

UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA

FACOLTÀ DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE

CURRICOLO DI PSICOLOGIA

**LA REGRESSIONE IN PSICOANALISI.
ASPETTI STORICI, TEORICI E PRATICI.**

Relatore: Prof. CASTELLAZZI Vittorio Luigi
Studente: GRECO Marina - Matr.13589E

Roma, a. a. 2004-2005

Introduzione

Il concetto di regressione occupa una posizione di rilievo all'interno del modello psicoanalitico per una duplice ragione: da un punto di vista descrittivo esso è funzionale, insieme al correlato concetto di fissazione, al chiarimento dei possibili meccanismi di blocco e involuzione dello sviluppo psicosessuale teorizzato da Freud; da un punto di vista euristico ha permesso agli psicoanalisti di individuare una valenza terapeutica nella sua funzione difensiva.

La regressione, quindi, può essere segno d'involuzione patologica, ma anche, talora, indice di una possibile riorganizzazione in senso positivo della personalità sia patologica che normale.

La complessità dei fenomeni regressivi e le difficoltà epistemologiche nella focalizzazione di un concetto così variamente articolato hanno dato luogo ad un vivace dibattito, fra gli esperti, durato si può dire quasi cinquant'anni, dagli anni quaranta agli anni novanta del secolo scorso; lo dimostra la pubblicazione di un numero monografico sull'argomento nella *Revue Française de Psychanalyse* del 1992.

Proprio attraverso la lettura di questo testo si è accresciuto ulteriormente il mio interesse verso la teoria psicoanalitica in generale e la psicoterapia psicoanalitica in particolare.

Dopo la consultazione di un notevole numero di libri e riviste, ho scelto la bibliografia di questo lavoro, basandomi sulla significatività dei contributi e su quella che ho valutato essere la loro utilità pratica nell'illustrare il tema scelto da un triplice punto di vista: storico, teorico e clinico. Similmente ho impostato la stesura del lavoro in tre parti, trattando nella prima lo sviluppo del concetto di regressione dal punto di vista storico, prendendo in esame nella seconda le funzioni dei fenomeni regressivi secondo la teoria psicoanalitica, e riassumendo nella terza alcuni casi clinici.

Nel primo capitolo mi sono occupata innanzi tutto delle origini del concetto di regressione in Sigmund Freud e dell'evoluzione del pensiero freudiano a tale riguardo, in particolare fra il 1899 e il 1917, ovvero dalla stesura del *Progetto di una psicologia*, alla pubblicazione di *Introduzione alla psicoanalisi*.

Nella seconda parte del primo capitolo mi sono occupata dell'accesa questione sulla regressione, svoltasi nell'ambito della più complessa controversia tra freudiani e kleiniani, e ciò ha determinato la necessità di entrare nel merito di altri concetti specifici della teoria psicoanalitica, come quelli di istinto di vita e di istinto di morte.

Nel terzo paragrafo ho tentato una ricognizione delle varie posizioni di analisti come Ferenczi, Balint e Winnicott, che, dopo Freud e oltre Melanie Klein, hanno contribuito ad allargare i confini teorici della psicoanalisi, alimentando il dibattito sulle funzioni della regressione.

Ed è proprio alla ricostruzione dei molteplici aspetti funzionali della regressione secondo i vari autori, che ho dedicato il secondo capitolo di questo lavoro, dividendolo in tre parti.

Nel primo paragrafo ho trattato dell'impiego dei meccanismi regressivi a fini psicodiagnostici, durante la somministrazione e l'interpretazione dei *test* proiettivi, ed in particolare nel *Test del disegno della famiglia*, nel *Test di Rorschach* e nel *Thematic Apperception Test*.

Nel secondo paragrafo mi sono spinta nel campo della psicosomatica, tentando di fornire una sintesi delle posizioni teoriche di Pierre Marty, autore che, pur prendendo le mosse dalla teoria psicoanalitica, considera la regressione in maniera innovativa, come meccanismo positivo di riorganizzazione della personalità, che caratterizzerebbe gli uomini sia ontogeneticamente che filogeneticamente.

Nel terzo paragrafo del secondo capitolo ho trattato della funzione disadattiva della regressione nelle forme patologiche della nevrosi, della psicosi e della depressione, nonché della gestione della regressione, nei suoi possibili risvolti benigni o maligni, all'interno del trattamento psicoterapeutico psicanalitico.

Nel terzo capitolo ho riassunto alcuni casi clinici, tratti dalla letteratura psicoanalitica, che mi sono sembrati adatti ad illustrare in concreto gli elementi teorici delineati. Ho scelto di procedere nella compilazione di questo lavoro, adottando il metodo analitico-induttivo. La complessità delle argomentazioni, infatti, non mi avrebbe permesso di prendere l'avvio da esaustive e complete definizioni generali, mentre, alle molteplici valenze del concetto e delle funzioni della regressione, mi è parso più proficuo far corrispondere un modo di presentare il materiale, che

facesse emergere il quadro generale gradualmente, raggiungendo la visione panoramica del tutto, come avviene, quando si costruisce un mosaico tessera per tessera.

Archivio Saveriano Roma

Capitolo 1

Il concetto di regressione: origini e sviluppo storico

Nel presente capitolo, come già accennato nell'introduzione, intendiamo ricostruire la genesi storica del concetto di regressione, prendendo le mosse dall'ampia trattazione che ne fece Sigmund Freud, fino ai contributi della ricerca psicoanalitica più moderna.

Nel primo paragrafo seguiremo lo sviluppo del pensiero freudiano in merito ai fenomeni regressivi, attraverso lo studio di tre opere fondamentali: *Progetto di una psicologia* (1895), *L'interpretazione dei sogni* (1899), *Introduzione alla psicoanalisi* (1916-1917).

Nel secondo paragrafo tratteremo della controversia tra freudiani e kleiniani, o più precisamente, di quell'aspetto di tale controversia, centrato proprio sul tema della regressione.

Nel terzo paragrafo, infine, esamineremo i contributi all'argomento apportati da quegli psicoanalisti che, come Balint in particolare, si formarono o s'ispirarono alla scuola di Ferenczi.

1. Le origini del concetto di regressione in Sigmund Freud

Freud utilizzò per la prima volta il termine "regressione" nella minuta L, acclusa ad una lettera per il suo amico Fließ, datata 2 maggio 1897; in quell'occasione egli scriveva: "E' possibile seguire via, tempo e materiale di formazione delle fantasie, formazione che è poi del tutto simile a quella dei sogni, solo che non vi è alcuna regressione ma soltanto una progressione nella raffigurazione." (Freud, 1897, tr.it. 1968, 60).

In realtà già Breuer, in *Studi sull'isteria*, opera condotta in collaborazione con Freud, aveva parlato di "eccitamento retrogrado dell'apparato di percezione, proveniente dall'organo della memoria mediante rappresentazioni" (Freud, 1893-95, tr.it. 1967, 337), a proposito dei dolori isterici che "spesso sono determinati direttamente da rappresentazioni; sono allucinazioni di dolore." (*Ibidem*, 336).

Questa riflessione sulla raffigurazione nelle fantasie, e del suo movimento, che sarebbe progressivo, piuttosto che regressivo come nei sogni, trova riscontro in una precedente

trattazione dell'argomento nel *Progetto di una psicologia*, ed è da quest'opera che si deve prendere l'avvio per ricostruire la genesi storica del concetto freudiano di regressione.

1.1. La regressione nel *Progetto di una Psicologia* (1895)

Freud scrisse il *Progetto di una Psicologia*, adottando un punto di vista essenzialmente medico, in conformità con la sua formazione e con la visione positivista della scienza della sua epoca; conseguentemente, in quest'opera, ricercò la spiegazione dei fenomeni mentali nella fisiologia del sistema nervoso; egli scrisse, infatti, che era suo intento “dare una psicologia che sia una scienza naturale, ossia di rappresentare i processi psichici come stati quantitativamente determinati di particelle materiali identificabili, al fine di renderli chiari e incontestabili.” (Freud, 1895, tr.it. 1968, 201).

Questa prospettiva è ovviamente presente in tutta la storia della psichiatria, ma la rivoluzione del pensiero freudiano consistette a suo tempo proprio nella graduale maturazione dell'idea, posteriore alla stesura del *Progetto*, che, gran parte dei fenomeni mentali sono determinati essenzialmente da una realtà psichica di natura soggettiva, piuttosto che da una realtà fisica di natura oggettiva. La centralità della ricerca delle cause della malattia mentale nell'anatomia e nella fisiologia del cervello, veniva quindi conseguentemente ridimensionata.

Fu forse per questo motivo che, dopo gli ulteriori sviluppi dei suoi studi, Freud non si occupò più di rivedere o pubblicare il *Progetto di una psicologia*, il cui manoscritto rimase fra le carte di Fließ

Il *Progetto* contiene, però, la prima elaborazione, in senso cronologico, del concetto di regressione: si tratta di una trattazione piuttosto complessa, in cui alla corrente neuronale (Q_n), comunque attiva durante il sonno, viene attribuito un movimento retrogrado, con direzione inversa rispetto allo stato di veglia; un simile movimento retrogrado sarebbe condizione fondamentale per la formazione del sogno.

Per fornire una spiegazione di questo movimento retrogrado, Freud ipotizzava in primo luogo la presenza nel sistema nervoso di due classi di neuroni così distinte: “vi sono neuroni permeabili (cioè che non offrono resistenza e non trattengono nulla), i quali soddisfano alla funzione della

percezione, e neuroni impermeabili (che offrono resistenza e trattengono $Q\eta$, i quali sono i veicoli della memoria e presumibilmente anche dei processi psichici in genere. D'ora innanzi, quindi, io chiamerò il primo sistema di neuroni Φ e Ψ il secondo.” (Freud, 1895, tr.it. 1968, 205).

In secondo luogo, esplicitando le differenze tra Φ e Ψ aggiungeva che “sin dall'inizio, il sistema nervoso ebbe due funzioni: quella di ricevere stimoli dall'esterno, e quella di scaricare eccitamenti di origine endogena [...] Si potrebbe quindi supporre che proprio i nostri sistemi Φ e Ψ si siano arrogati ciascuno una delle due funzioni primarie. Il sistema Φ sarebbe il gruppo di neuroni raggiunto dagli stimoli esterni, mentre il sistema Ψ conterrebbe i neuroni che ricevono gli eccitamenti endogeni.” (*Ibidem*, 208).

A questo punto Freud prende in esame il processo onirico, riconnettendolo proprio agli spostamenti dell'energia nervosa ($Q\eta$) fra i sistemi neuronalmente precedentemente individuati; egli scrive: “Le rappresentazioni oniriche sono di natura allucinatoria; esse risvegliano la coscienza e vengono credute. [...] Esistono diverse spiegazioni della natura allucinatoria degli investimenti onirici. In primo luogo, si può supporre che [durante la veglia] la corrente da Φ verso la motilità agisca come un ostacolo all'investimento regressivo dei neuroni Φ a partire da Ψ ; ma, quando questa corrente cessa, Φ si trova investito regressivamente e sussistono allora le condizioni richieste per la [produzione di] qualità. [...] Caratteristica del sonno è di invertire l'intera situazione: arresta la scarica motoria da Ψ e rende possibile quella regressiva verso Φ . Si è tentati di assegnare un ruolo determinante, durante lo stato di veglia, alla grande corrente di scarica che va da Φ verso la motilità. Secondariamente, noi potremmo fare ricorso alla natura del processo primario e sottolineare che il ricordo primario di una percezione è sempre allucinatorio e che solo l'inibizione proveniente dall'Io ci insegna a non investire mai un'immagine percettiva in modo che essa possa trasferire regressivamente [$Q\eta$ a Φ .” (Freud, 1895, tr.it. 1968, 243).

Per comprendere meglio questo passo dobbiamo investigare cosa intendesse Freud con la locuzione “produzione di qualità” e ricostruire i punti fondamentali del modello teorico che si va delineando in questo modo.

Alla questione della produzione di qualità Freud dedica il settimo paragrafo dello schema generale del *Progetto*, sottolineando che “ogni teoria psicologica, oltre alle esigenze che deve soddisfare dal punto di vista della scienza naturale, ha da rispondere a un altro grande requisito. Deve spiegarci ciò che conosciamo, in maniera oltremodo enigmatica, attraverso la nostra coscienza” (*ibidem*).

In altri termini viene introdotto a questo punto il problema dell'esame di realtà, per la comprensione del quale non è sufficiente l'ipotetica esistenza delle due sole classi di neuroni Φ e Ψ . Freud ipotizza quindi “che vi sia un terzo sistema di neuroni ([che potrebbero essere chiamati] ω , forse), i quali vengono eccitati assieme agli altri durante la percezione, ma non durante la riproduzione, e i cui stati di eccitamento determinano le diverse qualità, cioè sono sensazioni coscienti.” (*Ibidem*, 214).

I neuroni ω avrebbero il compito di fornire ai neuroni Ψ un'informazione “che permetta di distinguere una percezione da un ricordo (o rappresentazione). [...] L'informazione della scarica proveniente da ω costituisce quindi per Ψ il segno di qualità o di realtà.” (*Ibidem*, 230).

Abbiamo a questo punto un panorama sintetico del contesto teorico delineato, che ci permette di comprendere come mai Freud consideri i sogni rappresentazioni di natura allucinatoria e quale sia la componente regressiva da lui attribuita al processo onirico.

Infine, ricollegandoci a quanto detto all'inizio del paragrafo, risulta più chiaro il motivo per cui nelle fantasie coscienti, tipicamente in atto durante lo stato di veglia, il movimento della corrente neuronale sarebbe progressivo, mentre nei sogni (e nelle allucinazioni patologiche, indice di emersione del processo primario) lo stesso movimento sarebbe invertito, quindi retrogrado.

1.2. La regressione nell'*Interpretazione dei sogni* (1899)

Nel 1899 Freud tratta nuovamente il tema della regressione, in maniera più estesa e specifica, all'interno dell'*Interpretazione dei sogni*, nel capitolo dedicato alla psicologia dei processi onirici.

In quest'opera vengono riprese le osservazioni presenti nella minuta teorica L, di cui abbiamo parlato all'inizio del paragrafo precedente a proposito della differenza tra fantasie e sogno, e parzialmente modificate le ipotesi costruite nel *Progetto di una psicologia*.

In primo luogo esplicitiamo qui il contesto generale in cui si colloca la trattazione sul nostro tema: esaminando uno specifico sogno nei suoi particolari, Freud vi rileva “due caratteri quasi indipendenti tra loro. Uno è la rappresentazione come situazione attuale [...] l'altro è la traduzione del pensiero in immagini visive e in discorso” (Freud, 1899, tr.it. 1966, 488).

Prendendo le mosse da quest'affermazione, continua dicendo: “peculiare del sogno, rispetto al sogno a occhi aperti, è soltanto il secondo carattere per cui il contenuto rappresentativo non viene pensato, bensì trasformato in immagini sensoriali, alle quali prestiamo fede e che riteniamo di vivere.” (*Ibidem*, 489).

Prosegue quindi il suo ragionamento, scrivendo: “Immaginiamo dunque l'apparato psichico come uno strumento composito, alle cui componenti daremo il nome di istanze o, per amor d'evidenza, di sistemi. [...] Per brevità, d'ora in poi indicheremo le componenti dell'apparato come sistemi Ψ . Ora, la prima cosa che ci colpisce è che quest'apparato, composto di sistemi ψ , ha una direzione. Tutta la nostra attività psichica parte da stimoli (interni o esterni) e sbocca in innervazioni. Con ciò attribuiamo all'apparato un'estremità sensitiva e un'estremità motoria; all'estremità sensitiva si trova un sistema [P] che accoglie le percezioni, all'estremità motoria un altro sistema [M] che apre le chiuse della motilità. Il processo psichico decorre in genere dall'estremità percettiva all'estremità motoria.” (*ibidem*, 490-491).

A questo punto Freud ritorna a discutere sul tema della memoria, così come aveva fatto nel *Progetto di una psicologia*: “Supponiamo dunque che un sistema più avanzato dell'apparato accolga gli stimoli percettivi senza conservarne nulla, non abbia dunque memoria, e che dietro questo si trovi un secondo sistema che traduce l'eccitamento momentaneo del primo in tracce durature.” (Freud, 1899, tr.it. 1966, 491-492).

Ebbene, insieme a questo secondo sistema, denominato Tmn (*ibidem*, 491), Freud suppone che esistano altri due sistemi, denominati Tmn' e Tmn'', che possono spiegare l'esistenza e la formazione delle associazioni; scrive, infatti: “Delle percezioni che agiscono sul sistema P è

noto che conserviamo durevolmente qualche altra cosa, oltre al loro contenuto. Le nostre percezioni risultano collegate anche nella memoria, e cioè prima di tutto secondo la loro coincidenza temporale. E' quel che chiamiamo associazione [...]Uno studio più attento rivela la necessità di ammettere non uno, ma più elementi Tmn, nei quali lo stesso eccitamento, propagato attraverso gli elementi P, va incontro a una fissazione di vario genere. Il primo di questi sistemi Tmn fisserà in ogni caso l'associazione per simultaneità mentre nei sistemi più lontani lo stesso materiale di eccitamento verrà ordinato secondo altri tipi di coincidenza, in modo che, attraverso questi successivi sistemi, siano rappresentate per esempio relazioni di affinità e altre." (*Ibidem*, 492).

E' da questo momento che comincia a prendere consistenza, nel corso del ragionamento, la concezione topica, più nota come suddivisione dell'apparato psichico in tre sistemi: Inconscio, Preconscio e Conscio. Vediamo subito come; Freud scrive: "Il sistema P non ha facoltà di conservare mutamenti, non ha dunque memoria: da ciò deriva tutta la varietà delle qualità sensoriali della nostra coscienza. Viceversa i nostri ricordi, non esclusi quelli più profondamente impressi in noi, sono di per sé inconsci. Possono essere resi coscienti, ma non v'è dubbio che essi sviluppano tutti i loro effetti nello stato inconscio." (*Ibidem*, 493).

In questo passo vengono dapprima delineati i due sistemi preconscio e inconscio e subito dopo viene indicata la loro relazione con il sistema conscio: "A questo punto, registriamo nel nostro schema i due sistemi ed esprimiamo nel nome a essi conferito il loro rapporto con la coscienza: chiamiamo preconscio l'ultimo dei sistemi disposti all'estremità motoria, per indicare che i processi di eccitamento che vi si svolgono possono giungere alla coscienza senza ulteriore impedimento, purché siano osservate certe condizioni, come per esempio il raggiungimento di una determinata intensità, una determinata distribuzione della funzione definibile come attenzione e così via. Nello stesso tempo, in esso sono racchiuse le chiavi della motilità volontaria. Chiamiamo inconscio il sistema posto dietro questo, perché non ha accesso alla coscienza se non attraverso il preconscio." (Freud, 1899, tr.it. 1966, 494).

A questo punto Freud, ritornando a discutere sulla direzione dei movimenti regressivi della corrente neuronale, continua dicendo: "Ciò che si verifica nel sogno allucinatorio, non può

descriversi che dicendo: l'eccitamento prende una via retrograda. Anziché trasmettersi verso l'estremità motoria dell'apparato, si trasmette verso l'estremità sensitiva e giunge infine al sistema percettivo: Se chiamiamo progressiva la direzione nella quale il processo psichico procede dall'inconscio, durante la veglia, possiamo dire del sogno che esso ha un carattere regressivo." (*Ibidem*, 495).

Poco più oltre lascia intendere che, pur essendo la regressione caratteristica del processo onirico, è presente in alcuni stati particolari della coscienza di veglia. Vedremo quanto questo sia vero, quando ci occuperemo, nel presente lavoro, degli aspetti positivi della regressione nel normale processo evolutivo, dei suoi aspetti negativi nella psicopatologia, nonché della complessa gestione dei fenomeni regressivi all'interno del trattamento psicoterapeutico.

