

La psicoterapia delle psicosi nel training psicoanalitico

Eberhard Jung, Berlino

Credo che un breve excursus storico sulla psichiatria dinamica sia importante per mostrare l'evoluzione che ha portato alla situazione su cui si basa il nostro lavoro attuale.

È noto che i prodromi o gli inizi di una psichiatria dinamica si possono far risalire ai medici stregoni e agli sciamani dei popoli primitivi. Già essi infatti curavano e guarivano con mezzi psicologici. Ma la concezione dinamica, in particolare nell'ambito della psichiatria, ha subito nel tempo numerose metamorfosi ed è stata sempre trattata in modo estremamente ambivalente, come un bambino antipatico. Le scoperte nel campo della fisica e della chimica o della fisiologia sono state in genere accettate molto più facilmente. L'approccio dinamico nella psichiatria è stato particolarmente trascurato nei periodi in cui c'è stata una ipertrofia delle scienze naturali. Questo fenomeno può essere facilmente documentato con un esempio dei nostri tempi, se seguiamo la marcia trionfale degli psicofarmaci lungo la via della loro diffusione e la confrontiamo con il gran numero di interventi che sono stati necessari perché il pen-

siero dinamico trovasse spazio nell'ambito della psichiatria. Ma ancora oggi ha un posto sicuro solo in pochi luoghi. Nonostante continui pericoli e le continue crisi, si può tuttavia seguire un'evoluzione costante dagli inizi fino ai sistemi dinamici dei nostri tempi.

100 anni fa sembrava che finalmente il bando fosse venuto meno.

Allora le speranze furono grandi, ma ben presto seguì un nuovo declino. La cosiddetta scuola psichiatrica ha continuato a proliferare in contrapposizione con la concezione dinamica all'interno del suo campo specialistico e ha fissato dei limiti ancora più netti. Così la psichiatria e la psicoterapia si sono trovate l'una di fronte all'altra come due fratelli nemici. Le oscillazioni che hanno caratterizzato i primi seri tentativi di una psichiatria dinamica, sono alimentate e sostenute dalla netta opposizione coscientemente tracciata tra soma e psiche. Anche in Germania la psichiatria e la psicoanalisi seguono vie del tutto separate.

Tanto più bisogna deplorare il fatto che le ricerche condotte alla clinica psichiatrica Burgholzli di Zurigo a cavallo del secolo non abbiano portato a una svolta all'interno della psichiatria (1). Bleuler collegò con l'arrivo di C. G. Jung a questa clinica nel 1901 l'espresso desiderio di analizzare l'inconscio dei pazienti schizofrenici tramite l'esperimento di associazione, e con ciò fu posto chiaramente l'accento sull'importanza della psicodinamica. Particolare menzione meritano anche psichiatri americani come Brill, Peterson e Putnam, che molto prima della prima guerra mondiale hanno collegato la psicoanalisi con la psichiatria americana.

C. G. Jung ha un posto importante tra i pionieri della psichiatria dinamica. Con la sua analisi dell'inconscio indipendentemente dalla psicoanalisi, anch'egli riprese la dualità caduta in oblio di psiche « conscia » e « inconscia » e sottolineò l'importanza del « rapporto affettivo » nella relazione con il paziente. Merita la nostra attenzione il principio umanitario sostenuto in particolare dalla scuola di Zurigo. Già

(1) E. Jung, « Ueber den Beitrag der Analytischen Psychologie C. G. Jungs zur psychiatrischen Forschung », *Zeitschrift für Analytische Psychologie*, 4, 2, 1973, p. 105.

nelle prime opere psichiatriche di Jung troviamo ripetuti accenni al fatto che il clima psicologico della clinica rappresenta tutt'altro che un lusso superfluo. Tutto ciò che forma questo clima è una componente essenziale delle misure terapeutiche che influiscono sui pazienti. Oltre ad esternare la sua alta esigenza scientifica e il suo livello elevato, Jung non ha mai esitato a esprimersi sui problemi terapeutici quotidiani. In forma assai polemica egli critica i continui tentativi di somatizzare la schizofrenia: « il malato mentale... è un essere umano, che soffre come noi di problemi che sono di tutti gli uomini, e non è una macchina cerebrale che abbia avuto un guasto ... Se cerchiamo invece di immedesimarci nei segreti umani del malato, anche la follia svela il suo sistema, e noi riconosciamo nella malattia mentale soltanto una reazione insolita a problemi affettivi che non sono estranei a nessuno di noi »

(2) C. G. Jung, « Il contenuto della psicosi », *Psicogenesi delle malattie mentali (Opere, 3)*, Torino, Boringhieri, 1971, p. 171.

(3) C. G. Jung, « Die Familiäre Konstellation », *Gesammelte Werke Band 2*, Zurich, Rascher - Verlag, 1979, p. 488.

(4) H. K. Fierz, « Klinik und Analytische Psychologie », *Studien aus dem C. G. Jung - Institut Zürich*, Rascher-Verlag, 1963, vol. XV.

(5) C. T. Frey-Wehrin, « Behandlung chronischer Psychosen », *Analyt. Psychol.*, Basilea, Karger-Verlag, 1978, vol. 9, 2. p. 132.

