

La psicoterapia come limite della scienza nel paradigma dell'incontro con l'infermo psicotico

Gaetano Benedetti, Basilea

« Dire ad un'anima di amarla,
vuol dire dirle: Tu non morrai
».

Gabriel Marcel

Mi si permetta citare le parole di un filosofo come introduzione ad un saggio, che vuole scoprire nella psicoterapia delle psicosi quell'amore terapeutico, il quale trascende i limiti scientifici della psichiatria e diviene documento di esistenza. Difendo qui un'esistenza, che è indipendente dalle molteplici interpretazioni psicogenetiche e psicodinamiche della malattia mentale, oggi possibili; indipendente da tutto ciò che il nostro intelletto estrae da quei dati antropologici, i quali emergono dall'incontro dell'uomo con una forma di dolore psichico particolare ed universale insieme.

« Strana, dice S. Bonaventura, è la cecità dell'intelletto che non considera ciò che per primo si vede e senza del quale niente si può conoscere ». Nel nostro caso, il dato primario, su cui convergono le riflessioni di questo saggio, è *l'incontro* con l'infermo psicotico.

1) Una dimensione fondamentale dell'incontro psicoterapeutico con l'individuo psicotico è un tipo di comunicazione, che non segnala anzitutto al paziente la natura, la struttura, la psicodinamica della sua psicopatologia — tutto ciò è importante, ma viene dopo — ma piuttosto il modo come la sua sofferenza viene vissuta dal terapeuta, cosa significa essa per lui. Questo modo di porsi « autoespressivo » è il capovolgimento dell'atteggiamento psichiatrico, che fa del paziente un « oggetto » e che esprime razionalmente la sua psicopatologia.

«Autoesprimersi» significa per il terapeuta incorrere in un rischio esistenziale; quello di porsi in « simmetria » con il paziente, di farsi l'oggetto della sua psicosi. Non cominciare col volere mutare il paziente, ma costellarlo con le vibrazioni della sofferenza indotta da lui, affinché queste vibrazioni lo trasformino, così come lui, attraverso l'incontro esistenziale, trasforma il suo terapeuta. E così che si crea un « mondo comune ». Che il paziente schizofrenico non può vivere nel nostro mondo, è dimostrato dalla sua stessa psicosi; la quale è appunto una distruzione del metro comune, entro la cui logica noi altrimenti incontriamo ed assistiamo i nostri partner.

A questo nostro mondo, per lui impossibile, il paziente schizofrenico sostituisce un « rottame », un mondo psicotico, fatto dalle rovine del nostro mondo e dalle sue miserie; ipertrofiche neoformazioni, che come rampicanti maligni inviluppano completamente ed erodono i miseri resti della realtà comune. Possiamo noi offrire al paziente, attraverso le nostre continue risposte noetico-affettive alle manifestazioni della mostruosità schizofrenica, un *simbolo di integrazione*, che muove come specchio dalle figurazioni frammentarie della psicosi ed assurge alle vette di un cosmo duale, non più autistico? La risposta alla domanda, per non essere retorica, deve essere anzitutto fattuale, ossia aneddotica. Sono i racconti delle nostre storie psicoterapeutiche, che qui ci illuminano. Voglio qui scegliere un esempio, che io traggio da un

saggio di Mario Isotti — psichiatra, psicoterapeuta e scrittore eccellente — il quale nel suo « romanzo », « Amore mio nemico », sintetizza, come io ho potuto appurare attraverso i miei contatti personali con l'autore, tutta un'esistenza di incontro col malato psicotico.

L'esempio è brevissimo. Non è scelto che arbitrariamente, non è affatto superiore a tanti altri possibili, contenuti nel libro, o nelle storie cliniche di altri psicoterapeuti; ma mi ha colpito particolarmente.

La malata schizofrenica, Diana, induce con le sue frasi aggressive un moto controaggressivo nell'animo del terapeuta, il quale va al di là dell'intenzionalità terapeutica: Isotti rompe per isbaglio un dono precedente della paziente a lui; un lungo fiammifero con cui lei aveva voluto concretizzare una fantasia terapeutica che stava all'inizio dell'incontro. Allora, il terapeuta aveva detto alla sua malata assorbita in se, nel suo mondo psicotico, quasi chiusa in una grotta di ghiaccio, che lui l'avrebbe attesa con un fiammifero acceso; un simbolo della speranza terapeutica, fragile e breve, da un canto, ma continuantesi in una specie di indeterminatezza e infinita temporale. Il terapeuta stesso interpreta adesso alla paziente la propria aggressione:

« Il mio inconscio, purtroppo, non ha voluto accettare ne resistere al dolore; mi ha fatto distruggere un segno, rompere un legame molto caro. Esso però ha concretato il Tuo desiderio di lasciarmi ».

