fare un figlio se non ripetere senza fine il dilemma di cercare di guadagnarsi l'amore della madre e/o del padre che lo odia? Le relazioni libidiche sono poi basate sulla relazione oggettuale originaria: per essere riconosciuti si deve essere odiati.

Non sorprende allora che nella relazione interna con il super-io il trauma originario si ripeta.

Il paziente si identifica senza fine con l'aggressore e, attraverso una ripetizione della relazione originaria, punisce se stesso inesorabilmente con un bisogno di essere odiato dal super-io che ora è interiorizzato.

L'odio che rivolge su se stesso è una riedizione della relazione oggettuale originaria dove il soggetto cerca l'odio dell'oggetto.

E proprio questa relazione che si riattiva nel transfert quando le difese contro le relazioni traumatiche originali divengono oggetto di elaborazione. Il paziente continua a lottare per far sì che l'analista lo tratti come egli veniva trattato originariamente.

Solo il paziente conosce la mancanza di amore che include una crudeltà aperta ma anche sottile, ed un rifiuto.

Secondo il modello originario qualsiasi altra cosa non è vera.

Nella tragedia esistenziale in corso, il paziente proietta amore piuttosto che ostilità verso il genitore.

Si sente meritevole di quell'odio, perché è dovuto alla sua cattiveria iniziale, non al desiderio, da parte dei genitori, di punire e, di fatto, distruggere il bambino.

C'è qualcosa in questo che evoca in noi un desiderio controtransferale di distruggere la natura opprimente del trauma originale dal quale, io credo tutti noi desideriamo fuggire.

I tratti del carattere masochista sono formazioni di compromesso che soddisfano i bisogni di una varietà di funzioni psicologiche (Brenner, 1959).

Oltre a rispondere a bisogni difensivi connessi coi primi rapporti genitore-figlio, come Berliner dice, il masochismo può anche soddisfare scopi narcisistici.

L'ideale stesso dell'lo si basa spesso sulla capacità di soffiare. Quindi, più grande è il proprio martirio, più grande è il piacere narcisistico.

Come disse una volta un paziente: "Più grande è il dolore, più mi piace!

Un altro scopo narcisistico che spesso può essere raggiunto attraverso la struttura masochistica del carattere può essere rappresentato dalle delusioni di onnipotenza che supportano un'autostima fragile (Novick & Novick, 1990).

Spesso la resistenza a rinunciare a questo desiderio di onnipotenza è molto grande e può insidiare l'intero trattamento psicoanalitico.

Il masochismo, oltre a servire una varietà di funzioni psicologiche, può anche presentarsi sotto varie forme in un'analisi.

Qualsiasi sia la forma, rigide tendenze masochistiche di solito frappongono una seria resistenza all'analisi dall'inizio fino a tutta la fase terminale.

Spesso l'elaborazione delle resistenze comporta per il paziente la messa in atto di determinate reazioni al trattamento.

Sebbene questo potrebbe, in senso stretto, essere catalogato come contro-trasfert, ciò che io ho più in mente sono gli scritti recenti che riguardano la messa in scena di un setting analitico.

Mentre nel passato il contro-trasfert doveva essere evitato (Reich A., 1966), durante gli ultimi 20 anni il concetto si è esteso ad includere l'intero spettro delle reazioni emotive nei confronti del paziente.

Recentemente Jacobs Boesky e altri hanno descritto con maggior profondità la natura dell'interazione tra analista e paziente.

Uno scritto di Sandler unisce la prima nozione di contro-trasfert con la concettualizzazione più complessa di rappresentazioni (On role-responsiveness, 1976).

Il paziente, Sandler dimostra, induce l'analista ad espletare un certo ruolo transferale che gli viene imposto. Jacobs (1991) suggerisce che l'analista possa essere inserito in un ruolo e anche possa mettere in atto una relazione di ruolo sul paziente.

Le rappresentazioni secondo Jacobs, sono come altri atti psichici, formazioni di compromesso che includono le funzioni dell'lo e del super-lo, come pure investimenti, fantasie inconscie e desideri.

Sia nel paziente che nell'analista la componente inconscia ha bisogno di essere analizzata allo scopo di scoprire e trattare resistenze sconosciute in precedenza come pure i desideri.