Per il momento, continuando la ricostruzione storica del concetto che qui ci interessa, riconduciamo l'attenzione su quanto scrive Freud per descrivere la natura del pensiero regredito, di tipo onirico: "Se guardiamo al processo onirico come a una regressione all'interno dell'apparato psichico da noi adottato, possiamo senz'altro spiegare il fatto, stabilito per via empirica, che nel lavoro onirico tutte le relazioni logiche non sono contenute nei primi sistemi Tmn, ma in altri situati più avanti, e nella regressione sino alle immagini percettive perdono di necessità la loro espressione. Nella regressione, la struttura dei pensieri del sogno viene disgregata nella sua materia prima." (*Ibidem*, 496).

Concludendo, Freud distingue, in un capoverso inserito nel 1914, tre tipi di regressione: "a) topica, nel senso dello schema dei sistemi $\square$, che abbiamo esposto, b) temporale, quando si tratta di un regresso a formazioni psichiche più antiche; e c) formale, quando primitivi modi di espressione e di rappresentazione sostituiscono quelli abituali. Tutti e tre i tipi di regressione ne costituiscono tuttavia in fondo uno solo e nella maggioranza dei casi coincidono, poiché ciò che è cronologicamente più antico è nello stesso tempo formalmente primitivo e, nella topica psichica, più vicino all'estremità percettiva." (Freud, 1899, tr.it. 1966, 500).

Come notano Laplanche e Pontalis a proposito del più tardo inserimento di questa distinzione nell'*Interpretazione dei sogni*, "occorreva infatti che fossero scoperte gradualmente (negli anni 1910-1912) le fasi dello sviluppo psicosessuale infantile disposte in un determinato ordine di

successione perché potesse essere pienamente enucleato il concetto di regressione temporale.” (Laplanche-Pontalis, 1967, tr.it. 62003, 529).

1.3. La regressione in *Introduzione alla psicoanalisi* (1916-1917)

Abbiamo visto finora come Freud abbia trattato il concetto di regressione prima nel *Progetto di una psicologia* e poi nell'*Interpretazione dei sogni* e abbiamo potuto comprendere una essenziale caratteristica del pensiero all'interno del sogni: esso si presenta come immagine sensoriale che s'impone al sognatore in modo da essere presa per vera, ovvero in modo “allucinatorio”, fintantoché il ripristinato stato di veglia non renda consapevole il sognatore del fatto che si trattava appunto di un sogno.

Questa accezione del termine “esige una concezione topica dell'apparato psichico come formato da una successione orientata di sistemi. Allo stato vigile, questi ultimi sono percorsi delle eccitazioni in un senso progredente (dalla percezione alla motilità); nello stato onirico, i pensieri trovano chiuso l'accesso alla motilità e regrediscono fino al sistema percezione. La regressione quindi è introdotta da Freud anzitutto in un senso topico.” (Laplanche-Pontalis, 1967, tr.it. 62003, 529).

Come già rilevato alla fine del paragrafo precedente, occorre che Freud mettesse a punto la nota suddivisione dello sviluppo psicosessuale nelle tre fasi orale, anale e fallica, perché si potesse parlare di regressione in senso temporale.

La ventiduesima lezione dell'*Introduzione alla psicanalisi* (1916-1917, tr.it. 1976) è dedicata agli aspetti eziologici della regressione.

Dopo aver abbondantemente trattato nelle due lezioni precedenti della vita sessuale dell'uomo e dello sviluppo della *libido*, Freud esordisce qui dicendo: “Credo che non ci scostiamo dagli insegnamenti della patologia generale supponendo che un simile sviluppo comporti due pericoli: in primo luogo quello dell'inibizione e, in secondo luogo, quello della regressione.” (Freud, 1916-1917, tr.it. 1976, 496).

In questo contesto possiamo anche comprendere bene il legame tra i due concetti di fissazione e regressione. Con il consueto rigore logico Freud scrive: “Vengo quindi direttamente al mio

enunciato secondo il quale dall'esame di ogni singola tendenza sessuale è possibile stabilire che alcune componenti di essa si sono arrestate a stadi precedenti dello sviluppo, anche se altre possono avere raggiunto la meta finale [...] Lasciate che vi dica soltanto che un simile arresto di una tendenza parziale a uno stadio anteriore verrà da noi indicato col termine fissazione (fissazione, cioè, della pulsione)." (*Ibidem*, 497).

Ritornando dunque al secondo pericolo poco prima richiamato, Freud chiarisce: "Il secondo pericolo di un tale sviluppo per stadi consiste nel fatto che anche le parti che si sono spinte più avanti possono facilmente ritornare, con movimento retrogrado, a uno di questi stadi precedenti, processo che noi chiamiamo regressione." (*Ibidem*).

Il concetto di regressione temporale ha qui una valenza descrittiva, utilizzata per spiegare i fenomeni patologici. Scrive Freud: "Avete motivo di aspettarvi due tipi di regressione: ritorno ai primi oggetti investiti dalla *libido*, che, come è noto, sono di natura incestuosa, e ritorno dell'intera organizzazione sessuale a stadi precedenti. Entrambi questi tipi di regressione compaiono nelle nevrosi di traslazione e svolgono un ruolo importante nel loro meccanismo. Specialmente il ritorno della *libido* ai primi oggetti incestuosi è un tratto che si riscontra nei nevrotici con una regolarità addirittura estenuante." (*Ibidem*, 498).

Questi nuovi argomenti vengono chiariti poco oltre: "Voi sapete che l'isteria e la nevrosi ossessiva sono le due principali rappresentanti del gruppo delle nevrosi di traslazione. Ora, nell'isteria vi è sì, e del tutto regolarmente, una regressione della libido agli oggetti sessuali primari, incestuosi, ma non vi è praticamente regressione alcuna a stadi precedenti dell'organizzazione sessuale. In compenso, la parte principale nel meccanismo isterico spetta alla rimozione [...] Nella nevrosi ossessiva, al contrario, il fatto più appariscente e che determina le manifestazioni sintomatiche è la regressione della libido allo stadio preliminare dell'organizzazione sadico-ale. L'impulso amoroso deve qui mascherarsi da impulso sadico." (Freud, 1916-1917, tr.it. 1976, 500).¹

¹ Freud inserisce qui il collegamento con la nozione di frustrazione, quale secondo fattore rintracciabile nella genesi della malattia mentale, essendo il primo la fissazione. Perché ci sia nevrosi la frustrazione deve colpire l'unico modo di soddisfacimento di cui il soggetto sia capace e a questo punto la libido ostacolata regredisce verso le

Riassumendo possiamo dire di aver fin qui compreso in qualche misura ciò che Freud intendeva quando parlava di regressione in senso topico e in senso temporale, nonché di aver sintetizzato la genesi di questi concetti, nati dall'esigenza di spiegare in primo luogo come sia possibile la formazione delle vivide immagini oniriche e, in secondo luogo, come si possano verificare i fenomeni patologici di ritorno a forme immature di organizzazione psichica, rintracciabili nei sintomi di quelle che Freud considerava le due più comuni forme di nevrosi di traslazione: l'isteria e la nevrosi ossessiva.

Osserviamo da ultimo con Laplanche e Pontalis che “il concetto di regressione formale è stato meno utilizzato da Freud, sebbene numerosi fenomeni in cui vi è ritorno dal processo secondario al processo primario possano essere classificati sotto questa denominazione (passaggio dal funzionamento secondo l'identità di pensiero al funzionamento secondo l'identità di percezione).” (Laplanche-Pontalis, 1967, tr.it. 2003, 530).

Ricordiamo a questo proposito che tutte le forme normali e patologiche di affioramento del processo primario sotto il segno dell'Es, a cui allude la locuzione “funzionamento secondo l'identità di percezione”- laddove di consueto opera il processo secondario, ovvero il “funzionamento secondo l'identità di pensiero” sotto il segno dell'Io - potrebbero essere considerate regressioni formali, in cui, appunto, una modalità di pensiero più arcaica per immagini e associazioni sostituisce una modalità più evoluta di pensiero logico e razionale, che tende a organizzarsi secondo le norme del linguaggio.

2. Il concetto di regressione nella controversia tra freudiani e kleiniani

A questo punto uno sguardo alla storia del movimento psicoanalitico ci permetterà di comprendere le successive evoluzioni del concetto di regressione.

Quando venne pubblicata per la prima volta *Introduzione alla psicoanalisi*, l'interesse per Freud e le sue teorie era già vivissimo. Molti medici, non medici e intellettuali lo avevano avvicinato, affascinati dalle sue idee e molti di loro avevano condotto con lui un'analisi personale.

precedenti tappe di fissazione. Per ulteriori considerazioni su questo tema si veda il paragrafo seguente sulla controversia tra freudiani e kleiniani e il terzo paragrafo del capitolo secondo sui movimenti regressivi in patologia.

Nel 1910 era nata, per volontà di Freud, l'Associazione psicoanalitica internazionale, presieduta da Carl Gustav Jung e già erano avvenuti i primi dissensi teorici: "Alfred Adler (1870-1937) andò per la sua strada nel 1911, mentre la rottura di Jung si consumò nel 1913. Questi eventi traumatici ("defezioni", dal punto di vista di Freud) portarono alla formazione del comitato, una cerchia ristretta di fedeli i cui membri ricevettero in dono da Freud uno speciale anello con intaglio." (Smith, 1997, tr.it. 2004, 255). Del comitato facevano parte nel 1922, oltre allo stesso Freud, Otto Rank, Karl Abraham, Max Eitingon, Ernest Jones, Sandor Ferenczi, Hanns Sachs. Fra questi Karl Abraham "che aveva eccellenti qualità di organizzatore, fece di Berlino un importante centro di formazione [...] durante gli anni Venti diversi analisti viennesi e ungheresi si stabilirono a Berlino, e Anna Freud vi insegnò nel 1929; anche Karen Horney (1885-1952), Helene Deutsch e Melanie Klein (1882-1960) esercitarono nella stessa città, anche se nel 1926 Klein si trasferì a Londra, perché non condivideva i metodi troppo rigidi in voga a Berlino." (*Ibidem*, 260).

La Klein, che aveva iniziato l'analisi personale con Ferenczi e aveva collaborato con Abraham, "ebbe con Freud una relazione solo superficiale, eppure le sue idee costituirono una sfida per Anna [la figlia di Freud che si era dedicata alla psicoanalisi infantile], rispetto al suo lavoro con i bambini e hanno esercitato un ruolo fondamentale nei circoli psicoanalitici, specialmente in Inghilterra e in Sudamerica." (Roazen, 1975, tr.it. 1998, 560).

I lavori della Klein si incentrano sull'analisi dei bambini e in particolare sulla prima infanzia: "Elaborò per questo scopo una tecnica di espressione sostitutiva di quella delle libere associazioni, la tecnica del libero gioco, che permetteva ai piccoli pazienti di mostrare i tratti della loro vita interiore mediante l'impiego di giocattoli, con i quali venivano messe in scena significative rappresentazioni." (Galimberti, 1999, 582).

2.1. Gli studi di P.Heimann e S.Isaacs sulla regressione in Melanie Klein

Per comprendere gli ulteriori sviluppi del concetto di regressione e il motivo per cui divenne tema centrale su cui si divisero gli psicanalisti della seconda generazione durante la nota controversia fra seguaci di Anna Freud e seguaci di Melanie Klein, dobbiamo ripercorrere le

tappe della trattazione che ne fecero Paula Heimann e Susan Isaacs in un loro contributo, pubblicato nel 1952 in una raccolta di saggi della scuola kleiniana, mirata appunto a mettere in luce gli sviluppi della psicoanalisi in seguito alle scoperte derivate dagli studi sull'infanzia.

In questo contributo gli autori ci dicono che *“en travaillant directement avec des enfant petits [...] on a l'occasion d'observer les expériences de l'enfant dans les toutes premières phases de son développement libidinal au moment où la fixation se produit, et de voir ainsi la relation des désirs libidinaux avec les pulsions agressives, l'angoisse suscitée par les diverses pulsions dans telle ou telle circonstance, les toutes premières défenses contre l'angoisse et les moyens de contrôler la pulsion.”* (Klein et al., 1952, tr.fr. 1966, 162).

In questo saggio viene presentato il caso di una bambina osservata durante due fasi distinte, ma connesse dello sviluppo; la prima osservazione si riferisce ad un momento di gioco in cui appare il meccanismo della regressione, mentre la seconda osservazione, cronologicamente anteriore alla prima, si riferisce alla fase anale dello sviluppo psicosessuale della bambina, durante la quale si manifesterebbe la fissazione. Heimann ed Isaacs mettono in relazione le due osservazioni e giungono a dedurre così il preciso legame tra comportamento regressivo e fissazione.

Durante la prima osservazione viene descritto il gioco favorito, cui più frequentemente la bambina di sedici mesi si dedica in presenza dei suoi genitori: *“Elle fait semblant de prendre de petits morceaux d'un paravent de cuir brun repoussé, dans la salle à manger; elle apporte ces petits morceaux d'aliment imaginaire entre son pouce et son index à travers la pièce, et elle les introduit alternativement dans la bouche de son père et dans celle de sa mère.”* (Klein et al., 1952, tr.fr. 1966, 162).

A questa prima osservazione viene ricollegato un evento osservato qualche tempo prima, fra i dodici e i sei mesi d'età della bambina: *“L'enfant s'était barbouillée de ses matières fécales alors qu'elle était couchée dans son lit au début de la matinée, et elle les avait portées à sa bouche. Les parents l'avaient grondée et lui avaient fait des reproches pour cette conduite.”* (Ibidem, 163).

A questo punto gli autori interpretano simbolicamente i *“petits morceaux d’un paravent de cuir brun repoussée”* come materia fecale di cui la bimba nutre i suoi genitori in modo da trasformare *“en un jeu agréable une situation d’angoisse et de culpabilité: l’expérience de manger ses matières fécales et de sa barbouiller avec est encore active dans son psychisme: sa libido est fixée.”* (Ibidem). Così il gioco con i pezzetti di cuoio avrebbe consentito alla bambina un doppio vantaggio: il primo sarebbe stato quello di continuare in qualche modo l’attività antica che le procurava soddisfazione, ottenendo per di più l’approvazione dei genitori, il secondo sarebbe stato quello di superare l’angoscia e il senso di colpa legati ai primi rimproveri ricevuti. Inoltre, aggiungono Heimann e Isaacs, *“L’expérience originare s’était produite au petit matin, quand l’enfant était seule dans son lit [...] Grace à ce recours, l’enfant pouvait éviter de crier et de déranger ses parents [...] C’est comme si, de cette manière la petite fille pouvait éloigner la peur de l’inanition et la crainte de perdre ses parents, aussi bien que son désir de les attaquer avec ses cris.”* (Ibidem, 164).

Dopo queste osservazioni, che in qualche modo anticipano lievemente l’intento del secondo capitolo di questo lavoro, che sarà quello di mostrare le specifiche funzioni della regressione, gli autori enumerano le cause che determinerebbero la fissazione e la regressione: la qualità e l’intensità dei sentimenti legati allo sviluppo libidico ed in particolare l’intensità del sentimento d’angoscia e dei “fantasmi” inconsci ad esso collegati.

Infatti, dicono Heimann ed Isaacs, *“comme Freud l’a montré, c’est la frustration qui déclenche la régression. Mais, à notre avis, elle n’agit pas en provoquant un simple barrage de la libido, mais en suscitant la haine et l’agressivité avec leur accompagnement d’angoisse. La haine et l’agressivité actuellement suscitées réactivent un sadisme prégénital surmonté à grand-peine, et c’est cela qui fait refluer la libido vers ses formes antérieurs, pour neutraliser les forces destructrices réactivées dans le psychisme. Freud classait la régression parmi les défenses. Nous comprenons mieux maintenant l’objet de cette défense.”* (Klein et al., 1952, tr.fr. 1966, 166).

In altri termini la regressione spiegata da Freud implica che la *libido*, come l'acqua di un fiume che trovi un ostacolo lungo il suo corso, impossibilitata a raggiungere il suo sbocco naturale, rifluisca verso i luoghi da cui proviene.

Questa spiegazione non basta ai seguaci della Klein, ai quali non appare chiaro quale sia lo scopo di un simile meccanismo di difesa. Evidentemente non basta loro l'indicazione del senso comune che ci fa intravedere in un simile meccanismo l'alleggerimento della tensione libidica in eccesso. Per Heimann ed Isaacs, invece, la frustrazione della libido mobilita l'aggressività e gli impulsi distruttivi così sollecitati risvegliano anche gli impulsi distruttivi antichi e pregenitali superati a loro tempo con gran fatica. Questi ultimi costituiscono il nucleo della fissazione verso cui regredisce la *libido*, principalmente nella sua componente aggressiva.

E' evidente che questa prospettiva si basa su una concezione dualistica delle pulsioni; infatti ad ogni meta libidica dovrebbe corrispondere, secondo la Klein, una meta che potremmo chiamare "distruttiva" non individuata precedentemente da Freud.

Il regredire verso pulsioni distruttive primarie genererebbe la malattia mentale: "*Le désir libidinal de succion s'accompagne de la finalité destructrice de le sucer à mort, de l'assécher, de le vider, de l'épuiser totalement. Le plaisir libidinal qu'on ressent à mordre s'accompagne de la pulsion de dévorer. Au plaisir d'expulser correspond la finalité destructrice d'anéantir, alors que le plaisir de retenir coïncide avec la pulsion de contrôler et de dominer. Tout ceci a une importance considérable pour l'examen du rôle que les dérivés de la pulsion de mort jouent dans la régression. Alors que certains analystes pensent la régression surtout en termes de libido, nous voyons aussi des changements corrélatifs dans les pulsions destructrices, c'est à dire leur retour à des finalités antérieures, archaïques. Nous soutenons que c'est cette récurrence des finalités destructrices primitives qui est le facteur déterminant principal dans l'irruption de la maladie mentale.*" (Klein et al., 1952, tr.fr. 1966, 175).

Notiamo che l'importanza attribuita agli istinti distruttivi specifici di ogni fase dello sviluppo psicosessuale deve essere ricollegata all'influsso che ebbe sulla scuola della Klein il pensiero di Abraham, psicoanalista con il quale la Klein aveva collaborato a Berlino nei primi anni Venti; l'analisi approfondita del rapporto fra le fasi libidiche e la formazione del carattere aveva portato

Abraham “a ulteriori specificazioni: nella fase orale si distinguerebbero il succhiare e il mordere; in quella anale il distruggere-espellere e il dominare-trattenere; in quella genitale una fase fallica (con investimento parziale) e una genitale adulta (con investimento oggettuale).” (Galimberti, 1999, 4).

2.2. Il dibattito in seno alla Società Psicanalitica di Londra

Le tesi esposte al paragrafo precedente, ispirate ai principi di Melanie Klein, si rivelarono essere delle vere e proprie modifiche alla teoria freudiana, e per questo furono duramente attaccate durante un acceso dibattito tenutosi presso la Società Psicoanalitica di Londra fra il 17 dicembre 1943 e il 16 febbraio 1944.

La questione, nata intorno al tema della regressione, in realtà investiva tutta la teoria psicoanalitica, e sembrò ad alcuni degli psicoanalisti più vicini a Freud un vero e proprio attacco all’ortodossia del modello originale.

Per meglio intendere quanto avvenne possiamo rintracciare i punti salienti della serrata critica contro l’articolo di Heimann ed Isaacs, operata da Edward Glover, psicoanalista inglese, allievo di Abraham, originariamente tra i sostenitori della Klein. La psicoanalista francese Marie-Claire Durieux li ha riportati nel saggio in cui sintetizza l’intera problematica. La Durieux scrive che Glover, durante una riunione alla Società Psicoanalitica di Londra del gennaio 1944, fece un veemente intervento, la cui conclusione suonava:

“La théorie de M.Klein concernant l’origine des névroses est nouvelle, pas freudienne; le facteur œdipien n’en constitue qu’un facteur secondaire; la pratique de l’interprétation est radicalement différente de celle de Freud, et même s’y oppose; le rôle de la bonne mère va devenir néanmoins une hypothèse centrale dans tous les arguments kleinien de l’influence de l’environnement (c’est-à-dire les objets instinctuels) sur le développement de l’enfant.” (Durieux, 1992, 1162).

