

# Plexus ... Lo spazio del gruppo

a cura di Jaime Ondarza Linares

*In questa terza puntata della nostra rassegna internazionale del pensiero gruppoanalitico, la visuale si sposta agli USA, da dove Ramon Ganzarain tocca un importante tema collegato ai punti metodologico-teorici che stiamo seguendo.*

*Ramon Ganzarain è professore associato di Psichiatria alla Scuola di Medicina, (Emory University). Teorico, analista e supervisore dell'Istituto Psicoanalitico di Atlanta, appartiene alla famosa Scuola di Menninger Clinic di Topeka, USA, e forse detiene il merito di aver stabilito un punto di contatto teorico tra la Scuola americana di psicoanalisi e quella europea (specie quella inglese klein-bioniana). Forse pochi sanno che Ramon Ganzarain è stato il primo analista di Otto Kerberg (Psicanalista di fama mondiale e che in anni recenti ha visitato anche l'Italia). Focalizzando aspetti di grande importanza nella teoria psicoanalitica legati ad una solida esperienza di clinica grupale, Ganzarain ha pubblicato recentemente un libro "Object relations group psychotherapy" (International Universities Press) di cui il presente articolo rappresenta una valida introduzione. (Non posso fare a meno di ringraziare Ramon, al quale sono legato da profonda amicizia e da una comune origine latino-americana, per la cordialità con la quale ha voluto collaborare a Plexus).*

MON GANZARAIN\*

## INTRODUZIONE ALLA PSICOTERAPIA DI GRUPPO DELLE RELAZIONI OGGETTUALI

**ole chiave:**  
enti di base, entità di gruppo.

La psicoterapia di gruppo delle relazioni oggettuali è una delle varie tecniche psicoanalitiche centrate sul gruppo. Questa mette a fuoco le fantasie inconscie della realtà psichica, più specificatamente gli scambi fra il Sé e le immagini interne degli altri, o i residui mentali delle loro relazioni con il Sé. Queste rappresentazioni mentali degli altri, spesso chiamate "oggetti interni", possono scatenare risposte comportamentali come se questi fossero o persecutori (oggetti "cattivi") o fonti di sicurezza (oggetti "buoni"). La tecnica delle

*chiatra, Psicoanalista, Supervisore dell'Istituto Psicoanalitico di Atlanta.*

relazioni oggettuali usa specificatamente lo stile caratteristico di tipo psicotico dell'attecchimento mentale del gruppo, mettendo a fuoco le angosce primarie riattivate dalla regressione che ogni individuo vive quando diventa un membro del gruppo. Queste angosce derivano soprattutto dai conflitti con l'aggressività negli scambi fantasticati fra il Sé ed il suo oggetto, percepito come una minaccia sia di annientamento del Sé (angoscia schizoparanoide), che di distruzione degli oggetti cari (angoscia depressiva).

Le angosce di tipo psicotico sono minacce molto intense, immaginarie ma normali, paragonabili a quelle provate dai pazienti psichiatrici molto gravi. L'angoscia paranoide si riferisce all'annientamento anticipato dell'Io da parte di potenti persecutori. La difesa prevalente contro questa è la scissione che porta alla frammentazione sia dell'Io che degli oggetti, indebolendo l'Io e facendo apparire gli oggetti come molto minacciosi. Per contrasto, l'angoscia depressiva e la paura che la propria aggressività possa annientare o abbia già distrutto il proprio oggetto buono. L'Io si sente minacciato nell'identificazione con quell'oggetto. Dopo l'attacco ad una madre ambivalentemente amata, il Sé subisce la sua perdita come oggetto esterno ed interno che origina dolore, senso di colpa ed sentimenti di perdita. Scbbene l'intensità di queste angosce culmini nell'infanzia, queste non appartengono esclusivamente ad una fase passeggera come, ad esempio, la fase "orale", ma durano per tutta la vita come configurazioni specifiche - che Klein chiamava "posizioni" - di relazioni oggettuali, angosce e difese.

Le rappresentazioni mentali degli altri sono o oggetti "totali" o "parziali", a seconda che essi includano una figura relativamente completa o parziale delle persone coinvolte. Gli oggetti interni possono anche essere immagini multipersonali o collettive, come le immagini della coppia genitoriale, della famiglia, del gruppo, della madrepatria e così via.

I membri del gruppo fantasticano l'esistenza della "entità di gruppo" come oggetto interno, diverso dal reale gruppo di persone presente nella stanza. Questa entità è una fantasia vagamente condivisa che sostituisce il "vero" gruppo nella mente dei suoi componenti. Il gruppo come oggetto interno può assumere forme diverse. Bion (1961) lo descriveva come l'insieme degli assunti di base. Poichè i componenti del gruppo usano la identificazione proiettiva per difendersi dalle angosce psicotiche, ogni componente disconosce queste assunzioni di base, non reclamando nessuna partecipazione personale ad esse, percepite come "non me", mentre lo stesso singolo crede, simultaneamente, che quegli assunti siano una parte attiva, relativa e potente del gruppo a cui appartiene; perciò ogni componente le percepisce anche come parte di "me". In altre parole, il gruppo come oggetto non è né Sé, né altro ma entrambi - come un oggetto transizionale (Winnicott, 1951). Poichè gli assunti di base sono le parti rinnegate degli individui, queste sono anonime, quindi possono funzionare crudelmente (poichè nessuno è personalmente responsabile), e questo è il motivo per cui si temono.

Il gruppo come oggetto può diventare una metafora con molteplici significati. Bion (1961) concettualizzò gli assunti di base come gruppi di difese e fantasie che considerano il gruppo come madre, quest'ultima come prevalentemente un oggetto parziale, in senso Kleiniano, ed offrono una gamma di tentativi di difesa primari che si occupano delle angosce estreme. Jacobson (1989), Kossef (1990) ed altri vedono l'entità di gruppo come un "fenomeno transizionale" fra il Sé e gli oggetti, come creazione collettiva situata nella Winnicottiana "arca dell'illusione" (Jacobson, 1989). Alcuni psicoanalisti (Modell, 1984; Rizzuto, 1979; Tolpin, 1972; Volkan, 1976) hanno descritto il bisogno umano, a parte l'infanzia, "di rapportarsi l'un l'altro, soprattutto collettivamente, attraverso rappresenta-

ti condivise di oggetti" (Jacobson, 1989, p. 480). L'entità di gruppo viene sentita come vera ed influenza le interazioni fra due componenti del gruppo. Questo non è un concetto astratto ma ha una distinta realtà clinica. Poiché gli oggetti interni sono proiettati sugli altri componenti del gruppo, nel tentativo di costringerli ad assumere ruoli desiderati, essi sono proiettati anche sull'entità di gruppo.