Nel comprendere l'azione reciproca delle rappresentazioni, si può rivelare un ricco e sottile strato di resistenze che altrimenti potrebbe svilupparsi in ostacoli o reazioni terapeutiche negative.

Descriverò esempi specifici di lavoro con pazienti masochisti nei quali il capire le rappresentazioni reciproche ha condotto ad un progresso del lavoro analitico.

Con la signorina A., una studentessa universitaria diciannovenne che era recentemente entrata in ospedale, mi sono trovato in una situazione imbarazzante.

Quando inizio il trattamento, ci sono di solito il tempo e lo spazio emozionale per lasciare che le cose si sviluppino naturalmente senza troppe interpretazioni profonde.

Il paziente ed io lentamente arriviamo a conoscerci reciprocamente mentre il paziente scivola in una graduale regressione dicendo ciò che gli viene in mente. Tuttavia con la signorina A. mi sono trovato, per varie ragioni oggettive e soggettive, ad essere più attivo.

Era stata trasferita da poco nel nostro centro da un altro ospedale. Questi erano i suoi primi ricoveri ospedalieri dopo essere stata paziente ambulatoriale per due anni e mezzo con una frequenza bisettimanale. Era diventata sempre più depressa e con manie suicide mentre si erano sviluppati degli ostacoli nella terapia con il suo terapeuta ambulatoriale.

Subito dopo la sua ammissione al Centro di Austen Riggs quando anche fra lei e il suo nuovo terapeuta si manifestò un ostacolo, dapprima fui chiamato per un consulto e poi iniziai a farle analisi.

Aveva due sorelle e due fratelli. Sua madre era figlia di sopravvissuti dell'Olocausto ed era narcisista e critica nei confronti delle figlie, specialmente della signorina A.; aveva la tendenza a riesaminare le conversazioni così che ciò che veniva pensato come giusto dalla signorina A. era spesso negato e distorto da sua madre. Veniva alterato e per così dire riscritto per adattarsi allo schema mentale della madre.

Non sorprende che la signorina A. trovasse le comunicazioni reali difficili e si aspettasse sempre di essere fraintesa.

Scoprii queste informazioni gradualmente dopo aver incontrato la signorina A. durante parecchi colloqui.

Ciò che mi colpiva di più era come fosse facile che le cose andassero storte e che la signorina A. si percepisse cattiva, e quante silenziose battaglie seguissero, quando la signorina A. si sentiva incompresa e cattiva e il suo terapeuta si sentiva impotente.

Fortunatamente avevo avuto la possibilità di conoscere la signorina A. durante i colloqui con lei, prima di cominciare il suo trattamento analitico. Il suo primo terapeuta nell'ospedale si era imbattuto immediatamente in questa difficoltà, e la signorina A. si era sentita sempre più incompresa e più impotente.

Quando incominciai a lavorare con la signorina A., accostai la situazione con un certo timore e mi trovai ad essere molto attento ai possibili fraintendimenti.

Naturalmente questa posizione vigile da parte mia ebbe anche le sue difficoltà.

La sua storia includeva situazioni in cui era alle prese con uomini che abusavano di lei, riproducendo più la sua esperienza con la madre che con il padre distante e distaccato.

Nella sua analisi ambulatoriale, aveva sempre sentito che il suo terapeuta aveva delle aspettative su ciò di cui doveva o no parlare.

Il silenzio della signorina A. veniva accolto dal silenzio del suo terapeuta che faceva sentire la signorina A. sempre più sola, punita e abbandonata. Il significato di questi ostacoli silenziosi non veniva mai interpretato e per la paziente era una ripetizione del dilemma della sua infanzia con la madre, dove lei si sentiva cattiva e meritevole del disprezzo di sua madre.

Quando incontrai la signorina A., scoprii che il suo silenzio era la manifestazione del fatto che ci si aspettavano da lei certe cose, che lei non poteva fare a causa della sua cattiveria.

M trovai ad essere più attivo del solito perché sentivo la sua paura e volevo attenuarla.

La signorina A. era realmente piccola, e quando si rannicchiava nella sedia, questo evocava desideri da parte mia di blandirla, il che facilitava il mio interpretare le sue violente proiezioni su di me.

