

Il problema del negativismo schizofrenico

Gaetano Benedetti, Basilea

Uno degli aspetti più interessanti che hanno caratterizzato l'evoluzione della psicologia del profondo (Tiefenpsychologie) è stato il diverso atteggiamento del medico nei confronti della responsabilità del male psichico, che un tempo si chiamava « morale »; ossia di quel male, di cui ancor oggi si rifiuta la completa medicalizzazione, ossia la riduzione alla dimensione fisica, ritenendo che le sue radici affondano nell'uomo stesso, in quel che egli è come introiezione dei rapporti con i suoi simili.

In Europa, nei secoli precedenti l'800, la malattia mentale appariva come una conseguenza di una volontà perversa, umana e demoniaca insieme. Il depressivo, l'isterica, la strega, il matto, erano responsabili della loro sofferenza. Non si provava alcuna pietà verso di loro, anzi li si puniva.

Nel secolo XIX, il medico, vedendo la radice della sofferenza mentale nella malattia organica, nella « de-

generazione », nella costituzione, eccetera, affrancava un germe ultimo della persona umana dalla responsabilità morale della malattia; l'uomo era adesso, quale malato, la vittima, non più il facitore del suo male.

Ma il paziente mentale perdeva così, assieme alla sua responsabilità, anche quei diritti psicologici dell'uomo, che consistono nella possibilità di esser ascoltato come persona anche nella psicosi.

La psicologia del profondo ha trasformato questa situazione nei primi del secolo odierno. Essa ha riscoperto le « radici spirituali », intese come biografiche e antropologiche, della malattia psichica, ed ha così trasformato l'ammalato, che ci era divenuto distante come una anonima cartella clinica, in un partner dialogico.

Tale psicologia dinamica non ha avuto tuttavia un compito facile. Non solo ha incontrato l'opposizione di quella psichiatria, che nello sforzo di una medicalizzazione di tutta la psicopatologia non esita a negare a questa quei fini apprendimenti, che pongono tanti malati mentali, proprio in quanto sofferenti, in contatto con lembi di esistenza a noi sconosciuti.

Oltre a tutto ciò, *la psicodinamica si è trovata di fronte al compito formidabile di restituire al malato mentale la malattia come « res sua », senza responsabilizzarlo moralisticamente.* La risposta « classica » della psicoanalisi e di tutta la psicologia del profondo a questo dilemma, la risposta veramente geniale che ha fondato tutta la grandezza di questo movimento di pensiero, è stato lo *storicismo*:

non la « volontà di vivere » in sé e per sé, ma quella *infantile*, con i suoi impulsi insieme perversi e innocenti, è la base della nevrosi e della psicosi. Spiegare l'origine infantile degli impulsi di morte, dei desideri incestuosi, degli amori proibiti, degli omicidi della fantasia, significava adesso non soltanto scoprire l'anatomia psicodinamica della malattia psichica, ma contemporaneamente assolvere il malato dai suoi sensi coscienti e inconscienti di colpa.

È questo nostro possente bisogno di riscuotere il sofferente dal suo senso di colpa e dalla responsabilità riversatagli addosso, indirettamente o inconsciamente, dalla società, che ci ha quindi fatto compiere il *secondo* grande passo, quello che all'inizio del mio saggio chiamavo uno degli aspetti più interessanti che hanno caratterizzato l'evoluzione della nostra disciplina: a poco a poco, i germi della perversione morale, della inibizione istintuale, della crudeltà repressiva, eccetera, che originariamente venivano ricercati o nella struttura del Super-io o nelle zone di fissazione della libido, e insomma nella rielaborazione *Intrapsi-chica* degli inevitabili traumi della vita familiare e sociale; i germi della malattia, dico, sono stati ricercati quindi nella struttura obbiettiva della famiglia e della società, con i suoi double-binds, le sue meta-comunicazioni, le sue ansietà repressive, le sue tendenze manipolatorie, le sue proiezioni sul bimbo, le sue pseudomutualità, i suoi rapporti schizoidi e schismatici, i suoi paradossi pseudocomunicativi, e insomma tutta una *psicopatologia transazionale*, senza la cui conoscenza, si è detto, la psicopatologia del singolo non può essere né compresa né curata.