*Ci si arriva attraverso un processo di (tacita) trattativa, in cui i componenti tentano di rendere l'entità di gruppo come essi la vogliono e tentano di convincere gli altri che questa è ciò che è. In questo processo, la forza personale di trattativa è limitata dal bisogno di appartenere all'entità di gruppo, qualunque essa sia. (Jacobson, 1989, pag. 483).*

Si finisce con il rappresentare il gruppo come un oggetto oggettivo come i componenti desiderano che sia. I desideri di quei membri del gruppo includono il bisogno di proteggere il gruppo e gli oggetti amati dalla distruzione prevista e attesa sotto l'influenza delle angosce primarie di tipo psicotico.

Le tecniche della psicoterapia di gruppo e delle relazioni oggettuali mettono a fuoco soprattutto i meccanismi di difesa primari che formano l'immagine dell'entità di gruppo o "l'insieme degli affari di base". I meccanismi di difesa primari, la scissione, l'identificazione proiettiva, la negazione onnipotente, la proiezione e la introiezione sono le principali risorse mentali per proteggere dalla inibente fantasia distruttiva il Sé compreso e gli oggetti minacciati. Queste difese possono essere sia le fantasie di alterazione del Sé e degli oggetti, e sia le loro interazioni avverso varie identificazioni fra il Sé e l'oggetto. La psicoterapia di gruppo delle relazioni oggettuali si rivolge a quelle difese ed alle ostenti angosce psicotiche, offrendo ai membri del gruppo l'opportunità di cercare strade e strade per rispondere alle proprie paure

primarie. Essa concepisce il cambiamento psicoterapeutico come alimentato dal bisogno di risolvere l'angoscia depressiva (i sensi di colpa) attraverso la stimolazione della capacità del Sé di riparare i danni immaginari causati all'oggetto amato. Tale crescita amplia la capacità del Sé, di vivere l'inquietudine e di cedere e confidare nella prevalenza della capacità di amare sull'aggressività (o "cattiveria") integrando, in questo modo, entrambi i poli dell'ambivalenza.

Alcune risorse mentali valide per contrapporre le angosce depressive sono le difese "maniacali" e la regressione alla posizione o stile schizoparanoide. Sono entrambe patologiche perché impediscono l'ulteriore sviluppo emotivo o crescita dell'Io, stimolata dalla elaborazione della posizione depressiva. La strategia maniaca esalta la potenza del Sé attraverso la negazione della sua dipendenza "indebolente" e del suo senso di colpa riguardo all'oggetto danneggiato; si crede che la forza esagerata del Sé controlli i domini svalutati e i suoi oggetti e vi trionfi sopra. La regressione alla posizione schizoparanoide permette al Sé di usare la scissione del Sé e/o degli oggetti per difendersi dalla angoscia nel rapporto con la immagine idealizzata di un oggetto onnipotentemente buono; questa strategia aumenta la forza dell'oggetto protettore nell'alleviare l'angoscia persecutoria risvegliata dagli oggetti "cattivi".

Il superamento delle difese maniacali e della regressione ad una posizione schizoparanoide è un requisito essenziale per un efficace lavoro psicoterapeutico. Altrimenti, la negazione maniaca impedisce di capire che qualcosa è sbagliato e deve essere corretto. Se un membro del gruppo sente che è tutto meraviglioso, non c'è motivo di cambiare. Parimenti, se i pazienti sentono che qualcosa altro dovrebbe essere biasimato per le loro sofferenze (la posizione paranoica), non faranno alcun tentativo terapeutico e, piuttosto, si allontaneranno dal rapporto con il gruppo

(atteggiamento schizoide).

Altre tecniche psicoanalitiche centrate sul gruppo non mettono a fuoco le lotte dei meccanismi di difesa primari contro le angosce di tipo psicotico. Né la ricerca di Eziell della "comune tensione del gruppo", né la ricerca di Whitaker e Lieberman (1964) sul "conflitto focale nel gruppo", né la "tecnica centrata sul gruppo" di Horwitz (1977), né la concettualizzazione dei "sistemi" da parte di Agazarian e Peters (1981), si occupano di queste angosce e difese primarie, anche se tutte mettono a fuoco i fenomeni del gruppo nel suo insieme. Mentre Horwitz (1983) concepisce l'identificazione proiettiva come un importante meccanismo di difesa, egli non la esamina nel contesto delle lotte iniziali dell'Io contro le angosce di tipo psicotico. Per contrasto, la cosa singolare alla psicoterapia di gruppo delle relazioni oggettuali è che i pazienti spesso sentono i concetti di questa teoria come il "linguaggio naturale" per verbalizzare e comunicare i propri sentimenti, le proprie angosce e fantasie riguardo i loro rapporti interiorizzati, inclusi quelli con l'entità di gruppo. Così, i concetti funzionanti di questa teoria possono avvicinare alle esplorazioni terapeutiche, l'intera gamma di espressioni psicopatologiche delle angosce di tipo psicotico, incluse quelle di persone non clinicamente folli.

Mentre la psicoterapia di gruppo delle relazioni oggettuali mette a fuoco soprattutto le vicissitudini dell'entità di gruppo, essa non esclude le componenti intrapsichiche o interpersonali della vita di gruppo. Le lotte intrapsichiche di ogni membro del gruppo sono indirizzate come conflitto comune condiviso, a livelli diversi, da tutti i membri. Alcuni studiosi dell'efficacia dei trattamenti centrati sul gruppo hanno descritto come alcuni individui si sentano abbandonati perché l'attenzione del terapeuta è rivolta ai problemi del gruppo. Queste proteste dei pazienti, che si sentivano frustrati, sono state male utilizzate

per screditare le modalità centrate sul gruppo della psicoterapia di gruppo, perché provocano la ferita narcisistica di alcuni componenti. Comunque, la perdita rabbiosa può, invece, essere usata per analizzare la relazione ambivalente con l'entità di gruppo come sostituto materno. Inoltre, i problemi intrapsichici (Parloff, 1968) di ogni singolo componente sono, per molti aspetti, come quelli di tutti i componenti. Le analogie fra i componenti danno conforto e fanno da specchio per guardare il proprio Sé. L'esame delle caratteristiche individuali può essere fatto anche privatamente nella propria mente, mentre si sceglie cosa dire, quando e se parlare durante gli incontri con il gruppo.

