

ISTITUTO ITALIANO PER GLI STUDI FILOSOFICI  
SEMINARI DI SCIENZE

3

GAETANO BENEDETTI

# La schizofrenia

GAETANO BENEDETTI LA SCHIZOFRENIA



NAPOLI, NELLA SEDE DELL'ISTITUTO



ISTITUTO ITALIANO PER GLI STUDI FILOSOFICI  
SEMINARI DI SCIENZE

3

GAETANO BENEDETTI

# La schizofrenia



NAPOLI, NELLA SEDE DELL'ISTITUTO

La stampa di questo volume è stata realizzata grazie a un contributo della Fime Leasing - Napoli.

ISBN 88-7723-015-0

Copyright © 1988

by Istituto Italiano per gli Studi Filosofici  
Napoli, via Monte di Dio 14

# I

## LA COMUNICAZIONE COL PAZIENTE MENTALE \*

Le « connessioni » della filosofia con altre scienze dell'uomo, e precisamente oggi con la psichiatria, sono il tema del nostro ciclo di lezioni. Ritengo di integrarmi in questo contesto svolgendo l'argomento della comunicazione col malato mentale, argomento che si inserisce nel compito più vasto di concettualizzare l'ammalato mentale in modo da comprendere come problemi insieme medici, sociali e filosofici abbiano plasmato il volto della psichiatria nel corso degli ultimi trent'anni. Svolgerò oggi l'aspetto storico del problema, domani quello teorico.

La mia esposizione sarà paradigmatica e tratterà di un solo tipo di malato mentale, quello più fre-

*\* Testo della lezione tenuta in Palazzo Serra di Cassano il 10 marzo 1986, nell'ambito del seminario sul tema « La schizofrenia », organizzato dall'Istituto Italiano per gli Studi Filosofici e dal Centro Ricerche sulla Psichiatria e le Scienze Umane.*

quente, il cosiddetto paziente schizofrenico. È questo l'ammalato cronicamente alienato, disintegrato o dissociato mentalmente, autistico, che si sottrae alla comunicazione e che fallisce ai più diversi livelli sociali, nel lavoro come nelle relazioni umane, e così in tutta la sua autorealizzazione.

Ma egli non è solo l'ammalato mentale più frequente, che incontriamo almeno una volta su ogni cento individui normali, e il cui dramma coinvolge i nostri servizi sociali non meno di quello, più recente, del drogato. Lo schizofrenico è anche il malato mentale che forse più ci commuove, per la complessità della sua vita interiore, piena di inferni simbolici e di redenzioni deliranti; per la frattura della sua personalità in quelli che sono gli elementi della persona umana; per la spesso lucida e terribile coesistenza in lui di tragicità e di povertà ebete, di ricerca della sintesi e di disintegrazione nel delirio o nella demenza, di regressione infantile o di progressione frammentaria negli enigmi degli abissi mentali, di impressionante simbolismo e di incapacità ad usare, come dice Sergio Piro, i segni del linguaggio per comunicare, sì che la manifestazione verbale perde il suo significato linguistico. La malattia nervosa che porta alle sindromi schizofreniche non è ancora veramente afferrabile, anche se è ormai provata una « vulnerabilità » specifica dell'Io da parte dei fattori più diversi. Ma qualunque essa sia, non porta nella maggior parte dei casi alla demenza psicoorganica, come riteneva Kräpelin agli

inizi di questo secolo; il problema della comunicazione col malato è divenuto perciò da Bleuler (1911) in poi, e in particolare nel corso degli ultimi trent'anni, uno degli assi fondamentali della psichiatria.

Per comprendere meglio la base della mia esposizione accennerò al fatto che la psichiatria è costruita sin dai suoi primordi, agli inizi del secolo scorso, entro la dialettica fra psichico e somatico. A differenza della filosofia, che poteva fare in larga parte a meno del somatico, e della medicina, che viceversa ha fatto a meno dello psichico, la psichiatria è rimasta incagliata nel dramma concettuale dell'unità dell'uomo. Se la psichiatria è sorta paradigmaticamente durante la Rivoluzione francese e ai primi dell'Ottocento con Pinel, il quale liberava i malati mentali dalle loro catene, triste retaggio dei secoli precedenti, e li scopriva anche come uomini, con le loro aberrazioni e negazioni, essa si è affermata come scienza oltre mezzo secolo dopo con Griesinger, che incisivamente formulava: le malattie dello spirito sono malattie del cervello.

Agli inizi di questo secolo si è andata delineando, in particolare attraverso la psicoanalisi, una dicotomia concettuale, che vedeva il principio psicogenetico soprattutto alla base dei disturbi neurotici, psicosomatici, caratteriali, psicosociali (fino alle più recenti epidemie della droga o della violenza) ed il principio somatogenetico, indipendente dalla società, nella causalità delle vere e proprie malattie mentali, ossia quelle che portano ad una rottura della

percezione e valutazione della realtà comune più elementare. Per questa ipotesi deponeva anche lo sviluppo della psichiatria nei primi due decenni del secolo, la prova, cioè che cerebropatie dalle cause più diverse — da quelle sifilitiche a quelle arterio-sclerotiche, da quelle infettive a quelle degenerative — conducono, oltre una certa soglia individualmente variabile, alla malattia mentale, all'alienazione e alla demenza.

Questa distinzione già classica ha cominciato tuttavia a vacillare dalla scorsa guerra mondiale in poi in seguito ai seguenti fatti:

l'osservazione ripetuta che traumi psichici gravi e prolungati, come quelli cui erano esposte le vittime dei campi nazisti di concentramento, continuavano nei sopravvissuti (ad es. in quelli studiati da Eitinger in Norvegia) dando luogo a disturbi cronici schizofrenici in una percentuale superiore di cinque volte alla morbilità media;

gli studi antropoanalitici, secondo cui l'endogeno si distingue, ad es. secondo Wyrsh o Tellenbach, dal cerebropatico non solo anatomicamente, ma anche psicopatologicamente, perché esso nelle sue deviazioni comporta sempre un mondo interiore complesso, nei cui dettagli è iscritta la firma della persona perfino nel suo modo di essere assente;

lo studio del linguaggio schizofrenico, che con la sua ricchezza di metafore, ellissi, risvolti simbolici, allitterazioni, interpolazioni è divenuta la grande chiave di volta della costruzione di un complesso

mondo privato, autistico, cifrato e differenziato, prodotto faticoso e doloroso di un'attività mentale pluriennale della quale noi non troviamo le orme nelle gravi cerebropatie;

singole storie cliniche psicoanalitiche, documentanti la guarigione di pazienti cronici dopo una psicoterapia intensa e protratta nel tempo;

infine lo sviluppo della psichiatria dinamica, basata sul concetto *bleuleriano* che, accanto ai cosiddetti sintomi primari della schizofrenia, ossia biogenici, come il disturbo specifico del pensiero, chiamato dall'autore « *Zerfahrenheit* », esiste tutta una psicopatologia detta « secondaria » che investe in modo psicoreattivo l'intera personalità: sia nel senso moderno, che cure fisiche non possono sufficientemente curare se mancano le esperienze di apprendimento sociale, divenute sempre più scarse nel mondo autistico, sia anche in quello oggi attuale, che il fenomeno della malattia mentale provoca nelle famiglie, come soprattutto nella società, reazioni discriminative, di diffidenza, di ostracismo, di manipolazione. Queste sembrano stare in un rapporto circolare con i sintomi dei pazienti, tendono ad aggravarli e a giustificare così il sospetto psichiatrico, almeno di molti fra noi, che tali reazioni discriminative, sommantisi all'autonegazione dei pazienti, possano stare, almeno in parte, alla base, anziché solo al termine, della catena patogenetica.

Si è così andato delineando il problema fondamentale, sconosciuto ai padri della psichiatria clas-

sica: la schizofrenia ha in parte cause psichiche?

Preciso che per « cause psichiche » si intende per lo più una trasmissione transgenerazionale della malattia attraverso la psicopatologia interpersonale: ossia l'alterazione profonda della comunicazione umana, di cui stiamo appunto parlando.

Storicamente, è possibile distinguere tre fasi nello sviluppo della nostra concettualizzazione patogenetica della malattia: anzitutto si riteneva che la psicopatologia schizoide dei genitori venisse trasmessa a una certa percentuale dei figli per via esclusivamente biologica, anche se non sufficientemente computabile secondo le leggi ereditarie di Mendel (come fu in particolare sottolineato da M. Bleuler); in un secondo tempo, soprattutto negli anni '50 e '60, l'unilateralità di tale concetto è stata invertita, forse anche come reazione alle perversioni costituzionalistiche della psichiatria fascista in Germania, mediante l'assioma che la trasmissione della malattia è solo di natura interpersonale, affettiva, linguistica; e infine, il concetto della trasmissione anche orizzontale, il concetto della rete sociale, dell'infelicità di base che si manifesta come dissociazione nella psicosi. Onde studiare meglio la componente interpersonale, sia emotiva sia cognitiva, della patogenesi, onde verificarla e delimitarla, sono stati seguiti nel loro sviluppo psichico cosiddetti « bimbi ad alto rischio »: figli di genitori schizofrenici adottati precocemente da famiglie non schizofreniche, portatori quindi dei presunti « geni

schizofrenici », ma non esposti durante l'infanzia all'ambiente nocivo creato dalla malattia dei genitori. I risultati sono stati però che questi bimbi adottivi vanno incontro, dopo i venti anni di età, in una percentuale notevole, di almeno il 6% (Rosenthal e collaboratori) alla schizofrenia; anche se meno frequentemente che se lasciati nelle famiglie di origine.

Tali ricerche, condotte in Danimarca e in America con rigore metodico, dimostrano che esiste nella trasmissione della malattia anche un radicale genetico di notevole importanza.

È però ben vero che la scuola psichiatrica finlandese, rappresentata da Tienari, si è preoccupata negli ultimi anni di precisare che nelle famiglie adottive nel cui seno i bimbi ad alto rischio si ammalano infine di schizofrenia è osservabile una notevole psicopatologia interpersonale, come nelle famiglie schizofreniche. Ma tale psicopatologia caratteriale rimane, in assenza di manifestazioni cliniche, un dato di valutazione da parte dell'osservatore, cioè non privo di subiettività di giudizio. Accettiamo che la schizofrenia non è, a differenza della neurosi, un disturbo cosiddetto psicogenetico, ma dipende anche dal momento costituzionale, anche se in maniera imprecisata. In questo senso depone anche il fatto che il morbo insorge press'a poco con la stessa frequenza, almeno nei suoi sintomi fondamentali, nelle culture e civiltà più diverse, — anche se in talune di esse, come quella

irlandese e quella croata, con una frequenza doppia della media, come precisato da Murphy nell'ultimo decennio, e in altre, a struttura primitiva o patriarcale, ben più raramente del comune. Ma tali oscillazioni di morbilità si muovono tuttavia nei limiti propri anche alle malattie essenzialmente somatiche.

Che però componenti psicogenetiche possano svolgere un ruolo patogenetico in parecchi casi, soprattutto all'interno di famiglie profondamente disturbate, appare verisimile agli occhi della cosiddetta « evidenza affettiva » da parte dell'osservatore psicoterapeutico, che si identifica moralmente con le sofferenze psichiche del bimbo cresciuto attraverso conflitti e lacune affettive e che, mediante tale identificazione, riesce ad aiutarlo da paziente adulto.

Quest'ultimo reperto di un disturbo della comunicazione parentale, di origine psicoanalitica, è oggi tanto più interessante in quanto ci proviene, su un piano di concettualizzazione diversa, da parte di studiosi critici della psicoanalisi, quali Brown (1958, 1962, 1972), Vaughn e Leff (1976) ed altri ancora. Questi autori hanno osservato che pazienti viventi in famiglie emotivamente disturbate (ad es. troppo critiche del comportamento o troppo ansiose) vanno incontro a ricadute nel male nel 56% dei casi in confronto del solo 21% in famiglie tolleranti le manifestazioni interpersonali della malattia. Inoltre i primi hanno tante più ricadute quanto maggiori sono i loro contatti con i familia-

ri « sani » in termini di numero di ore giornaliere spese in comune. Mentre l'eventuale interruzione delle cure mediche peggiorava la situazione psicopatologica dei pazienti del primo gruppo, essa non incideva sul secondo; in altri termini, l'assenza o modicità di tensione interpersonale (misurata da una curva indicante la frequenza della negatività emotiva, EE o « Expressed Emotion ») rendeva addirittura superflue le cure mediche — come dimostrato dalla bassa e quasi identica percentuale di ricadute cliniche in pazienti trattati farmacologicamente e non (14-15%).

Uno dei tentativi più significativi è attualmente quello di combinare terapia psicologica, ad es. familiare, e cura medica. In una ricerca di Goldstein, condotta recentemente su un gruppo di schizofrenici subcronici, non si avevano ricadute alla fine della terapia, mentre in assenza di terapia familiare e di consistenti cure mediche il 24% dei pazienti ricadeva dopo sei settimane. Dopo sei mesi, le ricadute salivano al 48%, mentre esse mancavano totalmente nel gruppo trattato.

Nella statistica di Vaughn e Leff (1976) le ricadute erano del 9% nel gruppo sperimentale e del 50% nel gruppo di controllo.

Nello studio di Fallon le ricadute erano dopo nove mesi del 6% nel gruppo di studio e del 48% in quello di controllo (vedi bibliografia in Caton).

Non vi è dubbio che oggi non c'è posto per un nichilismo terapeutico, ancora evocato da alcuni,

anche se rimane il fatto che noi siamo oggi molto più in grado di modificare il futuro prossimo che non quello remoto, i lunghi decorsi.

Se fattori biologici fossero la sola causa della schizofrenia, allora la concordanza per la schizofrenia di gemelli monovulari di pazienti schizofrenici dovrebbe essere del 100%. Invece essa è solo del 50%. È lecito quindi ammettere che fattori non genetici sieno coinvolti nell'eziologia nella stessa misura dei fattori genetici.

Un modello di come fattori psicologici, dimostrabili sul piano delle ricerche psicopatologiche, ma non certo con strumenti biologici, possano infierire su meccanismi neuropatologici, senza essere direttamente visibili a quel livello, è il seguente: sappiamo che secondo la moderna ipotesi dopaminergica, il sistema dopaminergico mesolimbico sembra avere particolare importanza nella patogenesi. Gli assoni dei corpi cellulari locati medialmente e superiormente alla *substantia nigra* proiettano specificamente sulle componenti mesiali del sistema limbico, sul nucleo *accumbens*, sul tubercolo olfattorio, sui nuclei della stria terminale, su parti dell'amigdala, sui nuclei laterali del setto, etc. Con particolare attenzione sono state studiate le proiezioni dopaminergiche sul nucleo *accumbens*, le cui strutture servono da filtri a quell'informazione che concerne gli affetti e certi tipi di proiezioni mnemoniche dall'ippocampo ad altre regioni del cervello, come l'ipotalamo e la corteccia frontale. È possibile immaginare, se-

guendo questi dati, che disturbi del « filtro » emotivo e dei ricordi alterino in modo profondo la personalità dei pazienti, in modo appunto schizofrenico.

Ma non è possibile pensare anche che gli affetti filtrati siano essi già patologici e che il loro flusso sovraccarichi la funzione del filtro biologico? Non è possibile pensare che il trattamento debba rivolgersi non solo al blocco di quella eccessiva attività dopaminergica che altera la funzione del filtro, ma anche alla creazione di affetti normali attraverso la psicoterapia e la riabilitazione sociale?

E se inoltre la tomografia computerizzata e, sembra, anche la risonanza magnetica indicano, non senza riserve, processi di atrofia periventricolare o anche, secondo ricerche condotte attualmente alla Harvard con la risonanza magnetica, un ipofrontalismo schizofrenico, non è possibile pensare riguardo ai sintomi cosiddetti negativi della sindrome schizofrenica, correlati all'autismo e alla povertà delle esperienze psicosociali, che il rapporto causale sia anche inverso: non semplicemente nel senso che l'ipocorticalismo o ipofrontalismo che sia conduca all'autismo, ma anche che l'isolamento emotivo del paziente autistico esposto per lunghi anni solo alla fantasmagoria della sua psicosi porti alle predette alterazioni biologiche?

Nel tentativo di riunire le due cose separate da Cartesio, la *res extensa* e la *res cogitans*, il positivismo scientifico degli ultimi cento anni affer-

ma che tutto il mentalismo dell'uomo è su basi biologiche. Ma la cibernetica ci insegna oggi coi modelli dei circuiti autorientanti che le azioni sono tutte reciproche.