La responsabilizzazione pre-scientifica del malato mentale era il punto di partenza delle mie riflessioni; l'affrancamento dell'uomo dalla « colpa psichica » era il secondo punto del mio pensiero. Vengo adesso al terzo *punto*, che per essere ancora all'inizio della sua elaborazione, è certo il più incompleto.

Comincerò col dire che una delle esperienze più interessanti della mia pratica psicoterapeutica quarantennale è l'insight nel fatto, che *vere guarigioni*, dico vere ristrutturazioni della *personalità psicotica*, non avvengono quasi mai prima che il paziente superi tutte le sue proiezioni (non solo, ovviamente, quelle paranoiche e paranoidi, ma anche quelle « rea-listiche ») *per ricostituirsi almeno in parte come il facitore tragico della sua sofferenza; ossia come chi non può creare la sua verità che attraverso la psicopatologia.*

Non gli basterà più, allora, descrivere come i suoi genitori non l'abbiano compreso; come essi lo han-

no usato narcisisticamente; hanno proiettato i loro bisogni su di lui; lo hanno troppo o troppo poco amato; lo hanno iperprotetto o trascurato, scisso o rimosso, frammentato o inglobato simbioticamente, e via di seguito.

Il paziente veramente ritornato a sé stesso sente come la verità è anche dialettica; come anche lui ha contribuito a crearsi quell'ambiente, con le proprie attitudini, i propri movimenti gestuali, i propri bisogni, i propri modi di interazione con il mondo, e forse anche — chi lo sa? — con la « scelta », che il suo spirito ha compiuto (per evolversi ulteriormente) di nascere entro quella determinata famiglia o società, in quella particolare epoca storica, con quella data costituzione, con una particolare sensibilità; che non gli permetteva l'adattamento, ma una ricarica più profonda di Sé proprio attraverso la psicopatologia.

La tragedia della psicosi (o per lo meno una sua dimensione tragica) è quella di dover continuare una persecuzione iniziata altrove (nella famiglia? nell'Inconscio collettivo? in una pre-esistenza? nell'origine metafisica della persona?) e contro gli altri (e quindi fonte di colpa incolmabile), a patto di diri-gerla tutta contro di sé, prendendone tutto il peso sul piccolo Sé-vittima.

È questa, la « responsabilizzazione esistenziale ». che equivale in fondo alla liberazione totale; è questo il ritrovamento di sé, che va al di là di qualsiasi immagine di sé come prodotto degli altri; è questa quella forma di guarigione, che fa dire allora al paziente (usualmente timoroso di ricadute): « Non riesco ad immaginare come io possa ritornare allo stadio di prima ».

È a questo punto che possono innestarsi alcune mie riflessioni di fondo sulla schizofrenia; riflessioni che, per essere breve, cercherò di esprimere in paragrafi, concatenati l'uno con l'altro, per arrivare ad una conclusione, che non mira affatto, nel breve spazio di un saggio, a discutere a fondo il problema della psicosi, ma solo a lumeggiarne un aspetto che sta in rapporto con quanto ho esposto sopra. Mi ri-

volgerò in particolare al « *problema del male* », tanto antico in filosofia, quale esso si ripete in psichiatria; e in particolare al problema della *distruttività nella schizofrenia*.

II

1. La psicopatologia odierna sottolinea il concetto, che alla base della schizofrenia stia una particolare fragilità e frammentarietà della struttura egoica: descritta ad esempio da *Scharfetter* come una perdita della « coerenza dell'io », della « coesività dell'io », della « demarcazione dell'io », della « identità dell'io » e della « attività dell'io ».

La perdita di queste cinque dimensioni della struttura dell'io è stata valutata anche statisticamente.

2. La mia critica parziale ad una siffatta concezione è che essa è di natura essenzialmente formale, non spiega i fenomeni, ne si identifica con l'interiorità del malato.