(2). Dei suoi lavori di ricerca con l'esperimento di associazione di parole riguardo all'analisi della schizofrenia deve essere citato qui solo lo studio fatto insieme con Emma Furst, poiché esso merita attenzione in relazione con la terapia familiare, riconosciuta oggi tanto come campo di ricerca quanto come metodo terapeutico (3).

Come psicologi analisti dobbiamo segnalare come omissione e deplorare il fatto che non sia stato continuato il lavoro di allora per la sua importanza per la ricerca psichiatrica e l'ulteriore evoluzione. Non si devono però dimenticare le poche eccezioni — come le opere scientifiche di Fierz (4) e di Frey-Wehrin (5). Jung stesso, che fino alla sua morte ha rivolto il proprio interesse scientifico alla schizofrenia, nel corso degli anni ha ridotto molto il lavoro terapeutico con gli psicotici. In questo senso anch'egli appartiene ai terapeuti della psicosi inizialmente molto impegnati, che si sono poi ritirati dalla clinica psichiatrica dedicandosi prevalentemente alla terapia dei disturbi nevrotici.

Ancora oggi la maggior parte dei colleghi, durante il periodo di training per diventare psicoterapeuti analisti, si trovano di fronte all'opposizione tra psi-

corsi di training. Ben presto anche quei colleghi che per anni si sono dedicati con interesse alla psicoterapia delle psicosi si limitano alla cura delle nevrosi.

Del resto si deve segnalare come un'impressionante prova di carenza il fatto che un training talmente lungo e differenziato e una forma di terapia basata sul rapporto personale tra medico e paziente non siano riusciti a creare, a offrire e a comunicare le premesse necessario per la terapia delle psicosi e per il rapporto con questo gruppo di pazienti.

Generalmente i didatti favoriscono negli allievi le riserve mentali piuttosto che un confronto critico con tale problema. In ogni caso, una specializzazione nella psicoterapia delle psicosi esclude il corso di training per diventare psicoanalista. Quando un collega inizia precocemente a curare le psicosi, la sua attività viene guardata con particolare sospetto. Non ci si fida di lui e si esamina attentamente se dietro l'interesse specialistico e dietro il suo lavoro quotidiano non sia riconoscibile un'ostinazione maggiore di quella che gli è concessa durante il corso di training. In ciò probabilmente ha un ruolo preciso il fatto che a volte i colleghi che si dedicano alla psicoterapia sono particolarmente originali e ostinati. Così accanto alla critica che un collega nella sua attività di analista lavori « in maniera troppo psichiatrica », c'è anche quella che egli nel suo lavoro di psichiatra sia « troppo analista ».

Nella grande clinica psichiatrica da me diretta, che con la sua disponibilità di 950 posti letto è competente per la completa assistenza territoriale di 5 circoscrizioni di Berlino, abbiamo sviluppato una concezione terapeutica con cui cerchiamo di realizzare sia i compiti terapeutici che il training.

A causa di vari problemi che si presentano, abbiamo predisposto un'articolazione funzionale oltre a quella settoriale. Così dei pazienti scelti conformemente alle loro esigenze terapeutiche particolari possono essere curati con una psicoterapia basata sulla psicologia del profondo. Accanto a una specifica unità di reparto per la terapia delle malattie nevrotiche,

competente per tutta la clinica, è a disposizione di ogni divisione un reparto per la cura psicoterapeutica di quelle malattie nevrotiche e psicotiche per le quali la psicoterapia analitica in senso proprio non è indicata.

Questo reparto, che può ospitare 30 pazienti, accetta persone o per ricovero diretto o per trasferimento dai reparti chiusi. Per creare un'atmosfera che sia il più possibile vicina alle condizioni della vita reale fuori della clinica, vengono ricoverati insieme donne e uomini, insieme con altri pazienti di età diversa. Oggi abbiamo alle spalle un'esperienza di oltre 10 anni per valutare l'efficacia del nostro lavoro (7). Naturalmente, nel corso degli anni abbiamo modificato il nostro metodo terapeutico, nella misura in cui noi stessi siamo cambiati. In questo senso è ovvio che prendiamo le mosse da una divisione psichiatrica o da un'unità di reparto come gruppo dinamico, il cui lavoro è espressamente e prevalentemente determinato dalla necessità del cambiamento e dall'ulteriore evoluzione.

Naturalmente tale progetto può riuscire solo se vengono inclusi tutti coloro che prendono parte alla terapia come collaboratori. Qui posso solo accennare all'importanza del positivo processo di evoluzione dei collaboratori non medici. In ogni caso, nel corso di parecchi anni si è riusciti a sviluppare un'atmosfera di fiducia, di muta sincerità e di interesse reciproco, alla cui creazione partecipano i pazienti e i collaboratori in ugual misura.