Sentivo il desiderio di farle sapere che poteva avere fiducia in me, la qual cosa spesso lei viveva come un'aspettativa che io avevo nei suoi confronti piuttosto che come qualcosa su cui noi dovevamo lavorare.

Essa sentiva automaticamente che, poiché era cattiva, quella sarebbe stata la mia esperienza di lei.

Fui capace di capire questo poiché con lei era facile per me sentire che anch'io dovevo muovermi con precauzione. Finivo per parlare più del solito e, sebbene questo a volte portasse a delle incomprensioni, ciò che era più sorprendente per la signorina A. era che a volte si sentiva veramente capita da me.

Allora ciò che dicevo proveniva più dalla mia intuizione che da un modo tradizionale di lavorare con i nuovi pazienti. Sospetto che la loro impotenza e la storia di terapie fallite evocasse in me un forte desiderio di essere di aiuto e provocasse un più grande coinvolgimento da parte mia. A dire il vero anch'io rispondevo al suo desiderio di avere una presenza paterna più attiva sebbene il transfert negativo materno fosse ciò di cui ero maggiormente consapevole.

La presentazione del suo fallimento, credo, evocava molta attenzione e iperattività da parte mia, il che può avere aiutato a facilitare gli inizi del nostro lavoro.

L'interpretare il suo severo super-lo più attivamente e il capire che la sua sfiducia aveva un senso alla luce dell'esperienza di tutta una vita con sua madre, sembrava permettesse che l'ostacolo potenziale fosse superato.

La sua iniziale "cattiveria" poté essere gradualmente esaminata come la ripetizione della relazione oggettuale interna col suo severo super-lo, che si esprimeva anche nel transfert. La paziente, sebbene a livello conscio fosse desiderosa di accettazione, aveva bisogno di essere considerata cattiva da me.

Inizialmente si sentiva cattiva e incapace di fare ciò che le richiedevo e cioè il parlare. Si sentiva inadeguata ed era convinta del mio disprezzo per lei. Sarebbe stato difficile stabilire un rapporto terapeutico senza esaminare quali fossero le sue aspettative inconscie e il loro rapporto con la sua "cattiveria".

La signorina B. era una giovane donna depressa di 21 anni coinvolta in relazioni con uomini distruttive e prive di intimità. Aveva avuto una storia di abuso sessuale, dall'età di quattro fino a sedici anni, col patrigno. Era la maggiore di quattro, con due fratelli. Il padre biologico abbandonò la famiglia quando lei aveva tre anni. Sua madre ebbe parecchi ricoveri ospedalieri psichiatrici durante l'infanzia.

Quando la madre lavorava la signorina B. veniva lasciata a casa sola col patrigno e con le responsabilità dei bambini più piccoli quando divenne grande. Si nascondeva spesso nel gabinetto; ricordava di essere stata fatta uscire a forza, essere stata costretta ad avere rapporti sessuali orali e minacciata se avesse mai parlato di questo. È probabile che anche la sorella più giovane fosse stata violentata dal patrigno.

Quando venne in terapia all'età di 21 anni, era molto disorganizzata e stava avendo sintomi psicotici di spersonalizzazione come lo sperimentare che le mani le diventassero insanguinate sotto la doccia. Usava il sesso come arma aggressiva contro gli uomini e viveva in situazioni di promiscuità. Divorava letteralmente gli uomini sessualmente. Prima che la terapia iniziasse era in grado di godere sessualmente. Più tardi, tuttavia, nel corso della terapia, gli orgasmi diventavano difficili da raggiungere.

Quando la vidi per la prima volta, aveva manie suicide era incapace di lavorare ed era incapace di impegnarsi in relazioni significative o a lungo termine. Aveva però un paio di amiche intime.

Durante il primo anno di trattamento ebbe grande difficoltà a parlare delle sue esperienze intime. Soleva sedere silenziosamente con la testa piegata, mentre torceva continuamente ciocche di capelli. Stavo seduto, guardavo, inghiottivo e non sapevo che cosa dire. Spesso c'erano telefonate disperate a tarda notte. La mia esperienza della signorina B. a quest'epoca era di inquietudine e grande ansia. Spesso durante le telefonate notturne, da un lato mi sentivo sollevato che si fosse messa in contatto con me, e che la minaccia di suicidio fosse per il momento eliminata. D'altra parte a volte mi sentivo attaccato e sopraffatto ed ero spesso preoccupato del suo stato di disperazione.