Inoltre, essa è solo una continuazione, amplificazione e conferma di concetti più antichi e ormai classici:

come il concetto *bleuleriano* di scissione o quello di una perdita dell'integrazione (« *Ich-Vollzug* ») dell'io, sempre ripetuto nella psichiatria tedesca (*Jaspers*).

3. La mia esperienza clinica mi fa vedere in certi casi tale perdita, destrutturazione o disorganizzazione o dissociazione o frammentazione e scissione dell'io, che dir si voglia, *quale radicata in un processo* (possibilmente anche somatizzato, se le attuali ricerche biologiche porteranno ad un risultato) *descrivibile in termini psichici*.

Un principio attivo di *distruttività*, configurato sul livello fantasmatico come « *// Persecutore* », *erode la coesione, la coerenza, la identità dell'io del paziente*

4. Una ipotesi da verificare con l'esame di casi è che « *// persecutore* ». *in una forma o nell'altra, è sempre presente nel mondo schizofrenico*; ossia che la sua emergenza non è un sintomo *secondario nel senso di Bleuler*, ma un sintomo *fondamentale della schizofrenia*.

5. Un primo passo verso tale verificaione è stato da me compiuto: ho recentemente dimostrato in trenta casi di schizofrenia acuta che il delirio (sintoma secondario di Bleuler) era presente in forma conclamata almeno in 29 casi, e che un elemento persecutorio era sempre presente in esso.

6. *Qua l'è l'origine del Persecutore? del Traditore del Sé?*

L'affermazione ipotetica, che l'origine potrebbe essere biologica, non risolverebbe ancora il problema, anche se nuove dimensioni fisiche del fenomeno potessero esser meglio afferrate in un futuro forse non lontano; perché la *realtà « biologica » è la realtà ultima solo per la filosofia positivista; mentre per la filosofia esistenziale essa è solo il « medium » attraverso cui si manifesta una realtà più vasta, esistenziale o trascendentale.*

Io ritengo che siamo in presenza di destini umani veramente terribili e più grandi di ogni costituzione, ma che, proprio per essere così radicali, non possono non essere anche fisici, tradursi perfino nell'ordine materiale delle cose; ma che anche non possono venir meno alla loro natura spirituale non restando opachi all'incontro.

7. *L'origine familiare del persecutore* mi sembra dimostrata solo in un numero, certo ben notevole, di casi. Conosco tuttavia non pochi casi in cui non c'è sufficiente proporzione fra il persecutore interno e la malignità dei fattori famigliari; sia che questi vengano ricercati nella « madre schizofrenogenica » di Frieda Fromm-Reichmann, o in particolari strutture o fantasmi famigliari.

Affermare che bisogna tener conto dell'elaborazione intrapsichica di tali fantasmi e dei fatti esterni significa, in fondo, riportare il problema all'Interno.

8. La *società o violenza sociale* non è sempre la causa della schizofrenia, come vogliono certi etnopsichiatri e certi critici della società: perché ad essa sono esposti molti individui non schizofrenici. Milioni di persone, ci dice *Lacan*, desiderano non dovere esistere!

Non è ancor oggi dimostrabile in modo univoco che esista una correlazione fra determinati sistemi so-

ciali e morbosità schizofrenica e nessuno studio scientifico è riuscito finora a far ciò in maniera largamente accettabile.

9. Per questi motivi io tendo alla *rivalutazione parziale dell'intrapsichico*. Questo non è semplicemente l'endogeno, ossia il biologico, perché:

a) fattori famigliari e sociali possono permettere ad esso di « storicizzarsi », e quindi di elevarsi a livello fantasmatico.

b) *{'endogeno, così visto, può essere concettualizzato filosoficamente «e a monte » della costituzione; cioè come quella nicchia (o quello « squarcio ») nell'origine metafisica del paziente, in cui alberga un nucleo distruttivo.*

e) *La presenza di un nucleo distruttivo, del « persecutore » all'origine trascendente del paziente può definire il destino terreno o mundano del malato.* Talora il paziente non assurge ad una sua identità, una coerenza e coesione dell'Io, neanche quando la famiglia in cui egli cresce non è dimostrabilmente schizofrenogenica: Rosenthal e collaboratori hanno osservato infatti in figli di genitori schizofrenici adottati da famiglie normali, subito dopo la nascita, già entro la prima settimana di vita, che la morbidità schizofrenica non era inferiore a quella di bimbi ereditariamente analoghi, ma cresciuti nelle famiglie di origine. E neanche per M. Bleuler, il convivere di un bimbo con il suo genitore psicotico ha la minima influenza, statisticamente dimostrabile, sulla sua futura salute mentale!