Attraverso la propria aggressione inconscia il terapeuta si mette al servizio della distruttività della paziente, pagandone lui stesso le spese, il dolore. Ecco qui quello che io dicevo all'inizio del mio saggio, la vibrazione personale, con cui lo psicoterapeuta costella il movimento psicotico, senza interpretarlo, senza farne un oggetto; e lui, lo psichiatra, che diventa piuttosto « l'oggetto patico » della psicosi. E ciò ha un effetto immediato. Segue, nella storia citata, uno di quei momenti, in cui il paziente schizo-

frenico, disorganizzato mentalmente, si mostra in tutta la sua altezza umana (quella che Jung ha chiamato « autonomia della psiche ») e documenta con la sua reazione di aver sentito tutta la *presenza* terapeutica nella di lui aggressione:

« Diana si rattristò. Mi chiese subito i due frammenti spezzati, li avvicinò, e accendendo una fiamma per un attimo, li mise con ansia sopra di essa: 'Non è contento? Li ho cementati!' ».

L'aggressione del paziente viene trasformata così dall'incontro, anziché interpretata; trasformata in una forma « benigna » di aggressione terapeutica, che fa sentire al paziente la disposizione a limitarla col proprio dolore. La trasformazione duale è un veicolo di vita nella figurazione di morte emanante dal paziente.

Un aspetto fondamentale del « metodo » psicoterapeutico implicito all'apertura dell'incontro è dunque quello di mettersi in un rapporto di simmetria con il paziente, entrando nel suo modo di porsi con il mondo; per poi contemporaneamente « aggiungere » al mondo del paziente qualcosa, che è tuttavia specifico del terapeuta e che viene poi percepito, fatto suo dal paziente, perché questi ha riconosciuto il terapeuta come una *sua controfigura*.

Il modo psicotico di porsi in rapporto con il mondo era, nell'episodio precedente, aggressivo, distruttivo; ma esso può essere naturalmente un altro. Ad esempio catatonico. Tipico mi sembra allora il modo come lo stesso autore risponde alla paziente catatonica che si appiccicava ad un muro, impietrita accanto alla pietra: il terapeuta si mette anche lui a parlare al muro! Egli è così, ancora una volta, in rapporto di simmetria con la paziente; sceglie lo stesso oggetto possibile a lei, appunto il muro. Entrato — anche fisicamente, poiché la simmetria psichica deve manifestarsi pur tangibilmente — nell'angolino di questo misero rapporto oggettuale, il terapeuta lo trasforma, investendo l'oggetto, il muro, con l'immagine della paziente (i « colori del muro », nella storia clinica citata).

Tutto ciò sembra un'idealizzazione del malato schizofrenico. Se per tale intendiamo il concetto tramandoci dalla psicoanalisi, ossia una trasformazione puramente subiettiva della realtà oggettiva attraverso la « libido idealizzante » (come dice oggi Kohut), la definizione non mi è sufficiente. Non c'è, nell'« idealizzazione terapeutica », una falsificazione della realtà attraverso la proiezione di valori positivi e positivizzanti; ma piuttosto la persuasione che l'immagine creata dal terapeuta attraverso il suo « eros terapeutico » equivalga ad un aspetto latentemente obbiettivo, trascendentale, della stessa persona del malato. Poiché la scialba, misera personcina della paziente di Isotti ha un lato ascoso di bellezza nella mente del suo terapeuta, essa diventa, in un sogno dello stesso, che ricordiamo dalla storia clinica, la « parete calda, vivente, colorata di una cattedrale ». Appunto perché la persona di un essere umano viene ridotta dalla psicosi « ad un mucchietto di cenere » (Isotti), altrettanto grande deve essere, per una necessità intima alla struttura della persona umana, l'ombra da essa proiettata sulla Trascendenza.

Il bisogno terapeutico non può emanare che dalla percezione di tale dimensione trascendente la persona inferma e questa percezione diviene tanto più struggente, quanto più in contrasto con quella, desolante, della realtà psicotica.

Per il paziente non è possibile rendersi conto della sua funzione di vicario del dolore umano altro che nel delirio; che non concede nulla, poiché estranea il paziente dal suo più profondo Se. Non resta, allora, che la possibilità della « funzione specchio » del terapeuta: questi traduce al paziente non tanto gli aspetti rimossi dell'Inconscio (quali vengono fuori da se, attraverso le proiezioni para-noidi), quanto piuttosto la sua immagine latente positiva.

