

# Sogno ricorrente dopo terapie antiblastiche

*Claudio Modiglioni, Roma*

*Ricordo di Bernhard*

Conobbi Bernhard nel 1945. Dapprima ammirai in lui più la personalità che la dottrina; era uomo che dai grandi patimenti propri aveva tratto migliore amore per il prossimo; poi ammirai pure l'ex discepolo di Rado e di Fenichel, che conosceva bene la teoria e la tecnica freudiane, seguiva Jung e pensava con la testa propria. Bernhard mi onorò per vent'anni della sua amicizia che fu per me il più prezioso fra i doni che ebbi dalla vita; mi mise in contatto con il mio inconscio e con quello altrui, mi aiutò ad accettare e a sopportare le sofferenze che mi derivavano dal praticare psicoterapie di psicotici, mi insegnò a digiunare senza paure irrazionali, a distruggere pregiudizi miei ed altrui, a trarre lumi dalle catastrofi, apprendimento dagli errori, fiducia dall'intelligenza. Bernhard era uno spirito religioso, ma di una religiosità eclettica e filtrata da un senso umano fuori dal comune. Il ricordo di lui mi accompagna come una benedizione (1).

(1) A. Carotenuto, *Jung e la cultura italiana*, Roma, Astrolabio, 1977, pp. 69-70.

Quarant'anni fa domandai a Bernhard cosa pensasse dei fattori psichici nella patogenesi del cancro e mi rispose che un fattore poteva essere l'impossibilità di realizzare un passaggio di fase; Bernhard intendeva un mutamento evolutivo nel senso di un processo di individuazione. Quella risposta fu per me un seme prezioso che iniziò a dare i suoi frutti vent'anni dopo; lo scritto che segue è, dopo altri vent'anni, il frutto più recente di quel seme.

Dal 1984 al 1996 ho avuto in psicoterapia, individuale e protratta per anni, cinque pazienti che erano state curate per tumori maligni e che mi erano giunte, senza metastasi, o qualche tempo dopo le terapie di routine o durante le chemioterapie.

La prima di queste pazienti aveva subito una mastectomia nel 1982 (T3 N1) e iniziò la psicoterapia il 3.10.84 a 42 anni.

La seconda aveva subito un'isterectomia, seguita un anno dopo, nel 1984, da ovariectomia, e iniziò la psicoterapia il 10.12.85 a 35 anni.

La terza aveva avuto un cancro dell'intestino ed era stata trattata con chemioterapia e terapia radiante nel 1986.

Iniziò la psicoterapia l'11.11.86 a 47 anni.

La quarta, affetta da un linfoma gastrico con metastasi vertebrale (T4), era alla sua terza applicazione mensile di chemioterapia quando iniziò la psicoterapia il 9.12.91 a 48 anni.

La quinta, operata per carcinoma del seno nel 1992 (T1 N1), aveva concluso anche una terapia radiante e aveva da poco iniziata la chemioterapia. Iniziò la psicoterapia il 12.1.93 a 44 anni.

Tutte e cinque queste pazienti hanno avuto lo stesso sogno ricorrente, cioè hanno sognato più volte un bambino interpretabile soltanto simbolicamente. Tutte e cinque non hanno avuto metastasi, né altre forme di cancro; per la quinta paziente i controlli a distanza negativi non possono ancora far testo, ma i bambini simbolici dei suoi sogni sì.

Nei miei cinquantquattro anni di pratica clinica come psicoterapeuta di nevrotici e di psicotici ho constatato che i sogni, rari purtroppo, in cui compare un bambino simbolico possono avere un significato prognostico e quasi sempre favorevole: se il bambino è integro e vitale la prognosi è fausta; per lo più il bambino è un neonato di cui non si conosce la provenienza; questo significa che il processo di individuazione è iniziato, ma è ancora inconscio; con l'ulteriore sviluppo della personalità i pazienti diventano consci della nascita di una nuova parte del proprio «lo» che si va gradualmente differenziando; cioè realizzano che il processo di individuazione è in atto. Dai miei pazienti psichiatrici che abbiano sognato il bambino simbolico, pochi in realtà, la prognosi favorevole non è mai stata smentita; quei pazienti sono tutti guariti. Tuttavia io ricordo di aver dato ben poco credito, almeno consciamente, ai sogni di bambino simbolico ricorrenti

durante le psicoterapie delle prime tre pazienti. Soltanto dopo più di sette anni, quando la quarta paziente sognò per la prima volta il suo bambino simbolico, ed erano appena 72 giorni dall'inizio del trattamento, cominciai a credere alla potenzialità prognostica di quel sogno perché nel frattempo, durante quei sette anni, ero stato continuamente rassicurato dai controlli a distanza negativi delle prime tre pazienti.