10. *Per «endogeno» io suppongo qualcosa come la presenza archetipica del fantasma del persecutore nel patrimonio genico del paziente; la quale attiva, stimola e ingrandisce gli aspetti persecutori delle covittime dell'esistenza.*

L'esame fenomenologico di molti deliri schizofrenici mi fa ritenere possibile, che tale presenza sia dovuta ad un segreto atto di distruttività compiuto alle origini metafisiche dell'esistenza. L'origine metafisica e trans familiare del persecutore viene proposta a me dalla grande frequenza di immagini deliranti che si rifanno, ad esempio, a situazioni, panorami e

contesti « cosmici ». Non conosco infatti nessuna malattia mentale ove il metafisico sia un ospite così abituale come nella schizofrenia.

Un paziente gravemente borderline vede, ad esempio degli omuncoli che si combattono per tutta l'eternità su un deserto « lunare », senza la possibilità della morte come terminazione della lotta e del sangue sparso come sacrificio di sé: la distruzione perpetua nell'inferno.

Una schizofrenica afferma, che il suo persecutore non ha né forma né nome né immagine alcuna; non è dicibile, non comprensibile o comunicabile; non conosce spazio e tempo; e perciò neanche lei, l'ammalata, riesce a rendersi conto di relazioni spaziali e temporali.

Oppure // persecutore è, in altri pazienti, un Sé grandioso spinto ad una dimensione metafisica, che crea intorno a sé il deserto autistico: come nel caso del malato, che afferma di aver infisso nella testa un ago invisibile, il quale gli permette di raccogliere continuamente i messaggi di Dio; per cui quelli umani non hanno nessuna importanza per lui.

La natura esistenziale di siffatti messaggi è per me intuibile anche in seguito al fatto, che certe risposte dialogiche dello psicoterapeuta, non riduttive, le quali non passano neppure attraverso la trafila storico-biografica degli eventi, hanno, nonostante la rigidità dei destini e decorsi schizofrenici, talora un'efficacia improvvisa; quale non mi è nota nel campo delle neurosi, tanto più facili a trattare psicologicamente. Il « paziente dell'ago » reagiva improvvisamente alla risposta del « psichiatra del territorio », collega analizzato ed empatico: « Se Lei ha un ago che lo mette in rapporto con Dio, io di aghi ne ho due, e mi accorgo così dell'infelicità in cui Lei si trova ».

11. Caratteristica del vissuto schizofrenico, conscio od inconscio, mi sembra la configurazione della cop-pia: *Persecutore e Perseguitato*. Mentre la *vittima* viene dal paziente *introiettata* come « Sé », il *persecutore* viene spesso *proiettato sul mondo*. *Sé e Mondo perdono così i confini che li separano*. La vittima è talora proiettata anch'essa, è « l'umanità da salva-

rè », il « mondo che si dissolve e va a pezzi » (" Wel-
tuntergangsstimmung »), il partner che muore, il te-
rapeuta che viene infettato dal malato.

E ancora: il paziente si sente continuamente esposto al
pericolo di venir « risucchiato », « assorbito », « dis-solto
» da qualsiasi oggetto, vivente o inanimato, che egli
percepisca intorno, e deve perciò continuamente
proteggersi con l'autismo; ma egli è contempora-
neamente esposto al pericolo di distruggere tutto intorno
a sé con il suo stesso autismo, di porre la sua idea di
perfezione, paradossale, profetica, altiera e svuotata di
sé, al posto del mondo, di qualsiasi « consensual
validation », di ogni comunità di pensiero e verità logica.