Chiedevo ad alta voce a me stesso, o ai miei colleghi, se questo fosse o no far sopravvivere il mio "furor sanandi" o fino a che punto la terapia analitica potesse essere di beneficio.

Procedevo con cautela e avevo sempre i nervi a fior di pelle; pur tuttavia fui in grado di mantenere la speranza per il suo futuro finché anche quella divenne tenue. Ci fu un'occasione in cui dovetti ricoverarla in ospedale poiché aveva un forte impulso a finire fuori strada con l'auto.

Questa preoccupazione durò almeno un anno e retrospettivamente penso che fosse la sua buona volontà di tentare di formulare chiaramente la sua esperienza interna, che mi diede il coraggio di procedere. Fu anche capace di sviluppare un fenomeno transitorio che alleviò alcune mie paure e la mia disperazione.

Durante la mia assenza incominciò a scrivermi lettere e ciò straordinariamente si sviluppò in una potenziale carriera letteraria. In queste lettere venivano elaborati il processo primario e le fantasie sado-machistiche in cui essa esprimeva il desiderio intenso di tagliarsi e di vedere sgorgare il sangue allo scopo di provare dolore così che avrebbe saputo di essere viva. La natura primitiva di questa documentazione era a volte tanto affascinante quanto terrificante.

Mi ricordai di quando curavo bambini piccoli gravemente ustionati, quanto fosse orribile vedere le ferite e tuttavia quanto si dovesse essere molto delicati nel pulire e medicare le scottature. Questa era una posizione di compromesso tra i miei desideri distruttivi e riparativi. Sentivo di aver bisogno di avere un atteggiamento simile nel mio rapporto analitico lavorando con la signorina B. Quando esprimeva le sue violente immagini, da un lato trasalivo quasi inorridito, tuttavia sapevo che avevo bisogno di offrirle un atteggiamento comprensivo. Durante questo periodo di tempo, essa aveva anche rapporti con uomini che la trattavano sadicamente. Anche questo fece sorgere in me un desiderio di salvarla e soccorrerla, il che a volte interferiva con il mio tentativo di capire ciò che questo esprimesse.

Quando mi concentravo a volerla proteggere, ciò portava spesso a danni più gravi. Tuttavia, quando fui in grado di vedere la natura transferale delle sue azioni, ciò le permise di esprimere la sua rabbia verso di me come transfert della figura paterna che abusa o della madre che abbandona. Come potete immaginare, a volte il transfert negativo era molto intenso e la rabbia primitiva veniva diretta verso di me. Ciò era meno problematico per me che il suo comportamento masochistico che la metteva in situazioni dannose con uomini che non si interessavano per niente a lei. Quando usava gli uomini per i suoi propositi sadici, mi preoccupavo e solo quando fui capace di vedere la natura transferale dell'assalto e di interpretarlo, diminuirono gli impulsi verso questo tipo di azione.

Con il passare del tempo, per merito di una migliore interiorizzazione e strutturalizzazione, essa fu più capace di regolare i suoi sentimenti. Di conseguenza, la disperazione fu sostituita da tendenze più tranquille ed io potei riprendere il mio atteggiamento analitico più normale. Era un periodo di grande sollievo questo paragonato alla fase precedente: allora c'era una combinazione di disperazione e di ansia che lo avevano reso un periodo emozionalmente intenso.

Tuttavia, in questo periodo più recente, la paziente portava soprattutto materiale edipico. Per la prima volta provava difficoltà a raggiungere l'orgasmo e presentava la seguente fantasia: "Voglio fotterti, realmente stritolarti, così sai come ci si sente ad essere sotto il controllo di un altro. Ci foteremo e io non ti lascerò mai andare. Avrò il tuo pene nella mia vagina e tu sarai in trappola per sempre non essendo mai in grado di scappare".

Poiché la signorina B. si identificava nell'aggressore, io mi identificavo nella vittima. Mi ricordo di essermi sentito intrappolato come potrebbe sentirsi una bambinetta che è stata stuprata, costretta con la forza, incapace di muoversi, assolutamente indifesa e impotente.