Sappiamo infatti che “il principale contributo della Klein, come di altri psicologi post-freudiani, fu l’importanza data agli strati preedipici dello sviluppo della personalità. Anche Ruth Brunswick aveva cercato, sotto la direzione personale di Freud, di definire la natura precoce del

ruolo materno, come del resto avevano fatto Carl Jung e Otto Rank, in sfida a Freud. Così hanno fatto anche Harry Stack Sullivan, e ai nostri giorni Donald Winnicott ed Erik H. Erikson, i quali hanno gettato una luce sui legami arcaici del bambino con la madre. In quanto uomo del XIX secolo, Freud non fu il solo a trascurare il ruolo di nutrice della madre nello sviluppo infantile [...] Melanie Klein fece il possibile per smascherare l'idealizzazione delle donne operata da Freud che aveva ignorato il loro effettivo ruolo materno. Freud, che si sentiva più al sicuro con le donne che con gli uomini, esibiva verso di loro una galanteria ottocentesca. Si trattava di un atteggiamento implicitamente fondato sulla svalutazione, in quanto tendeva a negare il fatto che uomini e donne possano agire su un piano di parità [...] Melanie Klein, volendo essere più realista del re, affermò che il complesso di Edipo si stabiliva nel bambino a partire dai sei mesi di età, come risultato della proiezione delle sue fantasie di rabbia e aggressione [...] Ella non solo teneva fede alla divisione tripartita dell'apparato psichico in Es, Io e Super-Io teorizzata da Freud, ma affermava che tali agenzie della mente erano distinte fin dall'inizio della vita umana. Inoltre prese alla lettera il concetto freudiano di istinto di morte, dichiarando di riuscire a scorgerne l'evoluzione fin dalla prima infanzia." (Roazen, 1975, tr.it. 1998, 561-563). Questo è quanto afferma Paul Roazen, professore di scienze sociali alla York University di Toronto, che con metodo singolare ha cercato di ricostruire la storia della psicoanalisi attraverso la vita di Freud e le relazioni di quest'ultimo con tutti coloro che lo contattarono in qualità di analisti e/o pazienti.

Lo studio di Roazen fu condotto intervistando circa settanta persone fra il 1964 e il 1967 e l'immagine delineata di queste persone è quella di un gruppo di ricercatori, che pur con tutti i loro limiti umani, non esenti da interessi personali e settarismi, comunque affascinati dal potere euristico della psicoanalisi, ad essa si dedicarono con fervore sulle orme del maestro, chi seguendolo pedissequamente, chi distaccandosene in nome della libertà di pensiero.

Scrivendo poco più oltre: "La teoria kleiniana delle fantasie interne era un'estensione del pensiero dello stesso Freud; ma, per la Klein, le fantasie inconscie (chiamate "oggetti interni") diventarono il nodo centrale della vita umana, sia normale sia patologica. La regressione che si verificava nel corso della terapia non era intesa come un segnale di pericolo ma come un indice

della profondità che l'analisi stava raggiungendo. Mentre la psicoanalisi americana ha avuto la tendenza a dare rilievo all'Io e a quel settore della teoria freudiana in cui si parla della mente sana, in Inghilterra Melanie Klein si allineava con la sensibilità tipicamente inglese per il ruolo esercitato nella vita umana dagli impulsi primitivi. Oggi nei circoli psicoanalitici americani il concetto di normalità è legato all'idea elaborata da Heinz Hartmann della capacità dell'Io autonomo di resistere alla regressione, in Inghilterra invece i kleiniani hanno sottolineato fino a che punto il processo evolutivo normale sia collegato agli strati psicotici della personalità.” (*Ibidem*, 563-564).

Dopo questa breve digressione che ci ha permesso di comprendere meglio il panorama generale in cui collocare il dibattito sulla regressione che è oggetto di questo paragrafo, torniamo a quella riunione del gennaio 1944, la stessa in cui Glover parlò animatamente contro la Klein e rintracciamo anche le linee principali della critica mossa da un'altra psicoanalista, Kate Friedlander.

La Friedlander *“rappelle que le mécanisme de la régression n’a plus sa place dans la théorie de M.Klein, puisque cette dernière abandonne la théorie du développement libidinal, que les soi-disant fantasmes primaires (early) ne sont pas de tout concluants puisqu’ils sont sans preuves, et enfin elle rappelle ces grandes différences qui existent entre les interprétations des instincts de vie et de mort selon Freud et M.Klein [...] Mme Friedlander rappelle que Freud lui-même n’avait pas jugé nécessaire de changer ses idées et ses formulations sur la régression après son travail sur l’instinct de mort. Il aurait eu toute occasion de le faire, mais après 1919, quand il se référait à la régression c’était à cette conception première, qu’il estimait toujours valable.”* (Durieux, 1992, 1163).

A questo punto possiamo concludere con Marie-Claire Durieux, che la regressione, *“ce concept descriptif, comme le notera Laplanche, reprenant l’expression de Freud, s’il est l’enjeu de la controverse, ne sert que de prétexte à un balayage général des autres points nodaux où les dissensions entre théorie de Freud et théorie de Melanie Klein deviennent incompatibilité irréductible. Et le cœur du problème se situe finalement là: Qu’est-ce que l’instinct de mort?”*

Pour Freud c'est le retour à l'anorganique, à l'inerte, c'est la désintrication pulsionnelle: ce qui manifesterait si toute liaison par la libido avait disparu.” (Ibidem, 1165).

3. Ulteriori sviluppi del concetto di regressione nella letteratura psicoanalitica

Quando Freud, all'inizio della sua carriera aveva sperimentato, sotto l'influsso di Breuer, l'ipnosi, ovvero la più antica delle tecniche regressive, “l'obiettivo della sua terapia ipnotica era stato quello di ottenere abreazioni emotive di esperienze traumatiche represses che avevano dato luogo all'insorgenza di sintomi isterici. Quando in seguito egli cominciò a utilizzare la tecnica delle libere associazioni, [...] l'obiettivo era ancora il medesimo, ma ben presto si modificò dall'esplorazione dell'esperienza traumatica patogenetica in quello dell'esplorazione delle pulsioni e delle fantasie inconscie del paziente.” (Stewart, 1994, 266).

Ebbene, fu proprio nell'ambito di questa svolta, segnata dal passaggio dall'ipnosi alle libere associazioni, che prese forma il distacco di Ferenczi da Freud.

Ferenczi, infatti, nonostante facesse inizialmente parte del comitato strettosi attorno a Freud dopo la rottura con Jung, in un secondo tempo se ne distaccò per le ragioni che vedremo.

Nei due paragrafi che seguono mi occuperò dell'influsso che ebbe sugli sviluppi della teoria psicoanalitica il pensiero di Ferenczi, in quanto tale influsso concerne proprio lo specifico aspetto della gestione della regressione durante la psicoterapia psicoanalitica. In particolare nel primo paragrafo cercherò di delineare la posizione di Ferenczi, distinguendola da quella freudiana, e nel secondo paragrafo esaminerò il contributo apportato da Balint, allievo di Ferenczi, al tema in questione.

3.1. Freud e Ferenczi: posizioni a confronto

Mentre Freud si rendeva conto che spesso i traumi riferiti dai suoi pazienti non avevano avuto luogo nella realtà e decideva di focalizzare la sua attenzione sulla dinamica delle pulsioni, evidentemente cominciando a pensare che questa alimentasse le fantasie, Ferenczi continuava ad annettere importanza fondamentale ai traumi ambientali precoci.

Quest'ultimo, come ci rende edotti Harold Stewart, "fondò la sua tecnica sperimentale sulla ferma convinzione che nell'atmosfera di privazione e astinenza tipiche di un'analisi, così come veniva concepita da Freud, il paziente sperimentasse una riedizione, una riattualizzazione delle esperienze traumatiche precoci cui da bambino era stato sottoposto da parte degli adulti che lo avevano sotto - o sovrastimolato, rispondendogli con una mancanza di coinvolgimento che *negava implicitamente la propria responsabilità* nella condivisione del trauma. Ferenczi riteneva che l'analista agisse come quell'adulto, nella misura in cui il *setting* e la tecnica invitavano il paziente a sperimentare aspirazioni e desideri cui però si rispondeva con interpretazioni e ricostruzioni della vita infantile, non accettando quindi alcuna responsabilità riguardo all'attuale stato emotivo del paziente. Nei suoi cambiamenti di tecnica egli cercava delle strade proprio per rispondere positivamente ai desideri e ai 'bisogni' regressivi del paziente." (Stewart, 1994, 266).

Da questo punto di vista la riattualizzazione del trauma non portava alla guarigione, dunque, perché la risoluzione del problema non era da ricercarsi nell'abreazione di una carica emotiva rimossa, a prescindere da quale significato assumesse la persona dell'analista nel panorama attuale del paziente, ma nel fornire al paziente un modello identificativo in grado di rispondere adeguatamente ai suoi bisogni vitali frustrati. Per poter realizzare questo, l'analista doveva attenersi ad una tecnica meno astinente di quanto Freud teorizzasse, ed assumersi la responsabilità della relazione col paziente.

Si viene qui a configurare la funzione terapeutica della regressione, di cui discuteremo nel capitolo seguente, all'interno del paragrafo dedicato appunto alla regressione nel trattamento psicoterapeutico.

Per il momento rileviamo che "la regressione terapeutica venne tenuta in cattiva considerazione da parte della comunità analitica e l'interesse verso di essa si rinnovò solo dopo la guerra. Ciò avvenne in particolare in Inghilterra come risultato dell'interesse di Donald Winnicott e Michael Balint, seguiti poi da Margaret Little, Masud Khan, Christopher Bollas e Harold Stewart che contribuirono a un'ulteriore comprensione di questo stato mentale." (Stewart, 1994, 267).

3.2. Il contributo di Balint

Balint, psicoanalista ungherese, nato a Budapest, si è occupato in maniera approfondita dei meccanismi regressivi e per comprendere a fondo la sua teorizzazione in proposito, dobbiamo ricostruirla passo per passo attraverso i suoi scritti.

In primo luogo è necessario sottolineare che il suo contributo dev'essere inquadrato all'interno di una modalità di concepire la relazione fra analista e paziente in maniera diversa da quella teorizzata originariamente da Freud. Balint infatti era stato allievo di Ferenczi, che aveva teorizzato "l'umanizzazione dell'analista, sostenendo la necessità di un suo intervento attivo nel corso del trattamento, il che comporta inevitabilmente una modifica della funzione del transfert." (Galimberti, 1999, 429).

In maniera simile Balint "sottolineò le componenti relazionali della situazione analitica, spostando l'attenzione sulla coppia terapeutica nel suo complesso e prendendo in considerazione i desideri, i bisogni e i transfert multipli di entrambi i protagonisti della situazione analitica." (*Ibidem*, 138).

Vediamo come Balint arrivò a queste conclusioni portando alle estreme conseguenze i suoi studi sulla regressione.

Egli teorizzò il concetto di "spazi-amici" per intendere quel contenuto ideativo verso cui tendono i movimenti regressivi della psiche, allo scopo di ristabilire uno stato di benessere primigenio, coincidente col rapporto fusionale fra madre e bambino così come si configura all'inizio della vita.

Balint, ricollegandosi al fatto che "già nella prima edizione dell'*Interpretazione dei sogni* Freud riferiva che un certo numero di persone sognavano di volare" (Balint, 1959, tr.it 1983, 55), e ricordando quel "sentimento oceanico" descritto da Freud come "un senso come qualcosa di illimitato, di sconfinato" (Freud, 1930, tr.it, 1978, 557), sostenne che si può "dare per scontato che i sogni di volare ed il sentimento oceanico devono essere considerati come una ripetizione del primissimo rapporto madre-bambino, o di un'ancor più precoce esistenza intrauterina durante la quale formiamo davvero un tutt'uno con il nostro universo, e davvero galleggiamo

nel liquido amniotico senza dover praticamente portare nessun peso.” (Balint, 1959, tr.it. 1983, 57).

Egli aggiungeva inoltre che “Ferenczi in *Thalassa* ha compiuto un ulteriore progresso nell’interpretazione di questi sogni. Ha utilizzato i sogni di fluttuare, il ben noto simbolismo dell’acqua, l’identità simbolica tra bambino e pene e il senso di unità con l’ambiente circostante come punto di partenza per la sua teoria filogenetica del coito. Se accettiamo tutte queste ipotesi, allora dobbiamo considerare questi tre stati - e cioè il bambino tenuto al sicuro tra le braccia della madre, l’esistenza intrauterina e l’esistenza thalassale - come se, a livello simbolico, fossero identici. Gli spazi-amici che compaiono nella mia teorizzazione non sarebbero altro che degli appaganti ricordi di questi stati. Tali stati suscitano una forte attrazione verso la regressione, e il contenuto ideativo di questa tendenza a regredire è il concetto degli spazi-amici oppure - dopo che quest’ultimo è stato represso, e con una connotazione negativa - quello degli agghiaccianti spazi vuoti.”” (Balint, 1959, tr.it. 1983, 58).

Ebbene, Balint ipotizza che dal trauma originario comune ad ogni uomo, consistente nella “scoperta dolorosa che gli oggetti che contano hanno una loro esistenza indipendente” (*Ibidem*, 70) emergono due tipi psicologici: l’ocnofilo e il filobate che, a suo stesso dire, sono parzialmente sovrapponibili ai due tipi anaclitico e narcisistico indicati da Freud (*Ibidem*, 111). Al trauma originario i due tipi risponderanno in maniera differente: “Mentre l’ocnofilo vive nell’illusione di essere al sicuro per tutto il tempo in cui rimane in contatto con un oggetto che gli dà sicurezza, l’illusione del filobate è di non aver bisogno di nessun oggetto, e certamente di non aver bisogno di oggetti particolari.” (*Ibidem*, 17).

Come acutamente sintetizza la Margherita Lang nell’introduzione all’opera qui citata di Balint “nell’ocnofilia il rapporto reale con gli oggetti è molto primitivo, gli oggetti sono separati tra loro da enormi spazi vuoti e la persona ocnofila tenta di rendere il più breve possibile la propria permanenza in questi spazi. L’ocnofilo avverte continuamente il pericolo di essere abbandonato dal proprio oggetto. In ogni caso, ad eccezione dell’armoniosa e compenetrante mescolanza, ad eccezione cioè di un rapporto di tipo fusionale, si tratta sempre di oggetti parziali che vanno persuasi a collaborare (lavoro di conquista) in quanto non esiste identità di bisogni e desideri tra

soggetto e oggetto. Diversa è la situazione del filobate: il suo mondo è costituito da spazi-amici che non sono di per sé minacciosi. La minaccia sono i contatti-rischio con oggetti potenzialmente pericolosi.” (*Ibidem*, XVII).

In ogni caso entrambi i tipi sottendono la tendenza a regredire verso gli spazi-amici. Questa è vissuta o come stato fusionale con l’oggetto nell’ocnofilo, o come immersione negli spazi-amici finalizzata ad evitare gli oggetti rischiosi nel filobate.

La questione, in termini di tecnica terapeutica, come vedremo nel prossimo capitolo, s’incentrerà su se e fino a che punto l’analista debba sostenere in alcuni casi la regressione nel paziente, giacché il ritorno agli spazi-amici rievoca uno stato di “amore primario”, quello del lattante nelle braccia della madre, che, essendo stato in alcuni casi pesantemente frustrato dall’ambiente, potrebbe richiedere la capacità da parte dell’analista di rapportarsi flessibilmente alle richieste regressive di gratificazione da parte del paziente, per consentire il progresso nella cura. In questo modo, però, viene messa parzialmente in discussione la regola dell’astinenza da parte del terapeuta.

4. *Rilievi conclusivi*

A questo punto, dopo aver tentato di ricostruire la storia del concetto di regressione all’interno del movimento psicoanalitico, cercando di immedesimarci di volta in volta nella prospettiva dei vari autori per meglio comprenderli, vorremmo permetterci qualche breve osservazione.

Non sfugge come Balint, pur facendo parte di quel “gruppo di mezzo” di psicoanalisti che all’epoca della controversia fra freudiani e kleiniani pensarono di dover ricercare soluzioni personali alla questione, abbia fondamentalmente aderito alla teoria della relazione oggettuale di matrice kleiniana, considerando il rapporto fra la madre e il lattante come modello primario delle relazioni future dell’individuo.

Con ciò ci sembra che venga a delinearsi una notevole distanza storica e teorica dalla concezione freudiana, che assegnava invece importanza fondamentale al rapporto con il padre e stabiliva la centralità dell’Edipo.

A questo proposito osserviamo come lo sviluppo del pensiero e dei costumi sociali sia in stretto rapporto con la storia della psicoanalisi, pur rimanendoci arduo discernere fino a che punto quest'ultima abbia contribuito all'evoluzione del pensiero sociale, o non sia invece avvenuto il contrario.

Pertanto viene spontaneo chiedersi se la psicoanalisi, dopotutto ancora giovane nei suoi circa cento anni di vita, non abbia ancora molto da offrire all'evoluzione individuale, sociale e politica dell'individuo e della collettività, soprattutto in una fase storica in rapida trasformazione come quella attuale, in cui diverse impostazioni di pensiero tendono invece a screditarla, a causa dell'impossibilità della verifica scientifica dei suoi risultati.

Non si può infatti non riconoscere che anche l'attendibilità scientifica è un concetto storicamente determinato e condizionato.

Lasciando aperto questo interrogativo, ci accingiamo ad affrontare, nel capitolo che segue, il tema della regressione dal punto di vista delle sue molteplici funzioni.

Capitolo 2

Le funzioni della regressione

Nel primo capitolo ci siamo occupati della genesi del concetto di regressione in Freud e dei successivi contributi teorici, apportati all'argomento dagli psicoanalisti che seguirono le orme di Freud.

Nel presente capitolo cercheremo invece di comprendere quali siano le funzioni e l'utilizzo della regressione, laddove più che come un concetto descrittivo si guardi ad essa come ad un vero e proprio meccanismo difensivo che agisce inconsciamente in vista di scopi precisi.

Nel primo paragrafo ci occuperemo dell'utilizzo della regressione a fini psicodiagnostici, attraverso una panoramica su tre dei principali *test* proiettivi esistenti.

Nel secondo paragrafo tratteremo delle funzioni della regressione individuate nell'ambito della psicosomatica dallo psicoanalista francese Pierre Marty.

Nel terzo paragrafo ci occuperemo del ruolo della regressione nella psicopatologia e delle sue funzioni in alcune fasi specifiche della psicoterapia psicoanalitica.

1. Regressione e psicodiagnosi: le tecniche proiettive

Sappiamo che i *test* proiettivi consentono di svolgere un'indagine sulla parte inconscia della personalità e per inferire la qualità dello sviluppo di quest'ultima, ivi compresi gli eventuali punti di arresto e nodi conflittuali. Per questo vengono utilizzati durante la prima fase della psicoterapia, ovvero durante la fase della psicodiagnosi.

Il motivo per cui dalla somministrazione dei test proiettivi sono ricavabili questo tipo di dati risiede proprio nel fatto che gli stimoli proiettivi sono atti a indurre regressione.

Più precisamente: "Nelle tecniche proiettive ciò che provoca la regressione è la frustrazione che il soggetto sperimenta di fronte a un materiale fluido, poco strutturato e non-familiare, di cui deve dare un'interpretazione. Nel tentativo di evitare l'angoscia, che la situazione d'incertezza e di vuoto gli suscita, egli ritorna a stadi primitivi di sviluppo, attivando scariche emotive, i cui effetti sono paragonabili, per certi versi, alle dinamiche transferali che compaiono nel corso dell'analisi." (Castellazzi, 2000**, 133).

Si noti inoltre che nelle tecniche proiettive sono identificabili tutti e tre i tipi di regressione indicati da Freud nell'*Interpretazione dei sogni*: topica nel senso che “il materiale ottenuto dalle tecniche proiettive può essere considerato una specie di allucinazione provocata e controllata” (*ibidem*, 135); temporale in quanto “ciò che si svela nel test proiettivo è la storia infantile del soggetto e quindi le vicende delle fasi orale, anale o fallica” (*ibidem*); formale in quanto vi è un passaggio dal pensiero logico-verbale al pensiero per immagini, viene cioè “abbandonato il linguaggio del processo secondario e viene invece adottato il linguaggio immediato del processo primario.” (*Ibidem*).