#### Illustrazioni cliniche

Riporterò qui qualche osservazione clinica di gruppi di pazienti esterni nella loro fase lavorativa;\* i membri del gruppo non erano psicotici, sebbene alcuni fossero personalità borderline e narcisistiche. Quando indicato, inserirò parentesi per documentare le mie teorie. Ma se il lettore desidera seguire meglio il discorso principale, in un primo momento potrà ignorare queste parentesi per leggerle dopo, se necessario. Comincerò questa sezione riportando di un gruppo impegnato a lavorare sulle comuni resistenze iniziali come difese contro l'aumento delle angosce psicotiche delle prime dieci sedute.

#### Difese ipomaniacali: purificazione ed acting out

Questa illustrazione clinica è il resoconto della nona seduta di un gruppo di pazienti esterni formato da quattro donne e quattro uomini, tutti sposati, bianchi ed appartenenti alla borghesia (Ganzarain, 1991); di questi, quattro erano "difficili da trattare"; essi si incontravano due volte a settimana per 75 minuti al Menninger Foundation Audiovisual Studio.

Rose era assente per la seconda volta.

lla prima metà della nona seduta, Judith, la  
na più giovane ed attraente, parlò delle sue  
ficoltà sessuali, il vaginismo e la frigidità,  
le avevano fatto mal sopportare i primi  
anni di matrimonio. Il gruppo discusse la  
situazione, fece domande pertinenti e sug-  
rì altre misure terapeutiche. Ora mi  
fermerò sulla seconda metà della seduta,  
o che Roland ci mise al corrente di una sua  
ale storia extraconiugale perchè la moglie  
a soddisfaceva i suoi bisogni sessuali. Andò  
nti descrivendo una vita sessuale stile Don  
vanni, aggiungendo i suoi sensi di colpa  
le bugie alla moglie ma anche la sua non  
ponibilità a cambiare il suo comportamen-  
essuale. Gli uomini risposero con un atteg-  
amento di critica. Judith reagì con preoccupa-  
a curiosità, chiedendo: "Se non sei soddi-  
tto da tua moglie perchè, dunque, rimani  
sato?" Per lei, l'infedeltà di Roland era  
ttamente ciò che temeva da parte del mari-  
a causa delle sue disfunzioni sessuali.

Roland, comunque, afferrò l'occasione  
per parlare della sua vita sessuale in parte  
rispondere a Judith che manifestava le sue  
ficoltà matrimoniali. Era come se le stesse  
endo: "Hai bisogno di un "esperto" sessua-  
lo ti posso aiutare." Così, presentandosi  
sonalmente a lei come un presunto esperto  
suale, egli cercò di mettersi a pari con  
lith.

Cathy rivelò che anche lei aveva una  
azione segreta. Ella elaborava il suo senso  
colpa ed il suo cercare di allontanare gli  
mini da lei, attraverso un notevole aumento  
peso mentre, dall'altra parte, moriva dal  
siderio di una gratificazione emotiva del  
porto sessuale. Ella affermava: "Non lo  
cio per il sesso ma per l'amore" (uso del  
so per "negare") per contro battere la de-  
ssione e la solitudine. Non voleva scaricare  
marito tutte le "cose disgustose" che sen-  
a di contenere. Ci furono altre critiche del  
ppo a quelli che ingannavano i propri spo-  
Comunque, i membri del gruppo comincia-

rono lentamente a capirli: quale era la spiega-  
zione psicologica delle loro relazioni extraco-  
niugali? Ormai Roland e Cathy erano diventa-  
ti un'altra "coppia", uniti dall'attenzione del  
gruppo per le loro vite sessuali. Forse voleva-  
no ritornare dai propri compagni perchè erano  
arrabbiati con loro? Più certamente avevano  
paura di perderli (angoscia depressiva). Daniel,  
la cui moglie aveva minacciato il divorzio, era  
sicuro che questo fosse il loro caso. Un altro  
membro del gruppo pensava la stessa cosa.  
Judith pensava che lo facevano per la frustra-  
zione sessuale. Daniel insisteva: "Temo che  
mia moglie se ne andrà definitivamente un  
giorno o l'altro!" Improvvisamente questo  
riportò un'esperienza personale alla mente di  
Cathy; ella scoppiò a piangere e disse: "E'  
così. Io ho paura di perdere lui come ho perso  
mio padre! E' così." Andò avanti raccontando  
al gruppo del suicidio del padre. Egli si era  
ucciso all'età di 42 anni. Era stato un  
alcoolizzato ed aveva frequentato gli incontri  
dell'Anonima Alcolisti. Due mesi da sobrio  
vennero interrotti da una ricaduta nel bere. Si  
uccise dopo questa ricaduta. Pian piano, i  
membri del gruppo cominciarono a condivi-  
dere i loro sentimenti che le persone care  
potevano anche lasciarli improvvisamente.  
Chiesero dettagli sul suicidio del padre di  
Cathy. Roland disse: "C'è un curioso  
parallelismo: mio padre era un soggetto biso-  
gnoso di un costante autocontrollo che non  
riusciva a rilassarsi. Mi vide fare "esercizi di  
meditazione", imparare a rilassarmi, e volle  
imparare questi esercizi. Glieli insegnai, ma  
egli non riuscì a sopportare ciò che scoprì  
dentro di sé. Perse la testa e si uccise poco  
tempo dopo". Alcuni componenti del gruppo  
esclamano: "Oh, mio Dio!". Il più anziano  
del gruppo, allora, cominciò a riflettere sulla  
sua vulnerabilità; egli riferì di sentirsi tremen-  
damente vulnerabile, particolarmente con la  
moglie. Voleva capire come si potesse diven-  
tare così vulnerabili. Indirizzò la domanda al  
terapeuta.