Mentre formulavo ciò a me stesso, mi sentivo divorato e poi sputato fuori, usato e interamente inghiottito eccetto qualche pezzo di pelle. Era orribile. Sentii che godeva del suo potere e potei permettermi di sentirmene spaventato.

Questo segnò un importante cambiamento nella relazione terapeutica.

La signorina B. si era sempre identificata col suo sadico patrigno, ma in precedenza aveva messo in atto relazioni con uomini dannose e autodistruttive. Ora invece di viverle, essa poteva portare la fantasia inconscia nel transfert e farmi sentire la piena forza della sua rabbia. Solo ora che aveva sviluppato un Sé con strutture psichiche più salde io mi potevo permettere di regredire. Oltre alla sua aggressività e senso di colpa, la sua originaria impotenza poteva essere ora interpretata più completamente poiché ora ero capace di sperimentarla io stesso. Prima, quando era così disorientata a causa del prevalere del processo primario dovevo essere l'ancora alla realtà, per ricordarle il presente così che lei non perdesse interamente il contatto con esso.

Mi chiedo fino a che punto, quando lavoriamo con pazienti seriamente regrediti, noi abbiamo bisogno della nostra realtà psichica per rimanere senza pericoli in modo sicuro nel processo secondario e non regredire fino al punto di sentire il pieno orrore delle messe in atto sadomachistiche. Retrospectivamente, vedo che mi rifugiavo nell'essere l'osservatore analitico allo scopo di proteggere il mio Sé infantile dal sentire la violenza piena dell'orrore.

Il signor C. era un omosessuale di 41 anni, molto depresso, con impulsi suicidi di vecchia data. Quando lo vidi la prima volta sembrava attraente, intelligente, serio, molto depresso, inquieto e bisognoso. Sentii che stava cadendo a pezzi ed ero preoccupato all'idea che sarebbe stato troppo esigente. Le sue preoccupazioni immediate riguardavano il suo amante che era malato di AIDS. Sentii un brivido di freddo mentre ascoltavo la sua storia. Aveva trascorso un'infanzia solitaria ed isolata. Sua madre era stata sola e ipocondriaca e spesso rimaneva a letto. Il sig. C. si era sempre sentito tagliato fuori dall'esistenza della madre. Quando la voleva avvicinare con i suoi desideri lei l'accusava di farla ammalare. Egli si sentiva responsabile delle sue varie malattie e della sua non disponibilità.

Suo padre era dal punto di vista emotivo espansivo e variabile negli stati d'animo. Poteva essere sia spaventoso e fisicamente offensivo che seducente. Era solito fare la doccia con suo figlio e spesso giacevano a letto insieme. I suoi genitori litigavano aspramente per le loro precarie finanze, poiché suo padre giocava d'azzardo. La madre di C. era solita arrabbiarsi e lasciarlo per brevi periodi di tempo.

La sorella maggiore lo tormentò per gran parte della sua fanciullezza e lo obbligava ad accarezzarla sessualmente.

Le sue fantasie omosessuali erano di natura masochistica: in esse di solito era obbligato a sottomettersi ad un uomo con un enorme pene.

Sebbene traumatizzato dalla propria omosessualità per tutta l'adolescenza, non divenne seriamente depresso che a vent'anni. Sua madre si ammalò di cancro al seno quando egli aveva 18 anni e morì quando ne aveva 21. Suo padre divenne depresso, beveva molto e si suicidò tre mesi dopo. Da allora il sig. C. è depresso e si sente responsabile della morte dei suoi genitori. Incominciò l'analisi a 22 anni per affrontare la propria depressione e la propria omosessualità. Il silenzio del suo analista lo faceva sentire più impotente, poiché rappresentava il tirarsi indietro di sua madre e così interruppe il trattamento dopo il primo anno.

Sebbene fosse un uomo d'affari, aveva la segreta ambizione di diventare uno scrittore. A circa venticinque anni incontrò John ed essi vissero insieme per dieci anni fino alla morte recente di John per AIDS. La malattia capitò all'improvviso portandolo ad un rapido declino. John soffriva molto ed era sfigurato prima di morire. Il sig. C. era molto presente durante la malattia di John. Si sentiva responsabile della malattia di John e si sentiva terribilmente colpevole senza essere interamente consapevole di sentirsi colpevole. Quasi immediatamente dopo la morte di John, si innamorò di Tim già colpito del virus HIV, ma non ancora malato.