L'evoluzione avvenuta negli ultimi anni si può schematizzare nel modo seguente:

Se partiamo dai desideri regressivi molto forti di un gruppo di pazienti ricoverati per una terapia clinico-ospedaliera, allora non ci meravigliamo dei desideri regressivi che talvolta si manifestano perfino con distorsioni estreme dopo un'assistenza e un sostegno passivo. Il fatto che questi desideri non possano e non debbano essere soddisfatti porta necessariamente alla manifestazione di malumori e insoddisfazioni, delusioni e rimproveri. Dopo che ci è diventata chiara la rimozione di altre esigenze molto

(7) E. Jung, « Interaktion und Beziehung im analytisch-therapeutischen Prozess mit Psychosekranken », *Analyt. Psychol., cit.*, 1979, vol. 10, pp. 23-41.

più importanti ma anche più pericolose, proprio su questo piano materiale o orale, in un primo momento abbiamo assunto su di noi il ruolo della madre che nega e quindi abbiamo dato l'avvio a una lunghissima e produttiva fase di confronto. Con nostra grande sorpresa, in uno stadio successivo si è avuta l'elaborazione della delusione vissuta nei confronti del padre, sia che questi fosse mancato completamente oppure che si fosse ampiamente negato. Ma in ogni caso si era dimostrato troppo debole. I desideri repressi erano così stati mobilitati e si è potuto chiarire in che misura questi fossero stati spostati sul marito e sul partner, che da parte sua — considerato alla luce di questi desideri inconsci — rappresentava la figura del debole. Trascorsi altri mesi, abbiamo potuto lavorare per la prima volta sulla base sicura di un transfert paterno positivo, e con ciò si è creato un contrappeso molto importante all'accentuazione materna, che invece è più forte nel quadro di un orientamento clinico. È relativamente facile riconoscere se nel transfert si cerca prevalentemente la compensazione di un deficit. Attributi come coerente, ordinato, puntuale, scientifico, preciso, aperto, disposto al dialogo, incline, sperimentato, scomodo sono allora vissuti in modo prevalentemente positivo.

Non mi è possibile qui esaminare più a fondo la situazione terapeutica iniziale più difficile, cioè quella dei pazienti a cui manca la percezione di malattia e la motivazione alla terapia. Nelle mie argomentazioni sulla parte cattiva di sé e sull'oggetto cattivo, prenderò in considerazione le basi dell'immagine ostile che si manifesta regolarmente in queste persone e che viene proiettata sulla clinica e sui terapeuti. In questi casi, ai terapeuti si pone il problema di capire da dove essi traggano le premesse e la forza per affrontare quotidianamente una situazione in cui sono rifiutati, oltraggiati, minacciati e attaccati. Si pone qui in tutta la sua portata il problema pressante della qualità del training.

Come cerchiamo allora di risolvere il problema e i compiti del training? Per me non c'è dubbio che la

struttura teorica della psicologia analitica e le esperienze pratiche acquisite con il suo uso terapeutico offrano delle premesse sufficienti per un modello integrativo.

La psicoterapia delle psicosi, in particolare nel quadro specialistico di un ricovero in clinica, richiede l'inclusione della psicoterapia di gruppo, che è stata troppo a lungo screditata e trascurata, particolarmente dalla psicologia analitica. Con essa però è strettamente collegato il pensiero dinamico della psichiatria. Le riserve della psicologia analitica nei confronti della terapia di gruppo risalgono essenzialmente alle argomentazioni molto critiche di C. G. Jung. Egli non solo ha messo in evidenza la coppia di opposti collettività-individuo o società-personalità, ma per lungo tempo ha semplicemente inteso i fenomeni di gruppo e la dinamica di gruppo sulla base di una psicologia delle masse giudicata in modo negativo e perciò li ha rifiutati come metodo terapeutico. Ancora nella sua opera della maturità *Mysterium coniunctionis* (8) la massa appare come un mostro, che nella sua primitività si distingue per « il primordiale piacere dell'assassinio e l'ebbrezza del sangue ». Queste riserve mentali hanno prodotto in generale un forte effetto frenante, per cui i metodi di terapia di gruppo in un primo tempo sono stati sviluppati solo singolarmente. La psicoanalisi invece ha abbandonato le sue riserve precedenti, e quindi inizialmente ci siamo orientati sulle sue ipotesi e le sue esperienze.

Seifert (9), per primo nella letteratura specialistica in lingua tedesca, ha chiesto che a proposito del nostro metodo non si parli di masse, ma di grandi gruppi: « I grandi gruppi provocano lo sviluppo di metodi e di nuovi punti di vista, che rendono possibile la soluzione di molteplici problemi che spesso sono sicuramente pericolosi. Proprio a questo proposito la psicologia analitica dovrebbe e potrebbe offrire importanti contributi, non da ultimo sulla base della dinamica compensatoria da essa riconosciuta tra coscienza collettiva e inconscio collettivo. L'Io del singolo deve affermarsi tra queste due forze ».

(8) C. G. Jung, *Mysterium coniunctionis*, G. W. 14/2, Zurich, Rascher - Verlag, 1968, p. 117.

(9) Th. Seifert, « Die Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychologie », *Analyt. Psychol.*, 1974, vol. 5, pp. 30-44.

Da ciò Seifert trae la conclusione che « la terapia di gruppo offre la possibilità di elaborare in maniera costruttiva dei problemi centrali della psicologia analitica, cioè quelli del rafforzamento del singolo di fronte ai pericoli dei grandi gruppi »(10).

(10) *Ibidem*, p. 37.