Tali dati si affiancano a quelli pure interessanti di Loren Mosher, secondo cui, in ambiente psicoterapeutico adatto (rappresentato in America dalla sua « casa soteria » e ripetuto recentemente a Berna da Ciompi) anche se privo di elementi specializzati in psichiatria, si osservavano in complesso decorsi persino più favorevoli che in ospedale psichiatrico.

Se a tutto ciò si aggiunge il dato della psichiatria transculturale, quello fornitoci da Murphy una diecina di anni fa, che in culture primitive come quella da lui studiata nell'isola Maurizio nell'Oceano Indiano, le cosiddette « nicchie sociali » offerte dalla società ai pazienti permettono a questi di ridurre grandemente il numero di ricadute e di evitare gli esiti in demenza, possiamo concludere che il trattamento sociale e psicologico di tali infermi è di importanza essenziale per il decorso.

I dati che vi ho offerto per svolgere tale arco di pensiero non sono che alcuni fra le centinaia ricavati dalla letteratura psichiatrica nel corso degli ultimi due decenni — quanto basta per esserci brevemente orientati.

È in questa cerchia di pensiero che possiamo adesso passare a considerare uno dei più grandi fenomeni recenti della psichiatria sociale in Europa e in

America: il fenomeno della de-istituzionalizzazione, il tentativo di affidare maggiormente la cura sociale dei pazienti alle comunità da cui essi provengono.

La chiusura o il ridimensionamento di molti ospedali psichiatrici, specialmente statali, ha mutato il volto della psichiatria. Accanto a quella farmacologica, nessuna rivoluzione psichiatrica ha mai avuto un orizzonte tanto vasto e mai sono nate tante speranze, anche terapeutiche, quanto nell'ambito di tale movimento. Due ipotesi stavano, verso la metà degli anni '60, alla base del movimento di de-istituzionalizzazione: quello che la malattia mentale (leggi: la schizofrenia) fosse in buona parte un artefatto dell'asilo, del manicomio, dell'ostracismo sociale del malato, fosse addirittura, come formulato da Szasz, lo psichiatra ungherese vivente in America, un « mito »; e l'altra ipotesi, in fondo opposta alla prima, ma sinergica con essa, che fosse possibile alla psico-farmacoterapia moderna, coi suoi immensi progressi dagli anni '50 in poi, di dominare il morbo facendo largamente a meno dell'ospedale psichiatrico.

Indubbiamente, la filosofia umanista che, esplicita o meno, sta alla base dei tentativi di cura psicosociale della malattia mentale, muove dal disagio che noi sani proviamo nell'incontro con lo psicotico sia perché in esso leggiamo i nostri stessi problemi umani, in lui amplificati e divenuti assurdi, sia per il nostro bisogno di riparazione comuni-

cativa verso un essere che contemporaneamente rifiutiamo come alienato.

L'assunto della nuova psichiatria (o antipsichiatria) è stato che l'aumento di comunicazione umana (nel senso più vasto della parola) col malato mentale, l'apertura sociale ad esso, e con questa anche la mediazione di nuovi apprendimenti ed operatività sociali, l'allargamento del suo spazio di esistenza, modificassero per così dire dall'alto, non dal soma, ma dallo spirito, anche le basi biologiche del morbo.

Una certa debolezza della psichiatria sociale dell'ultimo ventennio è stata dovuta alla speranza che il solo trapianto di immense quantità di malati dagli ospedali nella società, la chiusura delle « fabbriche della follia », ove sarebbero nati gli artefatti schizofrenici, avrebbe mobilitato nei pazienti risorse comunicative e integrative; e che la società sarebbe stata rapidamente disposta ad integrarli, senza una adeguata preparazione di decenni e senza la previa creazione di una immensa rete di assistenza ambulatoriale.

Vediamo le cifre relative agli USA: 559.000 schizofrenici nei manicomi americani nel 1955; 150.000 oggi (DHHS Steering Committee, 1980). Indubbiamente una grande prestazione, che ha significato la chiusura di reparti psichiatrici ove i pazienti venivano trattati peggio dei detenuti o come detenuti. Prestazione resa possibile dal momento storico, dal fatto che la farmacoterapia psichiatrica nata in Francia oltre trent'anni fa e rapidamente diffusasi in

tutto il mondo, ha ridotto la durata media dell'ospedalizzazione necessaria dal punto di vista medico da tre anni a due mesi.

La farmacoterapia però non ha influenzato in modo simile i decorsi a lunga scadenza — anche se è un dato assodato che le ricadute sono dell'ordine del 70% nei pazienti non trattati medicamente dopo la dimissione e del 50% nei pazienti trattati (Hogarth e Goldsberg 1973). La cronicizzazione occorre tuttavia, oggi come un tempo, come prima dell'era farmacologica, in un terzo circa dei pazienti, ed essa si sviluppa anche nei malati trattati *ab ovo* in ambulatorio.

Il non avere previsto sufficientemente ciò, senza quindi la preparazione di un numero adeguato di comunità terapeutiche e *behavioriste* in particolare per i pazienti cronici, ha riempito negli USA le strade delle grandi città, come da me osservato a New York, di pazienti allucinati, deliranti, catatonici, mendicanti, autistici, trasandati e miserabili; ha creato, negli alloggi ad essi riservati, dei veri e propri ghetti extrapsichiatrici, le cui condizioni di vita a detta di Caton (1984) non superavano quelli degli asili di un tempo.

Se in ambiente più ristretto non è certo mancata la fioritura di « comunità psichiatriche », di servizi psicoigienici e policlinici ben organizzati, si è avuto *a latere* il fenomeno della cosiddetta « trans-istituzionalizzazione » (Caton), con la conseguente reazione negativa della società dei sani, che a differenza

della società di molte culture primitive, è di impronta essenzialmente individualista, non accetta chi non produce, chi non si adatta e anzitutto « disturba ». Certo, non è stato dovunque così. Nei piccoli paesi europei ad alta preoccupazione sociale nell'organizzazione dei servizi pubblici, e perfino in paesi come la Germania, ove l'antica psichiatria custodiale, brutalmente alterata dalla politica degli anni '30, aveva una tradizione umanistica che le ha in parte permesso di evolversi, non si sono avuti quei fenomeni caratteristici di un paese come gli Stati Uniti d'America, ove ad un grande ottimismo iniziale è seguita l'amara constatazione che in molti casi le strutture ambulatoriali erano mal preparate a prendersi cura dei malati.

Si è detto spesso che la società dei sani ostracizza nelle istituzioni psichiatriche il malato mentale — e questo è vero anche nella mia esperienza personale. Ma l'altro lato della medaglia è che la semplice de-istituzionalizzazione crea gravi problemi alla società dei sani. Per accennare a questi ultimi voglio servirvi di un dettaglio. Sappiamo dalla genetica che il rischio biologico cui sono esposti i figli di schizofrenici (di un genitore infermo) è di circa il 10%.

In un classico studio di Rutter, già antico di venti anni, risulta che il danno è maggiore per i figli soprattutto quando la madre è ammalata e quando il padre non è in grado di compensare affettivamente il *deficit*.

In un altro studio di Sobel (1961) le madri schi-

zofreniche non erano in grado, anche dopo la remissione della loro psicosi, di giocare con i loro bimbi, né avevano sentimenti positivi nei loro riguardi.

In un altro classico studio, Rodnick e Goldstein hanno osservato circa dieci anni fa (1974) che dopo un episodio schizofrenico le madri richiedono almeno un periodo di sei mesi per ritornare a un livello normale di affetti; tale periodo si protrae per un intero anno se la personalità era già destabilizzata.

Il problema della comunicazione è dunque non solo quello di riaccettare il paziente mentale nel contesto della nostra vita sociale in maniera più profonda che nel passato (mentre si tendeva ad escluderlo da essa) ma anche di curarlo. Solo che la cura non è una premessa della comunicazione, ma questa è una premessa della cura. Eccoci così nella terza fase della concettualizzazione. Quale cura, oltre quella medica, che va da sé e non deve mai essere intesa solo come un'alternativa a quella sociale e psicologica?

Fra i tentativi di influenzare favorevolmente i decorsi della schizofrenia ne ricorderò tre, per soffermarmi in particolare sul terzo, non perché sia il più importante, ma perché è di mia particolare competenza:

1. la psicoterapia familiare;
2. la psicoterapia ambientale, di gruppo e psicosociale;
3. la psicoterapia individuale.

1. Le origini della *psicoterapia familiare* si trovano, come quelle di tutti gli interventi psicologici, nella psicoanalisi dei primi decenni del secolo — anche se poi la *psicoterapia familiare*, nel suo ulteriore sviluppo, si è quasi totalmente distaccata dalla teoria psicoanalitica e segue vie del tutto nuove, consistenti cioè non più nello studio dei conflitti inconsci del paziente e della sua famiglia, bensì nello studio e nel controllo della cosiddetta patologia « sistemica », cioè del sistema familiare, di cui la psicopatologia del paziente sarebbe un comune denominatore, una delega, una manifestazione estrema ed aberrante. Questa ipotesi è dubbia soprattutto se unilateralizzata, ma resta il dato di fatto che è praticamente possibile aiutare questi pazienti attraverso modifiche del sistema familiare in cui essi vivono. Già negli anni '20 lo psicanalista Federn ebbe ad accorgersi, durante il trattamento di singoli pazienti, che la collaborazione psicologica del terapeuta con la famiglia, da cui il malato mentale è profondamente dipendente, rappresenta la base stessa di qualsiasi trattamento anche individuale.

In un secondo tempo si sviluppava, con Schindler, la nozione psichiatrica che le famiglie del malato mentale rappresentano in sé il paziente, sono in sé un oggetto terapeutico, sia perché la storia psicologica del malato appare spesso innestata in una rete di pseudomutualità con i membri significativi del suo passato, sia perché la famiglia viene secondariamente oberata e talora psicologicamente di-

strutta dal peso della vita in comune con l'infermo. Con Schindler si sviluppava così a Vienna negli anni '50 la cosiddetta « terapia bifocale » della schizofrenia, consistente nel trattamento parallelo di gruppi di pazienti e delle loro famiglie.

Gli ultimi vent'anni hanno visto uno sviluppo progressivo di siffatte tecniche sia in Europa che in America; esse hanno permesso di riconoscere la complessità dei problemi creati dai pazienti nelle loro famiglie e la necessità di curare talora queste come pazienti, sia nel loro interesse, sia in quello dei malati. In Norvegia e in America si è arrivati al punto di ospedalizzare membri della famiglia insieme con i malati.

Da questi metodi si distinguono quegli altri che non si limitano al contatto psicoterapeutico con la famiglia, ma trattano i pazienti in sedute comuni con le loro famiglie. Il « setting » è stato così mutato radicalmente. Il progresso ulteriore di queste ultime tecniche sta nello sviluppo di cosiddette « strategie multimodali »: abbiamo da un canto diversi metodi, come quello direttivo di Haley, quello strutturale di Minuchin, quello contestuale di Boszormeny-Nagy, quello dinamico di Stierlin, etc. Ma ciascuno di essi è più o meno una « strategia multimodale »: l'influenza della teoria della comunicazione e il viraggio dal comprendere all'azione psicosociale sono percepibili ad es. nei lavori di Haley, di Weakland, di Fish; l'influenza comune della psicoanalisi, della

teoria dei sistemi, del cosiddetto paradosso terapeutico, nei metodi di Stierlin, Selvini et al.

2. Sebbene i metodi delle psicoterapie ambientali e di gruppo non siano psicoanalitici nella riflessione cosciente e nella formulazione esplicita dei loro autori, l'origine psicodinamica del loro pensiero va qui ricordata, perché il progresso maggiore sta nel passaggio dalla formula dell'adattamento alla norma, come anzitutto ricercato un tempo nell'ergoterapia di Simon, a quello della comprensione delle esperienze dei pazienti. Gli ultimi quindici anni hanno visto considerevoli progressi in ciò che costituisce un ambiente psicoterapeutico per schizofrenici. Già nel 1965 Greenblatt dimostrava che piccoli gruppi di pazienti trattati intensamente con terapia ambientale e farmaci si avvantaggiano considerevolmente nei confronti di malati rimasti a regime solo farmacologico e custodiale tradizionale. Seguivano nel 1972 e nel 1977 i lavori di Paul e collaboratori, i quali non solo confermavano tali risultati, ma precisavano che pazienti trattati per quattro mesi nel modo suddetto continuavano anche dopo la cessazione di ogni terapia a svilupparsi favorevolmente nei confronti dei controlli. Non solo, ma i primi, anche senza farmaci, andavano più raramente incontro a recidive. In particolare, notevoli erano i vantaggi riguardanti gli apprendimenti sociali.

Nel 1977 Carpenter e collaboratori ripetevano gli

esperimenti al National Institute of Mental Health e stabilivano che fra pazienti trattati farmacologicamente e pazienti non trattati in tal modo non c'era differenza alcuna riguardo alla sintomatologia e al funzionamento sociale, purché ambedue i gruppi fossero oggetto di terapia ambientale. A questo punto Mosher e collaboratori creavano un tipo di ambiente psicoterapeutico (da loro chiamato « casa soteria ») ove piccoli gruppi di pazienti venivano trattati da personale non specializzato in psichiatria, ma addestrato nell'aiutare i pazienti a integrare i sintomi psicotici in forme di esperienza significativa. Ancora una volta i risultati erano lusinghieri e sorpassavano, quanto a scomparsa di sintomi e recupero di capacità lavorative e relazionali, quelli ottenuti in ambiente custodiale tradizionale. Alla luce di una catamnesi biennale le recidive erano del 52% contro il 68% nei gruppi di controllo.

L'alto numero di recidive rivela però come la malattia schizofrenica rimanga tutt'oggi, nonostante i nostri sforzi di approfondire la comunicazione col paziente mentale, un limite della comunicazione, che in almeno un quinto di tutti i malati rimane definitivo.

3. Tale limite, del 20% di inguaribili, non viene superato neppure dalla psicoterapia individuale, anche se qui gli sforzi comunicativi sono tanto più concentrati e anche se in gruppi di pazienti motivati a tale trattamento e accuratamente scelti la

qualità della guarigione sembra essere particolarmente promettente.

Nella mia panoramica di oggi desidero soffermarmi a questo punto sui risultati ottenuti dal mio gruppo di lavoro a Milano in uno studio decennale. Se il limitarmi alle mie ricerche rappresenta un grande limite, che contrasta col mio tentativo di oggi di trattare le grandi linee della situazione mondiale, è però anche vero che mi adatto maggiormente alla cornice di questo ciclo di lezioni, intento a lumeggiare anzitutto la situazione italiana.

Naturalmente, al confronto con le grandi cifre offerte dal panorama internazionale, e tenuto conto del fatto che la mia ricerca in Italia è solo un frammento della mia attività, questo studio che esporrò in breve ha nel complesso un'importanza relativa. Esso è comunque il più recente nella mia esperienza e coincide abbastanza con i miei lavori in Svizzera. Corrisponde a dodici anni di ricerche compiuti al Centro di Studi Psicoterapeutici di Milano da parte di quindici psicoterapeuti da me supervisionati mensilmente. La ricerca è stata riassunta recentemente dal collega prof. Furlan, membro del nostro gruppo di studio, al simposio internazionale di Yale, New Haven, nel 1984.

Trattasi di un « materiale » di 50 schizofrenici (in piccola parte di tipo marginale e affettivo), malati cronici motivati alla psicoterapia e trattati in ambulatorio dai miei collaboratori nonché da me supervisionati. I dati obbiettivi possono essere rias-

sunti come segue: età fra i 17 e i 46 anni, in gran parte fra i 25 e i 35. 38 terapie già terminate, di una durata fra i 3 e i 10 anni, in media di un quinquennio.

Per 30 casi abbiamo catamnesi estese da 2 anni a 10.

Sedute: al minimo due volte, al massimo cinque volte la settimana.

Prima dell'inizio della nostra psicoterapia, questi infermi erano stati sofferenti per interi anni. Dieci di essi erano stati ricoverati in cliniche diverse, altri in ospedali psichiatrici; 17 di loro da due a cinque volte, e cinque di loro da sei a venti volte. Inoltre, 41 erano stati trattati con alte dosi di neurolettici e ben sei con ES.

Ebbene, nel corso della psicoterapia i ricoveri in ospedale scendevano in totale da 40 a solo 10.

