

Partecipazione al delirio schizofrenico o realtà del? inconscio collettivo ?

Gaetano Benedetti, Basilea

Dedico questo mio lavoro sull'importanza dell'Inconscio collettivo nella psicoterapia della schizofrenia alla memoria di C. G. Jung con il quale ho discusso di questi argomenti.

Il paziente schizofrenico, diviso fra il cielo e l'inferno, Dio e il Demonio, la rovina e la salvezza dell'umanità, si sente talora posto dinanzi ad una contraddizione insanabile, che può essere formulata dall'osservatore partecipe in questi termini: « Sembra che una parte innocente della persona venga tormentata a morte da una parte colpevole! ».

La prima, che noi in psicoterapia percepiamo profondamente e di cui ci assumiamo la difesa dinanzi agli spettri dell'annientamento, è talora avvertita anche dal paziente stesso: così da Alfonso, il furioso e violento, che minaccia e percuote tutti nei suoi scatti omicidi, e che tuttavia improvvisamente si ferma nella sua rabbia e parla di sé come dell' « Innocente », « buono come un pezzo di pane », ma « tormentato nel cervello » dal Persecutore. Questo Persecutore, che viene percepito dal malato tanto spesso (e non solo nelle forme chiaramente paranoide, ma, secondo la mia esperienza, a tratti un po' dovunque nel mondo schizofrenico), appare

talora attraverso la proiezione su una facciata qualsiasi dello spazio esterno al paziente (sul muro di casa come negli occhi di un cane) e tal'altra attraverso una sorta di percezione endopsichica, che si riveste di sensorialità, ed è una « voce » interna, oppure sembra al malato un canale diretto di conoscenza, una evidenza al di là di qualsiasi « comunicazione ».

Questo Persecutore si configura nei casi che ho presenti alla mente (casi trattati direttamente, casi supervisionati) come *un nemico ed un alleato del paziente nello stesso tempo*. Il malato è infatti *contemporaneamente al di dentro e al di fuori di esso*:

ed è qui, in questo stare contemporaneamente fuori e dentro il Persecutore che ha inizio il « progetto » della scissione dell'io, la spaccatura presto estesa a tutta l'attività cognitiva ed emotiva dell'« io diviso ». Il paziente è, per un verso, *fuori* del Persecutore. Eccolo lì, povera vittima terrorizzata, irrigidita nel panico catatonico o agitata nella fuga paranoica, talora nascosta dietro un paravento di caricatura grandiosa, ma che non perde mai, neppure fra gli ori del delirio di grandezza, la coscienza tragica del suo tormento. Tuttavia, lo stesso paziente che disperatamente si difende dal suo Persecutore, si identifica anche, quasi nell'istante successivo a quello della sua fuga, dentro il risvolto delle sue stesse frasi, con il persecutore dianzi temuto: come quel paziente da me conosciuto in una singola consultazione, il quale, dopo essersi presentato quale vittima della più orribile delle persecuzioni, affermava subito dopo di essere il « Superman », il « Maciste » colossale, ed esplodeva nella minaccia di far saltare in aria tutto il pianeta. Era, nosologicamente parlando, un ebefrenico in stato di agitazione acuta, che con periodi alti e bassi durava così da anni! Alla mia proposta di « staccarsi » dal fantasma esplosivo che lo tormentava e ci minacciava tutti (bisognava stare attenti che nessun oggetto solido stesse sul tavolo, nessun tagliacarte a portata di mano) replicava: « Ma se il mondo fuori è tanto brutto! » « Fuori di che? » domandavo. « Fuori di me ».

« Ma come è il mondo, dentro di tè; non c'è il tormento terribile, come mi hai detto un minuto fa? ». « Dentro di me ci sono anche i muscoli di acciaio, c'è la forza immensa, lo splendore dell'Omicidio ». E si toccava le braccia esili.

Eccolo lì, unito, abbracciato al Persecutore, anzi Lui stesso, immerso in Lui in una simbiosi senza limiti. Tormentato, sì, da quel mostro, ma anche, nel risvolto del Sé, il mostro stesso, che spacca il mondo e l'lo in esso. L'« Innocente » è completamente affascinato e sedotto dal Persecutore, tanto da fondersi in esso.