Egli vive i pensieri, i sentimenti, le paure, i desideri propri
giammai come fenomeni psicologici, ma come fatti
esterni, documenti di una realtà assoluta che non gli
permette alcuna relativizzazione; e viceversa, egli,
l'essere così pietrificato, si sfalda nell'impossibilità di
afferrare realtà alcuna, la quale si trasforma così in un
prisma di allucinazioni.

Il paziente sembra avere una nostalgia di realtà assoluta
e di tendere però insieme ad un suicidio mentale che lo
cancella. Egli non può legare gli opposti fuor che nella
paradossia del delirio, ove gli estremi coincidono e ove lui
stesso scompare, ingrandendosi a toccare il cosmo.

Io vedo qui, nel paradosso come coesistenza di estremi
che si escludono a vicenda, e come presenza di opposti
inconciliabili ma non contrapponibili dalla mente
schizofrenica, la formulazione moderna (vedi anche
Racamier) di concetti classici precedenti; quale quello
freudiano dei processi primari; o quello bleuleriano della
scissione. A confronto di essi il concetto di «e *paradossia*
» ha, a mio parere, il vantaggio, di non descrivere solo
naturalisticamente una situazione psichica, ma di
comprenderla anche nella sua dimensione umana; di
esprimere contemporaneamente un sintomo formale ed
uno contenutistico. Il paradosso scatta infatti dal ritorcerci
del persecutore (o del Sé grandioso) sull'lo-vittima, senza
che quest'ultimo possa definirsi, limitarsi nei confronti

del primo; e la vittima (l'impotenza assoluta, la non-esistenza) risulta tale dal percepirsi tale senza tuttavia potersi sentire nel suo dolore e così trascendersi; senza poter rinunciare all'immagine « perfetta » ed autistica, che traluce proprio in quel vuoto e seduce pur nella miseria totale delle cose che così genera.

12. La situazione della vittima nel paziente è caratterizzata da un doppio livello:

da un canto essa vittima *sembra responsabile del male provocato dal persecutore*, appunto introiettato in essa, parte di essa; il paziente ha sensi di colpa;

dall'altro essa ci appare entro una « frangia » o margine immenso di innocenza: quale capro espiatorio della famiglia o della società; e in certi lucidi deliri, in cui stento a distinguere la dimensione delirante da quella di terribile veridicità (proprio tale avvicinarmi al delirio, quasi nel senso di una folle a deux, mi ha permesso di modificarlo!); la vittima è un nuovo Sé, « il vero Sé » di Winnicott, *che con la sua sofferenza immane e innocente neutralizza un po' il male inenarrabile di un Sé più antico, nel cui spazio abita appunto il Persecutore.*

La innocenza della vittima viene avvertita potentemente soprattutto nel nostro controtransfert: sotto forma di interesse, affetto, partecipazione, che da cinque decenni caratterizza, più o meno, tutta la psicoterapia della schizofrenia.

Così come lo psicoterapeuta percepisce nel suo controtransfert la vittima, così, viceversa, la società « neutrale », distante dal paziente, percepisce — proprio a causa della distanza — soprattutto il persecutore: come dimostra la tendenza secolare della società ad ostracizzare, imprigionare, amputare, operare, esorcizzare e discriminare il malato schizofrenico. 13. *A questo punto, dopo aver lumeggiato il ruolo della costituzione nella patogenesi della schizofrenia. privandolo delle sue lpostasi biologiche e resistendo all'attuale tentazione, diffusa sia in Europa che In America, di » re-medicalizzare » la schizofrenia (è quest'ultimo, un tema che nell'attuale contesto di pensieri posso solo sfiorare) mi sento in grado di*

mostrare qua I è l'ingranaggio della « violenza sociale » nella schizofrenia.

Risulta dall'esperienza clinica che i pazienti schizofrenici con i loro simboli e i loro deliri dicono verità terribili, le quali valgono nella nostra società anche al di fuori del caso psicopatologico: così, la verità che l'adattamento è spesso solo la collaborazione in un inganno reciproco; oppure la verità della menzogna implicita a volere chiamare amore il semplice possesso d'un altro; o ancora, la verità che personalità « indipendenti » nella nostra società sono quelle che si sono meglio adattate ai programmi loro impartiti per motivi di egoismo, ambizione, eccetera; mentre gli schizofrenici, esseri dipendenti, sono proprio quelle non-persone che, attraverso il tragico sabotaggio della malattia, si sono rifiutate ad essi.