La funzione specchio urta dapprima contro grandi ostacoli, che sono insiti sia allia persona del terapeuta come a quella del paziente. Il terapeuta è come « scisso » fra l'immagine virtuale che egli ha del

suo paziente, e che lo spinge sempre di nuovo a dedicarsi ad un essere che lo frustra continuamente col suo negativismo e la sua distruttività; e le immagini appunto di queste ultime realtà psicotiche, che provocano in lui un controtransfert anche negativo. Spesso, il terapeuta non è in grado di far dialogare le due immagini del paziente, egli è scisso come il suo oggetto.

L'immagine del terapeuta sembra a lui togliere quest'ultima possibilità da qui i furori, le aggressioni psichiche e fisiche frequenti in queste psicoterapie, le quali fra l'altro sono didatticamente quanto mai interessanti, perchè ci mostrano come la terapia del paziente psicotico non è possibile senza incontro con la sua aggressività, anche se quest'ultima non va compresa senz'altro nel concetto di « transfert ». Non è semplicemente la figura della madre odiata che viene adesso « trasferita » sul terapeuta; ma è anche la disperazione che muove dall'assurdità della contraddizione fra il proprio vissuto e l'immagine positiva che della propria persona psicotica ha il terapeuta, a far scattare l'aggressione. Ma anche il paziente sembra reagire all'atto terapeutico in modo dapprima negativo (« reazione terapeutica negativa », come direbbe Kernberg). Infatti, la funzione-specchio del terapeuta significa per lui, all'inizio, qualcosa che sembra perfino aumentare la disperazione della psicosi. Il suo vissuto di assurdità, implicito alla « non-esistenza » della psicosi, sembra aggravarsi nella percezione del malato, che v'è una discrepanza impossibile fra il messaggio terapeutico ricevuto e la distruzione interiore. « *Una quaque res, quatenus in se est, in suo esse perseverare conatur* », ci dice Spinoza; « *Conatus, quo unaquaque res in suo esse perseverare, nihil est praeter ipsius actualis essentiam* ». Anche il non esistente malato psicotico può aggrapparsi ad un'ombra di esistenza perseverando disperatamente nella sua essenza, che è quella di non *volere* esistere.

Anche la *psicoterapia del delirio* diviene possibile così, nell'usufruire questo come modo di porsi in

rapporto al paziente; partecipando all'intenzionalità del sintomo per trasformarlo dal di dentro. Il nostro solo comprendere il delirio riportandolo ad una causalità psicodinamica ed interpretando questa (a parte il pericolo di una comprensione insufficiente di dati irrazionali e di una nostra manipolazione autistica di questi), non significa ancora per il paziente lo strumento per modificarlo.

Ammettiamo che per una fortunata ricchezza di informazioni pervenuteci, per acume e logicità di disamina, noi imbocchiamo la strada giusta e arriviamo a chiarire gran parte delle cause psicologiche del mondo delirante. Se il nostro paziente non è in grado, attraverso la conoscenza di quelle cause, di modificare se stesso, allora l'eventuale riassorbimento del delirio non farebbe che aumentare l'infelicità dell'infermo; il delirio non è che il tentativo di accusare altri di una propria insopportabile infelicità. Molto spesso, il paziente si rifiuterà di correggere il suo delirio e di accettare le nostre interpretazioni. La nostra conoscenza dei fatti oggettivi non darà mai a noi il suo vissuto e a lui la possibilità di mutarlo. Ma se il delirio, o un qualsiasi altro sintoma psicotico, è l'unico messaggio che il paziente ci dà della situazione: allora noi vediamo in esso una ricostruzione del mondo che permette al rudere dell'io di ricostruirsi in un mondo che gli assomigli. Possiamo noi, in qualche modo, vivere col paziente in quel mondo psicotico, per aggiungervi adesso la nostra presenza?

Ciò permette intanto che il problema della realtà, nell'incontro esistenziale col paziente schizofrenico, non venga posto in primo luogo. Importante è invece anzitutto la soddisfazione del terapeuta di poter rimanere, attraverso l'ascolto del sistema delirante, vicino al paziente. E ascolto vuol dire introduzione dell'interessa della nostra presenza in un mondo che è di per se la negazione dell'interessa; che è la frammentazione dell'uomo, e che da noi viene sollecitato a trascendersi già attraverso questa introduzione di dualità partecipe. L'esperienza psicoterapeutica così tracciata diventa

la prognosi di una coppia paziente-terapeuta; non è più solo la prognosi di una malattia, ma della possibilità e capacità di un incontro a disegnarsi entro la malattia.