Nei paragrafi che seguono vedremo come si manifesta la regressione nelle risposte del soggetto ai test e come viene utilizzata per l'interpretazione nel *Test del disegno della famiglia*, nel *Test di Rorschach* e nel *Thematic Apperception Test*.

1.1. La regressione nel *Test del disegno della famiglia*

Per quanto concerne il *Test del disegno della famiglia*, dobbiamo premettere che, come ci informa Corman, “in particolare, proprio il conflitto derivante dalla rivalità fraterna è risolto molto di frequente per mezzo della regressione.” (Corman, 1967, tr.it. 1970, 118).

Nel *Test del disegno della famiglia* è indice di rivalità fraterna risolta per mezzo della regressione, “rappresentare se stesso più piccolo o di età inferiore rispetto ai fratelli.” (Castellazzi, 2002, 104).

Talvolta, infatti, può anche succedere che, quando un conflitto di rivalità fraterna suscita in un bambino un'angoscia molto viva, la regressione si trasformi in un'identificazione col fratello neonato e dia luogo a episodi passeggeri di “richiesta di carezze, il succhiare il dito, l'enuresi notturna.” (Corman, 1973, tr.it. 1975, 121).

Più grave appare la situazione quando si prolunga il fenomeno e “divide tutti i settori della personalità trasformando alla lettera il grande in bebè.” (*Ibidem*).

Da come il bambino disegna se stesso o, comunque, il personaggio col quale s'identifica nel *Test della famiglia immaginaria* o nel *Test della famiglia animale*, possiamo dedurre “in che

modo il fanciullo ha risolto, nel suo intimo, il conflitto di rivalità fraterna.” (Corman, 1967, tr.it. 1970, 126).

Il conflitto, se prende una piega patologica, può risolversi in tre maniere diverse: “O predomina l’aggressività [...], e allora il soggetto giunge al medico per disturbi del carattere, indisciplina, gelosia, anche atti pericolosi che alterano i rapporti familiari o che, per spostamento, possono provocare reazioni ostili a scuola o nella vita extra-familiare. O l’aggressività è inibita e rivolta contro di sé, dando luogo a reazioni depressive, con umore triste, ansia persistente, timore d’abbandono, nevrosi da insuccesso. In questo caso il motivo per cui si consulta il medico è uno stato d’inibizione, di timidezza, di timore, o un carattere stizzoso. [...]. Oppure il conflitto di rivalità è risolto per mezzo di una regressione, con l’identificazione col rivale ultimogenito, processo la cui frequenza appare considerevole. Qui la motivazione della consultazione è generalmente l’assenza di ogni progresso scolastico per disinteresse; oppure atteggiamenti puerili, o entrambi i motivi.” (Corman, 1967, tr.it. 1970, 126).

Corman scrive, infine, le reazioni regressive sono più comuni nelle femmine che nei maschi: “I maschi reagiscono, più spesso delle femmine, con l’aggressività manifesta [...]. Le femmine, al contrario, hanno più dei maschi reazioni depressive e reazioni regressive.” (Corman, 1967, tr.it. 1970, 127).

1.2. La regressione nel *Test di Rorschach*

Secondo Schafer la regressione insieme ad altre tre difese specifiche (isolamento, formazione reattiva e annullamento) è indizio della struttura difensiva particolare che caratterizza il carattere anale e la nevrosi ossessivo-compulsiva.

Egli sottolinea come, secondo Freud, queste sindromi nascano da un “meccanismo di difesa contro le esigenze libidiche del complesso edipico e come reazione all’angoscia di evirazione associata a tali richieste.” (Schafer, 1954, tr.it. 1978, 398). Aggiunge che “in realtà non è la regressione in sé che distingue l’ossessivo coatto, ma il punto di arrivo della sua regressione, cioè la fase sadico-anale dello sviluppo psicosessuale.” (*Ibidem*, 399). A complicare il quadro clinico si somma il fatto che “gli ossessivi-coatti spesso sembrano ricorrere a una regressione

ausiliare dal livello sadico-anale al livello orale-dipendente, nel tentativo di rafforzare altri meccanismi di difesa contro i loro impulsi distruttivi paurosi e colpevolizzanti.” (*Ibidem*).

Partendo da questa premessa egli individua i temi regressivi tipici del quadro clinico ossessivo così come si presentano nelle risposte al *test*. Questi possono consistere in riferimenti anali diretti, figure viste di spalle, sporcizia del tipo fango, imbrattatura e simili, temi sado-masochistici sul genere di bombe, esplosioni, siluri, vulcani (*Ibidem*, 167).

E’ da notare anche che “come manifestazione indiretta della regressione difensiva del paziente ossessivo-coatto, è probabile incontrare una rielaborazione noiosa, eccessivamente rimuginante e implicitamente ipercritica sia degli aspetti percettivi sia degli aspetti verbali delle risposte, un’incapacità di impegnarsi nelle risposte e, viceversa, un massiccio ricorso a riserve e a precisazioni.” (*Ibidem*, 402).

Per quanto concerne la regressione come difesa nel *Test di Rorschch* in senso più generale, enumeriamo specificamente gli indici ad essa relativi nelle risposte al test: “Numerose F-; numerose CF; numero elevato di risposte chiaroscuo dettagliato; mancanza di risposte H e numero elevato di risposte A, Ad; contenuti che rimandano all’infanzia: bambini, giocattoli, bambole, animali di peluche; risposte anatomiche; risposte paesaggio, natura indicanti il desiderio di fusione cosmica; insistenza sulla simmetria; risposte a orientamento orale e anale: acqua, mare, lago, riviera, fondo marino, fango, palude; risposte che evocano processi di incorporazione o di espulsione; uso del meccanismo della scissione (Io buono - Io cattivo; oggetto buono - oggetto cattivo); non distinzione tra interno - esterno; aumento dell’ansia; massiccio allentamento del processo secondario, prevalenza del processo primario):” (Castellazzi, 2004, 191-192).

1.3. La regressione nel *Thematic Apperception Test*

Per quanto concerne il *Thematic Apperception Test* è necessario distinguere due tipi di difese: in primo luogo le difese al test, in secondo luogo le difese nel test.

Le difese del primo tipo sorgono come reazione alla “situazione test al TAT, in quanto situazione emotiva imposta” (Imbasciati-Ghilardi, 1994, 115). La regressione di questo tipo si può

manifestare come atteggiamento di richiesta passivo, che implica un ritorno all'oralità: "In forma moderata esso permette il rilassamento e indica la possibilità di accettare la dipendenza e l'inadeguatezza. Quando esso invece è presente in forma patologica, il paziente richiede incessantemente aiuto, rassicurazione, conforto e non può tollerare l'ansia e il ritardo nella gratificazione. L'atteggiamento di richiesta passivo può anche esprimersi nell'improvviso insorgere di sintomatologie che interrompono il test, come vertigini, cefalee, dolori e depressione accompagnata da pianto." (*Ibidem*, 120).

L'analisi delle difese del secondo tipo rappresenta invece "il momento più importante per l'interpretazione del *T.A.T.*, nonché un mezzo che ne permette un utilizzo più appropriato, sia in senso diagnostico, sia in senso terapeutico." (*Ibidem*, 121). Possiamo osservare due esempi di regressione nel *test*: la prima in un bambino alla tavola 3 del *C.A.T.* (*Children Apperception Test*: la forma per bambini del *T.A.T.*), la seconda in un adolescente alla tavola 16 del *T.A.T.*

Nel primo caso viene registrata la seguente storia: "*Questo è un leone e che è tormentato dai topi. Sta seduto e non sa proprio cosa fare per liberarsi dai topi. Ha già tentato tutto e allora chiama in aiuto lo sterminatore. Lo sterminatore gli dice: 'L'unica cosa da fare è soffiare via i topi', ma il leone dice: 'Ho già provato ed ho perso in questo modo già tre case'. Allora lo sterminatore dice: 'Perché non provi con le trappole?' Ma i topi hanno certi affari che riescono a fare dei buchi nelle trappole e a portarsi via il formaggio'. 'Prova allora col veleno'. È impossibile, i topi capiscono quando c'è il veleno e non ci cascano'. Alla fine il leone decide di andarsene via in Florida, però quando arriva vede...si accorge che adesso è tormentato dai vermi che riescono a passare dentro dal pavimento. E allora finalmente dice; 'Bene me ne tornerò nella giungla, da dove sono venuto.'"* [...] I dati clinici rivelano come questo bambino sia gravemente disturbato dalla presenza dei fratellini. Possiamo pertanto pensare che l'aggressività rivolta ai fratelli venga proiettata nella storia (sui topi) e ritorni minacciosa: contro questa minaccia, il soggetto deve contrattaccare. Nella storia alla tavola abbiamo una prima difesa controaggressiva, poi un'altra con l'aiuto di qualcuno (il terapeuta), quindi la fuga (in Florida), e quando anche questo non ha avuto esito, la regressione (la giungla)." (Imbasciati-Ghilardi, 1994, 129-130).

Rileviamo qui per inciso come sia evidente la regressione come conseguenza della frustrazione reiterata della pulsione aggressiva.

Nel secondo caso viene registrata la seguente storia: *“Un collie che si chiama Flick. Dove, cioè, c’è anche un gattino. Crescono insieme e si vogliono molto bene, però il cane lo uccidono, perché si affeziona troppo ai due bambini e quando altre persone toccano i due bambini, il cane gli salta addosso. Allora il cane lo uccideranno ed il gatto rimarrà solo. Questo micio la sua vita la vivrà in solitudine. Il cane ed il gatto hanno reciproci sentimenti di amore e di affetto.”* (Ibidem, 130).

In questo caso la regressione è conseguente al lutto e si manifesta come ritiro a vita solitaria.

2. Ai confini tra psicoanalisi e psicosomatica

Col termine psicosomatica “si intende quella branca della medicina che si occupa di disturbi organici che, non rivelando alla base una lesione anatomica o un difetto funzionale, sono ricondotti a un’origine psicologica.” (Galimberti, 1999, 869).

Alcuni psicoanalisti teorizzarono intorno agli anni Cinquanta che nei pazienti psicosomatici “contemporaneamente alla rimozione delle emozioni ci fosse una regressione fisiologica a modalità precoci di funzionamento. Questi ricercatori suggerivano che le funzioni fisiologiche patologiche dei pazienti psicosomatici assomigliano alle risposte fisiologiche della prima infanzia e della fanciullezza.” (Taylor, 1987, tr.it. 1993,33-34). Ora “c’è accordo generale sul fatto che i pazienti con malattie psicosomatiche classiche manifestino frequentemente stati primitivi dell’Io, ma non c’è alcuna prova che massicce alterazioni fisiologiche indifferenziate accompagnino gli stati emotivi dell’infanzia.” (Taylor, 1987, tr.it. 1993, 35).

Quindi, anche se esiste un movimento regressivo in psicosomatica, non sembra teoricamente possibile farlo risalire ad una fissazione. Da queste primi dati possiamo però comprendere quale fecondo campo di ricerca si apra ai confini fra la psicoanalisi e la psicosomatica.

Nel 1963 gli psicoanalisti francesi Marty e de M’Uzan “riferirono che molti dei loro pazienti erano incapaci di produrre fantasie e durante i colloqui il contenuto delle loro associazioni era molto banale, privo di immaginazione e legato alla realtà. Marty e de M’Uzan hanno chiamato

pensée opératoire (pensiero operatorio) questo stile utilitaristico di pensiero e [...] hanno avanzato l'ipotesi di una specifica personalità psicosomatica.” (*Ibidem*, 72).

Più tardi Nemiah e Sifneos trovarono che molti pazienti psicosomatici “mostravano una chiara difficoltà a esprimere o descrivere verbalmente i loro sentimenti e un’assenza o una sorprendente diminuzione della fantasia.” (*Ibidem*, 73). Coniarono dunque il termine “alessitimico” per designare questo disturbo. L’alessitimia è considerata attualmente uno dei fattori di rischio che sembrano incidere sulla comparsa di malattie fisiche e, contemporaneamente, il singolo fattore principale in grado di diminuire il successo della psicoanalisi.” (*Ibidem*).

Sembrerebbe quindi che, in psicosomatica, dove c’è regressione, si attua sul piano fisico, ma non sul piano psichico: un paziente psicosomatico può avere risposte fisiologiche “infantili”, ma non riesce facilmente a fare fantasie e, come vedremo nel caso clinico di Makiko, nel corso del capitolo successivo, anche il processo onirico, fondamentale per la cura psicoanalitica, può risultare impoverito.

Nell’ambito del panorama più generale cui si è qui accennato, prenderemo in considerazione, nei due paragrafi che seguono, la particolare prospettiva sulla funzione della regressione elaborata negli anni Settanta dallo psicoanalista e psicosomaticista francese Pierre Marty, e riporteremo alcune riflessioni sui dubbi sollevati da questo nuovo punto di vista.

2.1. La regressione come riorganizzatore psicosomatico

Pierre Marty sostiene che “*Lorsque’on emploie le mot régression dans le sens où il est habituellement utilisé en psychanalyse, celui de reprise actuelle d’un système d’organisation passé, la régression s’oppose à la désorganisation puisqu’elle lui fait obstacle et l’arrête. La régression s’opère autour d’un système fonctionnel qui a été, en son temps, l’objet d’une fixation. La désorganisation a lieu quand un traumatisme vient mettre en échec l’organisation en pointe évolutive ou, chez l’adulte, l’organisation en cours au plus haut niveau. Les Instincts de Vie qui assuraient cette organisation cèdent alors le pas aux Instincts de Mort.*” (Marty, 1976, 132).

Con queste parole Marty opera una distinzione fra il concetto di regressione e il concetto di disorganizzazione, contrapponendoli l'uno all'altro. Il primo, connotato dalle caratteristiche attribuitegli nella psicoanalisi classica, designerebbe la risposta più adeguata e funzionale che le istanze psichiche riuscirebbero a dare in stati particolarmente conflittuali e angosciosi, a salvaguardia dell'integrità psicosomatica. Il secondo invece, sarebbe un puro cedimento agli effetti disgreganti dell'istinto di morte, che metterebbe "sotto scacco" le forze costruttrici dell'istinto vitale, di cui le regressioni sono veri e propri rappresentanti.

Questo modo di affrontare la questione non ci sorprende del tutto perché sappiamo già da quanto detto a proposito del contributo di Balint agli studi sulla regressione, che ci sono alcuni casi in cui questo meccanismo deve poter essere sostenuto durante la cura. Si tratta evidentemente di situazioni in cui la regressione deve essere trattata in un modo specifico, perché si trasformi in un momento funzionale alla crescita del paziente. Appare quindi nel suo aspetto più benigno, per così dire terapeutico.

In altri casi, invece, e lo vedremo quando parleremo della regressione nella psicosi, essa ha una funzione maligna, che induce alla frammentazione psichica e al ritiro dalla realtà.

Si potrebbe pensare che per Marty l'aspetto più minaccioso della regressione assuma i connotati di una disorganizzazione psichica e somatica. Conseguentemente a questa sorta di revisione terminologica atta a spiegare meglio il suo pensiero egli scrive: *"Rien d'autre que les régressions ne peut s'opposer aux désorganisations. Les ensembles fonctionnels fixés, nantis comme nous l'avons vu d'une signification vitale privilégiée, se montrent seul capables, dans les régressions qu'ils assurent, de redonner leur préséance aux Instincts de Vie. La prépondérance nouvelle des Instincts de Vie, un pouvoir organisateur retrouvé au niveau d'un système fonctionnel antérieurement fixé, définit la régression. Une régression s'avère ainsi une réorganisation."* (Marty, 1976, 132).

Nel passo appena citato l'autore conduce quindi la sua speculazione un passo più avanti e guarda alla regressione addirittura come ad un processo di riorganizzazione della psiche.

Nel caso in cui non esista un vero e proprio punto di fissazione a cui sia possibile regredire, invece, la disorganizzazione diventa un processo progressivo, cioè continuo e inesorabile.

Scrive infatti Marty: “*Aucun palier régressif de densité suffisante n’arrête ces désorganisations, ce qui leur confère une allure progressive. [...] Les désorganisations progressives commencent en général, chez l’adulte, par une phase de dépression ‘essentielle’, qui rend compte de l’absence de tonus des Instincts de Vie, puis par une désorganisation de l’appareil mental, dont témoigne la pensée opératoire.*” (Ibidem, 133).

A questo punto, però, il pensiero di Marty si fa più complesso ed è molto interessante notare come egli stesso parli di “complessità della regressione” introducendo una distinzione in tre tipi del fenomeno nella sua globalità: “*A. La qualité et le niveau évolutif de la régression majeure. B. La chaîne évolutive centrale des fixations à laquelle s’accorde la régression majeure. C. Les chaînes évolutives latérales et les dynamismes parallèles.*” (Ibidem).

La prima forma, corrispondente alla qualità e al livello della regressione principale, designa “*l’ensemble fonctionnel de l’évolution qui, marqué par la fixation, a déterminé le noyau essentiel de la régression considérée.*” (Ibidem, 137).

La seconda forma, corrispondente alla catena evolutiva centrale delle fissazioni alla quale si accorda la regressione principale, è condizionata sia dalle fissazioni che hanno preceduto quella principale, sia dalle fissazioni che l’hanno seguita: “*Il faut envisager à cet égard: a) Les chaînons de fixations évolutivement antérieurs à la fixation majeure (qui a conditionné la régression majeure), leur rôle dans le déterminisme de cette dernière et leur participation aux événements régressifs. b) Les fixations évolutivement postérieurs à la fixation majeure, le rôle de cette dernière dans leur déterminisme, et leur participation aux événements régressifs. L’ensemble de ces dynamismes en chaîne constitue de véritables lignées de fixations-régressions.*” (Marty, 1976, 139).

La terza e ultima forma, le catene evolutive laterali e i dinamismi paralleli, rappresenta per così dire, le fissazioni più o meno parziali e di secondaria importanza, che, più spesso si rinsaldano alla catena principale, ma talvolta sussistono anche isolatamente per periodi di varia durata: “*En dehors de la chaîne évolutive centrale de fixations à la quelle s’accorde la régression majeure, mais également à partir de la mosaïque fonctionnelle première, peuvent exister des chaînes de fixations de moindre importance, situées pour ainsi dire latéralement. D’autres dynamismes*

plus ou moins évolués peuvent encore se rencontrer. Théoriquement, tous ces mouvements se rejoignent dans la chaîne évolutive centrale de l'individu et, la plupart du temps, dans la chaîne évolutive centrale classique, que nous avons appelée le faisceau central commun. Cependant on constate quelquefois qu'ils subsistent plus ou moins isolément les uns des autres, pendant un temps plus ou moins long et parfois définitivement.” (Ibidem, 144-145).

Conseguentemente a quanto esposto Marty delinea una quadripartizione della nosografia in sistemi economici fondamentali “1. *Les apparentes inorganisations*; 2. *Les désorganisations progressives*; 3. *Les régressions globales*; 4. *Les régressions partielles*.” (Ibidem, 171).

Questi sistemi possono interagire totalmente o parzialmente e determinare le forme più svariate di patologia.

Pertanto Marty giunge alla conclusione che tutti i movimenti sia organizzativi che disorganizzativi possono rivelarsi patogeni: “*Organisations et désorganisations peuvent ainsi s'avérer pathogènes.*” (Ibidem, 173).

2.2. Nodi teorici della nozione di regressione come processo evolutivo

Il concetto di regressione delineato da Pierre Marty, di cui abbiamo parlato al paragrafo precedente, è notevolmente differente da quello freudiano.

Come nota uno psicoanalista della scuola francese “*c'est l'arrêt du trajet régrédient à un palier de fixation qui fait admettre l'arrêt de la désorganisation et le procès de relance.*” (Fine, 1992, 1119). Quest'idea di “salto in avanti” a partire da un punto di fissazione principale, che peraltro mette in movimento l'intera struttura psichica e somatica, caratterizzata da diversi punti di fissazione centrali e secondari o paralleli, sembra essere piuttosto lontana dalla psicoanalisi classica.