Con la nostra proposta di terapia globale, consistente nella terapia di gruppo, in gruppi grandi e piccoli, ed anche in sedute di terapia familiare e in colloqui individuali, possiamo scoprire importanti compiti terapeutici, poiché essa tiene conto dei diversi interessi dello psicotico. Attraverso la partecipazione dei collaboratori alle singole sedute di gruppo si rivelano dei compiti essenziali del training. L'uso terapeutico della dinamica e dell'interazione nei grandi gruppi è ancora oggi largamente agli inizi. Anche l'opera enciclopedica in 15 volumi « La psicologia del XX secolo » — ogni volume comprende più di 1000 pagine — dedica non più di mezza pagina al tema dei grandi gruppi. Troviamo solo un breve accenno a Leonel Kreeger, che ha riferito le prime osservazioni. Lì Martin Grotjan(11) dice: « Ma finora non si è riusciti né a padroneggiare la tecnica né a superare le difficoltà di descrizione di questo gruppo... Alcune deduzioni e alcuni postulati psicoanalitici del sistema teorico di Melanie Klein diventano chiaramente accessibili all'osservazione diretta nei grandi gruppi. Ma non è sicuro se lo stato attuale della terapia di gruppo permetta già degli esperimenti di ricerca, con cui sia possibile analizzare o anche solo descrivere i processi di gruppo nei grandi gruppi ».

(11) M. Grotjahn, « Gruppentherapie in der psychiatrischen Praxis », *Psychologie des XX Jahrhunderts*, München, Kindler-Verlag, 1980, vol. X, p. 978.

Già da parecchi anni avevamo acquisito importanti esperienze con il modello terapeutico da noi sviluppato, che comprendeva il lavoro in grandi gruppi terapeutici, quando nel 1978 apparve una prima pubblicazione più estesa di Leonel Kreeger proprio sul tema del grande gruppo (12). Nelle esperienze che venivano lì riportate abbiamo trovato un'importante conferma del nostro lavoro. Però avevamo iniziato in un periodo in cui l'uso terapeutico del grande gruppo era ancora quasi sconosciuto. In base alle nostre osservazioni e alle nostre esperienze, possia-

(12) L. Kreeger (Hrsg.), *Die Grossgruppe, Konzepte der Humanwissenschaften*, Ernst Klett - Verlag, 1977.

mo enunciare la tesi centrale che il lavoro terapeutico nei grandi gruppi non mette in pericolo l'individuazione del singolo, ma anzi può favorirla, e che il singolo non soccombe fatalmente all'offerta regressiva e non diventa vittima della sua passività, ma che proprio negli psicotici la regressione ai primi stadi dello sviluppo giova molto alla terapia. Definiamo « grande gruppo » quello formato da circa 25 pazienti di un reparto che ne comprende in totale 30 e consideriamo invece « piccolo gruppo terapeutico », che è stato ben analizzato scientificamente, quello limitato a 5, o al massimo 7-8 partecipanti. Proponiamo questa delimitazione in base alle nostre esperienze, anche se Asch e altri (13) indicano nel numero di 50 partecipanti il confine oltre il quale un piccolo gruppo diventa un cosiddetto grande gruppo. Nell'ordine di grandezza da noi scelto i membri estroversi tendono a dominare le interazioni, mentre quelli introversi si ritraggono. La discussione è meno esplorativa e per mezzo di essa vengono accettate le differenze non risolte tra i membri. Tuttavia, dai partecipanti al gruppo si pretende di più che in ogni altra situazione terapeutica. Il fatto che il gruppo reagisce in modo più arrendevole al leader e al suo intervento rappresenta una tentazione per il leader stesso e un pericolo per il gruppo, nella misura in cui l'istigazione può subentrare al posto della guida. Di regola in una settimana si tengono due sedute del grande gruppo della durata di 60 minuti. Una parte dei pazienti, a causa di precedenti esperienze psicotiche, è già stata curata in altre cliniche o anche nella nostra e così si accerta che le malattie e le terapie precedenti non rappresentano una controindicazione. In questi anni abbiamo accertato che nella maggior parte dei casi il processo dinamico all'interno del gruppo induce molto presto a una collaborazione attiva anche quei pazienti che all'inizio erano ancora incerti sulla motivazione della loro terapia. Per quanto riguarda l'esame di realtà i pazienti comunicano reciprocamente quanto sia importante la loro collaborazione per il successo della terapia.

(13) *ibidem*, p. 117.

Dall'immediatezza dell'esperienza vissuta all'interno del gruppo deriva un influsso così positivo che può essere esercitato solo dai terapeuti in faticosi colloqui individuali con pazienti ambivalenti e fissati nella loro resistenza.

Non possiamo in alcun modo confermare le riserve avanzate da C. G. Jung nei confronti degli esiti dinamici all'interno di un gruppo. Egli le ha motivate con i pericoli a cui l'individuo sarebbe esposto nel gruppo e a cui soccomberebbe troppo facilmente:

1. Rinunzia e mancata percezione della responsabilità personale.
2. Possibilità di essere istigato.
3. Passività.
4. Schivare l'individuazione.

5. Trascuranza della forza creativa dell'individuo. Jung non ha compiuto il passo di dire fino a che punto possano essere utilizzati i rischi e i modi di comportamento del singolo nel gruppo, e ciò è tanto più spiacevole in quanto egli con la sua psicologia analitica ha sviluppato dei concetti teorici praticabili, cioè applicabili nella terapia. Nel grande gruppo, come unità sociale più grande subito dopo la famiglia, vengono rappresentati i valori, i principi e le norme valide in una società più o meno consciamente, ma in ogni caso in modo molto chiaro.