Quando udii questo, provai un senso di freddo che si intensificò fino ad una totale mancanza di sensazione.



L'impulso del sig. C. verso la morte era palpabile. Il medico personale del sig. C. non gli raccomandò di sottoporsi ad esami di sieropositività perché era monogamo.

Una reazione da controtransfert incominciò appena udii dell'AIDS, inconsciamente mi ritrassi in un atteggiamento tipico del medico.

Ascoltai attentamente e con obiettività e lo aiutai a piangere la malattia e la morte di John che rimanevano dietro questo interesse per Tim come una presenza sentita ma non vista. Mi scoprii preoccupato da ansie per la sua salute fisica, sebbene avesse recentemente visto il suo medico e gli fosse stato dato un certificato chiaro di buona salute. Un paradosso si rivelò mentre ero fuori seduta analitica: studiavo a fondo la biologia, epidemiologia e il trattamento dell'AIDS. Parlavo ai colleghi medici mentre pensavo al futuro del signor C. Tuttavia ero incapace di ricordare i dettagli delle sedute, specialmente i mutamenti affettivi.

A quel tempo ero consapevole che la mia funzione empatizzante era temporaneamente sospesa. Solo quando mi svegliavo di notte pensando al sig. C. mi rendevo conto del mio controtransfert. Ero abituato ad essere un medico che rifuggiva dall'essere coinvolto emotivamente. Ricordavo pazienti durante il mio internato che stavano morendo e che non potevo salvare, specialmente la signora J.

Era una donna di circa trent'anni con due bambini piccoli. Mi ricordo che mi sentivo impotente mentre studiavo a fondo la biologia della chemioterapia. Anch'io a quell'epoca avevo due bambini piccoli. Solo più tardi durante le mie analisi di tirocinio divenni consapevole della mia identificazione con la signora J.

Nello stesso modo stavo cercando di fuggire dai miei stessi problemi di mortalità, poiché il sig. C. ed io eravamo pressappoco della stessa età. Anche il sig. C. mi piaceva. Era spiritoso e colto e tuttavia resisteva a sperimentare la mia fantasia che anche lui sarebbe morto di AIDS. La mia fantasia di salvazione, che ho menzionato prima, mi motivava a ritirarmi. Questo fu sperimentato anche dal sig. C. come una ripetizione della sua esperienza analitica precedente. Divenni consapevole del mio rifiuto affettivo e ripresi ad ascoltare empaticamente.

Tre anni dopo anche Tim morì e tutte le vecchie perdite e il senso di colpa ritornarono con pieno terrore. Durante l'intervallo il suo masochismo e desiderio di morire poté essere compreso a più livelli. In profondità, egli si identificava con sua madre e si sentiva responsabile per la sua morte e per la sua precedente malattia.

Divenne anche consapevole della sua rabbia contro di lei ma era terrorizzato di non essere depresso poiché allora, come nella fanciullezza, era senza di lei. Il prendersi cura di John prima e di Tim poi rappresentava i suoi tentativi di salvare sia lei che il padre.

Dopo la morte di Tim morì anche il suo vecchio medico e il suo nuovo dottore insisteva che si sottoponesse al test dell'AIDS perché ora si sarebbe potuto usare l'AZT per mitigare l'attacco iniziale della malattia se fosse stato contagiato. Finalmente l'avrebbe saputo.

I suoi esami risultarono positivi. Egli poi raccontò la seguente fantasia: si sentiva gravido. Si ricordò di quando il preservativo si ruppe quando aveva il pene di Tim dentro di sé. Ora portava il bambino di Tim, il virus dell'AIDS. Mentre ascoltavo, rimasi sbalordito. Anziché paura, provavo piacere.

Il sig. C. sperimentava la gioia della gravidanza sebbene egli fosse gravido di morte e non di vita. Inconsciamente mi ritrassi per paura e per rabbia. Solo più tardi capii ciò che inconsciamente era stato messo in atto.

In tutta l'analisi del sig. C., una cosa mi aveva sorpreso. Sebbene cercassi, non riuscii a scoprire la sua identificazione con l'aggressore.

Per quanto cercassi vidi solo il bisogno di soffrire piuttosto che il desiderio di vendetta.