Per quanto l'idea di una regressione che possa essere funzionale al processo analitico, dentro la cornice analitica e sorretta dalla relazione terapeutica, sia, come abbiamo già accennato e come vedremo tra breve, un principio acquisito attraverso le ricerche via via più approfondite della Klein, di Balint, di Winnicott ed altri, la regressione in psicoanalisi rimane un processo

puramente psichico, legato ai movimenti libidici, all'interno dello sviluppo e della maturazione psicosessuale.

Fine solleva questa osservazione ad un livello di maggiore astrazione dicendo: *“On s'éloigne ici du terrain psychanalytique en transférant les notions psychanalytiques de régression au champ somatique, annulant en quelque sorte l'hétérogénéité des champs, dans cette visée ensembliste, dont l'approche a pu être taxée de néo vitaliste.”* (Ibidem).

Queste parole spostano quindi la questione su un piano epistemologico.

Poco più oltre nel suo saggio critico, Fine si spiega ancor meglio: *“Pour lui, [cioè per Marty], les niveaux classiques de fixation/régression aux différents stades génétiques tiennent compte des remaniements postérieurs aux fixations, mais ils devraient englober aussi leur aspect plus primitif, plus viscéral, plus morcelé, comme équivalent de traces mnésiques. A ces niveaux se mèleraient psychique et somatique. Ces stades dits génétiques sont ici en quelque sorte démétaphorisés, resomatisés dans la perspective moniste de l'enracinement somatique de la vie psychique.”* (Ibidem, 1120).

In altri termini, secondo Fine, nell'amplificazione che Marty opera del concetto di regressione, c'è un vero e proprio salto epistemologico, che conduce dalla “base sicura” della psicoanalisi, costituita dal dualismo delle pulsioni di vita e di morte, interagenti, ma sempre ben distinte sul piano del mondo fisico, a un modo di guardare alle due pulsioni unificate attraverso una sorta di monismo poco convincente.

Se da una parte la posizione di Fine ci sembra dettata dall'eterna preoccupazione di ogni scuola di pensiero di far salvi i propri principi generali, è incontestabile l'osservazione che un monismo integrale come quello di Marty *“peut devenir pour certains, qu'ils soient biologistes ou psychanalystes, suspect de réditionnisme et de réification, englobant par là notion de régression sans la problématiser.”* (Fine, 1992, 1121).

La critica sollevata da Fine sembra rispecchiare il nodo teorico principale della concezione di Pierre Marty.

Sappiamo peraltro che oggi esistono prospettive filosofiche, mediche e psicologiche che qualcosa hanno in comune con la visione di Pierre Marty. Basti pensare al rinnovato interesse

dell'occidente verso le filosofie orientali, che considerano l'uomo come un'unità corpo-mente, o alle scuole psicoanalitiche più vicine al pensiero di Carl Gustav Jung, che fanno riferimento ad una forma unica di energia psichica polivalente e in continua trasformazione, o, nel campo delle scienze mediche, alla prospettiva di Damasio, che mette in discussione il principio del dualismo cartesiano, per avvicinarsi alla visione di Spinoza.

La moderna psicosomatica ci sembra affondare le sue radici in questo *humus* culturale.

3. Regressione e patologia

Come sostiene una psicoanalista della scuola francese “*La question que pose la régression est celle de ses limites. Si on peut considérer qu’il y a des régressions nécessaires et souhaitables, et qui sont génératrices de progressions, on a puis aussi à souligner le danger de certaines types de régressions dont l’issue est la désorganisation, psychique ou somatique.*” (Roux, 1992, 1151).

Nell’occuparci delle manifestazioni regressive nella psicopatologia, intendiamo fare riferimento fondamentalmente alla distinzione classica tra nevrosi e psicosi.

Osserviamo naturalmente che, accanto alle categorie classiche di nevrosi e psicosi si sono affiancate, con l’ampliarsi degli studi psicologici, altre categorie psicodiagnostiche, che consentono un maggiore accordo e consenso in seno alla comunità scientifica internazionale.

Ci dice, infatti, Castellazzi che esistono nuovi fattori sociali da attribuire ai dinamismi della difficile epoca in cui viviamo, per cui “si nota un certo imbastardimento dei quadri clinici classici. Ciò vale soprattutto per quelle nuove situazioni patologiche che sono prevalentemente determinate dagli stress emotivi precoci a cui oggi il bambino viene purtroppo sottoposto. L’Io che emerge, sia a livello infantile che adolescenziale, appare essere fragile e notevolmente disturbato, in particolare nell’area del processo di *separazione-individuazione*. La conseguenza è la grave compromissione della capacità d’instaurare una vera e propria relazione oggettuale, per cui il soggetto tende a vivere più che altro entro una costellazione di oggetti- Sé. Di una simile situazione patologica, più facilmente classificabile come sindrome narcisistica o borderline, troviamo tracce vistose sia nei disturbi a carattere isterico che in quelli a carattere ossessivo o fobico.” (Castellazzi, 2000*, 14-15).

Inoltre, sempre seguendo la trattazione dello stesso autore, “se, allo stato attuale, i quadri patologici, appaiono più complessi e articolati, ciò trova la sua spiegazione anche: a) nella conoscenza più approfondita delle vicende sia infantili che adolescenziali; b) nell’estensione del campo di indagine della genesi delle patologie, passando dall’area edipica a quella pre-edipica con una particolare attenzione alla fase orale; c) nel conseguente affinamento dei criteri diagnostici; d) nel superamento dell’indebita equivalenza delle patologie dell’età evolutiva, più

fluide, con quelle dell'età adulta; e) nella maggiore preoccupazione di evitare il rischio dell'etichettatura nei confronti di soggetti in piena evoluzione.” (*Ibidem*, 15).

Ciononostante, in accordo con tale prospettiva, essendo peraltro la regressione un concetto di matrice psicoanalitica, ci atteniamo qui alla distinzione classica tra nevrosi e psicosi, e tratteremo a parte della regressione nella depressione nevrotica e psicotica.

3.1. La regressione nelle nevrosi

Sappiamo che il “quadro delle configurazioni teoretiche della dottrina psicoanalitica assegna un significato del tutto particolare al ruolo del conflitto intrapsichico. Esso si basa sulla interazione nella psiche di tendenze contraddittorie. Queste tendenze costituiscono delle attività mentali caratteristiche le quali possono essere raggruppate secondo le loro specifiche funzioni. [...] Si tratta beninteso di strutture nel senso squisitamente funzionale. Allorquando la interazione di forze contrapposte viene armoniosamente integrata (grazie all'attività dell'Io) è estremamente difficile, se non addirittura impossibile, stabilire i limiti delle differenti strutture costitutive dell'apparato psichico. Per contro le situazioni caratterizzate da un conflitto intrapsichico acuto, mettono in piena luce la differenziazione esistente tra l'Io, l'Es ed il Super-Io.” (Arlow, 1963, 43).

Secondo Modell è la regressione topica il fattore scatenante della patologia; egli scrive che “La regressione topica può essere definita come uno spostamento d'investimenti dal mondo esterno a quello interno.” (Modell, 1968, tr.it. 1975, 107); pertanto esisterà una “regressione topica senza un'alterazione strutturale significativa”, che indurrà stati nevrotici e una “regressione topica con alterazione strutturale significativa” che indurrà stati psicotici.

Per spiegare il meccanismo dell'insorgenza della nevrosi, Modell prende le mosse dalla nevrosi di traslazione, nel senso indicato da Laplanche e Pontalis di “nevrosi artificiale in cui tendono a organizzarsi le manifestazioni del transfert. Essa si costituisce intorno alla relazione con l'analista ed è una nuova edizione della nevrosi clinica.” (Laplanche-Pontalis, 1967, tr.it. 2003, 385).

Scrive, dunque, Modell che la nevrosi di traslazione prende forma in due tappe successive: “Prima, lo spostamento d’investimento dall’Io-realtà al mondo interno, seconda, lo spostamento d’investimento dal mondo interno all’Io-realtà; la gratificazione è perseguita dal mondo esterno nella persona dell’analista.” (Modell, 1968, tr.it. 1975, 108).

Prendendo l’avvio da queste osservazioni, l’autore continua dicendo che nella regressione topica di tipo nevrotico “i contenuti del mondo interno invadono o compenetrano l’Io-realtà. C’è un’intensa ricerca di gratificazione dal mondo esterno, ma la strutturazione della percezione del mondo esterno è stata alterata in conformità con i contenuti del mondo interno.” (Modell, 1968, tr.it. 1975, 108). Però, “la capacità di rappresentare gli oggetti ‘come sono’ si conserva; accade piuttosto che un elemento d’illusione entra nella rappresentazione della realtà.” (*Ibidem*, 110).

Riportiamo a questo punto un esempio di regressione in un bambino di sei anni; possiamo ricollegare questo caso a quanto detto in precedenza a proposito dei possibili risvolti patologici dell’identificazione col fratello neonato, nel paragrafo dedicato al *Test del disegno della famiglia*: “Un bambino di sei anni, precedentemente ben adattato, reagì con violenza alla nascita di una sorellina. Dapprima il ragazzo mostrò intensa collera e gelosia verso la nuova arrivata. Questa esibizione di antagonismo venne aspramente criticata dai suoi genitori, e ben presto scomparve, dopodiché il bambino divenne inerme, esigente e meno autosufficiente. Sebbene in precedenza egli fosse stato in grado di vestirsi, nutrirsi badare da solo ai propri bisogni corporali, ora prese a sporcarsi e assunse un comportamento generalmente inadeguato. Egli invidiava chiaramente la sua sorellina. Chiedeva che sua madre lo pulisse, lavasse, lo vestisse e nutrisse come faceva con la sorella. In questo modo egli tentò di riottenere la posizione di un neonato al quale i genitori prodigano la loro attenzione, e ciò valeva a calmare la sua invidia e intensa collera verso la sorellina.” (White-Gilliland, 1975, tr.it. 1977, 87).

E’ qui evidente l’elemento d’illusione che compenetra la rappresentazione della realtà, descritto da Modell: il bambino, per quanto sia in grado di rappresentarsi correttamente la realtà, s’illude di aver trovato una soluzione al pericolo percepito, comportandosi come un neonato, ma evidentemente si tratta di una soluzione poco adeguata alla situazione ambientale.

La regressione come meccanismo di difesa, appare soprattutto nelle nevrosi ossessivo-compulsive, ma è pressoché assente nell'isteria, in cui predomina, invece, la rimozione, e relativamente poco presente nelle fobie, in cui, invece, predominano la rimozione, meno riuscita che nell'isteria, e lo spostamento.

Come scrive Bergeret, la regressione nella nevrosi ossessivo-compulsiva è il primo di quattro fattori complementari: “prima la regressione (regressione pulsionale sul sadismo anale) (‘no, non voglio desiderare il mio genitore edipico, voglio sporcarlo’), poi rimozione di queste tendenze sadiche (‘no, non voglio conoscere la mia voglia di sporcare’), poi formazione reattiva (‘sono scrupoloso, voglio proteggerlo, curarlo’), infine sostituzione (dell’oggetto pulsionale su un congiunto o un bambino da ‘proteggere’ o sull’intera casa ‘da tenere pulita’ come sostituto)”. (Bergeret, 1979, tr.it. 1988, 95-96). È necessario chiarire con Castellazzi che “l’ossessivo compulsivo regredisce alla fase sadico anale, a cui è rimasto fissato per il mancato superamento del conflitto edipico. Questo è vissuto come troppo carico di angoscia, dal momento che l’organizzazione libidica della fase fallica risulta piuttosto debole o troppo poco resistente. Per cui, allorché l’Io attiva i suoi sforzi difensivi, il primo risultato che ottiene è di fare regredire parzialmente o totalmente l’organizzazione genitale della fase fallica allo stadio sadico anale.” (Castellazzi, 2000*, 107).

Inoltre, sempre secondo lo stesso autore, può accadere che l’ossessivo compulsivo realizzi “un investimento anale regressivo dei processi intellettuali. Vive, cioè, una regressione libidica al sadomasochismo con un sovrainvestimento ambivalente dei processi intellettuali e uno spostamento del piacere della scoperta intellettuale sul funzionamento stesso dei meccanismi intellettuali.” (*Ibidem*, 111).

Riportiamo un caso in cui il conflitto viene vissuto su un piano “intellettuale”: “Un giovane paziente intellettuale era tormentato dalla seguente domanda ricorrente: ‘I valdesi erano veramente nel giusto?’. Questo rifletteva il suo conflitto circa il controllo dei propri illegittimi impulsi. Il nesso tra il pensiero ossessivo e gli impulsi a cui esso simbolicamente si riferisce, diventa chiaro quando si conosca la dottrina dei valdesi. I valdesi erano una setta eretica cristiana

fondata nel 1170 da Pietro Valdo, il quale cercò di ripristinare tra i suoi seguaci la purezza evangelica della vita.” (White-Gilliland, 1975, tr.it. 1977, 146).

3.2. La regressione nelle psicosi

Ricordiamo che “la teoria psicoanalitica individua fondamentalmente in una perturbazione primaria della relazione libidica con la realtà il denominatore comune delle psicosi e considera la maggior parte dei sintomi manifesti (costruzione delirante in particolare) come tentativi secondari di ripristino del legame oggettuale.” (Laplanche-Pontalis, 1967, tr.it. 2003, 365).

A questo proposito citiamo un drammatico caso di regressione come tentativo di ripristino del legame oggettuale attraverso una modalità di pensiero arcaica, volta a instaurare un legame con un oggetto parziale cattivo e controllante proiettato all'esterno: “Una donna di cinquant'anni era diventata acutamente psicotica sotto l'impatto di vari eventi estremamente traumatici. Parlando con il suo medico, essa si rifiutò di rispondere a certe domande dicendo che il colore giallo della sedia sulla quale era seduta le comandava di non dire nulla su tali argomenti. Quando le fu chiesto in che modo un colore riuscisse a controllarla così completamente, essa descrisse minuziosamente il rapporto che quel particolare colore aveva con lei, e come esso avesse a volte breme e desideri talmente forti da obbligarla a fare ciò che lui voleva. Questa donna era regredita allo stadio animistico di pensiero caratteristico dei bambini piccoli, i quali dotano gli oggetti inanimati di caratteristiche umane.” (White-Gilliland, 1975, tr.it. 1977, 88).

Modell spiega chiaramente come “lo sviluppo del senso di identità è il risultato di una lotta ardua per accettare la separazione dagli oggetti: è sempre presente il desiderio di abbandonare la nostra identità e di fondersi nuovamente con gli altri oggetti. Il raggiungimento di questo senso di sé implica anche il riconoscimento del fatto che in un certo senso si è veramente soli al mondo. Questa consapevolezza angosciata ha il suo contrappeso nel desiderio di abbandonare la propria identità e di cercare la fusione con altri oggetti.” (Modell, 1968, tr.it. 1975, 113).

E' possibile ipotizzare che, nel caso riportato sopra, la regressione totale abbia permesso la fuga dalla realtà (la relazione col medico sentita come pericolosa), in favore del mantenimento di un qualche rapporto di tipo fusionale, evidentemente l'unico possibile in quel momento, con un

oggetto fantasmatico persecutorio (in quel momento rappresentato dal colore giallo della sedia su cui la donna è seduta) in qualche modo più familiare per la paziente.

I soggetti psicotici sono coloro “che non hanno mai completamente raggiunto il loro senso di identità [...]. Si può dire che in tali persone lo sviluppo storico del senso di sé sia stato contratto dalla mancata interiorizzazione degli oggetti parentali protettivi e amati. Il senso di sé che esiste non posa su identificazioni ‘realistiche’, ma è invece organizzato intorno a fantasie di onnipotenza.” (Modell, 1968, tr.it. 1975, 113). Nel nostro caso il sentimento di onnipotenza è proiettato sul colore giallo. In altri termini è impossibile per chi è in preda ad un episodio di psicosi vedere le cose così come sono. Esse vengono viste come sono rappresentate nel mondo interno del paziente e l’esame di realtà è gravemente compromesso.

Aggiunge Modell che “in certi stadi della schizofrenia ci può essere una reale dissoluzione del senso d’identità imperfettamente formato. E’ come se si disintegrassero gli elementi costitutivi, cioè le identificazioni che costituiscono il senso di sé, per quanto amorfo possa essere stato.” (*Ibidem*, 114).

3.3. La regressione nella depressione

Come accennato in precedenza distinguiamo due tipi di depressione, quella nevrotica e quella psicotica.

Sarà utile ai nostri fini citare estesamente la distinzione fra le due, messa al fuoco da Castellazzi: “La depressione nevrotica si caratterizza per la relativa stabilità ed integrità delle rappresentazioni del Sé e dell’oggetto, per la tollerabilità del senso di colpa, di solitudine e di abbandono, per la presenza di un uso debole dei meccanismi della negazione e dell’idealizzazione, per la conservazione di una sostanziale capacità di esame di realtà. La depressione psicotica comporta invece la destrutturazione del nucleo del Sé, e quindi un grave deterioramento delle relazioni con gli oggetti interiorizzati. Inoltre, l’esame di realtà risulta essere gravemente compromesso e disturbato da allucinazioni e deliri. All’origine della depressione psicotica sta il fallimento del processo di separazione nella prima fase della vita e l’instaurazione di una relazione oggettuale essenzialmente anaclitica ed ancora indefinita dal

punto di vista strutturale. Nella depressione nevrotica è in primo piano il ruolo della ferita narcisistica, da cui consegue un senso d'inferiorità e di vuoto, che viene poi in qualche modo contrastato, attraverso il tentativo di trattenere dentro di sé l'oggetto perduto. Nella depressione nevrotica è notevole inoltre il peso delle vicissitudini del conflitto edipico. L'organizzazione strutturale della personalità è dominata dal primato dell'immaginario triangolare. Nella depressione psicotica invece il soggetto, dopo essere regredito alla fase anale, espelle l'oggetto precedentemente introiettato, esponendosi così ad un grave senso di vuoto. In questo contesto, l'odio sperimentato verso l'oggetto con cui è avvenuta l'identificazione, e quindi di riflesso anche verso il Sé, è talmente intenso da paralizzare l'esistenza. La relazione di tipo sadomasochistico che emerge determina, di riflesso, una visione monotona, fatalistica ed appiattita della realtà. La depressione nevrotica nasce a seguito di una perdita di un qualcosa che è vissuto dall'individuo come una sicurezza di base, per questo è detta anche reattiva. Il calo di senso di benessere che segue al trauma mette in luce l'esistenza di una sottostante struttura di personalità più o meno debole. La depressione psicotica rivela invece una struttura gravemente patologica, dove l'individuo vive costantemente in una situazione di perdita totale dell'oggetto." (Castellazzi, 1993, 23).

Anche in questo caso citiamo un esempio; si tratta di una donna soggetta a crisi di depressione psicotica su base ansiosa, complicate dall'uso di sostanze alcoliche: "Una massaia di quarantadue anni aveva iniziato un trattamento perché sofferente di una grave forma di angoscia e di attacchi depressivi. Quando era ansiosa o depressa, ricorreva all'alcool, ubriacandosi. La sua vita familiare era resa perennemente caotica dal comportamento di suo marito, un uomo molto ritirato e carico di ostilità, di sua figlia, una ragazza ribelle e velleitaria, e del suo maldestro e inconcludente figlio. Era sufficiente un lieve aumento della tensione, perché essa regredisse a modi di comportamento estremamente infantili. Varie volte in cui s'era trovata in una situazione critica, aveva cominciato a parlare come fa un bambino, con un vocabolario limitato e infantile, e un tipo di pensiero estremamente concretistico. Si metteva a sedere con le gambe incrociate sul pavimento della cucina e lì, aiutandosi con le mani, consumava i suoi pasti. Se tentava di servirsi del cucchiaino o della forchetta li maneggiava goffamente, come avrebbe

fatto un bambino. Sporcava il proprio corpo e il pavimento di cibo, il tono della voce e l'espressione del viso diventavano molto simili a quelli di un bambino di due o tre anni. Questi acuti episodi di regressione duravano di solito non più di pochi giorni e sparivano completamente allorché veniva ricoverata. Dopo che l'episodio regressivo si era concluso, la paziente non ricordava più nulla di quanto era accaduto, e di solito rammentava soltanto che un certo avvenimento, cioè l'episodio scatenante, l'aveva molto disturbata. Questo caso, oltre ad esemplificare la regressione, illustra anche il meccanismo della dissociazione.” (White-Gilliland, 1975, tr.it. 1977, 88-89).