In tale gruppo vengono abbandonati i tabù che proteggono l'intimità della famiglia e così il singolo sulla via della sua autonomia si presenta in pubblico superando le paure che sempre accompagnano questo processo. Egli si libera dalle limitazioni poste frequentemente dalla famiglia e viene così messo in condizione di esporre l'aspetto sociale del suo problema. Quindi il lavoro nei grandi gruppi, in quanto lezione oggettiva per eccellenza, è particolarmente adatto allo studio della coscienza collettiva, delle sue dominanti e in particolare della sua rigidità. Un esempio a questo proposito: due giovani donne comunicano di essere di fronte al problema di potersi e volere far nascere i loro bambini o di dover decidere di interrompere la gravidanza. Chiedono se

un'interruzione non sia perfino logicamente necessaria a causa della loro malattia, cioè a causa della loro attuale situazione di vita e del loro stato di sviluppo in quel momento, in particolare per quanto riguarda l'assunzione di compiti e funzioni materne. Subito si sviluppa un confronto tra i partecipanti maschi del gruppo, da una parte, e queste due donne, dall'altra. Dalla parte maschile viene sollevata la esigenza che una buona madre debba ovviamente accettare il proprio bambino ed anche volerlo fare nascere. È sorprendente che le due donne incinte, in questa situazione vengono lasciate sole, cioè in un primo momento non ricevono alcun tipo di appoggio, neppure dalle altre donne.

Così devono « assumersi la responsabilità » da sole di fronte agli uomini. Esse respingono decisamente la loro richiesta e protestano contro il fatto di dover confermare la loro immagine di donne e di madri, sottomettendosi ad essa. Ben presto diventa chiaro ciò che gli uomini si aspettano dalla buona madre. Ora le partecipanti donne del gruppo sono d'accordo tra loro e proprio per il problema del loro essere donne e madri, che è per loro fondamentale, pretendono qualcosa di più del diritto di partecipare al discorso. Esse si oppongono al fatto che da parte degli uomini vengano loro imposte delle idee morali e dei valori, facendo anche leva sui sensi di colpa e sul sospetto che siano cattive, che non valgano nulla e non siano abbastanza dotate di abnegazione e altruismo. Con ciò non si prende per nulla in considerazione il fatto che le due donne sono lasciate sole dai loro compagni o uomini, anche nella decisione di accettare il bambino o di abortire. Così si rafforza in loro stesse la sensazione di trovarsi nel ruolo del bambino abbandonato, per cui non possono vivere l'esperienza e reagire come donne o madri. Diventa chiaro che esse stesse da bambine sono state deluse e abbandonate dai loro padri. Le loro esperienze negative si ripetono nel rapporto con il partner, con il marito, e ora anche all'interno della situazione di gruppo. Ma questa discussione e il confronto con le norme e i valori che determinano la

coscienza collettiva sono solo apparentemente chiari ed evidenti. Nello stesso tempo — cioè nel corso del processo terapeutico avvenuto nella settimana — il processo dinamico più importante si è svolto sul piano dell'inconscio collettivo.

(14) K. Theweleit, *Man-
nerphantasiën*, Verlag
Stern, 1977, vol. 1 e 2.

Klaus Theweleit, nel libro sulle « Fantasie degli uomini » (14) ha presentato questa tematica e questa problematica in una dimensione storica. L'immagine sbagliata dell'uomo con i falsi ideali dovuti all'educazione è un problema quasi insolubile sia per gli uomini che per le donne. Essi hanno spesso una personalità non sviluppata e infantile e in questo atteggiamento infantile hanno paura — a ragione — come confermano affermazioni simili a questa: « Odio il mio uomo per la sua infantilità, non è un uomo! » L'uomo rimasto infantile non può comunicare alla sua donna la sicurezza desiderata, almeno se ella ha bisogno del suo sostegno e del suo aiuto. « Io ero quasi prossima al parto ed egli prima della nascita stava già nel letto di parto. M'inginocchiai davanti al suo letto e lo implorai di andare al lavoro, affinché avessimo qualcosa da mangiare. Gliene sarei stata molto grata, anche se mia madre aveva sempre preteso gratitudine da me. A questo proposito fino ad oggi non ho capito perché ella mi abbia raccontato per anni che alcuni giorni prima del termine calcolato per la mia nascita per poco non ero caduta nel gabinetto, perché ero venuta al mondo con una nascita improvvisa e precipitosa. Ero affogata nelle feci nel vero senso della parola! »
Si può vedere assai bene la profondità del livello di regressione con l'esempio di un sogno di una delle partecipanti al gruppo:

Ho visto davanti a me grandi vene. Rosse fuori e nere dentro. Ho fatto un balzo e sono rimasta sospesa nella profondità. Le vene andavano nella terra e quando arrivavo alla fine c'erano molti letti in un grande ambiente. I medici erano seduti insieme nel locale ed io parlavo con loro e con i pazienti. Poi volevo ritornare. Ma la strada era sempre ostruita da barriere elettroniche. Lì accanto c'erano alcune persone. Non volevano lasciarmi passare. Mi è costata molta fatica passare attraverso gli ostacoli, ma l'ho fatto. Quando sono tornata sopra, ho potuto respirare di nuovo e mi sono sentita così infinitamente liberata.