Chi è questo misterioso Persecutore, questo sinistro bagliore di potenza maligna nella « camicia di forza » della malattia mentale? « Camicia di forza », dico, che c'è già prima che noi la applichiamo, con i farmaci o con le bende, per il fatto paradossale che il Dominatore violento è sempre condannato ad infuriare ed esistere entro la maschera irrealistica e grottesca del mentecatto, fino a cancellarsi nel nulla.

Nel linguaggio del paziente suaccennato, il Persecutore e Signore assoluto proveniva « da un altro mondo ».

Eccolo lì, nelle allucinazioni, l'aeroplano misterioso, che interveniva dalle stelle pronto a rapirlo, a ricondurlo nella « sua vera patria » — in quel mondo cioè, in cui il Persecutore non avrebbe più infierito contro un Sé innocente del paziente stesso, ma finalmente solo contro gli altri; finalmente libero come tanti crudeli e « sani » personaggi della storia, nemici di un mondo apparentemente distinto dal Sé. Questo, in breve, il delirio.

Ci sono però dei pazienti, più avanzati nel loro *insight*, i quali avvertono invece tale stato di « apparente libertà » nella « pseudosanità mentale » (così si esprime una mia paziente) quale vera morte o dannazione definitiva. In altri termini, il Persecutore diviso dall'Innocente, in cui egli dilania se stesso e attraverso il tormento si trasforma, non è più trasformabile, è il Demonio stesso.

La paziente di cui parlo (altro delirio paranoide!) ritiene che la sua malattia mentale è la « sua grande fortuna » — qualcosa di tremendo, in cui lei deve calarsi sempre più profondamente, per annientare, nell'annientamento di sé, il Persecutore — il quale altrimenti farebbe di lei il principio dell'odio, ossia del Nulla metafisico.

Si ha l'impressione, ascoltando questi deliri, come se un soggetto maligno (a dire dei pazienti), il quale in uno spazio ascoso dell'*Inconscio collettivo* (nel senso di C.G. Jung) pre-esistente l'individualità attuale del paziente e le vicissitudini della sua famiglia, vivesse un'esistenza distruttiva e dovesse quindi calarsi nel mondo schizofrenico, ossia legarsi ad un Sé innocente, per superarsi.

La mia paziente sembrava dirmi incessantemente questo.

L'io diviso di Bleuler e di Laing appare in quest'ottica come l'incongruenza del Persecutore che ancora infuria e dell'Innocente che paga quella furia con lo strazio della vittima: quasi che solo tale strazio potesse, secondo i detti della mia paziente, annullare centimetro per centimetro il Persecutore immane.

Naturalmente, il « modello » cambia a seconda del malato. In un altro caso il pericolo mortale avvertito dalla paziente con un intensissimo senso di colpa e di panico era quello di « trascurare gli altri ».

Nell'*Inconscio collettivo* di quest'altra paziente sembrava esserci il fantasma di una madre snaturata, apparentemente ben diversa dalla madre reale, che fa morire di incurie la sua figlioletta. La paziente non riusciva a staccarsi da tale fantasma; nei sogni lei viveva in prima persona tale situazione, vedeva una bimba, una sua figlioletta gridare e supplicare di non trascurarla.

Ed ecco allora che tutto il delirio sembra essere una difesa immane contro tale pericolo: la paziente non può, non deve « trascurare nulla », deve badare ad ogni capello degli altri: ad esempio non può mai affermare la propria opinione senza il terrore che

questa dispiaccia agli altri, la separi dagli altri; non può staccarsi da nessuno, datore di lavoro o amico, senza il funesto presagio di andare così a pezzi — all'opposto della madre del sogno, che si separa cinicamente dalla figlioletta morente.