Questa domanda segnò un importante  
cambiamento nel modo di interagire con il  
terapeuta durante quella seduta. Nella secon-  
da metà della seduta, io fui letteralmente escluso,  
ridotto al silenzio dal ritmo frenetico degli  
scambi fra i componenti del gruppo. Quando  
il più anziano chiese della sua vulnerabilità,  
mi trovai in un dilemma. Mancavano solo tre  
minuti alla fine della seduta, ma era emerso  
materiale importante; il gruppo mi stava ora  
chiedendo un commento. Decisi di interveni-  
re dicendo che il mio coinvolgimento nel  
gruppo li rendeva vulnerabili alla paura di  
perderlo o di sentire la reciproca mancanza e  
forse, quello era il motivo per cui non avevano  
fatto domande sull'assenza di Rose. Ricordai  
anche al gruppo che, al precedente incontro,  
Roland aveva dichiarato che gli psichiatri  
sono i professionisti con la più alta percentua-  
le di suicidi. Alcuni interruppero spontanea-  
mente, dicendo: "Anche il gruppo se ne andrà  
definitivamente (l'entità di gruppo)! O puoi  
andartene tu!". Judith piangeva. Il terapeuta  
aggiunse brevemente: "C'è la paura per la  
responsabilità di nuocere a qualcuno (ango-  
scia depressiva), forse a Rose, il componente  
mancante? O forse per lo spingere me al  
suicidio." Seguì un breve silenzio. Roland  
disse (al terapeuta): "Mentre parlavi, ho senti-  
to l'impulso di alzarmi e cominciare ad ab-  
bracciare tutti i presenti." Cathy rispose im-  
mediatamente con una forte risata (reazione  
ipomaniacale) e disse: "Oh, sì!". Judith conti-  
nuava a piangere.

Le osservazioni del terapeuta portaro-  
no dapprima un breve momento di riflessione,  
con Judith che piangeva e gli altri che ricono-  
scevano la propria paura che il gruppo o il  
terapeuta potessero andarsene per sempre. Ma,  
poco dopo, le difese ipomaniacali si rinforza-  
rono e ci fu di nuovo una minima intenzione di  
"diventare fisicamente intimi", abbraccian-  
dosi. Fu significativo che Roland proponesse  
l'idea e che Cathy la approvasse immediata-  
mente. I due avevano agito brevemente le loro

difese contro la depressione!

Il gruppo si era permesso una pseudo-  
intimità attraverso il "parlare di sesso", come  
se l'argomento li avrebbe avvicinati, senza  
dover prestare attenzione alle proprie paure di  
farsi del male reciprocamente. E' significati-  
vo che l'argomento della seconda metà della  
seduta fosse il "sesso casuale" usato per riem-  
pire il vuoto della depressione e per dimenti-  
care l'angoscia. L'angoscia, comunque, era  
significativamente presente con le preoccupa-  
zioni inconscie per la sopravvivenza del grup-  
po, come se i pazienti stessero pensando: "Se  
una paziente salta una seduta, questo signifi-  
cherà che in un secondo momento essa si  
ritirerà e che gli altri possono fare la stessa  
cosa? Abbiamo ferito Rose, la persona assente?".  
Oppure, inversamente: "Se io vengo  
coinvolto di più in questa sede, sarò danneg-  
giato? Io rischio di perdere le persone di cui ho  
bisogno qui". L'angoscia del gruppo per la  
propria sopravvivenza fu difesa dagli assunti  
di base pacificante, espressa come la speranza  
che i componenti del gruppo si potessero  
reciprocamente aiutare a superare le paure  
dell'amore pericoloso. Le stesse speranze del-  
l'onnipotente qualità magica dell'amore "cura-  
tutto" avevano ispirato l'acting out di Roland  
e di Cathy.

Per la maggior parte del tempo durante  
la seduta, io fui percepito come una minaccia.  
Il trattamento poteva far loro affrontare la  
verità su se stessi così come gli incontri del-  
l'Anonima Alcolisti potevano aver contribui-  
to al suicidio del padre di Cathy, o come la  
verità scoperta durante gli esercizi di medita-  
zione aveva spinto il padre di Roland alla  
follia ed al suicidio! Nelle loro teste, il terapeuta  
era diventato come la sfinge: un testimone  
silenzioso il cui sapere aveva poteri neutraliz-  
zanti. Io ero, allora, percepito inconsciamente  
come il persecutore (angoscia paranoidea)  
che i componenti del gruppo dovevano elimi-  
nare perchè sapevo troppo. In altri momenti,  
essi proiettavano in me la loro vulnerabilità, il

potenziale per la depressione suicidaria e battevano con un senso di colpa per il delirio di nuocermi letalmente.

La richiesta del mio intervento da parte del gruppo fu, probabilmente, un tentativo di stinare o riparare, per implicazione, e evitare così la paura dei pazienti nei miei confronti, ascoltando i miei commenti e reagendo con sollievo che io ero intatto "tutto giusto". Inoltre, i miei riferimenti alle loro stesse angosce li calmarono, anche se per ora, facendoli sentire capiti.

Il potenziale distruttivo degli scambi omasochistici (fra Judith e suo marito; fra la famiglia di Cathy ed il padre e quella di Roland ed il padre così come fra il gruppo e Cathy) doveva essere negato "maniacalmente" clamoroso, invece, l'onnipotenza presunta dell'amore, attraverso interazioni pseudo-preziose, e cercando, in questo modo, di creare un'atmosfera di speranza nel gruppo. I due elementi principali della nona seduta erano "l'amore fa male" (illustrato dal vaginismo di Judith) e "l'intimità ti rende vulnerabile" (è, la paura di Daniel di perdere la moglie), e i bambini gli argomenti esprimevano le paure dell'intimità fra le persone del gruppo perché poteva causare la disintegrazione. Invece di parlare di queste angosce, i componenti del gruppo cercavano di creare un'atmosfera di pseudo-intimità parlando di sesso ed esaminando, a titolo di prove possibili coppie sessuali all'interno del gruppo, come se stesse cercando di usare di nuovo "azioni" pseudoerotiche per alleviare le angosce primarie di tipo psicotico di essere attaccati/minati (paure paranoiche) o di portare qualcuno al suicidio (paure depressive). Il terapeuta collegava i problemi esterni come il sesso, il lavoro, le relazioni, i suicidi dei padri e così via, agli avvenimenti (qui ed ora) del gruppo come ferire la vulnerabilità dei componenti del gruppo, le informazioni sull'alta percentuale di suicidi fra gli psichiatri, la paura delle ritorsioni e così via - servi come modello per