3.4. La regressione all'interno del trattamento psicoterapeutico

Addentrandoci nella lettura degli autori psicoanalitici possiamo leggere frasi del genere: “E’ perciò una necessaria condizione preliminare per l’analisi il fatto che lo sviluppo strutturale proceda fino al punto in cui possa essere conservato il senso di identità in vista della regressione topica. Questa è naturalmente una rappresentazione alquanto idealizzata in quanto abitualmente nella psicoanalisi si verifica un certo grado di regressione strutturale. [...] Tali regressioni strutturali sono reversibili.” (Modell, 1968, tr.it. 1975, 111).

Sembrerebbe dunque requisito fondamentale per la conduzione di un’analisi, che il paziente sia dotato di un certo grado di forza dell’Io per poter fronteggiare il pericolo della regressione.

Nella stessa direzione si muove Diatkine quando scrive: “I ricordi ritrovati fanno progredire il processo psicoanalitico solo se avvengono in un particolare stato emozionale, il che costituisce il fondamento della teoria del transfert. Fino a questo punto, rimane giusto pensare che non c’è ricordo utile senza una certa regressione.” (Diatkine, 1944, tr.it. 1998, 162).

Sempre lo stesso autore nota per altro che “l’ipotesi di una regressione curativa è storicamente legata alle prime ipotesi sull’isteria. Ricordiamo che all’alba del movimento psicoanalitico, il ricordare l’esperienza traumatica che induceva la guarigione per abreazione, comportava un ritorno indietro globale.” (Diatkine, 1944, tr.it. 1998, 161).

Questo tipo di regressione curativa, legata ai ricordi del paziente e alla loro valenza emotiva, sotto la cui coercizione il paziente riattualizza nel transfert forme antiche e ripetute nel tempo

di relazione, consente all'analista l'interpretazione del transfert e gli dà la possibilità di aiutare il paziente a costruire gradualmente nuovi significati. Infatti: "L'interpretazione viene data quando lo psicoanalista stabilisce un legame tra ciò che avviene oggi tra il suo paziente e lui, e un certo numero di elementi precedenti del discorso del paziente. Egli introduce una doppia temporalità che riguarda contemporaneamente il tempo delle sedute successive di analisi e quello della storia psichica del paziente che si sta ricostruendo. La costruzione proposta dallo psicoanalista al proprio paziente, è nuova, essa si enuncia in un discorso costruito, di preferenza non conclusivo e aperto ad altri sviluppi. Se si ha un afferrare il passato, indispensabile perché l'esperienza analitica s'inscriva nella continuità dell'esperienza del paziente, questo è per se stesso progredente, grazie alla novità che instaura." (*Ibidem*, 162).

Questa sorta di legame tra passato, presente e futuro, che assicura al paziente la continuità dell'esperienza e che mette "in prospettiva due momenti di ciò che il paziente dice o mostra all'analista, richiede un terzo termine che non è nell'enunciato e che ne assicura la coerenza. Esso può riferirsi a un ricordo non evocato dell'infanzia, al padre, alla madre o a una rappresentazione legata a una zona erogena." (*Ibidem*, 163).

Questa modalità di concepire il percorso terapeutico, che potremmo definire classica, prevede dunque quasi sempre l'esistenza di almeno un "terzo immaginario" nelle modalità relazionali del paziente, "terzo immaginario" in connessione con le figure genitoriali.

Balint espresse bene questo concetto identificando il livello edipico del funzionamento psichico come connotato da tre caratteristiche fondamentali: la prima "è che, al livello edipico, tutto – che sia riferito ad esperienze genitali o pregenitali – avviene in un rapporto triangolare: oltre al soggetto sono coinvolti sempre almeno altri due oggetti paralleli." (Balint, 1968, tr.it. 1983, 135), la seconda è che "il conflitto è provocato dall'ambivalenza che scaturisce dalla complessità del rapporto tra l'individuo e i suoi due oggetti paralleli" (Balint, 1968, tr.it. 1983, 135); la terza è che "il linguaggio adulto è un mezzo di comunicazione adeguato e attendibile: come tutti sappiamo Edipo era un adulto." (*Ibidem*, 136).

Quando i disturbi di cui soffre il paziente appartengono a questo livello, in altri termini quando ci si trova di fronte ad una nevrosi, l'interpretazione del transfert attraverso la verbalizzazione dei significati, come nella prospettiva di Diatkine, è spesso fruttuosa.

Secondo Balint, però, c'è un altro livello del funzionamento psichico, che, pur non potendo essere sovrapposto *tout court*, a quello concettualizzato come “stadio pre-edipico” per indicare il livello tipico della regressione borderline e psicotica, è analogo a questo. Si tratta dell'area del “difetto fondamentale”.

Non ci può essere sovrapposizione fra i due concetti di “stadio pre-edipico” e di area del “difetto fondamentale”, perché nella sostanza quest'ultima non precede nulla: è una modalità di funzionamento a se stante, le cui caratteristiche sono: “a) tutto quanto avviene all'interno di questo livello appartiene ad un rapporto esclusivo tra due persone; non esiste una terza persona; [...] c) la natura della forza dinamica che agisce a questo livello non è di tipo conflittuale; d) per descrivere i fatti che avvengono a questo livello il linguaggio dell'adulto spesso risulta inutile e fuorviante, in quanto le parole non sempre hanno un significato convenzionale.” (*Ibidem*).

A questo livello Balint diede il nome di “area del difetto fondamentale”, per sottolineare il fatto che in questo contesto c'è “un difetto, è qualcosa di storto nella psiche, una specie di *deficit* che va colmato.” (*Ibidem*, 143). Secondo lui “l'origine del difetto fondamentale può essere fatta risalire alla notevole discrepanza, nelle prime fasi di formazione dell'individuo, tra i bisogni bio-psicologici da una parte e dall'altra le cure materiali e psicologiche, l'attenzione e l'affetto disponibili al momento della richiesta.” (*Ibidem*).

La posizione di Balint ci sembra molto vicina a quella di Winnicott ed al suo concetto di *holding*. Ricordiamo a questo proposito che “dopo la nascita, il bambino sperimenta la funzione di contenimento empatico (*holding*) e abbandona lo stadio di fusione originaria reagendo alle pressioni che gli provengono dal suo ambiente. Se la madre corrisponde in modo parziale o alterato ai bisogni del neonato, si produce nel bambino un annichilimento dell'Io, cui egli reagisce formando un falso Sé e viene attivamente implicato nella genesi del disturbo mentale. In questa delicata fase di passaggio dalla dipendenza assoluta all'indipendenza il bambino perde

il suo stato di onnipotenza – in cui si illude di essere il creatore dell’oggetto esterno – e ottiene in cambio la permanenza dell’oggetto.” (Galimberti, 1999, 1084).

In armonia con questa prospettiva, infatti, Winnicott sosteneva che “la regressione ha però una qualità salutare dato che in una regressione le prime esperienze possono essere corrette, e, nell’esperienza, e nel riconoscimento della dipendenza, si verifica un vero riposo. Il ritorno dalla regressione dipende da una nuova acquisizione di indipendenza, e se ciò viene gestito bene da parte del terapeuta, il risultato è che la persona si trova in uno stato migliore di quello precedente l’episodio.” (Winnicott, 1988, tr.it. 1989, 161-162).

Lo psicoterapeuta che sa ben gestire questo tipo di regressione ad uno stadio molto infantile deve poter impersonare due ruoli: da una parte quello doppio dell’oggetto primario molto idealizzato e, successivamente, molto svalutato, in conformità ai meccanismi di difesa di uno stadio così regredito, e, dall’altro, il ruolo della figura materna idealizzata che cura il bambino; così “il riconoscimento graduale dell’identità dei terapeuti, quello idealizzato e quello molto cattivo, procede di pari passo con l’accettazione graduale, da parte del paziente, del buono e del cattivo nel proprio Sé, [...] alla fine, se tutto va bene, ne risulta una persona che è umana e imperfetta, in rapporto con un terapeuta che è imperfetto nel senso che non è disposto ad agire in modo perfetto oltre un certo limite ed oltre un certo periodo di tempo.” (*Ibidem*).

Sia Winnicott che Balint ebbero a che fare con pazienti molto regrediti e li analizzarono spesso con successo. Winnicott riteneva, infatti, che “la regressione terapeutica rivestisse un ruolo di particolare importanza per quei pazienti che non hanno una struttura di personalità solida, né una sicura dimensione spazio-temporale e per i quali sono necessari lunghi periodi di accoglimento, piuttosto che un lavoro analitico classico.” (267).

A questo proposito rammentiamo che Margaret Little, a sua volta divenuta analista, raccontò, scrivendo della propria analisi con Winnicott che egli, durante i periodi di regressione “allungava regolarmente le sedute, si assumeva, se necessario, la conduzione pratica dei suoi affari e le teneva la testa per lunghi periodi se lo riteneva opportuno.” (Stewart, 1994, 268).

Atteggiamenti analoghi tenne Balint, che però, per quanto concerneva il contatto fisico col paziente, “prendevo in considerazione soltanto il tenere la mano o le dita.” (*ibidem*), mentre,

come vedremo, talvolta andava incontro ai bisogni regressivi dei pazienti, facendo delle sedute aggiuntive.

Infine dobbiamo ricordare che Balint distingueva due forme di regressione terapeutica: una benigna, fondata su un rapporto di fiducia coll'analista, che permetteva il riconoscimento da parte del paziente, dei propri problemi e l'avvio di un "nuovo inizio" più libero; l'altra, maligna, fondata su una fiducia precaria, con richieste eccessive di tipo regressivo, che contribuiva all'instaurarsi di una forte dipendenza dall'analista. (Balint, 1968, tr.it. 1983, 275).

Inoltre Balint ci informa su quali siano le difficoltà che incontra lo psicoterapeuta nel trattare il paziente regredito allo stadio dell'area del difetto fondamentale: "L'abisso che separa noi adulti dal 'bambino nel paziente' quando questo si trova nel periodo del difetto fondamentale – il 'neonato' nel vero senso del termine, cioè uno che in ogni caso non sa parlare la lingua degli adulti – è considerevolmente più profondo e più ampio di qualsiasi cosa incontrata a livello edipico [...] In ogni caso dobbiamo renderci conto che il paziente – cioè il 'bambino nel paziente' nell'età del difetto fondamentale – è incapace di superare l'abisso da solo." (*Ibidem*, 215).

Sulle orme di Balint e Winnicott, in ordine al trattamento della regressione terapeutica, si mossero anche Masud Khan e Christopher Bollas.

4. *Rilievi conclusivi*

Vorremmo completare questo capitolo in cui abbiamo parlato delle funzioni della regressione, facendo due brevi rilievi: in primo luogo, ricordando che esiste anche una regressione all'insegna di eventi non traumatici e puramente al servizio dell'Io. Come scrive Castellazzi: "Basti pensare alla fase dell'innamoramento o, in modo meno evidente, ai momenti di festa o di vacanza dove l'adulto sospende i suoi abituali impegni e ruoli, più o meno onerosi, per assumere comportamenti che sono più vicini al mondo dell'infanzia e che quindi obbediscono prevalentemente al principio del piacere." (Castellazzi, 2000**, 132).

Si pensi ancora alla regressione adattiva che ha luogo durante il processo creativo in cui l'Io dell'artista "regredisce per pescare nell'inconscio aspetti che lo possono arricchire [...] Tale tipo

di regressione è temporanea e rivela l'esistenza di un Io forte. L'Io cioè controlla la regressione, per cui è in grado di determinare l'inizio e la conclusione di essa. Inoltre, i contenuti che emergono a livello conscio sono usati come materiale grezzo per la trasformazione in prodotti socialmente accettabili." (*Ibidem*, 136).

In secondo luogo, con un breve sguardo retrospettivo su quanto siamo andati dicendo nel primo capitolo, rileviamo che nelle posizioni di Balint e Winnicott possiamo cogliere l'eco kleiniana del ridimensionamento della centralità del conflitto edipico, della rivalutazione della relazione oggettuale primaria, nonché di una implicita posizione epistemologica che getta una luce sul "problema ermeneutico della natura della conoscenza psicoanalitica" (Kirshner, 1994, 12).

Infatti allo stesso tempo è possibile riconoscere nella posizione dei due autori, l'eco del significato più profondo insito nella rottura tra Freud e Ferenczi: con Kirshner osserviamo che chi segue quest'ultimo "consente al paziente di riportare alla luce parti scisse della propria esperienza precoce e di cominciare un processo di guarigione, 'l'impulso verso una nuova vita'. Secondo Freud, invece, il paziente deve assumersi la responsabilità della verità psicologica delle fantasie rivelate dall'analisi e accettarne la rinuncia definitiva." (*Ibidem*, 13).

In questo paragrafo abbiamo affrontato teoricamente la questione della regressione in psicoterapia psicoanalitica. Nel prossimo capitolo vedremo come, in concreto, alcuni degli analisti di cui abbiamo parlato ed altri hanno affrontato fenomeni di regressione in atto nella loro pratica clinica.

Capitolo 3

Casi clinici di regressione nella letteratura psicoanalitica

Nel presente capitolo sintetizzeremo alcuni casi clinici presentati nella letteratura psicoanalitica. Nel primo paragrafo riferiremo di una fase particolare della cura in due pazienti di Michael Balint; l'autore non narra l'intero caso, ma mette in evidenza solo quei momenti della cura, che meglio possono illustrare i suoi concetti di regressione benigna e regressione maligna.

Nel secondo paragrafo sintetizzeremo il caso di Harold, paziente di Christopher Bollas; si tratta di un uomo fondamentalmente sano, che, affrontando una fase di regressione con l'aiuto del suo analista, ha potuto migliorare considerevolmente la qualità della sua vita.

Nel terzo paragrafo riassumeremo un lungo caso piuttosto grave, descritto da Masud Khan, in cui la paziente, chiamata signora X, ha dovuto superare diverse traversie e un periodo di regressione molto profonda.

Nel quarto paragrafo descriveremo infine il caso, narrato da Marilie Aisenstein, di una donna malata di cancro e sofferente di depressione. La Aisenstein ha chiamato Makiko questa paziente perchè, nell'ambito delle proprie reazioni controtransferenziali, le ricordava un omonimo, inquietante personaggio, creato dal romanziere giapponese Yukio Mishima. La Makiko letteraria era dedita alla diffusione della tradizione del *Seppuku*, rituale suicida in uso fra i samurai, di cui, ricordiamo, lo stesso Mishima rimase vittima.

1. Due casi in Michael Balint

In questo paragrafo prenderemo in esame due casi riportati nel già citato testo di Balint, intitolato *Il difetto fondamentale*.

Il primo caso è quello di una donna analizzata negli anni Venti, che, benché avesse concluso con buoni risultati gli studi universitari, non riusciva a superare l'esame finale e, sebbene fosse attraente e corteggiata, non riusciva a entrare in relazione con alcun uomo, perché paralizzata dall'incertezza ogni qualvolta doveva prendere una decisione.

Scrivi Balint: “Era molto legata a suo padre, un uomo energico, piuttosto ossessivo, ma molto sicuro di sé, si capivano ed avevano un rapporto di stima reciproca. Era chiaramente ambivalente invece, il rapporto con la madre, persona timorosa e, per la figlia, poco fidata.” (Balint, 1968, tr.it. 1983, 256).

Quando Balint interpretò a questa paziente che “la cosa più importante per lei era di non perdere la testa, di tenere i piedi per terra” (*ibidem*), ella si ricordò che quando era più giovane non era mai riuscita a fare una capriola senza difficoltà. Balint le chiese se riteneva di esserne capace in quel momento. La paziente per tutta risposta si alzò dal lettino e fece una bella capriola.

Questo *acting-out*, dal senso fortemente simbolico, fu l’inizio del superamento dei problemi da parte della paziente. Il progresso risultò solido e reale, in quanto confermato da un *follow-up* di circa trent’anni.

Questa capriola fu una forma di regressione benigna in quanto fu indice “di forme primitive di comportamento e di esperienza in risposta al trattamento analitico” (*ibidem*, 257-258), ma fu pur sempre una prima capriola, quindi un evento nuovo, libero dalla coercizione della ripetizione.

Il secondo caso esemplifica con chiarezza in che cosa consista la capacità del terapeuta di saper modulare i bisogni regressivi del paziente per ottenere un progresso nella cura.

Racconta Balint: “Un venerdì il paziente ebbe notevole difficoltà a lasciare la stanza, dopo una seduta insoddisfacente in cui aveva ammesso con riluttanza che non si poteva stabilire nessun contatto reale tra lui e l’analista dato che per tutta la seduta si era sforzato di mettere l’analista in una posizione di inutilità. Prima di aprire la porta disse che si sentiva malissimo e chiese una seduta supplementare durante il fine settimana per aiutarlo a riprendersi.” (*Ibidem*, 298). Questa richiesta rappresentava indubbiamente un bisogno di gratificazione, che Balint decise di non assecondare dal momento che il paziente in altri momenti aveva già ottenuto delle sedute supplementari e queste non lo avevano portato ad un miglioramento.

Balint cercò “prima di tutto di riconoscere e di accettare l’angoscia del paziente, in modo che potesse percepire che ero dalla sua parte, e poi di comunicargli che non ritenevo la seduta supplementare – che avrei potuto concedergli – capace di dargli quello che si aspettava in quel

momento, e di cui forse aveva anche bisogno, inoltre ciò avrebbe reso piccolo e debole lui, e grande e potente l'analista, certo cosa non desiderabile. Per tutti questi motivi la richiesta non venne accolta. Il paziente se ne andò insoddisfatto.” (Balint, 1968, tr.it. 1983, 298-299).

La sera del giorno stesso il paziente telefonò a Balint dicendo che aveva dovuto telefonargli per dirgli che era sul punto di piangere, per farglielo sapere, ma non chiese nessuna seduta supplementare.

Balint giunge dunque alla conclusione che quest'episodio dimostra come la risposta dell'analista abbia trasformato un processo inizialmente tendente alla forma maligna della regressione – cioè al ritorno dell'imprescindibile 'desiderio intenso' da soddisfare – in un nuovo processo tendente verso una forma benigna; quest'ultima consisteva in una sorta di “regressione per il riconoscimento” (*ibidem*, 299), che permise in seguito degli sviluppi positivi.

A questo proposito vogliamo aggiungere che Balint operava una distinzione tra “regressione per la gratificazione”, in cui il paziente cerca un evento esterno, un'azione provocata dal suo oggetto, e una “regressione per il riconoscimento”, in cui il paziente si aspetta una partecipazione del mondo esterno che “non interferisca con la sua vita interiore e non provochi inutili turbamenti – due aspetti molto importanti - , ma soprattutto [il paziente] pretende che il mondo esterno riconosca l'esistenza della sua vita interiore e l'unicità della sua individualità.” (*Ibidem*, 273).

2. Christopher Bollas e Harold

Harold era un paziente di Bollas; eccone la presentazione: “Quest'uomo non era certamente malato. Soffriva di un eccesso di falso Sé, è vero, e le sue esperienze emotive nei rapporti oggettuali non erano molto gratificanti e abbastanza superficiali, ma leggeva molto, gli piaceva andare a concerti, teatri e musei ed era arricchito da queste esperienze. Aveva sperato di essere una persona creativa e gli dispiaceva non esserlo, ma aveva un buon lavoro e sapeva farlo bene, faceva il venditore di assicurazioni.” (Bollas, 1987, tr.it. 1989, 269).

In effetti era giunto in analisi mandato dalla moglie, convinta che qualcosa in lui non andasse per il giusto verso, in quanto sembrava agire sempre in base ai desideri di qualcun altro e non essere se stesso.