Per ristabilire l'equilibrio della bilancia, questa paziente deve vivere in continua fusione con l'oggetto. Lei, che (nel sogno) trascura l'oggetto di amore, è condannata nella malattia mentale a fondersi simbioticamente con gli oggetti: fino a svestirsi nuda dinanzi alla casa dell'amico fugace, per vivere, nella fusione che annichila la sua individualità, quella « elettroforesi » che è l'unica sua chance di esistenza. In un altro caso di mia esperienza il paziente — ancora una volta « causa misteriosa della morte di conoscenti e di sconosciuti » — si trova adesso involupato in un destino, in cui lui si crede al centro dell'Universo, da cui emanano incessantemente e da ogni angolo messaggi, cifre, allusioni, che mettono ogni evento mortifero in rapporto con lui. Di fronte a questa immane catastrofe — quella in cui il pericolo del paziente ossessivo è già accaduto, ma ad un ingrandimento inverosimile — la sola possibilità di salvezza sembra essere, agli occhi del paziente, il suo rapporto folle con il terapeuta; il rapporto cioè con un oggetto « diverso », con cui mettersi disperatamente in contatto senza tuttavia mai riuscirvi: perché, a dire del paziente, non c'è comunicazione, ma solo un annaspire disperato — nella realtà, ad esempio un *acting* di telefonate notturne — destinato a naufragare, come lui prevede, nella impazienza e nel rifiuto del terapeuta e nella di lui disillusione, anche quando il terapeuta sembra essere a disposizione e ripete le interpretazioni date.

Così, il « Persecutore dannato » rimane imprigionato nella sua vittima, che adesso è il paziente stesso.

Quando io, come terapeuta o supervisore, ascolto queste storie, le comprendo nei parametri dell'infanzia dei pazienti; ad esempio attraverso la lettura che la madre snaturata del sogno è la madre apparentemente mite della malata, ma depressiva e quin-

di trascurante, con cui lei, la paziente, inconsciamente si identifica, e che cerca di salvare assumendosene la colpa. Eppure, a me sembra di vivere in due piani — come se ci fosse in me un secondo piano ove sembrano parlarmi pre-esistenze razionalmente sconosciute; come nei detti del poeta Neruda:

« Llanto de viejas bocas, sangre de viejas suplicas. Eschuchas otras voces en mi voz dolorida ».

Questo secondo piano fantasmatico, questa visione dell'Inconscio collettivo, mi aiuta ad esser vicino al paziente, entrando nel delirio come in una cifra segreta dell'esistenza, che non potremo mai possedere razionalmente, ma che potremo forse cambiare introducendo in essa quella dimensione di dualità che nella cifra psicotica appunto manca.

In un certo senso, io terapeuta posso entrare nell'orbita micidiale della psicosi ed essere veramente vicino al « Persecutore-Vittima » solo permettendo che queste qualità vengano estese alla mia persona;

che il dramma terribilmente autistico diventi il « nostro », acquisti una dinamica opposta a quella di « smembramento di una duplicità originaria »; di uno smembramento umano che nella luce travisante ed illuminante del delirio sembra stare alla sua stessa base.

Il ruolo di « vittima » dello psicoterapeuta appare già nel contesto istituzionale: legato al suo paziente per lunghi anni, spesso senza alcuna garanzia che l'opera comune riuscirà, costellato dai dubbi non dico dei famigliari e colleghi, ma da quelli dei suoi stessi pensieri. E leggiamo ancora le descrizioni che i terapeuti ci danno del loro stato: si sentono « costretti », « nullificati », « spersonalizzati », perfino sadicizzati nella loro partecipazione ai pazienti; essi vanno incontro persino a sintomi di conversione dopo le sedute, di nausea o di vomito; intascano percosse fino (come in qualche caso a me noto) all'invalidità fisica e rischiano la vita.

Inoltre, il terapeuta deve spesso « porsi a disposizione » della rabbia del paziente. Nulla teme il persecutore-vittima quanto l'uscire veramente dal suo



Fig. 1



Fig. 2

mondo; come quella malata che avendo una volta in terapia realizzata la vera figura di suo padre, compassionevole e misera, finora travisata dalla maschera psicotica persecutrice e grottesca, sentiva, anziché la liberazione *dell'insight*, un « urlo inferiore » — l'urlo del terrore del distacco dallo spettro e la paura del contatto umano.

Il terapeuta, che è il rappresentante di questo contatto, è perciò una fonte continua di panico; ma di un « panico progressivo » che è il rovescio del persecutore; un risvolto che può essere veramente rivoluzionario perché porta, come in una senapia, gli occhi e i tratti stessi del paziente.