vedere come analizzare e parlare delle angosce profonde invece di evitarle, ed anche come capire qualche inutile soluzione tentata per queste paure primarie. Qualche componente (Judith, Daniel) utilizzò i commenti terapeutici per riconoscere le proprie paure e si sentì compreso dal terapeuta; Roland e Cathy rinforzarono, invece, le loro difese ricorrendo nuovamente all'azione; desiderando "agire" abbracciando tutti, essi di nuovo mostrano le loro risposte attive alle proprie angosce di base.

La determinazione del mio intervento merita qualche commento. Io presi l'opportunità che mi si offriva, sentendo che il gruppo aveva bisogno, soprattutto, di sentire da me che io stavo bene; non ero né ferito, né desideroso di vendetta, né suicida. Quindi era molto importante, per loro, verificare che ero a posto. Rindersi conto che io stavo ancora bene fu più importante di qualsiasi mia parola perché durante la seduta essi mi avevano escluso e si erano allontanati da me. Io mi sentii "escluso" come risposta controtransferale al loro transfert nei miei confronti, che mi metteva nel modo dello sposo temuto, disprezzato e tuttavia desiderato. Verificare la mia tolleranza per il loro ferirmi divenne un bisogno significativo per la loro rassicurazione della paura di me vendicativo (angoscia paranoica). Decisi di concentrare i miei commenti in base ai problemi del gruppo: analizzando le assenze consecutive della paziente probabilmente ferita dall'ostilità del gruppo, come previsione della possibile disintegrazione del gruppo, collegandola all'amore che ferisce, rendendo una persona vulnerabile e perfino pazza o suicida.

Le paure dei componenti di essere feriti (paure persecutorie) e/o abbandonati dal terapeuta/sposo/padre/entità di gruppo vendicativo erano un'altra fonte di tensione comune nel gruppo che richiedeva la mia attenzione.

Contemporaneamente vennero toccati implicitamente anche alcuni problemi intrapsichici ed interpersonali (Parloff, 1968),

come quello dei complessi sentimenti di Cathy e di Roland che riguardavano il suicidio dei loro padri o il paziente più anziano che avvertiva gli altri della sua vulnerabilità.

### Elaborazione di un'angoscia di tipo melanconico

Permettetemi, ora, di rivolgermi a materiale clinico proveniente da un gruppo più avanzato. Nove studenti quasi diplomati in scuole professionali della University of Chile formarono un gruppo psicoterapeutico che si incontrava nel mio studio privato una volta alla settimana per 90 minuti.

Otto (tre donne e 5 uomini, 4 sposati e 4 single) stavano riprendendo regolarmente gli incontri dopo la separazione estiva; prima si erano incontrati per 42 sedute. Uno di loro, Joe, aveva già finito sia con il gruppo che con l'università ed aveva iniziato un lavoro in un'altra città. In quel periodo il gruppo stava affrontando tre problemi:

- 1) la perdita di Joe, un membro molto attivo e ben voluto;
- 2) la possibilità di prendere un nuovo componente;
- 3) un aumento annuale nel pagamento, dovuto ad una grave inflazione. Ora mi soffermerò nella partecipazione di un altro componente del gruppo, Peter.

Peter sentiva la mancanza di Joe e descriveva quanto questi fosse stato importante per lui. Diceva: "Ho difficoltà ad esprimere la mia ostilità e mi identificavo con Joe. Egli parlava per me." Aggiunse che, attraverso la sua identificazione con Joe, stava conquistando l'attenzione e l'affetto del terapeuta. Peter era il portavoce della reazione emotiva del gruppo alla perdita di uno dei componenti più ben voluti. Accorgendomi di uno stato depressivo, li aiutai a collegare la perdita del componente più amato con la paura della fine dell'esistenza del gruppo.

Sebbene i componenti del gruppo avessero rapporti ambivalenti con Joe, essi nega-

vano la loro ostilità nei suoi confronti e lo idealizzavano. Un altro componente parlò di una situazione in cui si sentiva colpevole perché era subentrato ad un altro nel lavoro. Mentre gli altri lo rassicurarono, il terapeuta interpretò che essi si sentivano in colpa per la possibilità o il desiderio di sostituire Joe all'interno del gruppo, perché questo corrispondeva a farlo sparire e che ora si sentivano in colpa (angoscia depressiva) per la loro avidità di "incorporare" o prendere il posto di qualcuno. In queste circostanze, essi cominciarono a percepire il terapeuta come avido di denaro ed ora erano arrabbiati con lui per la sua politica di aumentare annualmente il prezzo in base all'inflazione. Il gruppo espresse diverse metafore in termini sadici orali, come essere divorzati, sfruttati, svuotati da questo terapeuta avido che stava per privarli di molte "leccornie" aumentando le tariffe. A questo punto io interpretai il significato proiettivo della loro percezione del terapeuta; vale a dire, essi stavano evitando di riconoscere se stessi desiderosi di sostituire i ruoli di Joe e del terapeuta nel gruppo.