In 41 pazienti, ossia nell'82% dei casi, abbiamo osservato una ripresa dell'attività lavorativa ed una integrazione sociale molto maggiori di prima. In 12 di essi si assisteva, oltre che ad una ripresa del lavoro e della vita sociale, ad uno sviluppo significativo della creatività, espresso sia da una documentazione iconografica, sia da esperienze di vita significative.

Come da attendersi in queste condizioni, l'uso dei farmaci in terapia diminuiva progressivamente, scendendo in totale da oltre il 90% a meno del 50%, e solo in dosi minori. Quest'ultimo dato, insieme con quello parallelo di Alanen nella stessa

epoca, è forse il primo a documentare il minore bisogno di medicinali in schizofrenici trattati con psicoterapia individuale.

Dal punto di vista psicoanalitico sono interessanti le seguenti osservazioni:

1. *I risultati favorevoli concernevano senza eccezioni i pazienti rimasti in terapia per almeno due anni.*

Naturalmente, questo dato ha due volti: quello che la prognosi è migliore in pazienti disposti per lungo tempo al lavoro dell'introspezione e all'esperienza della dualità; ma anche quello che proprio tale esperienza prolungata nel tempo è terapeuticamente e quindi *causalmente* effettiva.

2. *I risultati migliori erano correlati non a determinati profili psicopatologici, ma a rapporti trasferali e controtrasferali, in prevalenza positivi.* Non ad es. i deliranti produttivi o quelli meglio integrati socialmente, ma quelli che presentavano, sulla base dei loro documenti e delle annotazioni controtrasferali, la migliore integrazione col terapeuta, si sviluppavano meglio. Questo dato è interessante perché equivale ad una correzione psicoanalitica della classica nosologia psichiatrica abituata alla considerazione del sintomo in sé. In psicoanalisi il sintomo è sempre un profilo dinamico interazionale. Lo stesso ci dice Alanen, indirettamente, quando trova che i risultati migliori erano presenti nei suoi pazienti con un maggiore «attachment» trasferale.

3. *L'attaccamento transferale non provoca un rapporto post-terapeutico di difficile terminazione.*

La dipendenza dal terapeuta nella maggior parte dei casi era produttiva, si esprimeva cioè non attraverso quelle che Balint ha chiamato « regressioni maligne », ma mediante comunicazioni scritte o visite saltuarie dei pazienti, le quali permettevano ai terapeuti di raccogliere dati catamnestici significativi.

Pertanto, noi consideriamo la tendenza di oltre metà dei nostri pazienti, 29 casi, a mantenere per anni rapporti interiori profondi coi loro ex-terapeuti, non quale segno di regressione persistente, ma di maturazione affettiva e di scomparsa di resistenze.

4. *Lo studio dei terapeuti da parte dei terapeuti stessi ha avuto un'importanza centrale nel nostro lavoro*, forse come in nessun altro di quelli a me noti. Intanto, tutti i nostri trattamenti sono stati eseguiti da psicoanalisti addestrati; a differenza che nelle statistiche di May o perfino in quella di Alanen, ove la preparazione psicoanalitica era richiesta solo nei supervisori. Inoltre, in continue supervisioni di gruppo, ove io sedevo una volta al mese, solo come *primus inter pares*, senza influenzare menomamente il gruppo, questo aveva modo di rendersi conto non solo del controtransfert discusso in ogni singolo caso, ma anche dei propri controtransfert nel modo di discutere e di affrontare i problemi.

Tutto ciò aiutava ad una comprensione dinamica dalla malattia, nel senso che il nostro modo di porci veniva riconosciuto fondamentale nell'evoluzione dei sintomi, e insieme relativo quale metro di verità, appunto perché sempre rientrante nei limiti di un modello. Mentre, inoltre, la dinamica del modello ci permetteva da un canto di evitare sclerosi concettuali e confusioni fra proiezione e percezione terapeutica, la preoccupazione di un *consensus* nella valutazione globale dei risultati da parte dell'intero gruppo si sostituiva ad esami su base di test, e, direi anche, alle pseuobbiettività dei dati esatti. Mi sembra di aver così espresso, per sommi capi, un tipo di lavoro significativo non solo per la sua durata (10 anni), per il numero dei pazienti (50) trattati intensamente, singolarmente e a lungo, per la bontà dei risultati ottenuti (80%), ma anche, nella cornice della relazione e del seminario di oggi, per l'intrecciarsi e fondersi di dimensioni concettuali psicoanalitiche e psichiatriche in una psicopatologia e psicoterapia dinamica della malattia mentale.

Solo in questo modo è possibile avvicinarsi allo stato psicotico: inserendolo, cioè, in una realtà più ampia, quella rappresentata dal rapporto duale terapeutico. Rapporto dunque, *relazione tra due persone*, questa ci sembra essere la modalità fondamentale di approccio al fenomeno psicotico che ne rispetti la peculiarità — l'indicibilità — pur favorendone l'evoluzione terapeutica.

È proprio in questo incontro tra due persone: il paziente psicotico e il suo terapeuta, che alcuni aspetti della psicosi, che ne caratterizzano la più grave patologia, possono essere rovesciati trasformandosi in fattori terapeutici.

« Transittivismo » e personazione » psicopatologica rappresentano alcuni degli aspetti più specifici dello stato psicotico: aspetti, questi, che rimandano a una struttura dell'Io con limiti corrosi, fluttuanti, non definiti, che comportano una continua confusione e intromissione del Sé nel mondo e del mondo nel Sé.

Tale fragilità dei limiti dell'Io, che rappresenta uno degli aspetti più gravi della patologia strutturale psicotica, si trasforma in fattore terapeutico nel momento in cui diventa il presupposto che rende possibile la dualizzazione del rapporto, la simbiosi terapeutica e l'incontro diretto, non mediato, con il Sé strutturato del terapeuta. È in questo contesto che va recuperato il concetto freudiano di *energia psichica*. Energia psichica del terapeuta come fattore di trasformazione, con cui è possibile investire — usando terapeuticamente proprio quei confini fragili e fluttuanti dell'Io — il Sé psicotico. Quando parliamo di energia psichica del terapeuta intendiamo un'energia libidico-emotiva che si esprime a livello conscio, preconsciouso e inconscio, con la quale è possibile realmente comprendere, nel senso di *comprendere* espresso prima, il paziente psicotico e che si manifesta come carica vitale, che da un

lato contrasta la distruttività e l'identificazione negativa del paziente e dall'altra sostiene o trasforma, investendolo, il Sé psicotico.

L'energia psichica diventa allora una corrente ideale tra terapeuta e paziente, con cui possono essere trasmessi, attraverso un reciproco flusso di proiezioni e di introiezioni, di identificazioni e di controidentificazioni, tutte quelle parti, aspetti, emozioni e rappresentazioni che nascono nel terapeuta nel suo rapporto con il paziente psicotico e di cui il paziente potrà appropriarsi, attraverso un processo di « appersonazione », trasformando così la « personazione » psicopatologica in « personazione » strutturante.

Il terapeuta ha un compito dialettico, quello di rispettare l'indicibilità e l'irriducibilità delle manifestazioni psicotiche senza cercare di ridurle entro parametri razionali e causali, ma anche il compito di interpretare quelle stesse manifestazioni irrazionali, quei simboli, quei deliri psicotici che generano angoscia e terrore, che continuamente si autoalimentano, invadendo e distruggendo il Sé del paziente e il rapporto terapeutico. È a questo livello che è possibile e necessario causalizzare, dare un senso, interpretare ciò che avviene nel mondo psichico dello psicotico. L'interpretazione e la causalizzazione sono il primo e più forte argine che può essere opposto al disordine psicotico, perché imprime, anzi crea un senso a ciò che è caotico, dà un significato a ciò che senso non ha, crea una differenziazione, uno

svolgersi spaziale e temporale di ciò che si manifesta al di là di queste categorie. Quella causalità che snatura la peculiarità della psicosi se applicata alla struttura ontologica del fenomeno e se è intesa come ricerca della causa o del senso della psicosi, è invece necessaria quando si articola in un rapporto tra persone e quando riguarda idee, concetti, parole e il loro significato. Ciò che il terapeuta offre al paziente, prima condividendone e poi interpretandone i simboli e i fantasmi psicotici, è un modello logico e causale di pensiero che il paziente potrà usare, « appersonandolo », prima all'interno del rapporto terapeutico e poi esportandolo in ogni altro aspetto della vita. Ma anche in questo caso non è tanto il contenuto dell'interpretazione o della causalizzazione che diventa fattore di trasformazione, quanto la modalità con cui viene fatto questo intervento; è l'investimento libidico/emotivo che sottende l'interpretazione, che solo può trasformare ciò che è angosciato e distruttivo in qualcosa di ordinato e costruttivo.

Questo processo terapeutico che avviene tra paziente e terapeuta non è assimilabile né a una forma di *maternage*, né ad un sostegno terapeutico, né, soprattutto, comporta l'adattamento o l'adeguamento del paziente alla personalità del terapeuta, sia perché nell'essere psicotico esiste sempre un *quid* che rimane irriducibile e che deve essere rispettato, sia perché ciò che viene mobilitato è l'energia psichica/emotiva, che prima si attiva nel terapeuta e che poi

investe il paziente stesso e tutto ciò che avviene nella relazione terapeutica. In questo senso, all'irrazionalità psicotica non viene contrapposta la razionalità, ma la creatività terapeutica. Alla fine di questo processo di graduale trasformazione si arriva alla creazione di un nuovo rapporto là dove rapporto non esisteva, e quindi alla creazione di un nuovo e originale mondo psichico che, creato e alimentato nella relazione duale paziente/terapeuta, potrà in seguito svilupparsi ed evolversi in modo autonomo nel tempo e nello spazio storico e reale.

Voglio concludere questa breve esposizione della storia della comunicazione col paziente mentale con una riflessione speculativa: *quale è la nostra motivazione allo sforzo comunicativo?*

Vedo tre componenti motivazionali: una è ovvia, di natura *politica ed economica* e risponde al problema dell'organizzazione ed evoluzione della nostra società. Una seconda dimensione motivazionale è di origine *medica*, corrisponde al nostro bisogno medico della cura ed al concetto moderno della medicina, che la malattia è un fenomeno integrale dell'uomo e riguarda l'intera sua unità biopsichica.

La *terza dimensione* è che la comunicazione è un fenomeno speculare, legato cioè al bisogno di *riconoscerci allo specchio dell'esistenza altrui*. Così, l'intera psicologia o psicoterapia delle malattie nervose gravi, delle psicosi è un unico sforzo di proiettare il comprensibile nell'incomprensibile, compren-

dendolo e attraendo così il paziente nell'orbita interumana.

Un siffatto bisogno di specularità può essere considerato sul versante dello spirito come intelletto d'amore nei riguardi del sofferente, come anche sul versante biologico come risultato della nostra asimmetria interemisferica.

L'asimmetria degli emisferi cerebrali, che fino a pochi anni fa si riteneva essere un appannaggio dell'uomo, è stata trovata perfino negli uccelli, ma in quelli che imparano il proprio canto ascoltando quello degli altri. Nessun altro essere vivente si pone in *atteggiamento di ascolto di riflesso per comprendersi*, quanto l'uomo. La comunicazione col malato mentale è anche una via per comprendersi, per approfondire la nostra autoidentità allo *speculum* di quelle che sono le regioni limite dell'esistenza nell'interiorità di chi è da noi alienato e viene da noi recuperato almeno come immagine, se non come persona sana, nel rapporto.

Di ciò, della struttura quindi di tale comunicazione, così come io la comprendo, mi occuperò nella mia relazione di domani.



## II

### PSICOTERAPIA DELLA SCHIZOFRENIA \*

#### *Concetti generali*

Da settant'anni a questa parte (è del 1911 il volume di Bleuler che segna la data di nascita del termine schizofrenia) la psichiatria descrive entro modelli sempre nuovi le psicosi schizofreniche. Prima, ci si è sforzati di ridurre tutta la sintomatologia ad un unico sintomo primario: il quale era la demenza precoce per Kraepelin, era la scissione associativa e affettiva per Bleuler, era invece l'autismo per Minkowski, era l'atimia per Cerletti, era la perdita del confine dell'Io per Federn, era la perdita del potenziale energetico per Huber, per dare solo alcuni esempi. Poi si è arrivati, con i fenomenologi come Binswanger, alla comprensione e descri-

\* Testo della lezione tenuta in Palazzo Serra di Cassano l'11 marzo 1986.

zione del cosiddetto « mondo schizofrenico », come di una realtà subiettiva irriducibile a un sintomo o ad una categoria di sintomi, ma equivalente ad un modo particolare di esistenza.

Infine ci si indirizza oggi particolarmente allo studio della psicopatologia dell'Io. La psicopatologia odierna sottolinea il concetto, che alla base della schizofrenia stia una particolare fragilità e frammentarietà della struttura egoica, descritta ad es. da Scharfetter come una perdita della « coerenza dell'Io », della « coesività dell'Io », della « demarcazione dell'Io », della « identità dell'Io » e dell'« attività dell'Io ».

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

Nonostante questi sforzi della nosologia psichiatrica, quanto mai significativi, non si è mai riusciti ad afferrare, al di dietro della sintomatologia, né gli elementi fondamentali, né i cosiddetti sintomi primari, ossia quelli procedenti direttamente dal possibile disturbo biologico sottostante; i *primi* no, perché gli schemi psicopatologici variano sempre col passare dei decenni, per cui ciò che appariva fondamentale a certi ricercatori non lo è più per altri successivi; tant'è che nella nuova diagnostica americana si tende solo a registrare la frequenza statistica dei sintomi; e i *secondi*, quelli primari, neppure, perché da nessun sintomo è possibile risalire in modo *privilegiato* rispetto ad altri sintomi, al presunto disturbo biologico.

D'altro canto, la presenza di quest'ultimo, resa verisimile da tanti dati parziali, sembra oggi essere piuttosto la causa di una « vulnerabilità » generica (« vulnerability ») verso i conflitti dell'esistenza umana che non la causa di sintomi specifici, equivalenti a perdite di determinate funzioni dell'Io.

Gli sforzi per afferrare meglio le predisposizioni biologiche della schizofrenia vanno sempre più avanti, come dimostrano oggi le ricerche sulle neurotrasmissioni. Ma fattori familiari e sociali vengono messi anche in evidenza come *momenti complementari*, i quali possono permettere all'endogeno di « storicizzarsi », di assurgere a livello fantasmatico, di modificare l'identità dell'Io e di acquisire così penetranza patogena.

È certo, infine, che la grande *distanza* esistente fra il dato biochimico (fra l'altro ancora non chiaro) ed il modo psicopatologico, ci autorizza a studiare quest'ultimo « per sé », come situazione umana.

Inoltre, la possibilità di immergerci terapeuticamente in questo mondo attraverso la comprensione psicodinamica ed il rapporto affettivo continuano da decenni a dare spazio alla psicoterapia degli schizofrenici.

Il fatto che questa, in numerosi casi, ha permesso miglioramenti e persino guarigioni in malati cronici, altrimenti difficilmente influenzabili, non significa tuttavia che sia scientificamente legittimo riportare l'intero disturbo a dati psicogenetici. Significa solo che questi sono *anche* presenti, e che taluni

possono anche agire sulle interazioni neurobiologiche, che la comunicazione è dunque importante. Il mio approccio alla schizofrenia è stato appunto quello psicoterapeutico, consistente nel « calarmi », per così dire, in certi aspetti del mondo schizofrenico, per tentare di modificarlo attraverso le mie risposte ai vissuti del paziente.

Quali sono questi vissuti? A questa domanda non è possibile rispondere, nei brevi limiti di una lezione, che per paradigmi. Mi servo del paradigma centrale del delirio psicotico come punto di partenza della mia esposizione.

Si è tanto parlato, in psichiatria, di sintomi primari e secondari, fondamentali e accessori. Si è cercato quelli fondamentali in disturbi formali della persona, del pensiero, dell'affetto. Si è concettualizzato il delirio come un sintomo accessorio, come una reazione della persona alla malattia, come ciò che in certe schizofrenie può anche mancare.

Proviamo però anche a rovesciare i termini del discorso, a vedere nel delirio, in ciò che ci appare fenomenologicamente in primo piano, e che secondo la mia esperienza è, più o meno accennato, in ogni mondo schizofrenico, un segno fondamentale della schizofrenia. Il delirio allucinatorio è la trasformazione, distorsione, dissociazione del Sé e del mondo, della psiche e del corpo, del malato e delle sue immagini. Il delirio di nullità e quello di grandezza sono i due poli opposti di un disturbo dell'identità dello schizofrenico. Non c'è nullità che non venga vissuta dal paziente come causata da un essere o da un modo d'essere che è il mondo del paziente; assai più di quanto non lo siano i suoi *partner* umani.