// rifiuto schizofrenico non è tuttavia mai creativo: poiché esso equivale contemporaneamente ad un tradimento del proprio Sé; il quale paga le spese del negativismo rifacendo, attraverso i moduli della propria inettitudine psicotica, proprio quanto aspettato da coloro che non ammettono altra realtà al di là dei loro programmi.

È qui che sorge la domanda struggente del perché di questo tradimento del sé; del perché di questa impossibilità del « vero » rifiuto; il quale inizierebbe invece quel « Sé vero » — se possiamo chiamarlo così con Winnicott in opposizione al « falso Sé » — che noi intravediamo e curiamo in psicoterapia e il cui amore per esso ci fa sostenere una psicoterapia spesso impossibile; impossibile come quel sé vero! Forse che la struttura cognitiva ed affettiva della famiglia non lasciava altra scelta? In certi casi, sembra non esserci alcuna alternativa a questa tesi. In altri è possibile dubitarne seriamente. E in tutti c'è la possibilità di ritenere che un terribile contributo alla tragedia è dato dal paziente stesso, dal « Traditore » nel paziente stesso.

Se noi teniamo presente questa possibilità (la quale, in ultima analisi, è altrettanto indimostrabile come è indimostrabile la tesi della madre schizofrenoge-

nica) possiamo cercare di comprendere: la struttura dell'ingranaggio per cui // «*Traditore*», il «*Persecutore* » *ascosto nelle origini metafisiche del paziente (e che, chi lo sa?, ha forse preordinato la nascita del paziente in quella data famiglia che sembra fatta apposta per non accogliere quelle parti di lui che non vogliono essere accolte)* si somma alla figura reale della madre.

È così che *io vedo la psicosi: come la più grande tragedia della società umana*, presente in tutte le forme storiche di questa società con una frequenza pressappoco simile a causa della costanza stessa dei parametri antropologici; ma come *una tragedia che ripete nella sua terribile concretezza la visione fan-tasmatica di un secondo piano dell'esistenza* — cui noi non possiamo dare altro nome che quello di « *costituzione* »; *ma con cui possiamo misurarci psicoterapeuticamente solo se consideriamo la realtà biologica come il canale attraverso cui lo Spirito incessantemente comunica con noi e ci pone la sua sfida.*

14. E vengo in ultimo all'aspetto psicoterapeutico della schizofrenia. La mia concettualizzazione si realizza nella formulazione delle tre tesi seguenti:

a) *La Identificazione con la vittima* è fondamentale. Tale identificazione equivale al messaggio dato al paziente: « Poiché io partecipo al tuo mondo astruso e bizzarro e ne afferro tutta la sofferenza, *Ti estraggo dalla tua identificazione inconscia col persecutore*, la quale è invece rottura di ogni dualità ». Ossia, *cerchiamo di circoscrivere il nucleo distruttivo attraverso l'amore terapeutico.*

b) Questo trapianto di amore nel paziente può avvenire però solo nella misura in cui noi accettiamo il processo reciproco: il *trapianto dell'odio in noi*. Noi eccettiamo cioè non solo il fatto di apparire spesso anche come lo specchio del persecutore; ma anche di *provare in noi gli impulsi distruttivi del paziente sotto forma di controtransfert negativo*. Noi parliamo tanto delle aggressioni famigliari con-

tro il paziente, che indubbiamente esistono; *Wing* ha dimostrato recentemente che ad esse, assieme alla concomitanza di altri fattori, son dovute buona parte delle ricadute. Ma perché non ci rendiamo conto che forse ciascuno di noi ha avuto, in un momento o nell'altro delle sue terapie, l'impulso di eliminare il suo paziente, o, come dice *Searles*, forse di ucciderlo?