Bollas intende illustrare il processo di regressione alla dipendenza durante il transfert attraverso l'esempio di Harold, proprio perché si tratta di un caso "normale", in cui non sono presenti elementi vistosi di patologia, proprio perché "non c'è dramma nello sviluppo della piena regressione alla dipendenza di Harold." (*Ibidem*, 269).

Quest'uomo utilizzò tutto il primo anno di analisi parlando molto, accettando le interpretazioni del suo analista, utilizzandole per migliorare la propria vita, ma Bollas aveva notato che egli tendeva a non parlare del padre. Questi morì, peraltro, durante il secondo anno di analisi, ma la cosa sembrò non colpire particolarmente il paziente, tanto che Bollas attribuì questo fatto ad "un impoverimento della rappresentazione del padre come oggetto interno." (*Ibidem*, 270).

Nel secondo anno di analisi, il paziente imparò ad usare il silenzio, cercando una propria strada verso l'attività fantastica in seduta, riconoscibile attraverso il suo assetto corporeo: smetteva di gesticolare e si guardava attorno per dare attenzione a qualche oggetto o per guardare fuori dalla finestra.

Al terzo anno divenne meno loquace e talvolta si addormentava in seduta. Questi atteggiamenti vennero accettati e non interpretati dall'analista. In qualche modo il paziente venne lasciato libero di regredire.

Ad un certo punto "la qualità delle sedute cambiò [...] Nella seconda seduta della settimana mi disse che stava ricordando la barca a vela di suo padre. Era una bellissima barca, eppure era una cosa a cui non aveva più pensato da anni, da quando era ragazzo. [...] La terza seduta trascorse in silenzio. Nella quarta seduta disse che non si era mai permesso di avere quello che veramente voleva. [...] Il lunedì era effervescente e mi disse che era andato al cantiere nautico e aveva ordinato per sé una barca a vela quasi identica a quella di suo padre." (Bollas, 1987, tr.it. 1989, 271-272). Era successo dunque qualcosa di nuovo: il paziente si era permesso qualcosa che desiderava realmente.

Bollas osserva come il paziente in realtà, durante le gite in barca, “viveva con” il padre, fino a che si rese conto che stava facendo ciò che aveva fatto il padre, che “non poteva essere stato l’ometto mite che lui aveva sempre pensato che fosse.” (*Ibidem*, 272).

Da questo momento in poi fu resa possibile l’analisi “della intensa e amara distruzione del padre e dell’elemento maschile che [il paziente] aveva fatto dentro di sé.” (*Ibidem*).

Bollas sostiene che, in questo caso, come in altri, la regressione alla dipendenza comporta “la fiducia dell’analizzando nella capacità dell’analista di mantenere vivi la stanza, il tempo e il processo in modo da poter rinunciare ad alcune funzioni dell’Io (come il pensiero integrativo, l’astrazione, l’auto-osservazione, il riferire, ricordare certi dettagli, rispondere all’atteggiamento mentale e alle interpretazioni dell’analista e così via) per poter cadere in uno stato di intensa preoccupazione interna per sé.” (*Ibidem*, 272).

Questa rinuncia ad alcune funzioni adulte dell’Io, che implica la possibilità di affidarsi all’analista, rispecchia il ritorno nel transfert di quel bisogno regressivo di trovarsi in presenza della madre “sufficientemente buona” che cura l’Io del bambino.

La capacità dell’analista di rendersi conto che non è il caso di offrire interpretazioni, ma che è necessario “essere con” il paziente, accettando il transfert, fa sorgere nell’analizzando ricordi ed esperienze precoci; nel caso di Harold si trattava della barca del padre e di tutte le esperienze e i significati “conosciuti e non pensati” ad essa collegati.

In altri termini, se l’analista è in grado di discernere quando il silenzio non è una resistenza, ma un’autentica necessità di entrare in contatto con parti profonde del Sé, e quindi riesce a lasciare il paziente libero di “rimuginare”, sostenendolo al contempo con la propria presenza, l’analizzando può “ricevere importanti intuizioni dall’interno del Sé mediante mezzi sostanzialmente intersoggettivi.” (Bollas, 1987, tr.it. 1989, 277).

Ricordiamo qui, per inciso, con Khan, che “Paula Heimann [l’analista di cui abbiamo parlato nel primo capitolo e che delineava il concetto di regressione alla luce delle teorie della Klein], nei suoi due saggi sulla traslazione e controtraslazione, ha esaminato a lungo la dinamica del paziente che adopera l’analista come Io supplementare.” (Khan, 1974, tr.it. 1979, 130).

Questo ci conferma ancora una volta l'enorme influenza della scuola della Klein nella storia del pensiero psicoanalitico. Ritroviamo la sua eredità nel bagaglio professionale di Bollas.

3. Masud Khan e la signora X: regressione e integrazione nello scenario analitico

Khan introduce il caso della signora X, ricordando le ricerche di Winnicott, che condussero “a una valutazione più attenta della parte che l'analista e lo scenario analitico assumono nell'instaurarsi e nell'evolversi del processo clinico o, per dirla in termini classici, della nevrosi di traslazione.” (Khan, 1974, tr.it. 1979, 129).

Khan fa inoltre riferimento a questo proposito al concetto di “cornice”, introdotto da Marion Milner, per indicare il limite particolare, temporale, che delimita la realtà del *setting* psicoanalitico, nella stessa maniera in cui la cornice di un quadro delimita ciò che è rappresentato sulla tela, differenziandolo da tutto ciò che è al di fuori di essa. Ciò che Khan intende designare con la locuzione “scenario analitico” è esattamente ciò che la Milner intendeva parlando di “cornice”.

Khan passa dunque a descrivere il caso della signora X, malata di una grave depressione cronica, caratterizzata da dissociazioni dell'Io. La paziente guarì molto bene in tre anni di cura psicoanalitica.

L'attenzione dell'autore è rivolta allo scenario analitico e all'azione reciproca delle componenti transferali e controtransferali, perché “lo scopo di questo saggio è mostrare come in questi casi la ‘nevrosi di traslazione’ assume la forma di una regressione analitica nello scenario analitico, e richiede quindi qualcosa di molto specifico alla personalità dell'analista nella sua controtraslazione”. (Khan, 1974, tr.it. 1979, 130).

Il caso, descritto in maniera assai circostanziata, è trattato in tre parti: la prima corrisponde al primo anno di cura, la seconda corrisponde ad un periodo di cura della durata di diciotto mesi, contrassegnato da una regressione graduale e controllata, e la terza rappresenta la fase finale del trattamento, durata sei mesi e, conclusasi, come abbiamo detto, con la guarigione.

Cercheremo ora di ripercorrere le tre fasi, focalizzando la nostra attenzione soprattutto sulla seconda, in cui sono ben descritte tutte le componenti della regressione.

La signora X era stata inviata a Khan da un collega psichiatra; la sua malattia si era manifestata il giorno in cui, vittima di uno stato confusionale, era uscita da casa e si era messa a vagare, finché, ritrovata da amici, era stata ricoverata e sedata.

Nel frattempo il marito, appena dimesso dall'ospedale psichiatrico, aveva assunto un impiego in un'altra città ed era dovuto partire insieme al figlio. La signora X quindi non poté partire con i suoi familiari a causa del suo crollo psichico.

La paziente si percepiva come una persona continuamente esposta a fallimenti, vittima di eventi esterni inevitabili e sopravvissuta solo perché dotata di un forte istinto di autoconservazione.

L'impressione dell'analista fu quella di trovarsi davanti "a poco più di una serie di lucidi intervalli di calma tenuti insieme da uno stato d'animo di apatia e di depressione." (*Ibidem*, 133).

Il passato della paziente era legato ad un padre tenero, ma piuttosto schizoide e ad una madre, che avrebbe desiderato avere, al posto della figlia, un figlio maschio e che considerava la figlia brutta, grassa e goffa.

A fronte di un rapporto sadomasochistico con la madre, l'unico oggetto interiorizzato, ideale e soccorritore proveniva da un antico rapporto positivo con la balia, successivamente riattualizzato e rinforzato attraverso il rapporto con un insegnante di musica, a cui la paziente si era molto affezionata.

Quando la signora X aveva sedici anni, morì suo padre, al quale era legata un forte senso di solidarietà, utile a fare fronte comune contro la prepotenza della madre.

A questa perdita la paziente reagì con la dissociazione: si diede ad una vita iperattiva e passò dall'omosessualità non agita, all'eterosessualità, con un'invasione dell'Io da parte di contenuti sessuali.

Durante la guerra perse la famiglia nei rastrellamenti dei nazisti e subito dopo riparlò in Inghilterra, dove per vivere fece dei lavori umili, riprendendo il suo fondamentale atteggiamento depressivo.

In seguito, ritornata al suo paese, si sposò, ma scoprì immediatamente dopo il matrimonio che il marito era solito ubriacarsi; in questa occasione per la prima volta pensò al suicidio.

Ebbe un figlio, in seguito ad un parto assai travagliato, con il quale instaurò una relazione ambivalente.

Ben presto dovette assumere un incarico d'insegnante al posto del marito perché questi era offuscato dall'alcool e incapace di lavorare. Si verificò a questo punto un'inversione dei ruoli, perché da quel momento in poi il marito cominciò a fare da madre al figlio.

Il marito, in seguito, ebbe una crisi psicotica, ma non appena fu dimesso dall'ospedale psichiatrico, come abbiamo visto all'inizio della narrazione, fu la signora X a crollare.

La paziente fece molti progressi nei primi sette mesi di analisi, divenendo consapevole di alcune delle sue dinamiche interiori, ma era ossessionata dal sentimento di perdita riguardo al figlio e l'equilibrio rimaneva assai precario. In realtà, paradossalmente, si salvava perché adoperava continuamente come difesa una dissociazione fra tre componenti: il marito e il figlio da una parte, lo scenario analitico dall'altra e, infine, il lavoro a scuola, che aveva potuto riprendere dall'inizio dell'analisi.

In seguito alla morte della madre del marito, e ad un breve periodo trascorso con questi, la paziente precipitò in uno stato maniacale in cui la sua analisi era tutto. Soffriva incessantemente di insonnia e si preoccupava moltissimo delle sue attività autoerotiche. Sfuggiva altresì ad ogni interpretazione del transfert e riferiva continuamente sogni e fantasie diurne, formalmente poco differenziate gli uni dalle altre.

Dopo qualche tempo partì per una vacanza, sollecitata dal marito, ma poco prima della partenza si trovò a rubare due libri e a confessarlo al proprio analista, che li restituì per lei, non mancando di offrire l'interpretazione che in questo modo la paziente lo aveva obbligato ad agire, perché si rivelasse in relazione e non più come un oggetto.

Dopo questo episodio e i successivi, conseguenti pensieri di suicidio, Khan considera finita questa prima fase dell'analisi, conclusasi con la partenza della signora X per le vacanze.

La seconda fase fu caratterizzata dall'elaborazione del significato del furto, in quanto atto di estrema richiesta d'aiuto, di sfrontatezza e sfida e anche di affermazione dei propri diritti, ma utile per svelare gli impulsi della paziente a se stessa e al suo analista: "L'aiuto richiesto era per controllarli, la sfida esprimeva l'aggressività e il modo tipicamente distruttivo della paziente, la

rivendicazione riguardava il figlio. I libri per lei rappresentavano il figlio.” (Khan, 1974, tr.it. 1979, 143).

Nel corso della cura la paziente cominciò a rendersi conto della sua identificazione con la madre: ella, in effetti, aveva imitato nei confronti del marito il comportamento di sua madre, attraverso una forma di identificazione con l’aggressore.

Inoltre si rese conto del fatto che un’ulteriore identificazione con la balia, donna grassa e svogliata, presso la quale era vissuta in un’atmosfera ovattata, nascosta nello scialle che la donna adoperava per portarla dietro la schiena, l’aveva predisposta alla depressione; spesso, infatti, si sentiva stanca ed era spinta a stendersi sotto una coperta distruttrice di ogni energia costruttiva, e magicamente protettiva. Questo avveniva spesso quando giocava con il figlio; Khan interpreta che tale comportamento rappresentava una forma di rivolgimento contro il sé d’impulsi aggressivi, primariamente diretti contro il figlio e vedremo fra breve perché.

Questa doppia identificazione con una madre aggressiva ed una balia depressa, quindi, aveva portato la signora X a tenere atteggiamenti fortemente ambivalenti e contraddittori nei confronti del figlio.

La presa di coscienza di tutte queste componenti la fece precipitare in uno stato di profonda disperazione e di colpa, aggravato dalla sopraggiunta ostilità del marito, per cui la donna pensò per la terza volta al suicidio.

La disperazione dovuta alla perdita soprattutto del figlio, mise in moto un processo di profonda comprensione empatica da parte dell’analista.

Questi, dopo una seduta in cui la signora X aveva pianto continuamente, le chiese quale fosse la misura del suo sentimento di riuscire a cavarsela. Alla risposta “per il dieci per cento”, l’analista rispose a sua volta che per il mancante “novanta per cento” avrebbe cercato di aiutarla in prima persona.

Questo comportamento dell’analista indusse la regressione graduale e controllata contrassegnata, secondo Khan, da quattro aspetti: un totale senso di perdita, la dipendenza dall’analista, la reazione agli urti, l’esperienza del dolore.

Il senso di perdita era vissuto come privazione della madre, come perdita di ciò che la paziente non era riuscita a procurare a se stessa, come fallimento del suo matrimonio, come amore non dato, come perdita del figlio. La donna riusciva solo a piangere per molte ore e non era più obesa, come lo era stata per identificazione inconscia con la balia.

La dipendenza dall'analista era quasi assoluta. Questi aveva anche il compito di leggere le lettere a carattere "interpretativo" del marito, per proteggerla da eventuali intrusioni allarmanti.

Nelle rare volte in cui la paziente riusciva a non soffrire in maniera totale durante la seduta, l'analista tentava delle interpretazioni per stabilire un nesso tra il passato e il presente.

Scrivendo Khan: "La mia parte nella situazione analitica era fondamentalmente e dinamicamente questa: essere lì, vivo, attivo, provvisto di un corpo e vitale, senza interferire con qualche mio bisogno personale di tradurre le esperienze affettive della paziente nei loro equivalenti mentali. Provai molti e vari modi di stare con lei silenzioso ed immobile. Quando non ero lì con la mia attenzione corporea, essa lo percepiva immediatamente." (Khan, 1974, tr.it. 1979, 150).

Le fonti d'urto erano quattro: sociale, familiare, intrapsichica e analitica.

In primo luogo quando qualcuno le chiedeva qualcosa di dovuto, la paziente reagiva con un'iperattività fallica.

Secondariamente, se il marito le faceva richieste riguardanti il figlio, per lei non possibili da esaudire, reagiva con rabbia e umiliazione per finire accasciata in un senso di inutilità.

In terzo luogo, a livello intrapsichico, quando uno stato maniacale la portava a scariche eccessive degli impulsi, finiva per provare disgusto per se stessa.

Infine alle carenze inevitabili dell'appoggio offerto dall'analista, ella reagiva con una dispersione del processo affettivo, per esempio interrompendosi e ricominciando da qualche altra parte.

Ci dice Khan che la parte più difficile da descrivere di questa regressione è proprio l'ultima da lui menzionata: l'esperienza del dolore.

La signora X provava un dolore a volte fisico, a volte psichico così intenso, da spingere l'autore a ricollegarsi al concetto di disimpasto delle pulsioni, come descritto in Freud a proposito del masochismo primario, al concetto di difetto fondamentale di Balint, all'idea di agonia.

Scrivendo Khan: “Riuscivo ad affrontare il suo dolore con ciò che posso esprimere a parole solo come simpatia incorporata, mediante la mia attenzione corporea: in questi casi sentivo che la paziente aveva bisogno della mia carne e delle mie ossa, e le prendeva a prestito per attaccarvi.” (*Ibidem*, 152).

Un episodio culminante segnò però la fine di questa regressione profonda: la signora X, ad un certo punto, si ammalò e le capitò, dopo aver preso del sonnifero, di fare la fantasia di suicidarsi tagliandosi i polsi. Questa fantasia fu così vivida, che riavutasi pensò: “Povero signor Khan, questa è la mia ricompensa per il suo lavoro!” (*Ibidem*, 153).

Da questo punto in poi cominciò la fase di ritorno dalla regressione.

La signora X cominciò a sperimentare un senso di continuità della sua esperienza, cercò di migliorare i suoi rapporti con il figlio, cominciò a curarsi maggiormente del suo aspetto esteriore ed elaborò il senso di colpa nei confronti della madre.

L’inizio della terza e ultima fase della cura coincise con la ricezione di una lettera in cui il marito le comunicò che, se avesse voluto, avrebbe potuto avere il figlio tutto per sé. La paziente, non ancora pronta per questa responsabilità, entrò in uno stato paranoide.

Cominciò ad odiare e a disprezzare tutti, accusando il marito, l’analista e lo psichiatra che l’aveva inviata dall’analista, di volerla privare con l’inganno del figlio, poiché tutti sapevano fin da principio che non sarebbe stato possibile per lei allevarlo.

Khan descrive questo periodo come difficilissimo, caratterizzato dall’impossibilità di interpretare alcunché e dal proprio ruolo di sostituto materno, il cui compito era solo quello di contenere tutto l’odio che la paziente, riversava contro di lui.

L’analista scelse a questo punto la strada d’interpretare lo stato paranoide della paziente come conseguenza del desiderio inconscio di uccidere il figlio. Poté farlo, rievocando un momento della cura in cui ella aveva rammentato di aver schiaffeggiato violentemente il figlio, perché questi aveva attraversato all’improvviso la strada. In quel frangente doveva averlo guardato in un modo assai feroce, perché il bambino era rimasto terrorizzato e incapace di reagire. Da questo episodio Khan trasse il materiale per interpretare alla sua paziente che in lei l’antico desiderio di mangiare e di essere mangiata si era trasformato nel desiderio di uccidere ed essere uccisa.

La donna accolse l'interpretazione e da quel momento in poi l'obiettivo dell'analisi consistette nell'elaborazione del sadismo orale rimosso e dissociato.

Come già detto all'inizio del paragrafo, la paziente poté essere considerata guarita giacché riuscì a trovare un ottimo impiego, a procurarsi una casa e ottenne l'affidamento completo del figlio. Cominciò a condurre una vita normale, priva di depressione e di altre patologie.

4. *Marilie Aisenstein e Makiko*

Come già ricordato all'inizio del capitolo, Marilie Aisenstein soprannomina la paziente di cui ci occuperemo in questo paragrafo Makiko, in riferimento ad un'eroina di Yukio Mishima, figlia di un generale prossimo agli ambienti imperiali, divorziata per aver rifiutato di sottomettersi al marito e divenuta, una volta ritornata dal padre, ispiratrice di un gruppo dedito al suicidio rituale giapponese, chiamato *Seppuku*, ma più noto con il nome di "hara-kiri".

Il gesto suicida rappresenta per la tradizione samurai l'estremo rifiuto e disprezzo nei confronti dell'ordine sociale.

Ci dice la Aisenstein: "*Celle que j'ai surnommée Makiko m'est adressées par un éminent collègue psychosomaticien qui me précise qu'elle est japonaise, qu'elle a un cancer du sygmoïde et qu'on l'entend difficilement. Il attribue cette gêne de l'écoute à la voix sourde de la jeune femme.*" (Aisenstein, 1992, 999).

La psicoanalista nota effettivamente la propria difficoltà nell'ascolto della paziente, che modula l'eloquio in francese con un accento giapponese gutturale e scandito, e scrive: "*Je note cette difficulté contre transférentielle qui m'a paru éclairante car Makiko me dira plus tard qu'il y a eu des moments où elle a perdu 'le sens de toute lors de sa dépression.*" (Ibidem, 1000).

Makiko ha quarantacinque anni, ma potrebbe mostrarne anche ventotto o trenta, è piccola e fragile e dall'aspetto adolescenziale. Ha lasciato il Giappone all'età di ventotto anni, diretta in Francia perché è pittrice ed è interessata alla pittura francese, in particolare al problema della prospettiva.

In fondo ammette di non conoscere il vero motivo che l'ha spinta a lasciare il Giappone, ma sa che un forte impulso l'ha spinta a farlo.