Dopo che la paziente aveva raccontato questo sogno alcuni membri del gruppo hanno comunicato spontaneamente sogni analoghi, con la stessa tematica di base e lo stesso simbolismo, nei quali si poteva sempre scorgere la profondità della loro regressione. L'esempio di sogno citato indica in modo particolarmente chiaro la regressione archetipica nella madre. Tuttavia non è sognato il ritorno nel grembo della madre personale, ma piuttosto si tratta di un ingresso nella madre terra in base alla necessità di un'unione o di una vita con la terra invece di una vita contro la natura e la terra. Con ciò la sognatrice manifesta uno dei problemi collettivi più attuali e più scottanti del nostro tempo. In genere viviamo troppo contro la natura, contro la terra e contro la nostra stessa vita, che stiamo distruggendo perché combattiamo contro la nostra natura e il nostro mondo come se ne fossimo nemici inesorabili. In questo sogno gli ostacoli minacciosi sulla via per la vita assumono la forma delle barriere elettroniche di una tecnica ostile alla vita.

Il lavoro terapeutico nei grandi gruppi indica in modo particolarmente chiaro la gerarchia dei vari livelli di regressione, poiché esso stesso offre lo spazio per tale profondità. È questo il livello del rapporto duale simbiotico tra madre e bambino, è il livello del Sé primario. Poiché i disturbi nell'area primaria sono rilevanti per la malattia psicotica, per motivi terapeutici noi tendiamo a favorire questa profondità di regressione, per lo meno in quei pazienti che visibilmente credono in questa via. Partendo da lì possiamo dedicarci ai primi disturbi dell'Io con la formazione di un Sé individuale, di un'essenza propria dopo il superamento dell'unità simbiotica totale con la madre. A nostro avviso, il grande gruppo simbolizza la madre arcaica che abbraccia tutto, che come buona madre rappresenta il mondo, il mondo della fiducia. Quindi non stupisce che la regressione a questa prima fase di sviluppo riattivi anche antiche offese traumatiche. Sono rivissute così le sensazioni di non valere nulla e di essere rifiutati. Ma queste sensazioni di non ispirare fiducia e di non essere accettati

sono accompagnate dalla sensazione insopportabile di essere malvagi e cattivi. Tutto quello che si accompagna a queste sensazioni viene respinto e ri volto contro la propria esistenza e il proprio sviluppo. A questo proposito si può solo accennare all'origine delle cosiddette schizofrenie coinesetiche. Per avere un atteggiamento positivo tendente alla conservazione della vita, tutto il male deve essere eliminato al livello di questa prima esperienza.

Con l'esperienza di essere malvagi, privi di valore e cattivi è strettamente collegato il problema della di-struttività. La regressione protegge lo psicotico, tra l'altro, dal confronto con la propria aggressività latente, egli conosce l'estensione e il pericolo dei micidiali impulsi latenti, mescolati ai sentimenti di odio. Partendo dal fatto che egli non è in grado di controllarli, deve temere che anche il suo terapeuta non riesca a fronteggiarli. Non esente da desideri e sensazioni magiche di onnipotenza, lo angosciano straordinariamente le sue fantasie di smembramento.

Antichi impulsi cannibaleschi si confondono con il desiderio di smembrare l'altro per la sua forza e la sua potenza e di assorbirlo in sé, per essere così egli stesso più forte e il più possibile vicino all'altro. La comunicazione, verbale o non verbale, è vissuta come straordinariamente minacciosa, perché con essa diventerebbero evidenti le fantasie angosciose. A questo livello anche il linguaggio è vissuto come distruttivo, disgregante, egoistico e ostile, cioè la verbalizzazione delle fantasie turba il rapporto con l'ambiente circostante in tale misura estrema che viene evitato completamente ogni tipo di rapporto. « Il processo verbale dell'analisi » — dice Theweleit — « non si può avviare con i pazienti che non dispongono di un Io edipico. L'io non è presente, perché lo sviluppo della persona è stato turbato in un periodo in cui il bambino non ha un 'Io' o non è un 'Io', ne psichicamente né fisiologicamente » (15). Oggi sappiamo che l'Io non si sviluppa semplicemente dallo stato inconscio, ma si differenzia dalla simbiosi madre-bambino, dall'unità duale di questo rapporto straordinariamente importante nelle prime fasi di svi-

(15) *ibidem*, vol. I, p. 256.

luppo. Se il distacco dal rapporto simbiotico non riesce, si avranno gravi disturbi di importanti funzioni dell'Io. Il più grave di essi è che non si sviluppi affatto o si sviluppi solo insufficientemente la capacità di accettare rapporti con un oggetto. Mentre all'Io edipico resta sempre alla fine la capacità di rimozione, quello così precocemente turbato deve anche sopportare la consapevolezza dei suoi impulsi distruttivi e così nel migliore dei casi può solo tenerli nascosti.

Nel grande gruppo la profondità della regressione diventa possibile perché ha il sostegno di tutti, senza però che tutti debbano parteciparvi attraverso l'espressione verbale. Una parte — in particolare gli introversi — può permettersi di essere solo attentamente interessata.

Quindi i partecipanti sostengono insieme la situazione di gruppo, cercando e sopportando insieme il livello delle fantasie inconse, e questo è molto importante per il processo terapeutico, anche se in un primo momento non sempre tutti partecipano alla sua espressione verbale.