Essa è un'avventura dello spirito — il termine avventura sta qui come sinonimo di ventura, di avvenimento, impresa — ove vengono fatte esperienze ultime delle cose; ad esempio della necessità o inevitabilità della colpa, del dolore o dell'amore come forme di essere con l'altro nei limiti della malattia; e che raggiungono in questi limiti altezze insospettate. Tali esperienze possono appartenere a quei fenomeni, che Jaspers chiama « le cifre » della Trascendenza. Nulla di scientifico, che noi sappiamo sull'uomo le spiega e le giustifica; ma anche nulla le può contraddire. La loro origine sta al di fuori dell'uomo come oggetto di natura.

E' nel contesto di queste considerazioni che voglio riflettere adesso sul tanto già sottolineato aspetto *simbolico* di questa terapia (la « realizzazione simbolica », di M. Sechehaye, e il titolo di un'opera famosa al riguardo e in certo senso paradigmatica). La funzione del simbolo nella psicoterapia in genere, ed in particolare in questa, e anzitutto quella classica, messa tanto bene in luce dagli studi di C.G.Jung di integrare l'Inconscio (sia individuale che archetipico) con la coscienza.

Il simbolo schizofrenico è *un* tentativo mal riuscito di ciò. In esso si manifesta non solo l'Inconscio, ma anche la difesa contro di esso; manca soprattutto l'lo come forza integrativa; manca la sua capacità a distinguere fra significato e significante, per cui il simbolo appare spesso concretizzato. E manca l'orizzonte prospettico del simbolo, in cui si apre il divenire della persona.

Il *simbolo terapeutico* aggiunge tutto ciò a quello schizofrenico, da cui prende le mosse, di cui assume le vesti, di cui parla il linguaggio. Il simbolo terapeutico è così una figurazione, una libera associazione, una fantasia, un sogno, in cui non solo avviene l'Incontro, ma viene anche integrato l'Inconscio del paziente con quello del terapeuta. Il sim-

bolo terapeutico dice al paziente, meglio di ogni formula razionale, quel che egli significa per il terapeuta. Un aspetto del simbolo terapeutico è quello che io chiamo il « sogno terapeutico ». Per tale intendo il sogno che talora lo psicoterapeuta delle psicosi ha del suo paziente: in un contesto dia-logico che urge verso la verbalizzazione del sogno stesso, della comunicazione al paziente. Il sogno terapeutico è caratterizzato dall'assenza di quella problematicità personale in cui si fonda la discrepanza fra pensiero manifesto del sogno e suo pensiero latente. Esso è invece, *tutto manifesto, diseg-nato dall'Inconscio del terapeuta esclusivamente per una comunicazione al paziente:*

esso permette al terapeuta di occuparsi del suo paziente anche quando questi non gli è immediatamente vicino;
di incontrarlo in situazioni « irreali », quali appunto quelle oniriche, che riproducono talora i panorami fantastici e desolati della psicosi;
di preparare certe verbalizzazioni per gli incontri successivi;
di rovesciare talune situazioni chiuse del paziente trasformandole in situazioni difficili, anche drammatiche, ma « aperte » per lo psicoterapeuta.

Ricordo, come esempio, il caso di un paziente schizofrenico, che rifiutava il colloquio con il suo terapeuta perché si sentiva perseguitato, « svuotato », ipnotizzato dai suoi « terribili » occhi. La notte successiva, il terapeuta sognava gli occhi del suo paziente: questi gli apparivano altrettanto terribili di come il paziente aveva descritto quelli del medico. Ma questi, pur nell'ansia del sogno, decideva di resistere alla prova, perché sentiva in quello sguardo la verità di una Trascendenza. La comunicazione di questo sogno al paziente apriva finalmente il dialogo. Termino con alcune riflessioni sul posto di questa psicoterapia nella psichiatria delle malattie mentali e nella psicoterapia in genere: 1. La nostra psicoterapia è anzitutto un complemento

delle nostre conoscenze riguardanti la schizofrenia. La psichiatria nosologica è insufficiente a comprendere l'anima dello schizofrenico.

La teoria della famiglia e quella individuale psicodinamica si sfaldano, anche se non allo stesso modo delle più antiche concezioni cerebropatiche.

Solo un'antropologia dell'incontro ci dà la profondità della persona dello schizofrenico, quale essa si rivela nella dualità.