Era il 19 febbraio del '92: quando la paziente mi raccontò il sogno io ebbi una forte emozione, una sensazione di gioia che cercai di controllare; però diedi l'interpretazione del bambino simbolico, inclusa la prognosi fausta. La paziente, che si era accorta della mia emozione, fu così intelligente da capire che io ero contento prima per lei e poi per Jung.

Quindi andai a rileggermi i *Prolegomeni allo studio scientifico della mitologia* (2). In «Psicologia dell'archetipo del fanciullo» Jung dice:

(2) C. G. Jung e K. Kerényi, *Prolegomeni allo studio scientifico della mitologia*, Torino, Einaudi, 1948, pp. 126-128.

Un aspetto essenziale del motivo del fanciullo è il suo carattere di avvenire. Il fanciullo è un avvenire in potenza. Perciò il presentarsi del motivo nella psicologia dell'individuo significa normalmente un'anticipazione di sviluppi futuri. Ciò risponde perfettamente alle esperienze della psicologia individuale, esperienze che mostrano come il «bambino» prepari un prossimo cambiamento della personalità. Esso anticipa nel processo di individuazione quella forma che deve prodursi dalla sintesi degli elementi coscienti ed incoscienti della personalità. Esso è dunque un «simbolo unificatore» dei contrasti, un mediatore, un redentore, vale a dire un «integratore». Scopo del processo di individuazione è la sintesi del «Sé». Si tratta di una sintesi della personalità già inconsciamente, quindi provvisoriamente, compiuta: sintesi che, come in genere i fatti inconsci, praticamente non significa altro che una possibilità.

Mi resi conto che «l'avvenire in potenza» e la «possibilità» di individuazione erano già divenuti realtà per le prime tre pazienti: a distanza di 10, 8 e 7 anni dalle terapie non avevano avuto metastasi, né altre forme di cancro, e i loro processi di individuazione erano in atto. Nei cinque anni successivi mi accorsi che stavo vivendo in una *pouponnière* di bambini simbolici: ai 6 raccolti nei primi sette anni se ne erano aggiunti ben 33 di cui 16 della quarta paziente, 12 della quinta, 3 della prima e 2 della seconda; in totale 39 e quasi tutti con le loro caratteristiche illuminanti circa l'andamento del processo di

individuazione in ognuna delle pazienti: c'è il bambino che ha bisogno di altri pannolini e la paziente si accinge a cambiarglieli; c'è quello che non ha mai pannolini, e neppure abbigliamento sufficiente, e la paziente riesce faticosamente a procurargli almeno i pannolini; un altro orina mentre la paziente lo tiene in braccio; un altro più grandicello ha un episodio regressivo di encopresi; un altro ancora, di due anni, è assai carino; la paziente lo veste molto bene e lo abbraccia. Qualche volta i bambini simbolici sono anche in pericolo e le pazienti li salvano. Insomma il rapporto che le pazienti hanno con i loro bambini simbolici esprime l'andamento del loro processo di individuazione; ed è un rapporto talvolta accidentato e spesso difficile, perché riflette i problemi che ostacolano i mutamenti necessari all'individuazione.

Il sogno del bambino simbolico significa una «possibilità» di individuazione, cioè una capacità potenziale di diventare consci della propria individualità; si tratta dell'inizio di un processo possibile che deve essere poi perseguito con ulteriori elaborazioni introspettive da parte dell'«lo» conscio.

La maggior parte degli esseri umani transitano per l'esistenza senza sapere chi essi siano, inconsci della propria individualità. Ne le religioni, ne le ideologie politiche e filo-sofiche conferiscono loro un'individualità, ma ne mascherano la mancanza mediante l'elargizione di identità collettive illusorie e rassicuranti. Il che non significa che la mancanza di consapevolezza della propria individualità sia di per sé un fenomeno patologico e renda particolarmente infelici; anzi, per lo più serve da parziale anestetico per le comuni sofferenze della vita ed aiuta a scansare la fatica di pensare. Tuttavia abbiamo ragioni per ritenere che la capacità di individuarsi, cioè di differenziarsi dalla massa, sia potenzialmente presente, ancorché in quantità variabile, in ogni essere umano e che sia un valore imprescindibile per l'evoluzione della civiltà, ma che allo stesso tempo sia stata perennemente ostacolata da fraintendimenti pedagogici e perfino psicologici come dimostra la fobia della psicoanalisi. Eppure il processo di individuazione è certamente un distaccarsi da una matrice collettiva ed arcaica, ma è un distaccarsi parziale perché