Tutti sono però interessati all'eliminazione della conflittualità, al rifiuto dello stato di insicurezza, del senso di non essere accolti e accettati. L'esperienza psichica vissuta nell'intimo viene dunque proiettata nelle interazioni dove può essere rappresentata, e a ciò tutti sono decisamente interessati. Il grande gruppo offre proprio il teatro migliore per questa messa in scena.

Il processo terapeutico va avanti con l'integrazione di un proprio aspetto del Sé, finora non integrato. La comunicazione non verbale ha in ciò grandissima importanza, se si tratta di mettere gli altri in una situazione e in una disposizione affettiva simile a quella vissuta da uno o più partecipanti del gruppo. Trasformare e rappresentare tutto ciò a livello scenico è il lavoro comune del gruppo. In questo modo viene portata all'esterno l'esperienza incompatibile con il sentimento psichico interiore e almeno alcuni partecipanti del gruppo devono conservare un ruolo determinato fino a quando ciò sia raggiunto.

Nel grande gruppo diventano particolarmente evidenti le strutture primarie di comunicazione. In particolare il leader del gruppo deve sopportare transfert arcaici e archetipici. Accettarli è una delle sue funzioni e dei suoi compiti più importanti, poiché attraverso di essi sono mobilitati desideri arcaici. Bisogna anche tener conto della dimensione dell'angoscia e delle sensazioni di stupore, che diventano evidenti in relazione a ciò. L'utilità terapeutica della situazione del grande gruppo si basa in primo luogo sul fatto che tutti noi, dopo una prima fase di sviluppo nella famiglia primaria, entriamo a far parte di raggruppamenti sociali più grandi. Tuttavia il lavoro nei grandi gruppi non sostituisce il lavoro nei piccoli gruppi e la terapia individuale.

La conoscenza precisa del modo in cui si verificano il transfert e il controtransfert è determinante per il successo della terapia. Uno dei miei pazienti si trovava sotto la pressione angosciosa delle sue fantasie e dei suoi impulsi di dovermi assassinare e fare a pezzi. Sentendo con certezza di avere delle forze magiche e onnipotenti, era sicuro di distruggermi veramente, ma era anche ugualmente sicuro di perdermi facendolo. In un primo momento seguì la via di un nuovo episodio psicotico della durata di alcuni giorni. Il contatto con lui non s'interruppe mai neppure durante questo periodo. Allora egli mi spiegò anzitutto che niente aveva più scopo, che egli era proprio malato psichicamente e che nulla poteva cambiare. Egli voleva lasciare la città e andare in un'altra regione. Il fatto che egli a questo punto preferisse la malattia psichica come male minore mi confermò la dimensione del pericolo. Ma egli avrebbe serbato eterna memoria del fatto che io potevo sostenere di fronte a lui ciò che provava, perché avevo capito la sua situazione. Se a questo punto non avesse sentito un allentamento della sua pressione interna, avrebbe perduto inutilmente la sua ultima occasione. Prima o poi sarebbe certamente diventato un vero assassino e avrebbe dovuto passare il resto della vita in prigione.

La sua vita e il suo sviluppo si erano interrotti al-

l'età di 8 anni. Nato durante la guerra, era stato trasferito in una regione rurale. La sua sensibile anima infantile non era riuscita ad elaborare le esperienze alla fattoria, dove continuamente si macellavano, si facevano a pezzi e si mangiavano gli animali. Dopo il ritorno in patria egli non ebbe la sicurezza che l'assassinio e la sofferenza non continuassero dappertutto. Trovò conferma alla sua sfiducia nell'osservazione e nell'esperienza dei rapporti che intercorrevano tra i suoi cari e i parenti.

Dopo che egli aveva potuto abbandonare la sua corazza, gli furono accessibili anche delle antiche esperienze, per esempio il fatto che entrambi i genitori portassero occhiali con lenti spesse a causa della loro forte miopia, così che egli vedeva rivolti su di sé gli occhi della madre molto ingranditi, quando durante il gioco guardava in alto verso di lei.

In base alle nostre esperienze, è necessaria una definizione inequivocabile del cosiddetto transfert positivo, che noi a questo punto definiamo nel modo seguente: il rapporto con il terapeuta deve essere tale da permettere la manifestazione degli impulsi omicidi, sadici e cannibaleschi. Bisogna stare attenti alla pericolosità di un comportamento apparentemente affettuoso e amichevole, nella misura in cui nasconde l'angoscia e mette così in pericolo la terapia, il paziente i suoi terapeuti. Ciò è tutt'altro che un atteggiamento diabolico dello psicotico. Piuttosto egli non ha più bisogno di proteggere il terapeuta, se ha la possibilità di manifestare il suo impulso di distruggerlo. Allora la disintegrazione dell'Io non è più sinonimo di distruzione, se è riuscito il confronto con l'aspetto distruttivo in quanto parte della personalità. Allora neppure i rapporti con gli oggetti sono più totali, poiché non si richiede più tutta la persona in ogni situazione. Solo adesso il paziente può aspirare e arrivare alla soddisfazione che « alcune parti si uniscono con parti di altri oggetti e formano unità produttive transitorie, che si sciolgono di nuovo, affinché si possano formare altre unità produttive » (16).

Qui non posso esaminare a fondo la teoria dei cosiddetti

(16) *Ibidem*, voi., I, p. 263.

detti oggetti parziali e la sua importanza per i rapporti oggettuali.