Lei, la paziente schizofrenica, abbassata nel delirio al livello solo sessuale, che si vede trattata come prostituta da mille *partner* immaginati, e non è nulla al di fuori di queste

immagini dissolventi, appare tuttavia a tratti a sé stessa anche come la genitrice dell'intera razza umana.

E viceversa, non c'è immagine altissima di sé, che non venga negata da un risvolto negativo: la vergine Maria è anche la grande puttana; il figlio di Dio, che soffre nella malattia mentale i peccati del mondo, ne è anche la causa, e non può ad esempio mangiare alcunché senza togliere agli altri esseri umani il cibo.

È possibile vedere questa dialettica di Sé grandioso e di non-esistenza, di onnipotenza e di impotenza come un aspetto del disturbo formale della scissione. Ma se ne fosse anche una ragione? La psicoterapia ci insegna a confrontarci anzitutto con i vissuti, ricercandone i legami psicodinamici.

Un materiale di circa 500 casi, trattati da me e dai miei collaboratori nel corso di trent'anni, pazienti prevalentemente cronici e in parte resistenti alle terapie fisiche (grandemente migliorati o anche guariti socialmente nell'80% dei casi) mi fa ritenere la psicoterapia della schizofrenia un approccio terapeutico non indifferente.

Qual è il significato di questa psicoterapia entro una psichiatria che ha tuttavia a che fare non con i pochi, ma con le migliaia e migliaia di pazienti?

La mia esperienza di trent'anni mi dice: anzitutto questa psicoterapia è servita ad un numero (limitato) di pazienti, che non era stato possibile aiutare altrimenti. Secondo, essa ha contribuito nel corso degli ultimi decenni allo sviluppo della psicopatologia della schizofrenia come nessun'altra ricerca puramente psicopatologica. Terzo, essa ha

create le premesse teoriche per studiare l'applicazione dei suoi principi su un più vasto numero di schizofrenici: nelle psicoterapie brevi di una o due sedute settimanali durante il corso della farmacoterapia; nella metodica di interviste prolungate; nella supervisione ambulatoriale di pazienti dimessi. Quarto, essa tende a creare in chi ne ha dimestichezza un clima di comprensione umana, che nella clinica psichiatrica è di alto valore, e rappresenta in un certo senso il *pendant* alle concezioni psicosociali della malattia mentale.

Nell'esposizione che segue tenterò un riassunto delle mie esperienze, ordinando in dodici tavole di fondamenti quelle che ritengo essere le mie maggiori osservazioni in questo campo. I « fondamenti » si sovrappongono e si intersecano come gli anelli di una catena. Per catena intendo una struttura che prescinde, in questa esposizione, dalla dimensione di decorso della psicoterapia.

### 1) *La griglia di comprensione*

1. Formazione di una « griglia di comprensione », già nella prima fase della terapia, poi sviluppata, corretta e progressivamente offerta al malato nelle fasi successive, tenendo conto delle capacità assimilative del suo Io e dell'apertura della sua posizione transferale.

*La griglia di comprensione* si forma anzitutto nel

riporto della psicosi al passato vissuto. Tale riporto è in principio simile a quello psicoanalitico e significa per l'analista, prima ancora di qualsiasi interpretazione, un modello psicodinamico entro cui orizzontarsi fra le tante associazioni irrazionali del paziente.

Ma esso è un modello che nasce nello spazio fra pensiero e partecipazione, fra ricerca di obbiettività e disposizione a vivere il passato anche in prima persona, come vedremo in seguito.

Non ho scoperto finora un tipo di passato specifico per la schizofrenia. I « double bind » di Bateson, la pseudomutualità e la trasmissione di irrazionalità di Wynne, l'infrazione del confine fra le generazioni di Lidz, la simbiosi patologica di Mahler, e tanti altri « meccanismi della miseria psichica » sono sì più frequenti ed intensi nella schizofrenia che nella psicopatologia non schizofrenica, ma si ritrovano talora, con terribile lucidità, anche nell'anamnesi di pazienti neurotici.

Quello che invece ho sempre osservato è una consistente « corrispondenza fisiognomica » fra psicosi e storia prepsicotica.

Il paziente è attualmente « scisso, frammentato »? Tutta la sua storia pre-morbosa è piena di conflitti insolubili e perciò scindenti.

Il paziente è soprattutto autistico? Tutta la sua adolescenza ci appare come una ritirata dalla realtà sociale, sentita da lui come « pseudonormalità », che non gratifica mai i tentativi di adattamento ad essa.

Il paziente soffre particolarmente di depersonalizzazione? La sua autoidentità passata era sempre estraniata a se stessa, in crisi continua, permeata da attese impossibili e da accuse spersonalizzanti altrui.

Il paziente è immerso in un delirio? Scopriamo che un qualche nucleo del Sé passato si formava solo nel suo porsi al di fuori di una realtà consensuale, per lui negativa, solo nella costruzione di un mondo privato già nascostamente semidelirante.

E così di questo passo. Identificazioni proiettive, simbiosi patologiche, scissioni in opposti, ritirate autistiche, concretizzazioni di simboli, animazione e deanimazione del mondo, tutto ci appare iscritto nell'album della storia di questi soggetti. Non c'è lí « la causa »; poiché ogni atto di comprensione è sempre subiettivo, ma c'è un *nesso fisiognomico*, la cui « scoperta comune » col malato (nel senso di una « shared awareness ») conduce ad un aumento di autoidentità del paziente, ed è perciò, in questo senso, « obbiettiva ».

Il « riporto al passato » significa per il paziente una chiave di comprensione dalla triplice funzione:

a) razionalizzazione del proprio vissuto psicotico, che, non trovando altrimenti alcun punto di riscontro con la ragione comune, è un vissuto di disumanità, panico ed orrore;

b) scoperta, nello specchio interpretativo terapeutico, di aspetti inconsci *positivi* della propria persona (ad es. ricerca di affetto entro la persecuzione omosessuale; bisogno di autovalorizzarsi nelle

fantasie grandiose che compensano vissuti di impotenza; messa a nudo di introietti familiari nelle « voci » allucinate);

c) riscoperta del proprio passato come dualità.

Cito qui alcune frasi significative da una storia clinica di psicoterapia, scritta da una mia collega:

« La paziente ha ripercorso tutta la strada della sua malattia, ritrovandone il senso; e mentre faceva questo lavoro, a volte ricordando, a volte rivivendo con me il suo dramma, era evidente che sotto si andava strutturando, per il fatto stesso di poter trasformare questa storia in un racconto, un tessuto psichico che costruiva e "addensava" una sua immagine.

La paziente scopre che questa cosa meravigliosa è accaduta quando si accorge che quelli che ora può trasmettere agli altri sono « vissuti » interni e non più solo rumori (allucinazioni). O, meglio, i vissuti c'erano sempre stati, ma non avevano esperienza di contenitore, diventavano rumori che invadevano la mente "facendola saltare" ».

La *griglia di comprensione*, che nel terapeuta si struttura osservando i sintomi attuali come puntualizzazioni di decorsi storici e conflitti di vita, si crea nel paziente attraverso le *interpretazioni terapeutiche*.

È qui che l'apporto della psicoanalisi è fondamentale. Per interpretazioni nella psicoterapia delle psicosi schizofreniche dobbiamo tuttavia intendere qualcosa di più che non il recupero di certe remini-

scenze andate perdute, o la semplice sostituzione del sintomo con un meccanismo logico offerto dal terapeuta; ciò non sarebbe affatto possibile. Per interpretazioni dobbiamo intendere piuttosto un modo di de-responsabilizzare il paziente dei suoi vissuti negativi, cioè dei suoi sensi di nullità, o di grandiosità distruttiva, delle sue aggressioni fantasmatiche, dei suoi narcisismi esasperati, delle sue difese autistiche, riportando questi a catene di eventi determinanti, e invitando così il paziente a vedere insieme a noi queste determinazioni, per recuperare una parte libera della sua persona, ossia una parte che diviene libera non appena essa si pone, almeno mentalmente, al di fuori dei nessi che l'hanno determinata.

Le mutazioni del mondo psicotico, che sono per il paziente immagini indiscutibili, vissuti irrazionali oppure radicati in una razionalità psicotica che tende a perpetuarli mediante la svalutazione radicale di sé e degli altri, vengono relativizzate da interpretazioni che cercano il fondo ultimo delle cose in avvenimenti psicologici razionali e comuni a tutti gli uomini, la cui accettazione significa dunque identificazione con gli uomini, superamento delle barriere autistiche, dei vissuti perversi di unicità psicotica. Naturalmente, tali interpretazioni non possono venire accettate dai pazienti che solo dopo ripetute interazioni con terapeuti, i quali interpretando mostrano ai loro pazienti tutta la loro soli-

darietà, la loro fiducia nell'esistenza dei malati ed il loro affetto per essi.

## 2) *La positivizzazione*

Offerta al malato della nostra presenza dialogica come di qualcosa che tende a comprendere nel senso di *positivizzare* continuamente i vissuti psicotici.

La positivizzazione è in particolare un modo di rispondere ai messaggi negativi del paziente onde ribaltarli sempre in vissuti che confermino il valore dell'esistenza del malato.

Il paziente si sente ad es. invaso da cose incomprensibili, che lo violentano. Il terapeuta commenta che qualcosa di profondo, non ancora ben percepibile, desidera essere accolto dal paziente anche come pericolo, per potere infine mostrarsi a lui, solo dopo un'attitudine di accettazione.

Il paziente allucinato afferma di vedersi allo specchio come un mostro. Il terapeuta risponde che nell'immagine speculare si riflette qualcosa che fa parte del passato del paziente; e che tuttavia si trasforma nello specchio rappresentato dal terapeuta.

Le storie cliniche scritte dai miei collaboratori sono tutte costellate da osservazioni di questo genere: è come se il paziente scoprisse, a poco a poco, una sua immagine virtuale allo specchio di un terapeuta, per cui quel paziente è, quale vittima dell'esistenza, una immagine positiva, per cui vale

la pena di lavorare, anche indipendentemente dalla gratificazione del successo clinico.

3) *Creazione nel paziente di nuova autoidentità attraverso il rapporto terapeutico*

L'immagine virtuale del paziente si sviluppa in primo luogo nel terapeuta. Il paziente scopre questa immagine positiva di sé e dapprima la rifiuta, poi l'ascolta e la prova, sentendola a poco a poco come propria, attraverso le emozioni « appersonanti » del *partner*. Questa vera e propria creazione di un sé nuovo, tale *opera di « creazione di sé » per apposizione di parti del terapeuta*, è visibile nell'immagine del Cristoforo di una mia paziente, in cui ella « aggiunge » alla sua autoidentità negativa, l'aura psicoterapeutica mia; questa diventa una parte di lei; una parte di ciò che altrimenti appartiene al mondo dissociato del paziente, e che adesso rientra in lui attraverso le interpretazioni e la « simbiosi terapeutica ».

Nel delirio di un altro paziente paranoide l'universo era ad esempio una maligna ramificazione di « tubi » i quali bevevano il suo sangue ed erano collegati all'altro polo, il persecutore, il *deus ex machina* del labirinto distruttivo. Allorché, nel corso della psicoterapia, tale immagine acquistava a poco a poco le fattezze della terapeuta, si aveva, dapprima, la difesa contro di essa; ma poi anche,

nella misura in cui alcuni messaggi positivi riuscivano attraverso questa difesa a raggiungere il paziente, si verificava una trasformazione graduale del persecutore: questi non « derubava » più il paziente del suo sangue, ma « immetteva » alcune gocce del proprio nel metabolismo comune. Il sangue della terapeuta creava adesso nel nuovo delirio, più positivo del primo, una nuova immagine del sé del paziente; e poteva crearlo perché esso era, metaforicamente, l'introiezione nella terapeuta dell'immagine virtuale di lui.

Il paziente viene così creato da « oggetti transizionali » che nascono nello spazio fra lui ed il *partner*. Il malato, dissociato dal mondo reale che lo influenza e lo perseguita con immagini per lui alienanti, viene adesso nutrito da questo, con immagini positive nate nella mente del terapeuta, ma provenienti in ultima analisi dal paziente stesso. Egli riceve dal terapeuta un'immagine di sé che si è positivizzata nel trapianto sul *partner* e che viene reintroiettata dopo esser passata attraverso il metabolismo psichico di lui.

Un altro paziente temeva gli occhi del suo terapeuta. Egli riteneva di venire ipnotizzato ed ucciso da essi. La notte successiva il terapeuta sognava di vedere gli occhi del suo paziente, che lo fissavano immensi. Lo sguardo era terribile come quello del terapeuta nell'esperienza diurna del paziente. Il terapeuta provava adesso l'ansia espressagli il giorno prima dal suo paziente, ma egli decideva nel sogno

di rispondere allo sguardo del suo malato, perché questo gli appariva nel sogno come una sfida costruttiva. La comunicazione di questo sogno al paziente aveva un'importanza decisiva nella psicoterapia, poiché essa significava il rovesciamento di un'esperienza di morte del paziente in una esperienza di vita del terapeuta, che muoveva dalle stesse premesse.

#### 4) *Identificazione*

Tale creazione del nuovo sé è il frutto di processi di identificazione del paziente con il terapeuta. Questi processi sono divenuti possibili in seguito alla capacità del terapeuta di ritrovare se stesso dentro il delirio del paziente, di peregrinare nei propri sogni per le contrade della follia, di vestire gli abiti del paziente. L'identificazione vicendevole è un'illuminazione dell'incontro psicoterapeutico nel senso che essa equivale, per il processo fermentativo della dualità, ad un aumento di valore, ad una « positivizzazione » dei due *partner*.

Tale processo, in parte inconscio, inizia col *vis-suto*, che il paziente diventa « importante » per lo psicoterapeuta — premessa perché il paziente diventi importante a se stesso. Il paranoico padrone del mondo non attribuisce in fondo a sé la menoma importanza; ed è per questo il figlio del sole o il nuovo Adamo.

Il *vissuto* del terapeuta, che il paziente è importante per lui, che egli, il terapeuta, può compiere con l'aiuto del paziente un passo in avanti nella propria esistenza, non viene comunicato esplicitamente: è il paziente a comunicarcelo, e noi ce ne accorgiamo attraverso lui. Così, un mio paziente, Carlo Alberto, veniva visitato in sogno, in punto di morte, da due persone, di cui una si chiamava Carlo e l'altra Alberto: ambedue — dice il paziente guardandomi — erano cieche di un occhio: — come Lei! — ed io, paziente, ero loro di conforto.

Il processo di identificazione si svolge sulla base del *vissuto* terapeutico di mettersi al posto del paziente nel delirio, e di sentire quest'ultimo, prima ancora che come « meccanismo », come forma particolare di esistenza; sulla base del messaggio che è possibile entrare in contatto col paziente anche rispettando il suo delirio, la sua resistenza e chiusura autistica; e che esistono nel paziente, nonostante tanti aspetti impervi, anche dati significativi, che possono innestarsi in modalità duali.

La scoperta, da parte del paziente, dell'immagine virtuale di sé, entro la persona del terapeuta, conduce ad un atto di identificazione del malato con il terapeuta, movimento che io chiamo di *controidentificazione*. Mentre in psicoanalisi il contro-transfert è un atto terapeutico, è una reazione al malato, nella psicoterapia delle psicosi il primo passo costruttivo va fatto dal terapeuta. La *controidentificazione* del paziente significa avvicinamento ad una

persona coerente e consistente, come quella terapeutica, che serve allora da *matrice* alla nuova strutturazione del sé del paziente.

Anziché volere solo adattare il paziente alla società o alla norma della ragione, noi, condividendo i suoi simboli, ci adattiamo ad esso, affinché egli si avvicini ad un modello altrui che non lo spaventa con la sua salute e la sua coerenza, perché si è fatto incoscientemente simile al paziente.

### 5) *Reciprocità*

Il concetto di identificazione vicendevole ci conduce a quello di reciprocità. La psicoterapia in genere e in particolare quella del paziente *psicotico*, di cui si occupa la presente trattazione, è, da un canto, un approccio « tecnico » ad un soggetto psicopatologico, che va confrontato con particolari aspetti della relazione umana, divenuta appunto terapeutica, affinché in essi egli scopra nuovi aspetti di se stesso e del mondo; ma essa è anche, d'altro canto, per *noi*, un'esperienza speculare di quelle modalità relazionali con cui confrontiamo il nostro paziente; è perciò una nuova scoperta di noi stessi e del mondo nel riflesso dell'incontro con lui.