La seduta successiva due membri si identificarono con Joe (l'oggetto perduto) in modo diverso, considerando la possibilità di ritirarsi dal gruppo. In risposta, altri membri riconobbero di essersi sentiti abbandonati dal terapeuta durante la recente separazione estiva. Peter fece notare che il gruppo era importante per lui ma aveva capito che sia lui che gli altri tendevano a negare l'importanza del gruppo (entità di gruppo) ed a sminuirlo ricorrendo all'umorismo. Inoltre, essi svalutarono il gruppo come modo di difendere se stessi dal sentirsi tristi o deprivati, perché avevano sentito la mancanza degli altri o del terapeuta durante la separazione. Quando cominciarono a riconoscere di sentire la mancanza degli altri, ci fu uno scambio molto attivo di sigarette e fiammiferi. Tutti iniziarono a fumare contemporaneamente. Mentre prendevano le sigarette dagli altri, uno commentò sarcasticamente: "Vede-

on abbiamo bisogno l'uno degli altri; siamo bisogno dell'amore degli altri." Allora Peter assunse un ruolo di nel gruppo ed agì da terapeuta dando l'attenzione del gruppo sul commento di Paul, soprattutto sulla sua inibizione al cercò di riferire la sua inibizione al background socioeconomico della sua vita: egli elaborò che, quando aveva corso l'università, aveva solo un vestito, otto, un paio di scarpe e così via. Paul al gruppo di essere nato dopo la morte dello maggiore e di essere un bambino con il nome del fratello morto. Nella famiglia esisteva il mito di quanto bello e bravo il fratello maggiore. Io notai che Paul si doveva essere sentito che aveva rubato l'identità del fratello, presentò l'eccessiva preoccupazione per la quantità di attenzione che riceveva nel gruppo e per la quantità di tempo che aveva messo a disposizione. Altri membri si riferirono a Paul che, quando lui aveva l'opportunità di promozione nel lavoro, il congedo del suo capo, del quale prese il congedo, Paul si era sentito a disagio. Egli si riferì al suo costante sentimento di aver rubato qualcosa.

Forse sottolineare come Peter stesse a lavorare nel portare a termine il lavoro terapeutico con Paul: aiutandolo a prendere conto dell'improprietà del suo sottotesto e del suo riferire la propria inibizione a sentirsi colpevole di avidità. Il senso di colpa era di aver rubato il ruolo centrale nel gruppo. Allo stesso tempo gli sentiva di aver rubato il lavoro al gruppo e l'identità al fratello maggiore. Paul aiutava Paul a dominare la propria inibizione, lo stesso Peter superava lo stesso tempo attraverso la sua attività nel gruppo. Paul, ora, abbastanza fiducioso di assumersi la responsabilità delle funzioni del gruppo all'interno del gruppo così come

quella di occupare il ruolo che era stato di Joe.

La seduta successiva Paul venne notevolmente meglio vestito; inoltre egli disse al gruppo che, dopo aver ripensato alla seduta precedente aveva capito come si fosse sottovalutato con il suo costante confronto con l'immagine idealizzata del fratello morto. Egli riferì anche di avere avuto parecchi incubi. In tutti, la figura centrale era un bambino di 10 anni, che nella realtà era il nipote, l'attuale "piccolo di casa". Mentre si prendeva cura di lui, un improvviso terremoto mise in pericolo la vita del bambino. Paul non riusciva a correre, ad informare qualcuno del pericolo in cui si trovava il bambino o a salvarlo. Da quando aveva fatto quel sogno era spaventato ed angosciato (di far del male ad un oggetto amato). Tornando al presente, Paul improvvisamente si chiese perché fosse di nuovo quello che parlava di più nel gruppo. Si scusò dicendo di non voler perdere l'attenzione del gruppo. Egli mise in relazione il modo in cui la sua famiglia riniava il nipote con il modo in cui, presumeva, potevano aver trattato il fratello maggiore. Paul sottolineò che, nell'incubo, non aveva paura che gli potesse capitare qualcosa di male, ma la sua preoccupazione principale era come proteggere il bambino. Parecchi membri lodavano Paul per il suo lavoro da terapeuta. Peter rispose immediatamente di condividere questo problema con Paul, cercando anche di esprimere la sua ostilità solo in maniera indiretta.

Questo materiale clinico presentava diversi esempi di elaborazione di un'angoscia di tipo melanconica. Il senso di colpa centrato sulla perdita di un oggetto amato attraverso le fantasie di avidi desideri di "divorare" e di "incorporare" il ruolo di quell'oggetto. Questi sensi di colpa furono elaborati soprattutto sull'allontanamento di Joe dal gruppo e sul desiderio di parecchi membri (ambivalenza sull'oggetto amato) di prendere il posto e la funzione di Joe all'interno del gruppo. Peter e Paul reagirono così all'allontanamento di Joe.

I pazienti espressero anche il senso di colpa per la sostituzione del ruolo del terapeuta. Diversi pazienti verbalizzarono le proprie preoccupazioni per aver preso il posto di qualcun altro sia nelle loro situazioni lavorative che nelle loro famiglie. L'elaborazione di questo senso di colpa per le fantasie di aver "divorato" il ruolo e le funzioni di un oggetto amato, portò il gruppo ad elaborare alcune angosce depressive connesse a precedenti processi luttuosi. Il Sé di molti di loro stava rivivendo l'ambivalenza precedentemente provata da ognuno con oggetti passati significativi, ripetendo un tipo di rapporto in cui prevaleva il senso di colpa che li faceva sentire responsabili dei danni immaginari causati agli oggetti amati.

Paul provò un senso di colpa di tipo melanconico per la avidità - espressione di sadismo orale - di richiamare l'attenzione del gruppo quando descriveva come "divorare tutto il tempo del gruppo" il suo parlare del suo rapporto con il fratello morto. Altri componenti del gruppo riuscirono ad analizzare il proprio senso di colpa nel chiedere amore ed attenzione, sia nella vita di gruppo che in quella fuori-del-gruppo.

Contro queste angosce depressive o di tipo melanconico, si misero in moto molti meccanismi di difesa primari di tipo psicotico. L'avidità e l'ostilità furono scisse e proiettate come una difesa del senso di colpa. Erano in azione anche difese maniacali: furono negate la dipendenza ed il senso di colpa, la terapia venne sottovalutata con l'umorismo, qualcuno pensò di rinunciare insinuando di non aver bisogno del gruppo e di non sumarlo. Attraverso l'osservazione di queste difese, i pazienti riuscirono a provare il senso di colpa ed a integrare le loro fonti prima scisse e proiettate. Si spostarono da una frammentazione intrapsichica all'integrazione personale. Questa integrazione mostrò anche una maggiore coesione del gruppo: essi lavoravano di più per portare a termine il lavoro terapeutico. La

coesione del gruppo favorisce un buon lavoro psicoterapeutico in un'atmosfera di caloroso sostegno naturale che consolida l'alleanza lavorativa del gruppo e permette ai suoi componenti di interagire come reciproci terapeuti. Mentre si compie questo lavoro comune, l'ostilità all'interno del gruppo svanisce e allora subentra l'inquietudine. Come scriveva Unamuno (1951), il filosofo esistenzialista spagnolo: "Amore vuol dire provare compassione... e se il piacere unisce i corpi, il dolore unisce gli animi." (pag. 851).