(17) M. Mahler (1968), *Le psicosi infantili*, Torino Boringhieri, 1972, pp. 63 e 72.

Margaret Mahler (17) ha coniato il concetto di « meccanismi di mantenimento ». Ella lo usa a proposito del comportamento aggressivo dei bambini psicotici per descrivere i meccanismi " con i quali l'io che si sta disintegrando regredisce... quando gli manca la capacità percettiva integrativa ».

Il fatto che la madre e il bambino sono in realtà due individui separati smentisce necessariamente l'idea illusoria di un loro confine comune.

(18) K. Theweleit, op. cit., vol. II, pp. 244 e 310.

Theweleit (18) parla di uomini non compiuti, non generati fino in fondo, che restano imprigionati in un determinato stadio distruttivo del loro sviluppo, oltre il quale non vanno per non frammentare il loro io fisico. In questo senso un mio paziente dice: « Vivo ancora nell'utero, dipendo ancora dalla placenta, il mio cordone ombelicale non è ancora tagliato ».

La fantasia o l'atto aggressivo-distruttivo è inoltre un tentativo di comunicare all'io una sensazione di « io », cioè di una struttura o un'unità psichica circoscritta, non esposta alla dissociazione. Se questo io è messo in pericolo, l'esperienza degli impulsi distruttivi o anche l'atto distruttivo può assumere la funzione di tenere insieme un io minacciato dalla dissociazione.

Deve essere evitata ogni apertura verso l'esterno. Il paziente in questione non può aprirsi, non può lasciare avvicinare nulla accanto a sé, ancor meno accoglierla o lasciarla entrare in sé. Difficilmente si verifica ancora una diffusione, i pori vengono chiusi per evitare la perdita completa, il disfacimento di un io debole e minacciato. Ricambio è sinonimo di mescolanza: è possibile solo se viene conservata la struttura dell'io, cioè tutto deve essere e restare in sintonia con l'io.

A nostro avviso, è questo il problema centrale della terapia con gli psicofarmaci. È ammesso solo ciò che è buono. Già alcuni giorni dopo l'inizio della terapia farmacologica in misura crescente con la remissione della sintomatologia psicotica primaria, si rendono evidenti gli effetti collaterali a volte in-

sopportabili dei diversi medicinali. Queste alterazioni mobilitano grandissime paure, proprio a causa dei mutamenti che vengono percepiti nella vita corporea, nella sensibilità, nell'esistenza affettiva e perfino nell'attività della fantasia. Così nell'ambito parziale della terapia con gli psicofarmaci si sviluppa una lotta di potere. Il terapeuta diventa nemico del paziente, un violento scassinatore che infrange con la forza i confini e il blocco del malato imponendosi egli stesso come oggetto negativo e cattivo, con la conseguenza inevitabile che viene eliminato, cioè respinto. Su questa base si devono intendere anche le frequenti affermazioni dei pazienti di essere avvelenati dai terapeuti.

La tesi da cui sono partito era che il grande gruppo come situazione terapeutica offre abbastanza e da la possibilità di regredire ai livelli dei primi disturbi. Il processo terapeutico guidato da un analista esperto può diventare trasparente mediante la partecipazione di altri colleghi. Sono ovviamente necessario delle discussioni successive a proposito di ogni seduta. Esse danno ai colleghi che si trovano in una fase relativamente iniziale del training, un'idea sufficiente dei rapporti dinamici e comunicano anche importanti conoscenze sui rapporti terapeutici. Così essi possono continuare a lavorare nei loro piccoli gruppi terapeutici e anche nelle sedute individuali con la sicurezza e la cura necessario. Certamente i risultati di questo lavoro affluiscono di nuovo nel grande gruppo.

È noto che nel lavoro terapeutico con gli psicotici ci si presenta di volta in volta una certa dinamica particolarmente accentuata e questo ci permette di riconoscere senza molte difficoltà la costellazione archetipica di volta in volta interessata. Ma di fronte a noi si presenta anche la coscienza collettiva in tutta la sua rigidità e anche nella sua limitatezza che impedisce lo sviluppo. In questo modo si può anche rendere evidente l'importanza dell'aspetto sociale. C. G. Jung ha sempre accennato alla relatività e anche ai pericoli di una terapia che sia sottoposta

alla ristrettezza di una determinata tecnica terapeutica. L'inclusione delle varie malattie psichiche e psi-chiatriche nel quadro dei nostri sforzi psicoterapeutici richiede una maggiore flessibilità del terapeuta, ma in particolare anche di quei colleghi che fanno il training in modo responsabile. Se integriamo i nostri corsi di training includendovi per esempio le malattie psicotiche e se teniamo conto delle variazioni dei quadri clinici, ci confronteremo nello stesso tempo oltre che con la responsabilità, che assumiamo in relazione alla cura di gruppi più ampi di pazienti, anche con la relatività delle ipotesi da noi fatte. Merita attenzione l'inequivocabile aumento dei disturbi psichici più gravi, in particolare dei disturbi narcisistici, dei casi borderline e degli episodi e delle reazioni psicotiche. Sarebbe una prova di carenza della nostra psicologia analitica, se essa non riuscisse a comprendere meglio il suo compito dal punto di vista di una cura globale psichiatrica o psicoterapeutica.

Trad. di LUCIA RISPOLI