Tale carattere di *reciprocità* è fondamentale perché una psicoterapia riesca. Non sarebbe possibile agire su un paziente per virtù della propria persona, se questa nostra persona non trovasse nell'in-

contro con il paziente e nell'esperienza del proprio modo terapeutico una possibilità di dualità che è poi il nostro messaggio al paziente. Noi comunichiamo a lui non semplicemente quel che egli appare a noi « obbiettivamente », ossia quale oggetto di meccanismi psicodinamici. Tale comunicazione sarebbe solo un nuovo « contrapporsi » a lui, all'istesso modo con cui la società tutta è stata una contrapposizione a lui. Noi comunichiamo piuttosto al paziente quel che la sua particolare esistenza significa per la nostra: sfida, arricchimento, meditazione. È solo così che noi gli comunichiamo *un'immagine non riduttiva, ma prospettica, di sé*, e gli comunichiamo anche *un'immagine di noi*, che può arricchire e trasformare la sua. In tale atto di comunicazione, che viene a noi riflesso da lui, *noi ci trasformiamo non meno di lui*; ed è proprio la nostra capacità a lasciarci trasformare, approfondire, arricchire, che agisce su di lui.

Se perciò una siffatta terapia è per il paziente, in definitiva, una modificazione della sua esistenza, che gli permette di vivere con maggiore soddisfazione, essa è per noi, che abbiamo già raggiunto nella nostra vita più alti livelli di soddisfazione sociale, un'illuminazione dell'esistenza umana comune, della « conditio umana ». E forse è proprio questo nostro « acquisto » nell'incontro con il paziente a costituire la molla del suo miglioramento; in quanto egli fa così l'esperienza fondamentale di dare nonché di ricevere. Tale reciprocità come base della

psicoterapia è non solo valida nell'incontro con il paziente psicotico, ma ne è anche un nerbo, in quanto nessuno come il paziente psicotico è disilluso di tutte le possibili formule sociali che gli sono state offerte nel corso dei tempi; veramente significativa per lui è non una formula, ma l'esperienza di ciò che egli, un essere altrimenti privo di mordente umano, può ancora indurre negli altri, in noi, suoi terapeuti e suoi *partner*.

#### 6) *La creazione di simboli comuni*

Le parole tutte dell'uomo presuppongono un soggetto che si contrapponga agli oggetti e ritragga questi nel suo specchio, concettuale e linguistico; presuppongono il rapporto con un'alterità, un mondo dialogico, in cui esiste il soggetto.

Mancando tale soggetto, il paziente schizofrenico non si percepisce che in parte; si avverte confusamente come continuazione delle cose. I suoi segni non sono delimitabili dalle cose.

L'assenza o povertà della qualità di soggetto è dovuta nella schizofrenia alla presenza nell'Io di un nucleo psichico estraneo all'Io, che riduce l'Io ad oggetto. L'identità estranea viene avvertita confusamente dal paziente quale mondo esterno, « gli altri ».

Sono gli altri che lo reificano, lo influenzano, lo guidano con segnali elettrici, lo rendono un auto-

ma, etc. Egli non può reagire alla strapotenza degli altri; perché non è più un soggetto; è manipolabile all'infinito, ed è inoltre sottoposto a quelle leggi di causalità, che valgono nel mondo delle cose; per cui ogni gesto altrui è connesso semeioticamente con lui, così come invece usualmente ogni fatto naturale del mondo si riporta ad altri. Il soggetto schizofrenico divenuto oggetto è così dentro il nesso deterministico di un meccanismo universale. Da questa macchina si distingue l'identità magica che è in lui e lo perseguita; e che è il suo Sé grandioso, il quale lo frammenta e lo prosciuga; scisso dalla vittima nullificata e non comprensibile da essa simbolicamente; perché chi dovrebbe comprenderlo non esiste.

a) L'atto di simbolizzazione terapeutica consiste, in primo luogo, nel mettersi continuamente in rapporto col paziente schizofrenico quale soggetto.

Ciò avviene in tanti modi: nell'ascoltare con estrema attenzione il suo linguaggio, sforzandosi di comprendere « dal di dentro » le sue idee deliranti; vedendo in esse, anziché solo delle assurdità, dei segni cifrati del suo mondo; cercando di comprendere come le allucinazioni non sono soltanto « percezioni di cose non esistenti », ma descrizioni di esperienze vere e terrificanti, fatte giornalmente dal paziente; mettendosi nei suoi panni, rivivendo con la fantasia ed i propri sogni il mondo terrificante ed allucinatorio, cui egli è esposto, minuto per minuto.

A poco a poco, il nostro paziente ci diventa si-

gnificativo; ci diviene un *partner* importante; ci dice qualcosa di impressionante sui possibili modi di esistere, e su noi stessi.

b) In secondo luogo, l'atto di simbolizzazione terapeutica sta nel creare per il paziente i simboli in lui assenti.

Le classiche interpretazioni psicoanalitiche sono già una forma di simbolizzazione. Inoltre, per il terapeuta, l'avvertire in sé, nell'incontro con il paziente, il riflesso della propria ambivalenza, sentendosi un po' scisso, come egli lo è tanto, fra emozioni opposte (la solidarietà e l'aggressività, l'impotenza e la creatività, il comprenderlo e il non sentirlo) è un atto di simbolizzazione, in quanto gli opposti, che spaccano il paziente, si ripetono in noi per sfidare la nostra unità, per venire infine compresi in essa, in una persona che nell'attimo terapeutico « vive per il paziente » e diviene così l'unità potenziale sua, il *tertium* che salda o abbraccia gli opposti, che li contiene e li supera, ossia il suo Sé come simbolo di questi, come il soggetto di essi.

c) In terzo luogo, l'atto di simbolizzazione terapeutica sta nel mettersi in rapporto con l'identità negativa che frammenta il paziente, sforzandosi di darle un nome nel contesto biografico del malato.

Ad esempio, ad una paziente vengono rivolti continuamente per televisione messaggi sessuali. Ella si sente perseguitata dal « tecnico della televisione »: che è naturalmente un personaggio non solo inesistente, ma anche inimmagina-

bile dalla paziente stessa, perché non ha un significato come un simbolo preciso, ma è qualcosa di ultimo, di non riducibile ad un concetto. Quante volte mi è occorso di scontrarmi, nei miei sforzi interpretativi, in cui tentavo di mettere in rapporto ad es. questo « tecnico », con qualche aspetto o del passato o dell'ideazione del paziente, e con qualche contenuto del suo Inconscio, di scontrarmi, dico, con il *vissuto* psicotico che nessuna interpretazione poteva mai esser vera per il paziente, in quanto essa tradiva razionalmente un profilo che per il malato era il dato ultimo, ineffabile al di fuori della maschera che esso stesso si era data, per così comunicarsi.

Se il tecnico televisivo allora non era un simbolo, ma il modo concreto di presentazione del Sé grandioso, di quel particolare Sé grandioso del paziente, l'unico viso di esso accessibile alla vittima per sentire tutto il risvolto negativo e persecutorio di quella onnipotenza, allora, che altro c'era da fare terapeuticamente, se non tentare di inserire noi stessi in quel corto circuito privo di alterità?

*Inserire se stessi significa creare il simbolo*, che non è, in realtà, pre-esistente all'incontro terapeutico; creare il *tertium* (fra gli opposti scindenti) attraverso la nostra presenza attenta nel mondo a-duale e autistico del paziente, attraverso interventi, interpretazioni, che non vogliono spiegare l'inspiegabile, ma anzitutto « porre » la nostra persona al posto o nel luogo di quella figura del delirio, nel mondo del paziente.

Se il paziente arriva a percepire la nostra presenza accanto al persecutore; se cioè la nostra persona, pur albergando una parte del persecutore, è anche diversa da questo,

allora inizia, con lo spazio « tridimensionale », che si apre fra noi e il persecutore, che ci riunisce e ci separa insieme, anche il tempo, ossia il movimento di trasformazione del persecutore. Soltanto allora si configura l'Inconscio, come sfondo della persona, come simbolo di essa, come il suo tempo passato.

L'opera dello psicoterapeuta è allora quella di farsi egli il mediatore. « Sono io il tecnico », era la frase d'apertura dello psicoterapeuta; frase che altro non rappresentava se non l'innesto di un rapporto, di una comunicazione in un processo, che finora della comunicazione aveva solo i connotati formali (il tecnico della televisione), ma che era senza un senso decifrabile, perché ineffabile e a-simbolica. Il terapeuta si offriva come simbolo, e come tale apriva un processo che solo da un punto di vista ingenuamente riduttivo può essere considerato di decifrazione. Se, infatti, i messaggi cifrati si trasformavano, nella psicoterapia, in messaggi sessuali che adesso andavano dal tecnico alla paziente, questo non significava affatto che la natura ultima della cifra, finalmente scoperta, era la sessualità, ma soltanto che quest'ultima era la creazione di una « psicopatologia progressiva », che attraverso i fantasmi sessuali si strutturava finalmente sul piano simbolico, ossia dialogico.

La creazione di simboli comuni è un'interpretazione indiretta, che si distingue da quella diretta perché rimane entro le immagini del paziente, tendendo però ad allargarle con le associazioni del terapeuta per aprire loro degli sbocchi verso il *visuto* della dualità, che contrasta con quello autistico.

Ad es. un paziente racconta il sogno di trovarsi in uno spazio vuoto, seduto su una cassa da morto, dal contenuto sconosciuto. Nell'immagine del pa-

ziente c'è il terribile vissuto di non-esistenza. Perché il contenuto del feretro è sconosciuto? Perché esso è il nulla o uno scheletro, ossia un messaggio definitivo di morte che il paziente disperatamente rimuove. L'interpretazione del rimosso in psicoanalisi è significativa, perché nel rimosso, per quanto temibile, *c'è sempre la vita*, che va recuperata in modo da essere assimilata. In un caso simile però l'interpretazione incontra il nulla, nel cui vacuo lo stesso terapeuta può sentirsi trascinato: da qui l'ansia e l'aggressività sociale contro gli psicotici. Creazione di simboli comuni, allora. La terapeuta suggeriva qui al paziente che nella cassa da morto potesse nascondersi un'antica pergamena di famiglia, un documento perduto, da cui dipendeva la sua vita. Da questo suggerimento nasceva un dialogo in cui il paziente finiva con l'esprimere il desiderio di intraprendere un lungo viaggio per il deserto assieme alla terapeuta alla ricerca della pergamena. Il deserto era la traduzione del simbolo di morte autistica in un simbolo anch'esso di vuoto e di aridità, ma già aperto al vissuto duale, al viaggio, al movimento, alla presenza accompagnatrice della terapeuta.

La creazione di simboli, si rileverà, non è abbastanza obbiettiva, scientifica, è un'opera della fantasia. Non lo è anche l'interpretazione, in fondo? Kuhn valorizza il significato della fantasia persino nelle scienze naturali. La scoperta di modelli esplicativi è un atto creativo, che si basa su certi dati di realtà. Il dato di realtà qui presente non è solo

il risultato dell'esame obbiettivo, ma l'immagine virtuale del paziente che si forma nello specchio terapeutico.

### 7) *La psicopatologia progressiva*

Considero un fondamento della psicoterapia di psicotici la nostra attenzione estrema a tutti quegli aspetti comunicativi della malattia che riassumo nel concetto di psicopatologia progressiva.

Per chiarire questo termine, ricorderò anzitutto che molte manifestazioni psicotiche sono state viste nell'angolatura del concetto di *regressione*. Così, ad es., la scissione è stata concettualizzata come una regressione alla fase schizo-paranoide di M. Klein, l'autismo come una regressione a quella infantile descritta dalla Mahler, il transittivismo e l'appersonazione come regressione a quel livello neonatale, ove, secondo la Jacobson, il rapporto con il mondo è di tipo « pre-oggettuale », ove cioè oggetti di transizione (Winnicott, Fairbain) rappresentano contemporaneamente il Sé e l'altro, che scambiano vicendevolmente le loro funzioni. Anche il rapporto psicoterapeutico è stato visto in quest'ottica, come indica già il termine di Searles di « simbiosi terapeutica ». Tutto ciò è anche vero, purché sia visto come un polo della dialettica. L'altro polo, che si contrappone al primo, è ciò che io chiamo « psicopatologia progressiva »: ossia una psicopatologia in funzione di inten-

zioni comunicative, che capovolge la vettorialità della psicopatologia autistica.

In altri termini, avanzo la tesi che l'Io psicotico spesso non è in grado di superare psicodinamicamente la psicopatologia attraverso l'*insight*, l'accettazione dell'interpretazione, come nella neurosi, ma talora solo *facendo un nuovo uso* della psicopatologia stessa, nel senso ad es. che transittivismo e appersonazione diventano mezzi arcaici di comunicazione, che idee deliranti includono la persona terapeutica e si articolano come vettori di dualità, che allucinazioni apportano al paziente certi elementi di realtà altrimenti impossibili sotto forma di normali percezioni e rappresentazioni.

Abbiamo ad es. il paziente sofferente di derealizzazione psicotica, il quale vive in un mondo, com'egli dice, « impallidito, dissolto, sfocato, nebbioso, ovattato », e che ad un certo punto, dopo aver rievocato in simboli terapeutici certi aspetti del proprio passato, *riappropriandosene*, ne allucina le voci e le forme; e con sua sorpresa si accorge che in esse, nella realtà allucinata, egli fa per la prima volta, *entro la psicosi*, l'esperienza di una qualità sensoriale non più derealizzata, ma reale, ma di contatto autentico con il mondo.

Ora, poiché tale contatto avviene ancora *lungo la dimensione allucinatoria*, esso è tuttora psicopatologico; come egualmente psicopatologico è il fatto che il paziente percepisca la verità di un'*insight* (tante volte offerta verbalmente e allora sempre rifiutata)

sotto forma di un raggio di sole che perfora il soffitto della sua camera e lo spessore del suo ventre; o sotto forma di messaggi terapeutici, che misteriosamente lo influenzano da lontano, ma che però, questa volta, non gli sottraggono i pensieri, bensì gli dicono quello stesso che il terapeuta vorrebbe dirgli, che gli dicono qualcosa di vero, che non si sottopone, come messaggio cognitivo, alla psicologia del dubbio e del rifiuto, ma piuttosto rompe il muro dell'autismo con l'evidenza irresistibile dell'allucinazione terapeutica.

È come se la psicopatologia della psicosi non potesse essere talora vinta se non *dalla stessa psicopatologia in funzione antipsicotica*; nella misura in cui fenomeni comunicativi si presentano in quelle vesti che permettono ad essi di abitare entro la psicosi, per ripeterla in senso duale, per trascenderla nelle intenzioni, pur al di dentro delle sue forme.

Per *psicopatologia progressiva* intendo un tipo di psicopatologia che non è contrassegnata da un ritorno a forme infantili di esperienza, come quella puramente regressiva; oppure, nel senso di Ey, da una disintegrazione di livelli superiori di organizzazione cognitiva e comportamentale a livelli inferiori. Essa è contrassegnata piuttosto dal fatto che, nel persistere delle forme ancora psicopatologiche, si articolano intenzionalità che le trascendono. Trattasi di intenzionalità psicosintetiche, riparative, comunicative, in essenza dunque antipsicotiche. Tuttavia esse non possono altrimenti disegnarsi se non

rispettando la trama psicotica entro cui sono nate. Esse danno alla trama nuovi contenuti di dualità e di integrazione.

La *scissione* diviene, ad es., progressiva là ove il paziente è scisso adesso fra una metà psicopatologica, il suo sé antico, ed una metà nuova, che ha i tratti del terapeuta, ma è già parte del paziente.

L'*appersonazione* è progressiva quando il paziente prende su di sé tratti del mondo, del terapeuta, ma non più come alienanti, che lo estraniano da se stesso, bensì come tratti che gli permettono una maggiore integrazione di sé.

L'*allucinazione* è progressiva, quando il paziente ascolta *da lontano* la voce (dunque interiorizzata) del terapeuta, che gli comunica interpretazioni magari mai dette, ma che nella realtà della terapia non potrebbero essere migliori di quelle allucinate.

Il *transitivismo* è progressivo quando il paziente avverte certi movimenti psichici interni di autoricerca come se fossero movimenti del terapeuta che lo ricerca.

Il *ricordo allucinatorio* è progressivo quando il paziente, altrimenti sofferente di derealizzazione, esperimenta una prima ricchezza di realtà allucinando il ricordo di un conflitto passato.