2. Tale psicoterapia è una critica della dimensione statistica, oggi imperante, della conoscenza. Ciò che accade nei brevi spazi interumani possibili in questi tipi di terapia non è misurabile secondo il metro della sua applicabilità, per cui essa ad esempio tocca solo pochi « privilegiati » e lascia a se i moltissimi.

Il « paziente privilegiato » non esiste in questa categoria della sofferenza. Egli è anzitutto qualcuno motivato ad una radicalità dell'incontro, che espone i due protagonisti di esso alla dimensione del pericolo (« La mia presenza umana aveva esasperato, per contrasto, una condizione di irrealtà e di vuoto esistenziale nella paziente » — ci dice Isotti).

E' ciò che accade in un solo piccolo punto dell'esistenza può essere, come in questo caso, per la sua profondità, altrettanto rilevante come lo è l'oggetto di vasti studi sociologici.

3. Questa seconda riflessione conduce alla terza, ove ci troviamo di fronte alla alternativa non politica del pensiero psichiatrico di oggi.

In ogni ramo delle scienze umane, la politicizzazione odierna — come contrappeso a certi aspetti esosamente egocentrici della civiltà attuale! — sembra essere altrettanto necessaria quanto la teologizzazione di alcuni secoli fa. Ma ci inganniamo se, ancora una volta, riduciamo ad essa l'intera verità! Quel che accade nel breve spazio compreso fra terapeuta e paziente è essenzialmente indipendente da qualsiasi struttura istituzionale o meno; può accadere, al limite, entro qualunque struttura, e trae, da questo suo porsi quale comunicazione duale al di fuori dell'istituzione, una massima credibilità per il malato.



La « gestione del malato mentale » o della sua famiglia, di cui oggi si parla con tanta polemica, può del resto accadere anche attraverso la teorizzazione psicodinamica e psicogenetica. Una delle cose che la psicoterapia individuale delle psicosi mi ha insegnato è che molti costrutti psico-dinamici servono **più** a noi psichiatri che al paziente. Quest'ultimo è in grado di cogliere molte cose che noi andiamo faticosamente scoprendo nel suo con-testo biografico, soltanto ch'egli cresca. Ed egli cresce non sempre attraverso la mediazione delle nostre costruzioni concettuali, ma piuttosto attraverso una nostra presenza, che dalla conoscenza psicologica sarà certamente raffinata, puntellata, acuita ma che si esprime al paziente perfino senza alcuna conoscenza del suo passato. Questo è già nel suo presente, nella sua allucinazione attuale, nella sua idea delirante di oggi, nel suo stesso sguardo, nelle rotture della sua voce.

Ciò che serve al paziente non è forse tanto la conoscenza che noi ci formiamo dei suoi « meccanismi » psicologici, quanto lo « spessore di esistenza » che la nostra presenza sviluppa nel suo mondo. Ciò può sembrare, a prima vista, un limite della psicologia ma ne è, a mio parere, la testimonianza più verace.

Mi ricordo, a questo proposito, quel che il filosofo Jaspers ebbe a scrivere a commento di un semplice colloquio filosofico da lui svolto con una bimba di nove anni:

« Sarebbe una disgrazia se la filosofia, che appartiene all'uomo come uomo, fosse legata al fatto ci siano filosofi che la recitano. I filosofi possono solo estrarre con maggior chiarezza ciò che gli uomini già fanno... ».

Ciò che i nostri pazienti (schizofrenici) già fanno in potenza, essi non possono usufruire nel modo del conoscere; perchè manca ad essi ogni repero, ogni punto di appoggio per il conoscere. Per il ritrovamento di questo repero non basta il nostro conoscerli; questa dimensione cognitiva non è ben comunicabile a loro, perchè essa presuppone

già un punto di appoggio, un Io funzionante; mentre essi sono dei malati mentali.

Ciò che comincia ad operare anche solo con dei lembi, dei ruderi di Io, questo « qualcosa » si riflette talora intero nel simbolo e si distingue dalla conoscenza scientifica per non poter essere spesso altrimenti afferrato che attraverso la totalità del proprio modo di essere, « *durch das, was man in sich selber spürt* » (Jaspers).

Tale nostra presenza non è a priori a nostra disposizione, come non lo è al malato. Essa si attua nel rischio, nel perderla e riconquistarla durante l'Incontro, ed è, nella radicalità del suo segno, una situazione-limite (*Grenzsituation*). Ossia, una di quelle situazioni, che da un canto segnano un limite del possibile, e che dall'altro, per il fatto stesso che certe dimensioni di impossibilità fan parte dell'essenza nucleare della nostra esistenza, appartengono anche al centro di essa.