Perfino tale controtransfert è anche terapeutico. Se è vero, da un canto, che un amore terapeutico altrettanto grande può neutralizzare l'*acido* potente della distruttività, affinché esso non si combini chimicamente con la *base* della vittima: è anche vero, d'altro canto, che tale vittima, affascinata dal suo persecutore innestato in lei, e che è insieme la sua miseria e la sua onnipotenza, può sentire infine i limiti di quest'ultima proprio nel contratransfert terapeutico, proprio nel fenomeno specchio; proprio nell'esperienza, che la negatività rispecchiata dal terapeuta non è più quella intrapsichica, non è cioè così grande come quella.

La difesa psicotica contro la distruttività primaria manca al malato; essa è molto spesso solo l'autodistruttività.

Il paziente che nelle sue fantasie si distrugge fino a raggiungere la soglia della non-esistenza, non esegue in tal modo un verdetto superegoico legittimo; ma si identifica con la stessa forza distruttiva, da cui non può difendersi; ne paga le spese. L'unica vera difesa, quella autentica, sta invece nella percezione degli aspetti positivi, amabili, della persona sofferente, e percepibili da questa solo attraverso la percezione che di essi ha il terapeuta. Percezione nella forma della *dualizzazione*. Cosa intendo io per « dualizzazione della psicopatologia e dell'insigni »?

Un movimento interpretativo non solo psicoanalitico, ma anche psicosintetico. Proprio la parte essenziale della comunicazione, il porsi del terapeuta nel mondo del paziente, il concretizzare l'idea nella persona del terapeuta, è qualcosa di « nuovo », che non viene, cioè, *derivato analiticamente dall'insieme in esame*,

ma viene aggiunto ad esso in modo creativo. E proprio questa aggiunta creativa è il momento centrale della psicoterapia; perché tale creazione, iniziata dal terapeuta ma naturalmente continuata dal paziente, è *la sintesi dei frammenti schizofrenici.* Dalla semplice analisi di questi non risulterebbero che frammenti ancora più piccoli — non da essi, ma esclusivamente dal terapeuta estrae il paziente la sua esistenza.

e) La concettualizzazione di una siffatta terapia implica due ultime conseguenze:

1. Da un canto la situazione, ove forme di transazioni simili possono articolarsi *anche al di fuori* di un setting propriamente analitico (anche se così, naturalmente, non resta tagliato fuori tutto il vasto settore psicodinamico della schizofrenia; quest'ultimo, a mio modo di sentire, è *imprescindibile per la qualità dei miglioramenti e delle guarigioni;* ma di esso si dubita nelle statistiche recenti, poiché esso non può esser facilmente riservato, per motivi di tempo, ai più dei malati).

L'incontro con il paziente può avvenire anche, ad esempio, perfino « sul territorio », come dice la psichiatria italiana.

Il team, gli operatori sociali, il numero di pazienti sono certo più elevati; ma perché tutto ciò non dovrebbe essere conciliabile con l'incontro, anzi essere valido solo nell'incontro?

Riabilitazione non è, nel senso migliore della parola, riadattamento alla norma, ma l'apertura di canali sociali comunicativi e perciò anche trasformazione della società nell'incontro con il paziente mentale.

2. Dall'altro il fatto, che il risultato ultimo di questa terapia, duale o sociale che essa sia, *non deve essere valutato solo in modo statistico.*

Non si tratta solo di misurare i successi, *importanti che essi pur siano,* gli unici veramente decisivi da un punto di vista rigorosamente scientifico (io ritengo che la misurazione della nostra attività psicoterapeutica da ad essa la dimensione scientifica); ma anche di metterci al servizio del sofferente, di aprire aree di dualità, rendere possibili incontri significativi

ed « ore fortunate », anche se purtroppo passeggiare, in cui sia noi che il paziente sentiamo *da lontano la voce della sua origine*.

In questo senso io ritengo che un aspetto della psicoanalisi è, per la sua ricerca di dualità col sofferente mentale, *una » secolarizzazione » della religione*, mentre, viceversa, il suo volersi comprendere anzitutto come « tecnica » la mette in svantaggio nei confronti di quelle terapie manipolative, come quelle behavioristiche, che mostrano, allo studio catamnastico, risultati tecnici forse migliori.