Il *delirio* è progressivo quando entro di esso avviene un'opera di sintesi fra parti cattive e parti buone di sé. Cito il caso di un paziente che dopo avere, all'inizio della sua psicosi, allucinato un'astronave fantastica, che avrebbe dovuto riportarlo nella

« sua vera patria » — un pianeta della violenza e del terrore — infine accettava la verità terapeutica di distanziarsi da tali spettri del terrore, di cui egli era insieme l'artefice ed il perseguitato, e sviluppava allora il delirio seguente: il pianeta di prima era, nel nuovo delirio, la terra di quarant'anni prima, quando egli era, nel delirio, un ufficiale nazista che aveva seminato il terrore intorno a sé. Adesso il paziente non voleva più regredire a quella prima forma di esistenza, ma scontare nel lutto della psicosi il dolore inferto ad altri. Il paziente diveniva così depresso e mutacico. Nel nuovo delirio, appunto « progressivo », c'era la fase depressiva di M. Klein, la sintesi cioè delle parti cattive di lui con le parti buone reintegrate attraverso l'incontro terapeutico. Questo, quale scoperta di una « psicopatologia progressiva », ossia di una nuova forma di psicopatologia come noi non conosciamo dai classici libri di psicopatologia, che la vedono sempre dal di fuori, è un'illuminazione.

8) *La creazione di fantasmi proiettivi nella dinamica della psicopatologia progressiva*

Una sublimazione terapeutica della tendenza proiettiva degli schizofrenici è la creazione di fantasmi proiettivi nel corso di sessioni terapeutiche, in cui si riflette l'Inconscio dei pazienti. Mediante un tipo di tecnica che rinuncia allora a ridurre al passato tali fantasmi (voci, figure allucinate), ma dà loro un « posto », uno spazio in una situa-

zione duale (formata appunto dal paziente e dal suo medico) si opera una prima trasformazione: l'ascolto duale significa accoglienza dell'Inconscio in uno spazio, ove esistono nomi significativi nel rapporto attuale. Quello che ho notato in casi simili, quando sono riuscito a convincere il mio paziente dell'importanza di osservare assieme a me il personaggio allucinato, è l'estrema violenza di emozioni che secondo il paziente avrebbero luogo nel personaggio a lui estraneo. La proiezione di emozioni di cui il paziente non si è mai prima reso conto, mi dimostra con lucidità la realtà dell'Inconscio.

A mano a mano che queste figure violente sono obbligate ad esistere in uno spazio duale, la loro dinamica si attenua; talora esse si liquefanno come figure di neve senza che il paziente abbia dovuto necessariamente sviluppare l'*insight* razionale dell'appartenenza di esse al suo Sé.

#### 9) *La comunicazione archetipica*

Entro i simboli si sviluppa una *comunicazione arcaica*. Per tale io intendo un tipo di comunicazione che, nel senso della psicopatologia progressiva, si serve come nei sogni del *transitivismo* e dell'*appersonazione* per instaurare un contatto. Così il paziente vive certe parti cattive del suo sé come facenti parte del terapeuta (transitivismo) ma non nel senso della semplice proiezione paranoide, sibbene in quello di trapiantare parti inassimilabili di sé nel terapeuta, per poi riappropriarsene attraverso il passaggio duale.

Così, una paziente si sentiva perseguitata dalle mie parole pur non desiderando altro che di ascoltarle: « Le Sue parole », diceva, « sono le parti cattive di me ». Ma queste parti cattive di sé, divenute le parole del terapeuta, potevano come tali venire riaccetate.

## 10) *La psicosintesi*

Se l'analisi è, da un canto, imprescindibile nello sforzo terapeutico di crearsi una griglia di comprensione entro cui collocare l'irrazionalità della psicosi (che altrimenti pare erompere solo dal fondo biologico della persona), la *psicosintesi* è ancora più importante di essa nell'atto terapeutico.

Quest'atto terapeutico deve venir concettualizzato sullo sfondo del fatto che la malattia stessa è in parte un tentativo sbagliato di psicosintesi da parte del malato. Questo, scisso fra parti incongruenti del suo Io, cerca disperatamente, spesso nella fase pre-psicotica, di metterle insieme: o semplicemente sommandole, o cercando di disfarsi di una di esse, proiettandola sul mondo esterno o semplicemente negandola (negando « lo spirito con l'ebefrenia », « il corpo con l'anoressia »), o integrandosi mediante l'identificazione proiettiva con quel mondo da cui ha estromesso una parte del proprio sé, o riprendendo questa attraverso il delirio di influenzamento, di riferimento, di persecuzione.

Tutto fallisce, perché la psicosintesi così elaborata crea, sì, il mondo autistico, l'«intero» psicotico, ma lo consegna anche, contemporaneamente, allo scontro psicotico delle parti, all'autodistruttività di un atto integrativo impossibile.

La psicosintesi terapeutica non è qualcosa fatta da noi, ma fatta dal paziente attraverso noi. Se fosse fatta solo da noi, allora sarebbe destinata ad infran-

gersi sulle mura dell'autismo. Noi offriamo al paziente le pietre di costruzione accettando talora di apparire ai suoi occhi una di quelle controfigure della psicosi attraverso cui questa si trascende quando non è proiettata soltanto sullo schermo bianco della nostra neutralità.

Ho così in mente Emilia, scissa fra il pensiero, da lei inseguito nel tentativo di aderire ad una immagine scheletrica, e la materia schifosa, che era lei e tutto il suo mondo. « Ora », scrive la terapeuta, « ora la terapia offre una possibilità nuova di soluzione: quella di non più addizionare le due parti dentro di sé, con la conseguenza di ammalarsi, ma di tenerle vicine... è questo ciò che lei comincia a fare con me: io e lei diventiamo due metà e insieme, messe accanto, formiamo un intero. Il che significa per la paziente che io faccio il pensiero, lei fa la materia. In tal modo, salva in me il pensiero, e salva in sé la realtà ». Pensando la paziente, la terapeuta realizza e incorpora il pensiero di lei; mentre la materia di lei, pensata dalla terapeuta, viene sentita dalla paziente come corpo vivente e bellissimo.

### 11) *L'incontro con la distruttività*

Noi non conosciamo l'origine ultima della distruttività, né di quella psicotica (che si è detto derivare dalla famiglia, dalla società, dalla costituzione, e perfino dall'esistenza prenatale del paziente), né di quella umana. Al limite della ragione teorica si contrappone ad essa, per parafrasare la filosofia di Kant,

la possibilità della ragione pratica, la possibilità di « conoscere » cioè tale distruttività nell'incontro con essa, nel superamento di essa; conoscenza più profonda di quella che fa di essa un oggetto di scienza naturale. Nell'incontro con il paziente psicotico viene conosciuta la sua distruttività in tutti i sintomi, come deliri, allucinazioni, scissioni, che sono sempre perpetuazione di un'aggressività o distruttività originaria, che per me sta alla base della psicosi stessa, nel senso più lato della parola. Io non credo che il solo complesso edipico (il quale nonostante la rivalità con il genitore dell'altro sesso ha pur aspetti creativi, di amore), né le sole lacune ed assenze pregenitali, che pur sono richiami e gridi di contatto, possano da soli provocare un fenomeno tanto distruttivo qual è appunto la psicosi.

Ora, noi interpretiamo nella psicoterapia questa distruttività in tutte le vicende delle sue tragiche interazioni; noi spingiamo il paziente a vedere i suoi impulsi distruttivi e a distanziarsi da essi. Ma nessuna interpretazione, per quanto accurata ed intelligente, avrebbe mai la potenza di indurre il paziente a disincagliarsi veramente dalla morsa distruttiva, a disidentificarsi dagli impulsi, se non ci fosse qualcosa di fondamentale che ne permette una nuova *conoscenza*: noi ci esponiamo ad essa; ne subiamo l'urto, la condividiamo. Accettiamo di sentire le impossibilità delle accuse, il muro dell'autismo, il freddo della psicosi, l'orrore del delirio, la noia e il terrore del vuoto, l'aridità e l'inermità di tante sedute

col paziente; perfino corriamo il rischio della sua violenza fisica.

E c'è di più: esponendoci ai suoi assalti diretti, per fortuna prevalentemente verbali, noi introiettiamo tragicamente la sua aggressività, sviluppiamo impulsi controaggressivi, che talora sono, sì, utili terapeuticamente, perché vettori di una forma di contatto, perché messaggeri di una realtà duale, ma talora minacciano di ledere il paziente, quando noi ne vediamo invece tutta la fragilità (vedi qui le osservazioni di Searles). Noi siamo « contagiati » dall'aggressività del paziente.

Ebbene, in tutto questo, noi abbiamo condiviso i germi da cui emana la psicosi; e non cessando, in questa situazione, di amare il nostro paziente, gli abbiamo dato la prova della possibilità di unire oggetti buoni e cattivi in senso integrativo, affinché egli faccia questo con noi. Gli abbiamo cioè tolto quel terrore panico della distruttività, che è proprio della psicopatologia, e che è, paradossalmente, fonte della sua perpetuazione.

Certo, tutto questo non è specifico della psicoterapia delle psicosi. La psicoanalisi conosce tutto ciò. Ma nessuna forma di trattamento ci espone a questi orizzonti come il trattamento del paziente psicotico.

Non basta per me cercare di capire entro il nesso della causalità la semi-identità distruttiva del paziente, che di volta in volta è stata assimilata all'« istinto di morte », alla costituzione, all'aggressività della famiglia, a quella della società, all'osti-

lità della madre, o del padre, o al modo proprio con cui il bimbo elaborava le informazioni parentali.

Posso capire la distruttività schizofrenica *anzitutto sentendone il peso* e sollevando questo peso; ossia mettendomi in contatto con esso e trasformandolo. Non c'è miglior modo di cominciare a trasformare l'aggressività schizofrenica se non in parte anche subendola. Quando sterilizziamo l'ambiente intorno al paziente sedandolo, noi abbiamo compiuto, sì, qualcosa di profondamente umano, sottraendo il paziente al vissuto della sua identità negativa, ma non abbiamo ancora mutato veramente quest'ultima. Non possiamo, con mezzi solo fisici, sottrarre il paziente al destino di vivere con la sua identità negativa, che prima o poi ritorna, ma possiamo solo aiutarlo nel misurarsi con essa. Secondo il mio concetto, in due modi: anzitutto, attraverso il nostro interesse per la vittima. Se tale vittima non val nulla, come per il paziente, allora anche la sua sofferenza non vale nulla, è inutile. Se la vittima ci diviene « importante » ed acquistata così valore per se stessa, allora già la sua sofferenza è un processo di trasformazione.

In secondo luogo, noi ci mettiamo, involontariamente, in rapporto anche con il persecutore; non solo delimitandolo e localizzandolo nel simbolo della storia del paziente, ma anche subendolo. E subendolo non solo nel senso che, un po', ne diventiamo la vittima interna, ma, al limite, albergandolo entro di noi, nelle situazioni di controtransfert negativo.

Noi non siamo tuttavia contagiati dalla distruttività psicotica, perché questa viene continuamente stemperata in noi, neutralizzata dal nostro affetto per il paziente, superata da noi non solo terapeuticamente, ma anche per averla fatta nostra.

Il paziente, che empaticamente avverte tutto ciò, è soltanto allora convinto della nostra forza; forse, non tanto, del nostro affetto per lui, quanto del fatto, che la sua distruttività introiettata da noi e così neutralizzata, non è più, come il persecutore voleva e la vittima temeva, onnipotente; ossia soggetto magico, di fronte a cui l'Io del paziente non poteva configurarsi che come oggetto. Il dissolversi del persecutore equivale alla « soggettificazione della vittima », ossia di quella parte del paziente, cui noi, identificandoci con la sua umanità, diamo il carattere di alterità.

## 12) *Concettualizzazione psicodinamica della schizofrenia*

A questo punto, dopo aver lumeggiato il ruolo dell'incontro nella psicoterapia della schizofrenia, mi sento in grado di mostrare qual è l'ingranaggio della « violenza sociale » nella schizofrenia e il nostro modo di valutarla.

Parto da un singolo esempio per passare a considerazioni più generali. Francesca era una ragazza psicotica, da anni viveva in casa, mutacica, talora

catatonica, dipendente all'estremo da una madre la quale continuamente le rinfacciava di non saper far nulla, e che effettivamente, dopo una serie di insuccessi scolastici, non faceva più nulla, appariva agli altri quasi oligofrenica; la cui unica attività era infine il suo affetto per gli animali. Dietro questa forma cronica di psicosi era possibile scoprire, nella psicoterapia successiva che qui non descrivo, un'infanzia desolata fra un padre alcoolista e assente e una madre che si vantava di esser « la sola ad avere il pene » in confronto col marito imbecille, che privilegiava sfacciatamente il figliuolo in confronto di Francesca minacciando di bruciarle i libri, i quali erano originariamente il suo unico interesse, e che per lunghi anni costringeva la figlia a dormire in letto con sé, asservendola completamente alla sua volontà. La crisi psicotica di Francesca, costituita da un delirio di persecuzione e da una violenta agitazione (« la madre vuole uccidermi, io sento l'impulso di uccidere la madre ») veniva scatenata da un fatto apparentemente banale: la madre uccideva il cane preferito di Francesca, perché affetto da tumore. Decisione comprensibile, mossa forse anche da pietà per la povera bestia, ma che nella sua virulenza simbolica bastava ad avviare il delirio.

In psicoterapia era possibile decifrare il simbolo: la ragazza sapeva sin da principio, logicamente, che il cane era affetto da tumore; ciò nonostante (o proprio per questo) si identificava col cane (forse che tutto il suo stato simile non era paragonabile

ad una sofferenza mortale?). La somiglianza simbolica diveniva così identità proprio in virtù di quel pensiero schizofrenico che, come ci hanno mostrato in maniera diversa Piro, Matte-Blanco e Arieti, confonde l'eguaglianza dei predicati con quella dei soggetti, o in virtù della simbiosi schizofrenica con il proprio oggetto, mostrataci da Searles, o in virtù infine del fatto che certe potenti realtà fantasmatiche sono ben più reali di quelle cognitive e sociali, come se un'altra esistenza, assai più intensa di quella comune, fosse dentro l'esistenza sociale del malato. Se l'uccisione del cane da parte della madre significava allora l'uccisione della figlia, è comprensibile che da questa conclusione scattava non solo il terrore, ma anche l'impulso di uccidere la madre.

Un secondo passo della psicoterapia considerava la realtà dentro il simbolo; ossia il fatto che le distorsioni simboliche degli schizofrenici non sono solo la distorsione della realtà storica in cui essi vivono, ma piuttosto la « pittura surrealistica » di essa.

Che altro aveva fatto quella donna, nel vissuto inconscio della paziente, se non uccidere progressivamente la figlia, minacciandone continuamente il ricovero e inculcandole nella testa che lei era incapace di vivere senza la madre?

L'unico modo in cui questa figlia poteva adesso difendere la sua autonomia era quello assurdo di uccidere fantasmaticamente la madre omicida.

Qui abbiamo, in questo modo di funzionare della psiche schizofrenica, tre fatti peculiari.

Anzitutto il fatto che il simbolo schizofrenico (l'idea delirante, l'allucinazione) è l'esclamazione più forte di una realtà altrimenti sempre taciuta; di una realtà addirittura indicibile, se si tiene presente l'impoverimento cognitivo del paziente, il suo essere precluso dall'ambiente familiare a qualsiasi possibilità di relativizzarlo mediante un'*insight* nella struttura metacomunicativa di esso.

Come poteva infatti questa povera ragazza, persuasa che la madre aveva perfettamente ragione nel dirle ogni giorno che senza di lei ella non poteva esistere; come poteva ella allontanare la madre da sé e gridare la sua autonomia se non « uccidendola »?

Il secondo fatto che risulta dalla storia clinica è che i pazienti schizofrenici con i loro simboli e i loro deliri dicono verità gravi, 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 nel voler 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 etc., mentre gli schizofrenici, esseri dipendenti, sono proprio quelle non-persone che, attraverso il tragico sabotaggio della malattia, si sono rifiutate ad essi.

Il terzo fatto che qui voglio menzionare è che il 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 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 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. E in tutti c'è la possibilità di ritenere che un terribile contributo alla tragedia è dato dal paziente stesso.

Ritorniamo al caso di Francesca e vediamo così di compiere un terzo passo di questa psicoterapia.