I pazienti tollerarono il loro senso di colpa per i propri impulsi sadici orali, accettando la responsabilità delle loro fantasie ostili senza rinnezarle con la proiezione. Per questa ragione gli oggetti divennero individui separati e distinti, e non messi in contenitori di parti scisse.

Si modificò anche il punto di vista dei pazienti sulla realtà. Essi svilupparono un senso di realtà psichica riconoscendo sia la dipendenza che l'ambivalenza nei confronti dei loro oggetti. Modificarono le loro opinioni sull'onnipotenza degli impulsi distruttivi e amorosi. Scoprirono e misero in pratica effettivi modi per scuotere la realtà esterna attraverso il duro lavoro della riparazione accompagnato da efficaci scambi terapeutici.

Presentando prima la richiesta di aiuto di Peter e poi quella di Paul, i membri del gruppo si stavano occupando delle proprie angosce depressive ricorrendo all'assunto di base di dipendenza che lo metteva al servizio del gruppo, adempiendo, così, al loro primario dovere terapeutico.

L'assunto di base di dipendenza forma un insieme di difese del senso di colpa indotto dall'aridità. L'avidità è un'espressione di sadismo orale. Essa si manifesta nei gruppi attraverso comportamenti che vogliono dire "Vogliamo di più". I gruppi cercano di ottenere con la forza quello che vogliono dal terapeuta, con manovre manipolative e strumentalizzanti. Comunque questo gruppo ma-

nifestò una dipendenza appropriata che portò ai componenti, che si assimilarono realisticamente, l'aiuto che io offrivamo e che integrarono per stimolare la loro ulteriore crescita emotiva. In queste sedute mi soffermai di nuovo soprattutto sui problemi centrati sul gruppo come:

- 1) la perdita di Joe ed il lutto del paziente che lo seguì;
- 2) la negazione "maniacale" di sentire la mancanza del gruppo e del terapeuta, svalutando la loro importanza emotiva ed esultando umoristicamente per il bisogno di entrambi così che quasi non sentirono il desiderio di ritornare, durante la separazione estiva, ed alcuni presero persino in considerazione di lasciar perdere;
- 3) la paura correlata alla possibile perdita di tutto il gruppo per un'intenzione prematura;
- 4) l'analisi dell'inibizione di prendere il posto del compianto oggetto perduto nel gruppo (nuova messa in atto, nel qui ed ora, del lì ed allora), nella famiglia o al lavoro che permise ai pazienti di mettere in pratica la propria capacità di fare una riparazione efficace dell'oggetto danneggiato.

Peter cominciò ad analizzare l'inibizione di Paul nel prendere il posto di Joe, così Paul capì e modificò il suo senso di colpa per l'avidità del suo desiderio di rubare il posto predominante di Joe; contemporaneamente, Peter supera lo stesso conflitto, mettendo in pratica la sua capacità di riparare attraverso la sua "attività di terapeuta" nei confronti di Paul. Le angosce depressive per aver danneggiato un oggetto amato, le difese maniacali da queste paure e la risoluzione dei conflitti impliciti attraverso la riparazione vennero tutte provate a partire da queste tre sedute e poi elaborate dal gruppo. Attraverso l'analisi delle difese primarie della negazione, scissione e proiezione, questi pazienti riuscirono a provare il senso di colpa invece di negarlo ed a integrare le parti di se stessi, prima scisse e

proiettate. Essi fecero progressi nella integrazione personale e provarono una nuova sensazione di arricchimento emotivo comunicato da una rivalutazione più completa delle loro diverse risorse interne, sentendo, contemporaneamente, una responsabilità piacevole ed una preoccupazione per i loro oggetti d'amore.

#### Discussione e futuro sviluppo

Discuterò ora il probabile futuro della psicoterapia di gruppo delle relazioni oggettuali riguardante:

- 1) desiderabili miglioramenti nella teoria e
- 2) i problemi della pratica professionale di queste modalità.

#### Miglioramento nella teoria

La teoria delle relazioni oggettuali è sia evolutiva che clinica, tuttavia la sua terminologia sembra complicata come se fosse "metapsicologia". Questa teoria si sofferma sullo sviluppo emotivo primario e si basa sulle osservazioni cliniche psicoanalitiche di bambini ed adulti. Questa teoria ha sistematicamente descritto i meccanismi di difesa mentale primari ed il modo in cui questi possono impedire o alterare il normale corso dello sviluppo emotivo.

Comunque, la terminologia che definisce i suoi concetti basilari spesso fa un cattivo uso dell'analogia, come quando descrive i livelli evolutivi in termini psicopatologici come "schizoparanoide" o "depressivo". Questi confronti esagerati creano un paradosso sconcertante per chi studia queste teorie, perchè può trovare assurdo che la crescita emotiva sia descritta come raggiungimento della posizione "depressiva". Uno studioso che non conosca il significato kleiniano di questo termine può chiedersi perchè, per diventare emotivamente sano, un paziente debba prima provare un'insanità emotiva come la "depressione". Comunque, per capire il contributo della teoria delle relazioni oggettuali

alla psicoterapia, è necessario distinguere le vere descrizioni kleiniane delle psicodinamiche delle psicosi dalle analogie fra gli sforzi evolutivi del bambino normale e le psicosi funzionali.

Qualcuno dice che viviamo nell'età del narcisismo mentre altri affermano di vedere pazienti "più difficili da curare" di prima. La terapia psicoanalitica di gruppo orientata verso le relazioni oggettuali sembra appositamente studiata per capire e trattare questi pazienti difficili, poichè il problema centrale nel trattare pazienti narcisisti e borderline consiste nel loro intenso transfert ostile. Molti di quelli che hanno trattato questi pazienti (Kernberg, 1968, 1974; Kohut, 1968, 1971; Rosenfeld, 1979) hanno cercato di deviare il cosiddetto transfert negativo, convergendo l'ostilità di questi pazienti altrove, fuori del gruppo, sia in un momento diverso che in un'altra relazione, invece di portare subito al qui ed ora della relazione terapeutica. Rosenfeld (1979) raccomandò di non "respingere" i "cattivi" contenuti proiettati del paziente, attraverso la non interpretazione della proiezione nel transfert quando la rabbia raggiungeva il livello di "bianco calore" delle distorsioni paranoiche. Egli, invece, aspettava le future sedute terapeutiche quando l'Io osservante del paziente aveva riacquisito la sua valutazione della realtà. Rosenfeld (1979) osservò che se la proiezione veniva interpretata quando il paziente era estremamente paranoico, probabilmente avrebbe portato ad un'impasse terapeutico.