Fino ad allora non mi ero preoccupato di un possibile contagio ed evitavo una manifesta isteria da AIDS. Tuttavia, il fine settimana che seguì alla seduta in cui aveva rivelato la sua fantasia di gravidanza, stavo

facendo pulizia nel cortile e mi tagliai un dito. Lavai il dito in fretta ed ebbi un attimo di paura di prendere l'AIDS. Quando vidi la mia reazione esagerata, riflettei sulla fantasia del sig. C.

Ora ero in grado di vedere ciò che avevo represso: la vendetta del sig. C.; ora mi sentivo la vittima passiva, che era stata presa per il naso.

Ero stato stuprato e reso gravido. Ora la mia fantasia complementare era consapevole: anch'io ora ero gravido di morte. La mia consapevolezza nascente dell'aggressione sepolta in precedenza, poteva ora essere analizzata più interamente, poiché il peso del suo rigido super-Io diminuiva. La rabbia poteva ora essere espressa verso i suoi genitori, amanti, analista e sorella per non parlare del destino. Egli terminò la sua analisi parecchi mesi dopo, meno depresso ma triste e timoroso di prendere l'AIDS alla fine. Incominciò a prendere AZT, ad abbandonare gli affari, a spostarsi verso un clima più caldo e incominciò a scrivere a tempo pieno. Mi chiedevo se egli stesse anche proteggendo me dall'affrontare la morte più intimamente.

E masochismo, come pure la psicoanalisi stessa, possono essere visti attraverso molte lenti. Pazienti con forti tendenze masochistiche continuano ad essere tra le sfide più difficili e pertanto potenzialmente più gratificanti. Le lenti che io usai furono quelle delle reciproche complementarietà dei vissuti, del paziente e dell'analista. Tale interrelazione, sebbene sia spesso nascosta, può essere portata a coscienza. Indagare le proprie reazioni attraverso l'autoanalisi risulta dunque una operazione fondamentale. Come disse Freud: "Qualsiasi persona che può apprezzare l'alto valore della conoscenza di sé e accrescere il proprio autocontrollo acquistando pertanto forza di volontà, quando l'analisi sarà finita, continuerà l'esame analitico della sua personalità nella forma di auto-analisi e sarà contenta di rendersi conto che nel suo interno come pure nel mondo esterno, essa deve sempre aspettarsi di trovare qualcosa di nuovo".

## BIBLIOGRAFIA

- Asch S.S. (1976) *Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique* J. Amer. Psychoanal. Assoc., 24, 2, pp. 383-407.
- Berliner B. (1958) *The role of object relations in moral masochism* The Psychoanalytic Quarterly, 27, pp. 38-56.
- Boesky D. *Enactments, acting out, and considerations of reality* Paper presented on Panel of Enactments meeting of the American Psychoanalytic Association.
- Brenner C. (1959) *The masochistic character: genesis and treatment* J. Amer. Psychoanal. Assoc., 7, pp. 197-226.
- Freud S. (1912) *Recommendations to physicians practicing psychoanalysis* S.E., XII, London, Hogarth Press, 1958, trad. it. *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* in *Tecnica della psicoanalisi OSF*, vol. VI, Boringhieri, Torino, 1974.
- Freud S. (1937) *Analysis terminable and interminable* S.E., XXIII, London, Hogarth Press, 1964, trad. it. *Analisi terminabile e interminabile* OSF, vol. XI, Boringhieri, Torino, 1979.
- Jacobs T.J. (1991) *The use of the Self* Madison, CT.: International Universities Press.
- Limentani A. (1981) *On some positive aspects of the negative therapeutic reaction* Int. J. Psycho-Anal., 62, pp. 379-390.
- Novick J. and Novick K.K. (1991) *Some comments on masochism and the delusion of omnipotence from a developmental perspective* J. Amer. Psychoanal. Assoc. 39, 2, pp. 307-331.
- Olinick S.L. (1964) *The negative therapeutic reaction* Int. J. Psychoanal., 45, pp. 540-548.
- Sandler J. (1976) *Countertransference and role-responsiveness* Int. Rev. Psycho-Anal., 3, pp. 43-47.
- Volkan V.D. (1985) *Becoming a psychoanalyst* in J. Reppen (eds.) *Analysts at work* Hillside, NJ: the Analytic Press.