Francesca, nel corso di essa, cominciò ad accusarsi di essere stata anch'ella cattiva nell'infanzia, anch'ella, non solo la madre; non voleva mai giuocare con lei; non le veniva mai incontro etc. Introiezione dei rimproveri materni o *insight* in quel che la Mahler ci ha descritto così

bene nello studio dei bimbi autistici, quando l'autrice si identifica anche con la tragedia interiore di quelle madri che piangendo dicevano alla terapeuta: « non mi ha buttato mai le braccia al collo, non era mai come gli altri bimbi ».

La Francesca raccontava in terapia che, quando era bambina, tutti gli animali amati le morivano: il gatto, il cane, i canarini, come se emanasse da lei qualcosa che li faceva morire. Naturalmente, un altro simbolo. Ma non è possibile vedere nelle reminiscenze di Francesca, sentire in quel suo accusarsi (che non era più semplicemente autodistruttivo), un'*insight* indiretta nella presenza di nuclei sadici radicati profondamente nella costituzione, come gli « istinti di morte » della Melanie Klein?

Se teniamo presente questa possibilità (la quale, in ultima analisi, è altrettanto indimostrabile quanto la tesi della madre schizofrenica) possiamo cercare di comprendere il quesito che ho messo a capo di questa storia clinica: la struttura dell'ingranaggio per cui il « Traditore », il « Persecutore » nascosto nelle origini del paziente si somma alla figura reale della madre.

Il sadismo della madre di Francesca, in fondo non diverso, in linea di principio, dal sadismo di tutti noi (per cui ci sentiamo in rapporto con lo schizofrenico e troviamo nella psicosi i problemi dell'esistenza tutta, anche della nostra) trovava la figlia completamente indifesa perché esso corrispondeva ai nuclei sadici nascosti nella persona della bambina; perché gli uni rinforzavano gli altri e creavano la terribile dipendenza reciproca; perché la bimba così non poteva più distinguere i propri e gli altrui, iniziando così la confusione psicotica del suo futuro; perché infine l'unica difesa possibile contro i nuclei sadici della madre era il farsi controllare da questa madre, o uccidere contemporaneamente sé e la madre.

## Conclusione

È così che io vedo la psicosi (questa come molte) nei suoi aspetti psicotomici: come una 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 fantasmatica di un secondo piano dell'esistenza — cui noi non possiamo dare altro nome che quello di costituzione, *con cui però 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.*



## BIBLIOGRAFIA

- ALANEN Y. O.: *On the Personality of the Mother and Early Mother-Child Relationships of 100 Schizophrenic Patients*, Acta Psychiat. K'bn, Supp. 106, 227-234, 1956.
- ALANEN Y. O., RÄKKÖLÄINEN V., RASIMUS R., LAAKSO J., KALJONEN A.: *Developing a Global Psychotherapeutic Approach to Schizophrenia: Results of a Five-Year Follow-Up*. The Yale Journal of Biology and Medicine, 58, 383-402, 1985.
- ARIETI S.: *Interpretation of Schizophrenia*, Brunner, New York, 1955.
- BALLY G.: *Gedanken zur psychoanalytisch orientierten Begegnung mit Geisteskranken*, Psyche, 10, 437-447, 1956.
- BARRY jr. M., ROBINSON B., JOHNSON M.: *Ego Distorsions: Some Modifications in Therapeutic Technic*, Amer. J. Psychother., 13, 809-825, 1959.
- BASAGLIA F.: *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968.
- BENEDETTI G.: *Ausgewählte Aufsätze zur Schizophrenielehre*, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1945.
- BENEDETTI G.: *Alienazione e personazione nelle malattie mentali*, Einaudi, Torino, 1980.
- BENEDETTI G.: *Psychotherapie der Schizophrenie*. Schweiz. Arch. f. Neurol., Neurochir. u. Psych., 132 (2), 207-213, 1983.

- BENEDETTI G. (a cura di): *Psychosentherapie*, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1983.
- BENEDETTI G.: *Todeslandschaften der Seele*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1983.
- BERZE J.: *Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörung der Dementia praecox und der Hebephrenien überhaupt*, Deuticke, Leipzig-Wien, 1914.
- BEYME F.: *Analyse eines schizophrener Schwangerschaftswahns im Lichte der Forschung von J. J. Bachofen, C. G. Jung und E. Neumann*, Schweiz. Arch. Neurol., 80, 38-99, 1957.
- BION W. R.: *Development of Schizophrenic Thought*, Int. J. Psychoanal., 37, 344-346, 1956.
- BISCHOFF A.: *Zum Problem der Schizophrenie vom Aspekt der Psychologie des Unbewussten*, Z. Psychother. med. Psychol., 10, 37-44, 1960.
- BLEULER E.: *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*, in *Handbuch der Psychiatrie*, B. Aschaffenburg (a cura di), Deuticke, Leipzig-Wien, 1911.
- BLEULER M.: *A 23-Year Longitudinal Study of 208 Schizophrenias and Impressions in Regard to the Nature of Schizophrenia*, in *The Transmission of Schizophrenia*, D. Rosenthal and S.S. Kety (a cura di), Pergamon Press, New York-London, 1968.
- BLEULER M.: *Klinik der schizophrener Geistesstörungen*. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Band II/1, 7-78, Springer, Berlin, 1972.
- BRODY E. B.: *What do Schizophrenics Learn During Psychotherapy and how do They Learn?*, New Ment. Dis., 127, 66-76, 1958.
- BRUCH H.: *Studies in Schizophrenia*, Acta Psychiat. Scand. Supp. 130, 5-48, 1959.
- BYCHOWSKY G.: *Psychotherapy of the Psychosis*, Grune and Stratton, New York, 1952.
- CARP E. A. D. E.: *Psychotherapeutische Möglichkeiten bei Schizophreniegestörten*, Ned. T. Geneesk., 103, 567-660, 1959.

- CATON C. L. M.: *Management of Chronic Schizophrenia*, Oxford University Press, New York-Oxford, 1984.
- CHRZANOWSKI G.: *Treatment of Asocial Attitudes in Ambulatory Schizophrenic Patients*, in A. RIFKIN (a cura di), *Schizophrenia in Psychoanalytic Practice*, Grune and Stratton, New York, 1957.
- CIOMPI C., in LEMPP R. (a cura di), *Psychische Entwicklung und Schizophrenie*, Hans Huber, Bern-Stuttgart-Toronto, 1984.
- CONRAD K.: *Die beginnende Schizophrenie*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1958.
- DAVIS J. E.: *Recovery from Schizophrenia. The Roland Method*, Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1957.
- DEVEREUX G.: *Les origines sociales de la schizophrénie. (Social Origins of Schizophrenia)*, Inform. psychiat., 41, 783-799, 1965.
- ELROD N.: *Zur Phänomenologie der Besserung in der Psychotherapie*, Karger, Basel, 1957.
- ERIKSON E. H.: *Das Problem der Identität*, Psyche, 10, 114-175, 1956.
- FAIRBAIN W. R. D.: *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Tavistock, London, 1962.
- FEDERN P. O.: *Ego Psychology and the Psychoses. With an Introduction by Edoardo Weiss*, Imago, London, 1953.
- FEINSILVER D. B., GUNDERSON J. G.: *Psychotherapy of Schizophrenia: Is it Indicated? A Review of the Relevant Literature*, Schizophrenia Bulletin, 6, 11-23, 1972.
- FLECK S.: *Family Dynamics and Origin of Schizophrenia*, Psychosomatic Medicine, 22, 333-344, 1960.
- FLECK S., LIDZ TH., CORNELISON A.: *Comparison of Parent-Child Relationships of Male and Female Schizophrenic Patients*, Arch. gen. Psychiat., 8, 1-7, 1963.
- FOSTER B.: *The Recapitulation of Development During Regression: A Case Report*, in *Psychotherapy of Schizophrenia*, J. G. Gunderson and L. R. Moshier (a cura di), Jason Aronson, New York, 1975.

- FREEMAN TH., MCGHIE A., CAMERON J. L.: *The State of the Ego in Chronic Schizophrenia*, Brit. J. Med. Psychol., 30, 9-18, 1957.
- FREUD S.: *Neurose und Psychose*. Gesammelte Werke, Bd. 13, 385-392. Imago Publishing, London, 1940.
- FROMM-REICHMANN F.: *Principles of Intensive Psychotherapy*, University of Chicago Press, Chicago, 1950.
- FROMM-REICHMANN F.: *Some Aspects of Psychoanalytic Psychotherapy with Schizophrenics*, in *Psychotherapy with Schizophrenics*, E. B. Brody and F. C. Redlich (a cura di), New York, 1952.
- FURLAN P. M., BENEDETTI G.: *The Individual Psychoanalytic Psychotherapy of Schizophrenia: Scientific and Clinical Approach Through a Clinical Discussion Group*. The Yale Journal of Biology and Medicine, 58, 337-348, 1985.
- GREENSON R. R.: *The Working Alliance and the Transference Neurosis*, Psychoanalytic Quarterly, 34, 155-181, 1965.
- GRINKER R.: *Changing Styles in Psychoses and Borderline States*, American Journal of Psychiatry, 130, 151-152, 1973.
- GUNDERSON J. G.: *Individual Psychotherapy*, in *Disorders of the Schizophrenic Syndrome*, L. Bellak (a cura di), Basic Books Inc. Publishers, New York, 1979.
- GUNDERSON J. G., FRANK A. F.: *Effects of Psychotherapy in Schizophrenia*. The Yale Journal of Biology and Medicine, 58, 373-381, 1985.
- HAYWORD M. L.: *Problems in the Psychotherapy of Schizophrenia*, Penn. Med. J., 59, 470, 1956.
- HILL L. B.: *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia*, Univ. of Chicago Press, Chicago, 1955.
- HIRSCH S. R., LEFF J. P.: *Abnormalities in Parents of Schizophrenics*. Maudsley Monograph No 22, Oxford University Press, London, 1975.
- HONIG A. M.: *The Analytic Treatment of Schizophrenia*, Psych. psychoanal. Rev., 45, 51-62, 1958.
- HUBER G.: *Chronische Schizophrenie*, Hüthig, Heidelberg, 1961.

- ISOTTI M.: *Amore mio nemico*, Rizzoli, Milano, 1978.
- JACOBSON E.: *The Self and the Object World*, International Universities Press, New York, 1964.
- JACOBSON E.: *Psychotic Conflict and Reality*, International Universities Press, New York, 1967.
- JOHANSSON A.: *Psychotherapeutische Behandlung eines Falles von Schizophrenie*, *Psyche*, 10, 568-587, 1956.
- JUNG C. G.: *Psychogenese der Geisteskrankheiten*, Rascher, Zürich, 1968.
- KERNBERG O. F.: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Aronson, New York, 1967.
- KERNBERG O. F.: *Clinical Observations Regarding the Diagnosis, Prognosis and Intensive Treatment of Chronic Schizophrenic Patients*. Paper Presented at the Follow-Up Conference on Schizophrenia: The Implications of Research Findings for Treatment and Teaching, Los Angeles, California, March 26-27, 1972.
- KLEIN M.: *Notes on Some Schizoid Mechanisms*, *Int. J. Psychoanal.*, 27, 99-110, 1946.
- KOLB L. C.: *Modern Clinical Psychiatry*, 7th Ed. W. B. Saunders, Philadelphia, 1968.
- LACAN S.: *Ecrits*, Editions du Seuil, Paris, 1966.
- LAING R. D.: *The Divided Self*, Tavistock, London, 1959.
- LIDZ TH.: *Family Settings that Produce Schizophrenic Offspring*, in *Problématique de la psychose*, P. Doucet and C. Laurin (a cura di), Excerpta Medica, Amsterdam, 1969.
- LIDZ TH.: *The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders*, Basic Books, New York, 1973.
- LITTLE M.: « R » - *The Analyst's Total Response to the Patient's Needs*, *Int. J. Psychoanal.*, 38, 240-254, 1957.
- MCGLASHAN T. H., LEVY S. T., CARPENTER W. T.: *Integration and Sealing Over*, *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272, 1975.
- MCGLASHAN T. H., CARPENTER W. T.: *An Investigation of the Postpsychotic Depressive Syndrome*, *American Journal of Psychiatry*, 133 (1), 14-19, 1976.

- MATUSSEK P.: *The Establishment of Transference in the Psychoanalysis of Schizophrenics*, in *Psychosocial Intervention in Schizophrenia*, H. Stierlin, L. C. Wynne, M. Wirsching (a cura di), Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, 1983.
- MAY P. R. A.: *Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods*, Science House, New York, 1968.
- MERRIFIELD J., CARMICHAEL W. G., SEMRAD E. V.: *Recovery Patterns 15 Years After Acute Psychosis*. Paper Presented at the 124th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, D.C., May 1-5, 1971.
- MEYER-GROSS W.: *Primäre und Sekundäre Symptome in der Schizophrenie*, Z. ges. Neurol. Psychiatr., 124, 647, 1930.
- MINKOWSKI E.: *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Payot, Paris, 1927.
- MÜLLER CH.: *Psychotherapy of Schizophrenics in the Zurich Clinic*, Nervenarzt, 32, 354-368, 1961.
- MURPHY H. B. M.: *Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1982.
- PANKOW W. G.: *Dynamic Structuration in Schizophrenia*, in *Psychotherapy of the Psychosis*, A. Burton (a cura di), Basic Books, New York, 1961.
- PAO P. N.: *Schizophrenic Disorders: Theory and Treatment from a Psychodynamic Point of View*, International Universities Press, New York, 1979.
- PERRY J. W.: *Image, Complex and Transference in Schizophrenia*, in *Psychotherapy of the Psychoses*, Basic Books, New York, 1961.
- RACAMIER P. C.: *Sur les conditions techniques d'application de la psychoanalyse au schizophrènes*, Acta Psychother. (Basel), 5, 129-146, 1959.
- RACAMIER P. C.: *Connaissance et psychothérapie de la relation schizophrénique*, Evolut. Psychiatr., 445-466, 1958.

- RACAMIER P. C.: *Entre la nature des schizophrénies et le soin des schizophrènes*, Archives Suisses de Neurol., Neurochir. et de Psych., 135 (1), 135-142, 1984.
- RODGER T. F.: *The Basic Ego Disturbance in Schizophrenia*, Ceskoslov. Psychiatr., 52, 123-127, 1956.
- ROJAS B. L.: *El trastorno fundamental de la esquizofrenia visto en función de su comportamiento clínico*, II Int. Kongr. Psychiat., Zürich, 1957.
- ROSEN J. N.: *Direct Analysis*, Grune and Stratton, New York, 1953.
- ROSENFELD H.: *Psychotic States. A Psychoanalytical Approach*. The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, London, 1965.
- SAUVAGE NOLTING W. J. J. DE: *Persecution Delusion*, Folia psychiatr. neerl., 62, 433-447, 1959.
- SAVAGE CH.: *Countertransference in the Therapy of Schizophrenics*, Psychiatr., 24, 53-60, 1961.
- SCHARFETTER CH.: *Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart, 1975.
- SCHFLEN A. E.: *Psychotherapy of Schizophrenia: Direct Analysis*, Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1961.
- SCHNEIDER C.: *Die schizophrenen Symptomverbände*, Springer, Berlin, 1942.
- SCHNEIDER K.: *Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie*, Fortschr. Neurol. Psychiatr., 25, 487, 1957.
- V. SCHRÖTTER H., SCHIGUTT R.: *Ueber Bewegungstherapie in der Heilanstalt. Mit besonderer Berücksichtigung der Eurythmie*, Psychiatr. Neurol. (Basel), 113, 291-303, 1957.
- SCHULTZ-HENCKE H.: *Das Problem der Schizophrenie*, Thieme, Stuttgart, 1952.
- SCHWING G.: *Ein Weg zur Seele des Geisteskranken*, Rascher, Zürich, 1939.
- SEARLES H. F.: *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. International Psycho-Analytical Library, The Hogarth Press, London, 1965.