Il Persecutore continua così la sua opera; fino al punto che il paziente, il quale altrimenti solo infierisce contro l'odiato Sé, piange talora per un altro, si cura del benessere dell'altro, toccando talora vette di altruismo. E c'è poi anche l'altro versante, che emana dal primo. Il terapeuta appare al paziente come il persecutore; e in vari modi!

Uno dei modi meno comuni, abbastanza originale, è quello di un mio caso. Le mie parole appunto perché benefiche e ricercate « uccidono » la paziente — come visibile in un suo dipinto; esse la uccidono qualunque cosa io dica, e finalmente inglobano così, in un essere che lei ama, la qualità terribile del persecutore. Non c'è transfert negativo — ma positivo entro la persecuzione!

Se la disidentificazione dell'Io dal Persecutore ha avuto inizio nel vissuto del paziente, questi inizia anche a sentirsene la vittima.

Nel delirio vero e proprio, la vittima è ancora identificata col Persecutore, ne ha assorbito la distruttività e la colpa, e non ha perciò alcuna aura di martirio intorno alla sua sofferenza. E perciò il delirio non guarisce, anche se c'è remissione clinica.

Redenzione, e non remissione; spirituale, e non delirante, c'è solo quando la vittima, come nella creazione artistica di una mia paziente (fig. 1), comincia

finalmente a sentirsi sdoppiata dal suo Persecutore (il quale è tuttavia ancora simbioticamente avvinghiato a lei, e sovrasta il suo capo come il « Ka » degli antichi egizi).

Allora abbiamo una trasposizione bellissima: tutto il male delirante, di cui è altrimenti intriso l'Io del paziente, converge sul volto terribile del Persecutore;

mentre il paziente stesso, che si delimita nei suoi riguardi (e così nei riguardi di tutto il mondo, il quale non penetra più nell'Io) acquista i tratti sofferenti, ma relativamente sereni, del « portatore della luce » (fig. 2). È questo il nome: « Kerzenträger », che vien dato ad una probabile figurazione di Cristo nel duomo romanico di Erfurt in Germania.

Da un punto di vista psicologico, ciò significa: il paziente comincia ad amare se stesso.

Forse che questo nuovo se stesso, frutto dell'amore, o meglio, questi nuovi frammenti di un nuovo Se stesso non appaiono già fra le pieghe del vestito del « Kerzenträger » della mia paziente? (fig. 1).

Paragono questi frammenti, ma in senso progressivo, al suo rovescio psicopatologico e regressivo, alle « voci » e allucinazioni: per dire tuttavia, che mentre queste ultime sono prodotti di disintegrazione, e perciò « irreali », quei frammenti del nuovo Sé sono gesti, spunti, riflessi di integrazione, e perciò reali; facenti parte di quella realtà sempre auspicata dalla mia paziente, chiusa, come lei diceva, nella « pseudorealtà » della psicosi.

E, per lo più, è stato il lungo e perseverante amore del terapeuta, il quale non si è lasciato fuorviare dalla distruttività del Persecutore incorporato nel paziente;

è stata la capacità attenta e paziente del terapeuta, di discernere nel delirio mostruoso e perverso le fattezze amabili del paziente, le intenzioni progressive, i diritti psicologici dell'uomo mascherati dal negativismo; è stata insomma l'immagine virtuale che del malato si è fatto il suo medico, a venire infine trasfusa in quello, a creare la prima autoimmagine positiva, ad aprire le braccia in un primo abbraccio del mondo e di se stesso.

È questo il « mito del portatore della luce nell'inferno della psicosi », quale io ho scoperto nella psicoterapia delle malattie mentali.

E tale portatore, il « Kerzenträger » di Erfurt, ripetuto inconsciamente, come tutti i grandi archetipi, dalla mente e dalle mani della mia paziente, è, si noti bene, *non* lo psicoterapeuta che lo ha evocato con la sua debole, ma fedele, intuizione: *è il paziente stesso*;

quella parte del paziente, che *non viene distrutta da nessuna psicosi* ma che piuttosto sceglie — deve tragicamente scegliere — il cammino della psicosi, intriso di distruttività, per andare veramente al di là di essa e ritornare a se stesso.