nel contempo non può non essere anche un riconoscimento, sia pure reattivo, delle proprie radici ed una accettazione di esse con modalità personali. Ma il discorso sull'utilità dell'individuazione e sull'avversione collettiva per questo argomento sarebbe troppo lungo. Qui dobbiamo limitarci a constatare come l'esperienza clinica, sia in psichiatria sia in medicina psicosomatica, stia sempre più evidenziando l'importanza del processo di individuazione nell'approccio a problemi terapeutici particolarmente ardui. Il sogno ricorrente di cui ci stiamo occupando segnala proprio una capacità potenziale di individuazione in personalità che non sapevano di possederla; l'acquisizione di questa consapevolezza mediante la psicoterapia è sembrata utile a queste pazienti che hanno scoperto di poter influire attivamente sul proprio destino.

È possibile che il molto maggior numero di questi sogni verificatosi nella quarta e nella quinta paziente sia in relazione con la precocità dell'intervento psicoterapeutico; entrambe le pazienti non avevano ancora concluso le terapie di routine; per tutte e due era in corso la chemioterapia e solo pochi mesi erano passati fra l'accertamento delle neoplasie e l'inizio della psicoterapia. Si direbbe che la risposta all'offerta precoce del sostegno sia stata molto più rapida ed intensa di quella verificatasi nelle prime tre pazienti, come se il maggior tempo intercorso per quelle avesse reso più lente le loro capacità di recupero; anche se poi i loro risultati furono ugualmente soddisfacenti.

È anche possibile che la mia fiducia nella potenzialità prognostica del sogno, acquisita dopo i sette anni di controlli a distanza negativi delle prime tre pazienti, abbia favorito la risposta più rapida: 72 giorni nella quarta paziente e 23 giorni nella quinta, tra la prima seduta di psicoterapia e il primo sogno di bambino simbolico.

Io credo che lo stato di regressione psichica delle pazienti, da un lato, e la mia disponibilità verso di esse, dall'altro lato, abbiano determinato un campo molto primitivo di comunicazione, ben noto a chi si occupi di psicoterapie di psicotici, analogo alla comunicazione neonato-madre; questa comunicazione segue la simbiosi prenatale e ne rappresenta la continuazione psichica necessaria nei

primi stadi della vita neonatale. Come è noto, si tratta di fenomeni fisiologici che passano spesso quasi inosservati e che consistono per lo più in messaggi extrasensoriali. Poiché nel cancro la regressione psichica di una parte dell'«lo» è a prima della nascita (3), la comunicazione extrasensoriale dall'inconscio del paziente al nostro inconscio, e viceversa, equivale alla funzione di un cordone ombelicale psichico ricetrasmittente. Attraverso questa comunicazione noi possiamo trasmettere fiducia nella guarigione e speranza in una qualità di vita migliore, cioè le pre-condizioni di una rinascita, purché in noi stessi convinzioni e sentimenti siano veri; cioè derivino da esperienza personale. In merito al cordone ombelicale ricetrasmittente, va detto che comporta ovviamente il rischio di contraccolpi per lo psicoterapeuta; ne sa qualche cosa chi tratta psicotici; per quanto concerne la mia esperienza personale con psicotici, già osservai in passato (4) che i contraccolpi più pesanti, prevalentemente consistenti in angoscia, erano quelli che definii «a scoppio ritardato» perché si verificavano a distanza di tempo, causati da un accumulo di tensioni rimosse, derivanti soprattutto da pazienti schizofrenici.

Da 17 anni i pazienti con cancro, che sono di gran lunga i più regrediti, mi hanno dimostrato che i contraccolpi da loro provenienti possono essere «a scoppio molto più ritardato»; il che conferma l'ipotesi da me avanzata nel '64, secondo la quale più i pazienti sono regrediti, più i contraccolpi da noi risentiti possono essere ritardati e severi. Nella fattispecie da pazienti con cancro i contraccolpi ci possono raggiungere non solo nell'ambito psichico percepibile, per esempio con stati depressivi consci, ma anche nell'inconscio con depressioni latenti che possono anche tradursi in rischi a livello somatico, lo ho sempre raccomandato a Colleghi e ad allievi di garantirsi nel comune interesse, proprio e dei pazienti, la consulenza periodica di uno psicoterapeuta di controllo o supervisore. Anche Lawrence Le Shan, notoriamente uno dei più autorevoli esperti in materia, ci ricorda (5) che ogni psicoterapeuta, indipendentemente dalla propria esperienza e dal training già ricevuto, e di qualunque genere di pazienti si occupi, deve avere uno psicoterapeuta di

(3) C. Modigliani, «Cancro e malattie psicosomatiche», in *Psicosomatica da stress*, a cura di F. Antonelli e J. Shannon, Roma, Boria, 1981, pp. 87-96.