Nella terapia psicoanalitica di gruppo, il terapeuta ed il gruppo possono diventare i contenitori (Bion, 1967) della rabbia del paziente dando un vivo esempio di come affrontare questa ostilità senza ritorsioni; essi possono fornire un buon "sostituto materno" attraverso un'esperienza significativa dell'essere capito e curato persino da rabbioso. Il paziente può descrivere le percezioni del momento delle persone del gruppo, senza aver

interpretato subito le proprie proiezioni. Il terapeuta può, invece, incoraggiare i suoi pazienti ad analizzare quello che possono aver fatto di sbagliato al paziente sofferente di distorsioni paranoiche. Tali discussioni possono aiutare il paziente disturbato a riconoscere come le proprie percezioni ed i propri giudizi venivano alterati alternativamente dalla paura o dalla rabbia.

I contributi di Winnicott alla psicoanalisi sembrano spesso rettificare, ampliare, e integrare i concetti originari della Klein (1952) rendendoli ancora più significativi nel trattamento di pazienti difficili. Le formulazioni teoriche di Winnicott hanno anche ovvi collegamenti con la psicologia del Sé di Kohut (1968, 1971) pur se non sono sempre riconosciuti. L'attenzione sul sé in sviluppo, nel contesto di interrelazioni reali e fantastiche, dell'infanzia in poi, e al centro, della psicoterapia di gruppo delle relazioni oggettuali. Il suo futuro può essere ulteriormente arricchito combinando questi punti di vista diversi ma strettamente correlati.

C'è anche una tendenza all'espressione teorica attraverso il riconoscimento della fenomenologia del "caos" come applicabile alla mente umana.

La nostra vita mentale è sottoposta a costanti interazioni caotiche fra le componenti parziali del nostro sistema mentale, così che possono avvenire "hany" minori (vagamente confrontabili al "big lay" subito dall'universo); la nostra intuizione può aggrapparsi a nuove sintesi mentali che si organizzano, purchè noi impariamo a tollerare l'ambiguità del caos mentale non strutturato. La teoria psicoanalitica contemporanea comincia ad essere influenzata dalla cosiddetta "teoria del caos" (Glart, 1987). La totale imprevedibilità del caos segna a volte, invece, la prevedibilità dell'ordine! E', così, possibile che la nostra profonda comprensione del caos possa ardere la nostra comprensione della mente umana nel suo contesto sociale.

### Problemi della pratica professionale

Il campo della psicoterapia di gruppo è diventato più complesso e confusivo sviluppandosi in molte direzioni: Schedlinger (1982) descrive come sia diventato difficile trovare un accordo per definirlo. Simile confusione contribuisce ad oscurare lo stato professionale degli psicoterapeuti di gruppo. Le divisioni teoriche e tecniche li rendono facile preda per le politiche strumentalizzanti di alcune organizzazioni americane per la salute. I tentativi di definire il campo e vedere riconosciuta completamente la competenza degli psicoterapeuti di gruppo da parte di organizzazioni didattiche, professionali e di istituzioni finanziarie è un obiettivo auspicabile per il futuro dei professionisti che lavorano con la psicoterapia di gruppo.

Scheidlinger (1982) propone una netta distinzione fra i gruppi "che aiutano le persone", e descrive quattro grandi categorie:

- 1) psicoterapia di gruppo,
- 2) gruppi terapeutici per pazienti raggruppati per malattie mentali,
- 3) gruppi di training e sviluppo umano, e
- 4) gruppi di aiuto e di aiuto reciproco.

Egli definisce la psicoterapia di gruppo come: un campo specifico di pratica clinica, all'interno del regno degli psicoterapeuti, un processo psicosociale in cui uno psicoterapeuta esperto con speciale training di processo di gruppo, utilizza la interazione emotiva in piccoli gruppi attentamente organizzati per "riparare" la salute mentale malata cioè, per migliorare disturbi della personalità in individui selezionati specificatamente con questo proposito (p. 7).

Scheidlinger descrive come "gruppi terapeutici" tutti gli altri approcci utilizzati dal personale dei servizi umani (non necessariamente professionisti preparati) in servizi con pazienti esterni ed interni, spesso queste sono solo missioni di ausilio ad un altro trattamento di pazienti psichiatrici. E' distinguerli da altri terapeuti di gruppo.

Dovrebbe seguire lo sviluppo di opportunità più utili per le nuove generazioni di terapeuti. La psicoterapia di gruppo può idealmente essere riconosciuta come una sotto specialità all'interno della psicologia clinica o medica. Si può anche accettare la possibilità di associare la psicoterapia di gruppo come il principale trattamento psicologico ad addizionali interventi psicofarmacologici supplementari. Idealmente, comunque, questi interventi dovrebbero essere prescritti da uno psichiatra (diverso da quello del gruppo), che agisca da correlatore, per evitare una confusione di ruolo e di intenzioni e che allo stesso tempo offra i benefici di questo tipo di approccio combinato ai pazienti che ne hanno bisogno.

Nella pratica della psicoterapia di gruppo delle relazioni oggettuali emergono alcune limitazioni specifiche. Poiché l'elaborazione di una patologia caratteriale è un aspetto essenziale, questa modalità di trattamento deve avere lunga durata. A causa di alcune "tradizionali" ferme opposizioni alle idee "kleiniane", spesso travisate come "analisi selvaggia", ci sono relativamente pochi posti negli USA (Washington D.C. certe parti di New York, Topeka, San Francisco, Los Angeles e qualche altro).

Comunque, i professionisti interessati ad apprendere questa modalità hanno possibilità relativamente limitate.