Alla domanda dell'analista se, per caso, in Giappone i ventotto anni non siano per una donna l'età ideale per il matrimonio, la paziente si mostra interessata e risponde: "*Peut être que je ne voulais pas être une femme japonaise...je n'y avais pas pensé...*" (*Ibidem*).

In Francia Makiko s'innamora e si sposa; il marito è attualmente in analisi ed ella crede che abbia dei conflitti con i genitori, ma si chiede come si possa essere in collera con delle persone anziane.

Makiko è pittrice, ma attualmente lavora in un grande magazzino per guadagnarsi da vivere. Alla meraviglia dell'analista per il fatto che una persona così colta abbia fatto questa scelta, la paziente risponde che i Giapponesi non hanno lo stesso senso dei valori sociali dei Francesi: il lavoro serve per guadagnare e i soldi le servono per potersi permettere il proprio *atelier*, questo è quanto basta.

Per quanto la paziente stessa dichiara di non mettere nessuna gioia narcisistica nel suo lavoro, quando il suo capo le dice che ella non è veramente una buona venditrice, cade nella disperazione e impiega un'intera seduta a piangere "*et son chagrin est encore renforcé par ce qu'elle ressent d'incommunicable.*" (Aisenstein, 1992, 1001). Chiede direttamente all'analista se questa sia in grado di comprenderla. L'eccellente risposta sarà: "*Je pense qu'il est très difficile pour nous de comprendre ce qu'est un code de l'honneur japonais.*" (*Ibidem*).

La paziente rimane molto colpita dalle parole "*code de l'honneur*" e racconta di essere figlia di un samurai decaduto, attualmente impiegato d'assicurazione. Parla anche della madre e dice che è una coreana d'origine contadina, proveniente da una famiglia di preti scintoisti.

L'analista sottolinea che potrebbe esserci in questo qualche traccia di conflitto del genere samurai/contadino, buddismo/scintoismo, Giappone/Corea. La paziente nega, ricordando il rispetto per la diversità che esiste in Giappone. L'analista l'ascolta per un po', ma poi si mette a contraddirla, appoggiandosi alle fonti letterarie giapponesi, non esenti certo da descrizioni di stati d'animo conflittuali, rispetto a temi simili. La paziente finisce col riconoscere che esistono stati d'animo che probabilmente preferisce non riconoscere.

Da questo momento in poi Makiko comincia a parlare della sua malattia; non crede tanto all'influsso della psiche sulle malattie del corpo, ciononostante ricorda, che proprio durante la

sua depressione le era stata fatta la diagnosi medica ed ella si era sentita meglio, pensando che *“le cancer me rendait ma dignità et un sens.”* (Ibidem).

Osserva qui la Aisenstein che *“la maladie a pris valeur d’objet interne qui lui rend son code de l’honneur perdu.”* (Aisenstein, 1992, 1001).

Makiko dice di non sognare mai, ma ad un certo punto si ricorda che “prima” sognava; prima significa, quando non aveva ancora perduto la dimestichezza con la lingua giapponese.

Nel corso di un profondo *insight* la donna arriva a ricostruire che, non potendo raccontare i suoi sogni “giapponesi” in francese, la sua capacità di sognare doveva essere svanita.

Nota la Aisenstein *“Je suis stupéfaite et émerveillée de cet insight au cours duquel elle me parait décrire avec beaucoup de finesse la régression formelle du rêve. Ceci me permettra d’aborder avec elle et la vie onirique et la régression, ou plutôt son refus de la régression e de la passivité. Elle qui ne voulait pas être une femme japonaise.”* (Ibidem, 1002).

Da questo momento in poi la paziente sembra migliorare ed uscire gradualmente dal suo stato depressivo. Ciononostante c’è qualche elemento nella controtraslazione dell’analista che induce quest’ultima ad essere cauta e a chiedersi perché la donna le evochi così spesso il ricordo di Mishima, autore apparentemente così distante dalla paziente.

Un giorno però Makiko riesce a ricordare un sogno dell’infanzia che aveva avuto più la caratteristica di una visione in stato di veglia, che d’un vero e proprio sogno: *“Elle se plante un couteau dans le ventre et remonte la lame vers le haut.”* (Ibidem)

Questo materiale appare all’analista quasi allucinatorio, caratterizzato dalla regressione formale del pensiero, che, superando la censura del preconscious, può sfociare nell’allucinazione non psicotica.

In seguito l’obiettivo della cura fu quello di chiarire l’ipercondensazione del sogno attorno ai temi della penetrazione, della violenza e del *Seppuku*, rituale che solo i samurai hanno il diritto di commettere, ma non le donne e gli scintoisti.

All’improvviso durante la cura, si scoprì che il padre di Makiko era di Hiroshima ed, essendo nata la paziente nel 1945, aveva vissuto la tragedia della bomba atomica. Salvatasi, perché la

madre durante la gravidanza s'era rifugiata in Corea presso la propria madre, aveva comunque poi visto l'orrore e la rovina di Hiroshima.

Il seguito dell'analisi si focalizzò sull'elaborazione di un *“retour massif des affects liés à des images terribles de l'enfance et vidéos de leur contenu émotionnel. La perspective en peinture s'avère être la contraire de l'écrasement par la liquéfaction sur place.”* (Aisenstein, 1992, 1003).

La Aisenstein chiude il resoconto di questo caso, certo molto triste, con un'osservazione che ci riporta vicini al modo di pensare di Pierre Marty, così come lo abbiamo incontrato nel corso del primo capitolo: *“La confrontation avec les cas dits ‘difficiles’ dont le patients somatiques font souvent partie nous précipite dans l'extrême limite de la régression: le refus de la régression. Mais si la santé, donc la vie, est un état d'équilibre, il n'est pas de survie sans régression potentielle. Les régressions impossibles n'existent pas, ou bien leurs issues sont des désorganisations massives qui peuvent mener jusqu'à la mort.”* (Ibidem).

5. Rilevi conclusivi

Per confermare e sintetizzare quanto siamo andati apprendendo finora sull'utilizzazione della regressione nel trattamento psicoterapeutico, vorremmo citare un pensiero di Laing che ci appare particolarmente indicato: *“Reculer pour mieux sauter.* Il movimento all'indietro insieme con quasi tutti gli altri movimenti esistenziali che facciamo, su o giù o intorno, accanto o sopra noi stessi, turbinando, nuotando, galleggiando o volando, sono tutti considerati col massimo sospetto. Tornare indietro non ha necessariamente le connotazioni psicopatologiche ora attribuite al termine regressione. Possiamo tornare a un tempo perduto, a un mondo perduto, a mondi perduti. Quando emergiamo dal mondo dell'infanzia, emergono anche nuovi modi, forme, contenuti e funzioni dell'esperienza e dell'espressione, e possiamo dimenticare, non soltanto questo o quell'elemento della nostra esperienza infantile, ma la sua stessa natura. La regressione può essere un ritorno a modi, forme e contenuti del nostro essere dai quali siamo stati tagliati fuori.” (Laing, 1982, 156).

Conclusione

Nel presente lavoro ho cercato di ricostruire la nozione di regressione in ambito psicoanalitico, tenendo conto della complessità dei suoi aspetti.

In primo luogo ne ho sondato le caratteristiche di concetto descrittivo all'interno della teorizzazione freudiana. In questo contesto, associata al concetto di fissazione, è stata utilizzata per spiegare il movimento retrogrado della *libido*, causato dalle frustrazioni ambientali durante lo sviluppo psicosessuale.

Da questa valenza descrittiva ho potuto ricollegarmi ad una seconda idea: in realtà la regressione agisce come un meccanismo di difesa, che, ove fallisca la rimozione, può alleviare l'angoscia prodotta dagli impulsi aggressivi, favorendo il ritorno ad uno stadio di sviluppo precedente.

In questo caso, quanto più è profonda la regressione, quanto più conduce verso forme di comportamento primitive e infantili, tanto più la sua funzione è negativa perché inibisce la maturazione della persona fino alla patologia.

Questa seconda valenza difensiva della regressione mi ha condotto a fare una breve "incursione" nel campo della psicosomatica, all'interno del quale Pierre Marty ha ipotizzato, che non la regressione, ma la disorganizzazione sarebbe il vero processo al servizio dell'istinto di morte.

Contrariamente a quanto affermato dalla Klein e dai suoi seguaci, la regressione sarebbe l'unica forza in grado di opporre resistenza alla forza distruttiva dell'istinto di morte, in quanto, insieme alla fissazione, fungerebbe da ostacolo alla disorganizzazione progressiva.

Il concetto di regressione di Marty si estende dalle funzioni psichiche a quelle somatiche, facendo temere ad alcuni un'indebita confusione tra campi umani e disciplinari distinti ed eterogenei.

Ho sottolineato come la posizione di Marty alteri lo statuto epistemologico del concetto di regressione: mentre in Freud ed in Klein, come in genere nel pensiero psicoanalitico, esso è collocato nell'ambito di una concezione dualistica delle pulsioni, in Marty e nella concezione psicosomatica esso è collocato in una visione monistica della realtà umana, in cui un'unica forza, sotto forma di molteplici variazioni e movimenti principali e collaterali di andata e ritorno,

ostacolati o meno dalla presenza di fissazioni, è responsabile dell'organizzazione, disorganizzazione e riorganizzazione delle funzioni vitali, determinando la direzione finale verso la vita o verso la morte del singolo individuo.

Da questa valenza in qualche modo positiva attribuita alla regressione, da parte degli psicosomaticisti francesi, sono passata ad esaminare il concetto di regressione terapeutica in Balint, in Winnicott e in quegli analisti, come ad esempio Masud Khan e Christopher Bollas, che lo hanno usato teoricamente e praticamente con i loro pazienti, sostenendo che in fondo non vi è guarigione, specialmente in alcuni gravi casi borderline o di psicosi, se l'analista non è in grado di trattare nel giusto modo la regressione che induce il transfert. Vorrei osservare qui, per inciso, che è un'acquisizione relativamente tarda in ambito psicoanalitico la convinzione che anche il paziente psicotico, oltre al nevrotico, sia capace di traslazione. Ricordo che Freud pensava originariamente che i malati affetti da nevrosi narcisistiche soffrissero di un investimento autoerotico della *libido*. Questa, essendo rivolta verso il Sé, non poteva investire oggetti differenziati all'esterno.

Prendendo in esame le funzioni positive della regressione ho rilevato l'utilità che essa riveste durante la somministrazione e l'interpretazione nei test proiettivi, favorendo un'emersione controllata del processo primario, utilizzata a fini psicodiagnostici

Dopo una breve rassegna teorica del manifestarsi della regressione nelle psicopatologie, ho riportato alcuni casi clinici, in cui è stato possibile vedere come si manifesta questo meccanismo durante il trattamento psicoterapeutico.

Il lavoro presentato non ha in alcun modo la pretesa di essere esaustivo, per due motivi fondamentali: in primo luogo per l'obiettivo vastità e complessità del materiale esistente, in secondo luogo per la mia ovviamente assai parziale esperienza in merito ad argomenti di pratica clinica. L'unica esperienza in mio possesso in tal senso è quella compiuta dal punto di vista del paziente, relativa alla mia analisi personale.

D'altro canto proprio questa esperienza mi ha permesso di muovermi con una certa familiarità in un campo in cui a concetti come regressione, inconscio, censura, difese, transfert, scenario

analitico ed altri, risulterebbe assai difficile annettere significati chiari, senza un'esperienza diretta.

Così se un piccolo pregio questo lavoro può avere è quello di essere stato condotto con la convinzione, ricavata dall'esperienza, che la teoria psicoanalitica, alla quale in forza dell'argomento scelto ho dovuto almeno a grandi linee avvicinarmi, è senz'altro uno dei grandi tesori del pensiero contemporaneo.

Ovviamente sono lontana dal pensare che sia la panacea di tutti i mali o che tutti debbano sottoporsi ad un trattamento analitico, in quanto ritengo che vi siano più strade per addentrarsi nella conoscenza di sé, atte ad ampliare gli orizzonti della coscienza, fino a comprendervi significativamente l'esistenza dei propri simili, liberandosi dall'isolamento e dalla disumanizzazione, per non dire alienazione, caratteristiche della nostra epoca.

Tuttavia ritengo che ignorare l'importanza della psicoanalisi sarebbe come disconoscere una tappa fondamentale verso il lento processo di civilizzazione dell'uomo, che, mi appare non come "disagio", ma come una vera e propria liberazione.

Dunque regredire in analisi, mi sembra un passo per recuperare, scoprire o trasformare, qualcosa che avevamo perso e che ci è indispensabile per percorrere la strada verso la comprensione, l'accettazione e l'accoglienza di sé e degli altri.

BIBLIOGRAFIA

- AISENSTEIN M. (1992), *Des régressions impossibles?*, in “Revue Française de Psychanalyse” 56, 995-1003.
- ARLOW J. (1963), *Conflitto, regressione e formazione dei sintomi*, in “Rivista di Psicoanalisi” 9, 43-62.
- BALINT M. ed E. (1959), *Situazioni-brivido e regressioni*, in “La Regressione”, tr.it., Milano, Cortina, 1983.
- BALINT M. ed E. (1968), *Il difetto fondamentale*, in “La Regressione”, tr.it., Milano, Cortina, 1983.
- BERGERET J. et al. (1979), *Psicologia Patologica*, tr.it., Milano, Masson, 1988.
- BOLLAS C. (1987), *L'ombra dell'oggetto*, tr.it., Roma, Borla, 1989.
- CASTELLAZZI V.L. (1993), *Psicopatologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza. La Depressione*, Roma, LAS.
- CASTELLAZZI V.L. (2000*), *Psicopatologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Le Nevrosi*, Roma, LAS.
- CASTELLAZZI V.L. (2000**), *Introduzione alle Tecniche Proiettive*, Roma, LAS.
- CASTELLAZZI V.L. (2002), *Il Test del Disegno della Famiglia*, Roma, LAS.
- CASTELLAZZI V.L. (2004), *Il Test di Rorschach. Manuale di siglatura e d'interpretazione Psicoanalitica*, Roma, LAS.
- CORMAN L. (1967), *Il disegno della Famiglia: test per bambini*, tr.it., Torino, Boringhieri, 1970.
- CORMAN L. (1973), *L'educazione illuminata dalla psicanalisi*, tr.it., Roma, Astrolabio, 1975.
- DIATKINE R. (1994), *Il bambino nell'adulto*, tr.it., Roma, Borla, 1998.
- DURIEUX M.C. (1992), *De la régression: discussion tenue à propos de la communication de Mmes Heimann et Isaacs*, in “Revue Française de Psychanalyse” 56, 1155-1166.
- FINE A. (1992), *La régression comme “organisateur” de l'économie psychosomatique! Questionnement*, in “Revue Française de Psychanalyse” 56, 1115-1127.
- FREUD A. (1893-95), *Studi sull'isteria*, in “Opere”, tr.it., vol. 1, Torino, Boringhieri, 1967, 161-439.
- FREUD S. (1895), *Progetto di una psicologia*, in “Opere”, tr.it., vol.2, Torino, Boringhieri, 1968, 201-284.
- FREUD S. (1897), *Minuta teorica per Wilhelm Fliess: L*, in “Opere”, tr.it., vol.2, Torino, Boringhieri, 1968, 58-60.

- FREUD S. (1899), *L'interpretazione dei sogni*, in "Opere", vol.3, Torino, Boringhieri, 1966.
- FREUD S. (1916-1917), *Introduzione alla psicoanalisi*, in "Opere", tr.it., vol.8, Torino, Boringhieri, 1969, 487-593.
- FREUD S. (1930), *Il disagio della civiltà*, in "Opere", tr.it., vol.10, Torino, Boringhieri, 1978, 553-630.
- GALIMBERTI U. (1992), *Enciclopedia di Psicologia*, Torino, Garzanti, 1999.
- IMBASCIATI A.-A.GHILARDI (1994), *Manuale clinico del TAT. La diagnosi psicoanalitica*, Firenze, Giunti.
- KHAN M.R. (1974), *Lo spazio privato del Sé*, tr.it., Torino, Boringhieri, 1979.
- KIRSHNER L.A. (1994), *I concetti di realtà e di realtà psichica come emergono dalla controversia tra Freud e Ferenczi*, in "Gli Argonauti" 60, 1-20.
- KLEIN et al. (1952), *Développements de la psychanalyse*, tr.fr., Paris, Presses Universitaires de France, 1966.
- LAING R.D. (1982), *Nascita dell'esperienza*, Milano, Mondadori.
- LAPLANCHE J.-J.B.PONTALIS (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, tr.it., Bari, Laterza, 2003.
- MARTY P. (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot.
- MODELL A. (1968), *Amore oggettuale e realtà*, tr.it., Torino, Boringhieri, 1975.
- ROAZEN P. (1975), *Freud e i suoi seguaci*, tr.it. Torino, Einaudi, 1998.
- ROUX M.L. (1992), *Je rêve pour vous*, in "Revue Française de Psychanalyse" 56, 1151-1154).
- SCHAFER R. (1954), *L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach*, tr.it., Torino, Bollati Boringhieri, 1978.
- SMITH R. (1997), *Storia della psicologia*, tr.it., Torino, Il Mulino, 2004.
- STEWART H. (1990), *Tecnica e difetto fondamentale. Regressione*, in "Gli Argonauti" 47, 279-294.
- WHITE B.-GILLILAND R.M. (1975), *I meccanismi di difesa*, tr.it., Roma, Astrolabio, 1977
- WINNICOT D.W. (1988), *Sulla natura umana*, Milano, Cortina, 1989.

INDICE

Introduzione.....	3
Capitolo 1 Il concetto di regressione: origini e sviluppo storico	7
1. <i>Le origini del concetto di regressione in Sigmund Freud.....</i>	7
1.1. <i>La regressione nel Progetto di una Psicologia (1895).....</i>	8
1.2. <i>La regressione nell'Interpretazione dei sogni (1899)</i>	10
1.3. <i>La regressione in Introduzione alla psicoanalisi (1916-1917).....</i>	14
2. <i>Il concetto di regressione nella controversia tra freudiani e kleiniani.....</i>	16
2.1. <i>Gli studi di P.Heimann e S.Isaacs sulla regressione in Melanie Klein.....</i>	17
2.2. <i>Il dibattito in seno alla Società Psicanalitica di Londra</i>	21
3. <i>Ulteriori sviluppi del concetto di regressione nella letteratura psicoanalitica</i>	24
3.1. <i>Freud e Ferenczi: posizioni a confronto.....</i>	24
3.2. <i>Il contributo di Balint</i>	26
4. <i>Rilievi conclusivi.....</i>	28
Capitolo 2 Le funzioni della regressione.....	31
1. <i>Regressione e psicodiagnosi: le tecniche proiettive</i>	31
1.1. <i>La regressione nel Test del disegno della famiglia.....</i>	32
1.2. <i>La regressione nel Test di Rorschach</i>	33
1.3. <i>La regressione nel Thematic Apperception Test</i>	34
2. <i>Ai confini tra psicoanalisi e psicosomatica</i>	36
2.1. <i>La regressione come riorganizzatore psicosomatico</i>	37
2.2. <i>Nodi teorici della nozione di regressione come processo evolutivo</i>	40
3. <i>Regressione e patologia</i>	43
3.1. <i>La regressione nelle nevrosi.....</i>	44
3.2. <i>La regressione nelle psicosi</i>	47
3.3. <i>La regressione nella depressione</i>	48
3.4. <i>La regressione all'interno del trattamento psicoterapeutico</i>	50
4. <i>Rilievi conclusivi.....</i>	54
Capitolo 3 Casi clinici di regressione nella letteratura psicoanalitica	57
1. <i>Due casi in Michael Balint</i>	57
2. <i>Christopher Bollas e Harold</i>	59
3. <i>Masud Khan e la signora X: regressione e integrazione nello scenario analitico.....</i>	62
4. <i>Marilie Aisenstein e Makiko</i>	68
5. <i>Rilievi conclusivi.....</i>	71

Conclusione	73
BIBLIOGRAFIA	77
INDICE	79

Archivio Saveriano Roma