Direi qui, per adombrare una certa simmetria fra paziente e psicoterapeuta, che questo « ritorno a se stesso » del paziente non sarebbe stato possibile se il terapeuta non avesse intravisto nel suo riflesso anche un cammino proprio.

Soltanto allora le interpretazioni possono additare il cammino al paziente, quando questi sente in esse i passi dello psicoterapeuta; passi che questi compie nella *propria* esistenza, e non solo per aiutare l'altro. Soltanto allora l'immagine virtuale che del paziente si forma il terapeuta, e traluce dalle sue interpretazioni, dalle sue associazioni, dai sogni e dalle fantasie, è *credibile* per il paziente; quando questi si forma anche lui un'immagine del terapeuta, inconscia spesso, e la rende propria. È questo il processo di « contraidentificazione », che io vedo articolarsi simmetricamente e specularmente a quello di « identificazione terapeutica ».

Si crea insomma, fra i due una forma di « simbiosi terapeutica », che per gradi si *sostituisce* a quella, terribile, fra il persecutore e la sua vittima-artefice.

La nuova simbiosi potrà scomparire, liquefarsi, quando nel suo spazio saranno stati compiuti quei movimenti di crescita, che alzano le mani del « Kerzenträger ». Allora, infine, anche il Persecutore si trasmuterà: il suo volto arcigno acquisterà quei tratti del destino archetipico, che faceva dire agli antichi egizi, dopo la morte dell'individuo: « Egli è ritornato al suo Ka ».

La « trasformazione » di cui intendo parlare è il « rad-drizzamento » della distruttività psicotica in una colpa, ove il paziente ne è la vittima oltre che l'artefice, e ove lo psicoterapeuta, difendendo la vittima, supera lui la realtà della colpa.

In casi simili io sconsiglio di dire al paziente che il suo odio è in qualche modo « comprensibile », che il « furto di esistenza » è un tentativo disperato per sopravvivere ecc. Che ne sappiamo noi? E se le cose stessero al contrario; che cioè la perdita di esistenza è invece la conseguenza di un furto arcaico, nel cui riverbero il paziente è a contatto con il suo Inconscio collettivo?

Meglio aspettare e semplicemente costellare il senso terribile di colpa con la nostra serena presenza, che rimane tutto, amore del sofferente. Termino col ricordo di un paziente schizofrenico cronico, il quale nel suo delirio era persuaso di strappare agli altri la loro energia per potere esistere:

« Ho voluto sempre fare di me stesso, colla violenza, il furto e la morte, qualcosa di più grande di quel che io sono ».

Il « furto di energia » provocava in lui stati maniacali, in cui egli non poteva godere della preda; sia perché il suo lo non sapeva integrarla, non sapeva «e usarne »; sia anche perché nel suo interno sorgeva un qualche Super-io distruttivo, ad esempio l'immagine della madre che « penetrava in lui » e stimolava nuovo odio distruttivo. Questo, a sua volta, lo faceva sentire demoniaco; nelle sue allucinazioni egli gridava a se stesso: « Porco, no, taci ». « Quello è una parte di me, sta a spiarmi e tace ».

Alla fine, il paziente cominciava a dire che, poiché lui aveva perso tutte le relazioni umane, gli si voleva « rubare anche il terapeuta ».

A questo punto io gli facevo notare che nella esistenza sofferente esisteva un « qualcuno », il quale di volta in volta era o il paziente che voleva rubare energia a tutto il mondo, o un nemico che voleva rubare al paziente il suo terapeuta. // *persecutore era lo specchio simmetrico del paziente.* Questo era sdoppiato

nel ladro e nella vittima. *Ma il terapeuta non avrebbe mai permesso a nessuno di separarlo dal paziente.* Questa era la frase decisiva; la colpa non poteva più accadere perché l'amore era più forte di essa.

La psicologia del profondo ci insegna da decenni che i sensi di colpa provati da tanti pazienti in analisi non corrispondono ad una colpa « vera », il cui riconoscimento è segno di maturità mentale; ma a una colpa « infantile », le cui radici stanno nascoste nell'inconscio, e la cui analisi permette la scoperta di traumi passati, di una traumatizzazione dell'Io da parte di un Super-io infantile inconscio.