(4) A Doleystown Foundation Paper, *Proceedings of the first International Congress of Direct Psychoanalysis: 11-12 Septem. 1964*, Scarizza, Doleystown, Pennsylvania 1965, pp. 27-28,40-41,56.

(5) Lawrence Le Shan, *Cancer- as a turning point*, New York, Penguin Books USA Inc., 1994, pp. 158-160.

controllo o supervisore. Le Shan non indirizza pazienti a chi non si attenga a questa prassi, lo fui fortunato ad avere per vent'anni l'aiuto di Bernhard e poi per sempre la sua presenza in me alla quale rivolgermi nelle difficoltà. Tuttavia anche adesso io riferisco periodicamente a due Colleghi e a due Colleghe le vicende dei miei pazienti, alcuni dei quali sono a loro noti ormai da anni, e li aggiorno sui miei coinvolgimenti emozionali ricevendone punti di vista utili sulle situazioni cliniche e comprensione confortante per le mie reazioni affettive.

Esistono persone, tuttora definite come pazienti «psicosomatici», che non possono soffrire psichicamente oltre certi limiti, al di là dei quali rischiano la salute fisica e la vita. Quando la sofferenza psichica sta per superare la loro soglia di tollerabilità, intervengono, in loro, due meccanismi di difesa dell'«Io», la rimozione e la negazione (6), che cancellano il dolore psichico agendo come una anestesia generale di durata imprevedibile. Però il dolore

(6) C. B. Bahnson e M. B. Bahnson, «Role of the Ego defences: denial and repression in the etiology of malignant neoplasms», *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 125, 1966, pp. 827-845.

(7) C. Modigliani, «La sofferenza psichica oggi: la nevrosi come modello di salute», *Medicina Psicosomatica*, 28, Roma, Universo, 1983, pp. 177-185.

psichico cancellato nella coscienza si accumula nella parte inconscia dell'«Io» causando una depressione occulta e non percepibile che può uccidere con le modalità più varie, dalle malattie di qualsiasi genere agli incidenti di ogni tipo. Queste persone non hanno la possibilità di salvarsi la vita (7) mediante le patologie nevrotiche e mentali, né attraverso sindromi equivalenti; la loro capacità di sofferenza psichica è troppo limitata; la loro infelicità può essere immensa e restare tuttavia inconscia fino alla morte. La necessità urgente di un mutamento radicale nella loro esistenza non è percepibile e perciò è impossibile per loro realizzare spontaneamente un processo evolutivo come l'individuazione. L'unica via praticabile per lanciare un messaggio è quella della alterazione corporea, via preverbale come nelle malattie psicosomatiche in genere e via «prenatale» nel cancro, stante l'estrema regressione che si verifica in una parte inconscia dell'«Io» e, in conseguenza, nelle specifiche alterazioni morfologiche delle cellule; regressione che tende in genere a peggiorare, così che interpretare il messaggio è molto più promettente quando la regressione non abbia ancora raggiunto punti di non ritorno, dove le alterazioni somatiche non siano più reversibili. La medicina

del futuro sarà sempre più prevenzione. Già esistono percentuali crescenti di persone che si occupano della propria salute stando bene e in giovane età. Quando avremo tests psicologici abbastanza attendibili che evidenzino l'infelicità inconscia nelle persone sane (8), e psicologi in grado di curarla, molte malattie scompariranno e pure il cancro diminuirà parallelamente.

(8) C. Modigliani, «I tumori del seno: risvolti psicologici», *Atti del 3° Corso di Aggiornamento*, U.S.L. RM 10, Roma, -1989, pp. 81-89.

Ringrazio gli oncologi Carlo Nervi e Francesco Concolino e i Colleghi psicologi Paolo Aite e Flavio Manieri per avermi indirizzato quattro delle cinque pazienti.

Sono vivamente grato ai Colleghi junghiani per le loro costanti attenzioni e, in particolare, agli amici Paolo Aite, Vittoria Braccialarghe, Aldo Carotenuto, Giuseppe Paraci, Nino Lo Cascio, Marcello Pignatelli, Enrico Rasio, Gianfranco Tedeschi, Laura Telmon e Mario Trevi che da trent'anni mi dimostrano la loro fiducia.