Non il senso di colpa è allora autentico, spia di una colpa esistenzialmente vera ma piuttosto falso è il Super-io infantile trasposto in un presente neurotico. Senonché, le cose non stanno sempre in questa maniera così semplice; l'indagine dell'insonnia non ci permette chiaramente di scoprire la « colpa edipica ». Il problema sembra riportarci a qualcosa di più antico, allo stesso inconscio collettivo; come io ho soprattutto osservato nella schizofrenia.

Pazienti schizofrenici sembrano talora rivivere nelle loro crisi psicotiche delle colpe arcaiche depositate nel loro *Inconscio Collettivo*; essi si sentono irresistibilmente spinti a « rubare energia psichica agli altri », a distruggere con i loro pensieri gli altri, a negarne l'esistenza; le nostre descrizioni son pallida cosa di fronte all'incisività delle loro terribili frasi:

« lo distruggo l'amore e rubo agli altri la loro energia ». « lo sono una negazione totale di fronte alla vita ». « Ciò che mi separa dagli altri, sono io stesso ».

Noi terapeuti non abbiamo spesso idea dove vengono gli impulsi distruttivi di questi nostri pazienti:

da esperienze infantili? da introiezioni di aggressività parentali? da impulsi aggressivi contro tali parenti? dalle loro elaborazioni fantasmatiche di tali esperienze? da un Super-io sadico all'interno del paziente? da una tendenza costituzionale all'aggressività? dalla società di cui il paziente è vittima e artefice?

Nessuna risposta causalistica può veramente accon-

tentarci; essa si basa, in ultima analisi, su una qualche evidenza inferiore dell'osservatore, che poi viene razionalizzata attraverso la teoria.

Talora avviene che il paziente viene spinto dalle sue associazioni verso un « luogo intrapsichico », in cui la colpa gli si svela attraverso l'immagine cifrata del simbolo. Ricordo a questo proposito una paziente sofferente di una spersonalizzazione cronica, durante la quale lei si sentiva « vomitata da tutto il mondo », in uno « spazio oscuro e demoniaco », « senza volto », « senza corpo » ecc.

A poco a poco questa paziente scopriva nei sogni una casa, in cui era accaduto qualcosa di terribile. Nel sogno decisivo lei si trovava in quella casa sapendo di essere stata là in sogni precedenti.

Operai lavoravano nella casa o scoprivano dei cadaveri sotto il pavimento. Questi operai « potevano esser lei stessa », ma « potevano anche esser stati gli artefici del delitto ».

Il fatto essenziale era che i cadaveri scomparivano come tali e ritornavano esseri viventi attraverso l'inesprimibile esperienza, di dolore e raccapriccio della paziente; la quale condensava per così dire tutto il dolore e il raccapriccio della spersonalizzazione in una sola scena, capovolgendola in una « superpersonalizzazione » allucinata di colpa, la cui presa di coscienza permetteva contemporaneamente di andare al di là di essa.

La casa misteriosa era un pagliaio del paese natale, presso cui, 15 anni fa, si era iniziata improvvisamente la depersonalizzazione psicotica mentre la ragazza passava casualmente per quel luogo!

Il trattamento psicoterapeutico del delirio non sta sempre nel ridurlo in un fatto univoco, razionale, e per lo più solo ipotetico; ma nel « lasciarsene prendere », fino al punto da entrare nel dubbio, per varcare la soglia che separa la nostra esistenza dall'irreale; fino al punto da fare l'esperienza di essere con il paziente. A questo punto noi cogliamo una dimensione del delirio usufruirle nella psicoterapia, e consistente nel fatto che l'esperienza condivisa del pa-

ziente si apre verso una sua trasformazione e progressione (onirica, dialogica) che lascia uscire, possibilmente, il paziente dal suo autismo.

È il movimento che noi imprimiamo sul delirio, più che non la riduzione causale, è questo che ce lo fa « comprendere ». La riduzione causale ci dà la « nostra » immagine psicodinamica; la quale non tocca il paziente, ma gli resta indifferente e per questo stesso non è ancora l'equivalente « del suo » delirio. Il movimento da noi impresso è invece veramente il « nostro »: in quanto esso trasforma l'esperienza delirante, e ne coglie l'essenza.