- SECHEHAYE M. A.: *La réalisation symbolique. Nouvelle méthode de psychothérapie appliquée à un cas de schizophrénie*, in *Revue suisse de psychol. et de la psychol. appliquée*, supp. 12, Huber, Bern, 1947.
- SEGAL H.: *Depression in the Schizophrenic*, *Int. J. Psychoanal.*, 37, 339-343, 1956.
- SEMRAD E. V.: *A Clinical Formulation of the Psychoses*, in *Teaching Psychotherapy of Psychotic Patients*, D. van Buskirk (a cura di), Grune and Stratton, New York, 1969.
- SHADER R. I., GRINSPON L., HARMATZ J. S. et al.: *The Therapist Variable*, *American Journal of Psychiatry*, 127, 1009-1012, 1971.
- SIIRALA M.: *Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit*, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1961.
- SIIRALA M.: *Psychotherapy of Schizophrenia as a Basic Human Experience, as a Ferment for a Metamorphosis in the Conception of Knowledge and the Image of Man*, in *Psychotherapy of Schizophrenia*, D. Rubinstein and Y. O. Alanen (a cura di), Excerpta Medica, Amsterdam, 1972.
- SIVADON P., MISES J.: *Le milieu familial du schizophrène*, *Evolut. Psychiatr.*, 147-157, 1954.
- SOSKIS D. S., BOWERS M. B.: *The Schizophrenic Experience. A Follow-Up Study of Attitude and Posthospital Adjustment*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 443-449, 1969.
- SPOTNITZ H.: *Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient*, Grune and Stratton, New York, 1969.
- STANTON A. H.: *The Significance of Ego Interpretative States in Insight-Directed Psychotherapy* (Harry Stack Sullivan Colloquium), *Psychiatry*, 41, no. 2, 129-140, 1978.
- STIERLIN H.: *Family Dynamics and Separation Patterns of Potential Schizophrenia*, in *Psychotherapy of Schizophrenia*, D. Rubinstein and Y. O. Alanen (a cura di), Excerpta Medica, Amsterdam, 1972.
- SULLIVAN H. S.: *Schizophrenia as a Human Process*, Norton, New York, 1962.

- TAUSK V.: *Ueber die Entstehung des Beeinflussungsapparates in der Schizophrenie*, Intern. Zeitschr. f. ärztliche Psychoanalyse, 5, 1-33, 1919.
- TEDESCHI G.F.: *Psicoterapia della realizzazione mitologica negli schizofrenici*, Med. Psicosomat., 4, 51-57, 1959.
- THALER SINGER M.: *Differentiating Characteristics of Parents of Childhood Schizophrenics, Childhood Neurotics and Young Adult Schizophrenics*, Amer. J. Psychiat., 12, 234-243, 1963.
- WHITEHORN J.C., BETZ B.J.: *A Study of Psychotherapeutic Relationships Between Physicians and Schizophrenic Patients*, American Journal of Psychiatry, 111, 321-331, 1954.
- WILL O.A.: *Psychological Treatment of Schizophrenia*, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, A.M. Freedman and H.I. Kaplan (a cura di), Williams and Wilkins, Baltimore, 1967.
- WILL O.A.: *Psychotherapy and Schizophrenia Implications for Human Living*, in *Psychotherapy of Schizophrenia*, D. Rubinstein and Y.O. Alanen (a cura di), Excerpta Medica, Amsterdam, 1972.
- WYNNE L.C., RYCKOFF I.M., DAY J., HIRSCH ST. J.: *Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics*, Psychiatry, 21, 205, 1958.
- WYNNE L.C., THALER SINGER M.: *Thought Disorders and Family Relations of Schizophrenics, IV. Results and Implications*, Arch. Gen. Psychiat., 12, 201-212, 1965.
- ZETZEL E.R.: *The Capacity for Emotional Growth*, The Hogarth Press, London, 1970.



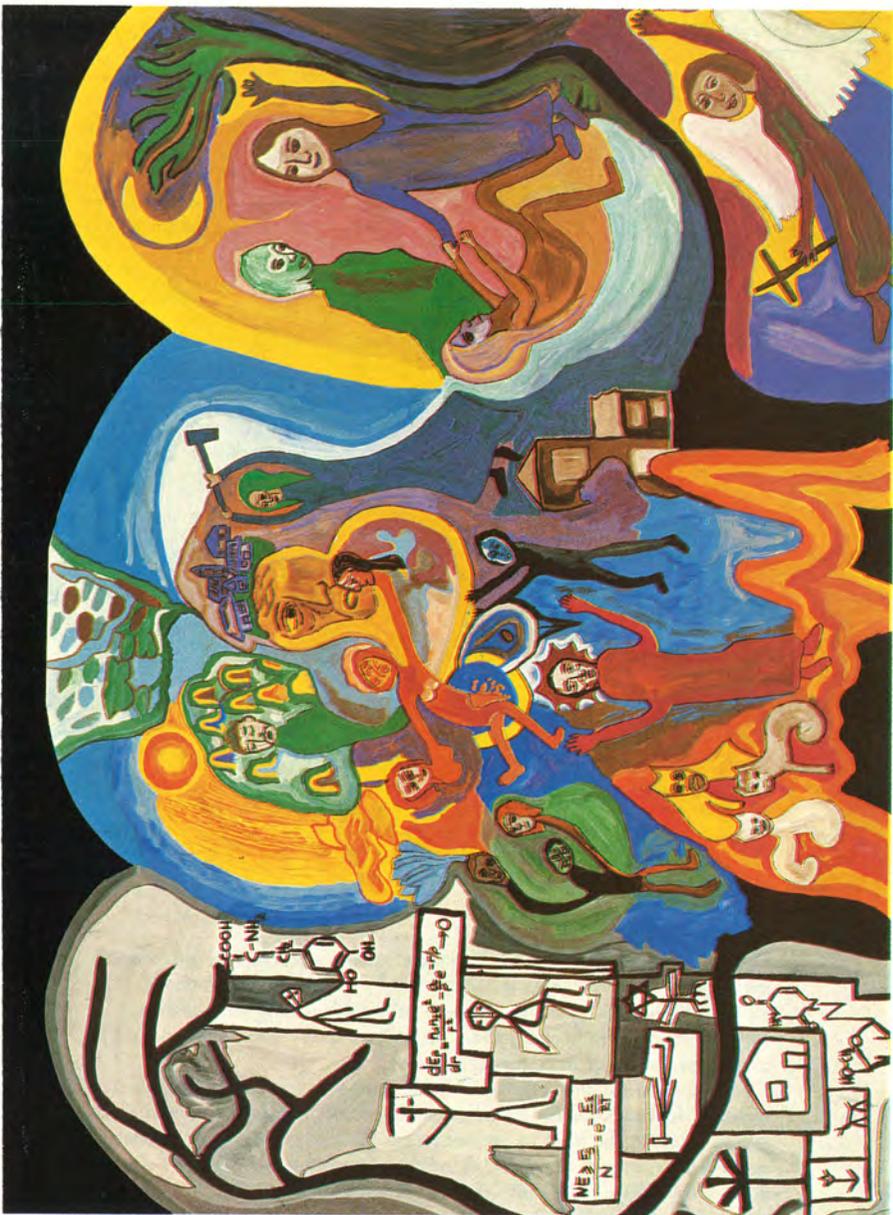


Fig. 1 - La prima diapositiva è l'iconografia della storia di una psicosi come autoritratto di una paziente sviluppatosi nel corso della psicoterapia. È il risvolto della «griglia di comprensione» nella subbiettività della malata.

Nel suo dipinto ella ha imparato a distinguere quelle che chiama adesso le tre età fondamentali della sua vita, e cioè:

a sinistra, all'inizio della pagina, l'esistenza pre-morbida, perfetta nella matematica dei suoi simboli, nell'adattamento sociale, nello sviluppo perfino di capacità scientifiche (vedi in un particolare del quadro le formule chimiche), ma priva di colori, di emozioni, di valide rappresentazioni del sé e del mondo: l'epoca della «Pseudonormalità prepsicotica»;

segue, nel centro del quadro, l'esplosione della psicosi, durata diversi anni e divenuta persino cronica, caotica ma ricca di dettagli semantici, su cui non posso dilungarmi, tranne l'accenno al fatto che proprio adesso compaiono i colori;

infine, a destra, abbiamo le vicissitudini e i significati della psicoterapia e contemporaneamente l'emergenza di figure che conservano nei colori le forze emotive ma le organizzano in nuovo ordine del sé e del mondo.

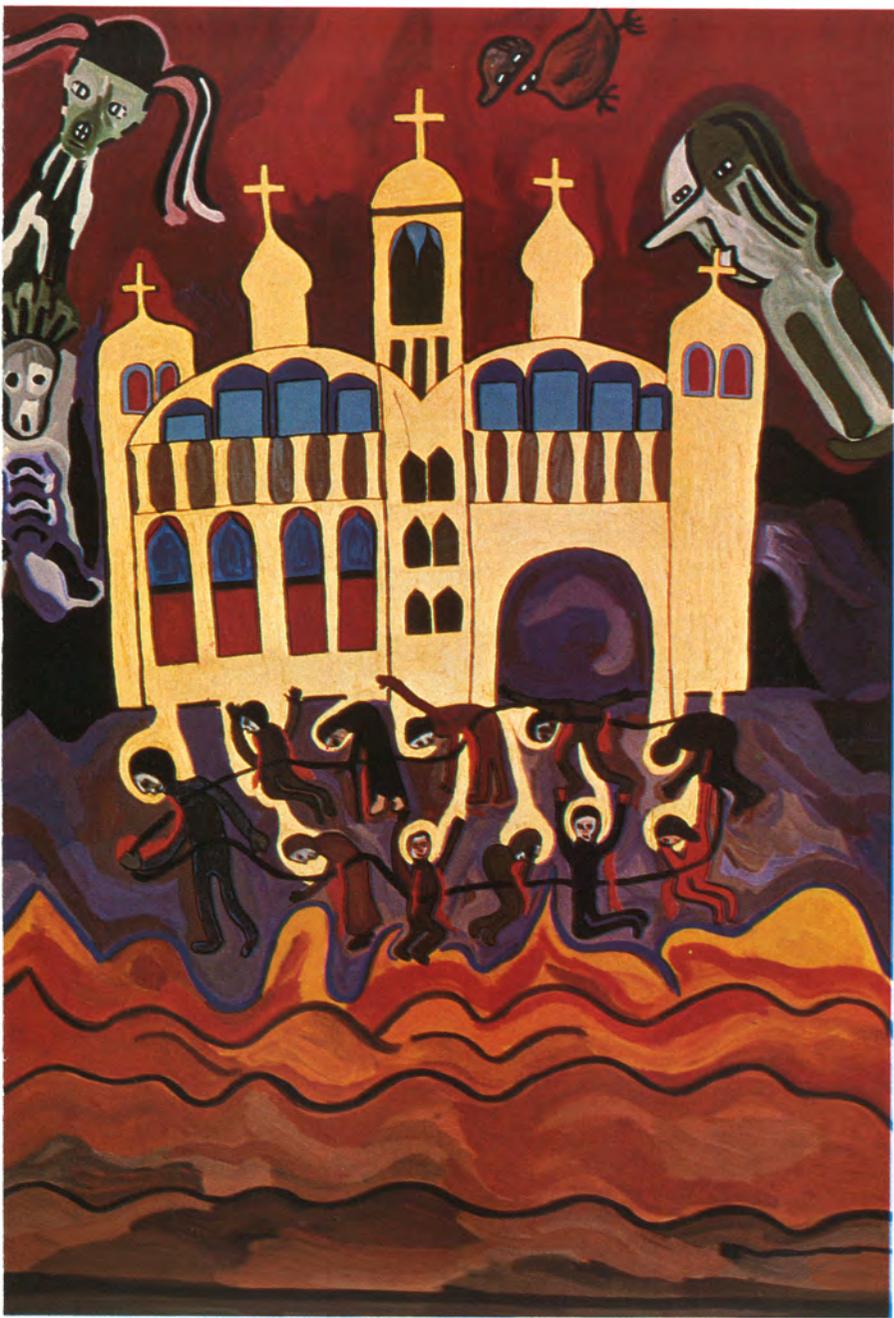


Fig. 2 - Si vedono campeggiare in alto visi mostruosi, interpretati da me come immagini delle allucinazioni, e dalla paziente come ritratti della sua realtà di ogni giorno.

Un aspetto significativo dell'immagine sta non solo nel fatto che tali vissuti allucinatori vengono obbiettivati e delimitati dalla proiezione pittorica, ma che essi vengono soprattutto messi in rapporto sia dallo psicoterapeuta, prima, sia dalla paziente stessa in seguito, con il simbolo della casa, ossia con la storia del passato, espressa simbolicamente dal teatro di vita degli anni precedenti la psicosi.

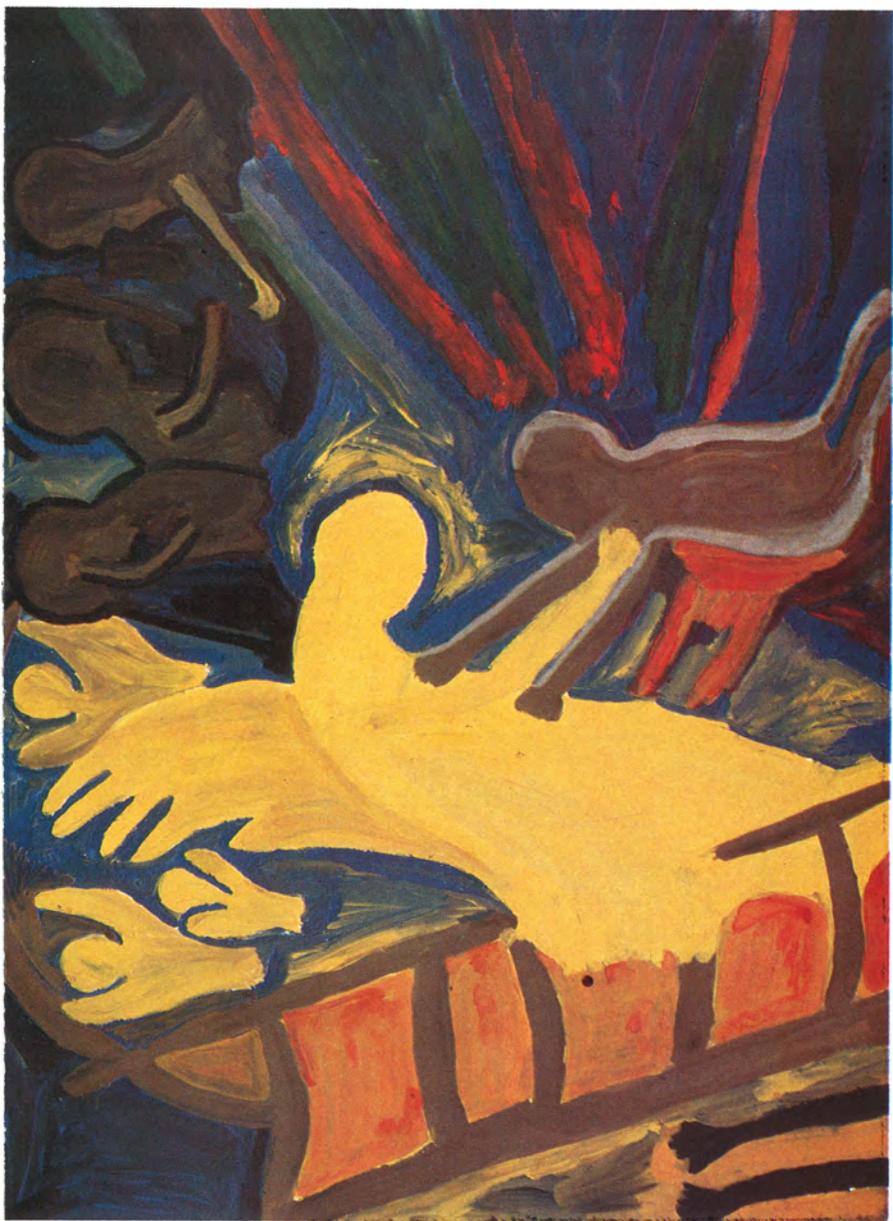


Fig. 3 - Il passato viene rivissuto nel transfert e nel controtransfert come un presente che da un canto rispecchia la trama psicotica e dall'altro canto l'arricchisce di contenuti di comprensione, che trovano infine la loro proiezione fantasmatica e pittorica nell'immagine dell'incontro con l'angelo biblico, ai piedi di una scala di Giacobbe; dell'angelo interpretato, da me come simbolo di una voce interiore che accetta la paziente nel suo sconfinato senso di miseria.



Fig. 4 - Si tratta di un'immagine della resurrezione da parte di una paziente che durante una psicosi lunga di anni aveva percepita se stessa solo come una perpetua e caotica esplosione di frammenti.

Nel processo di positivizzazione, dopo ripetuti interventi intesi a comunicare il vissuto, che la distruzione interna era in realtà una crisi, una *chance*, una reazione, una nuova possibilità creativa, un movimento vorticoso che apriva le strutture rigide del mondo prepsicotico a nuovi orizzonti, il movimento interno si ristrutturava in questa figurazione positiva.

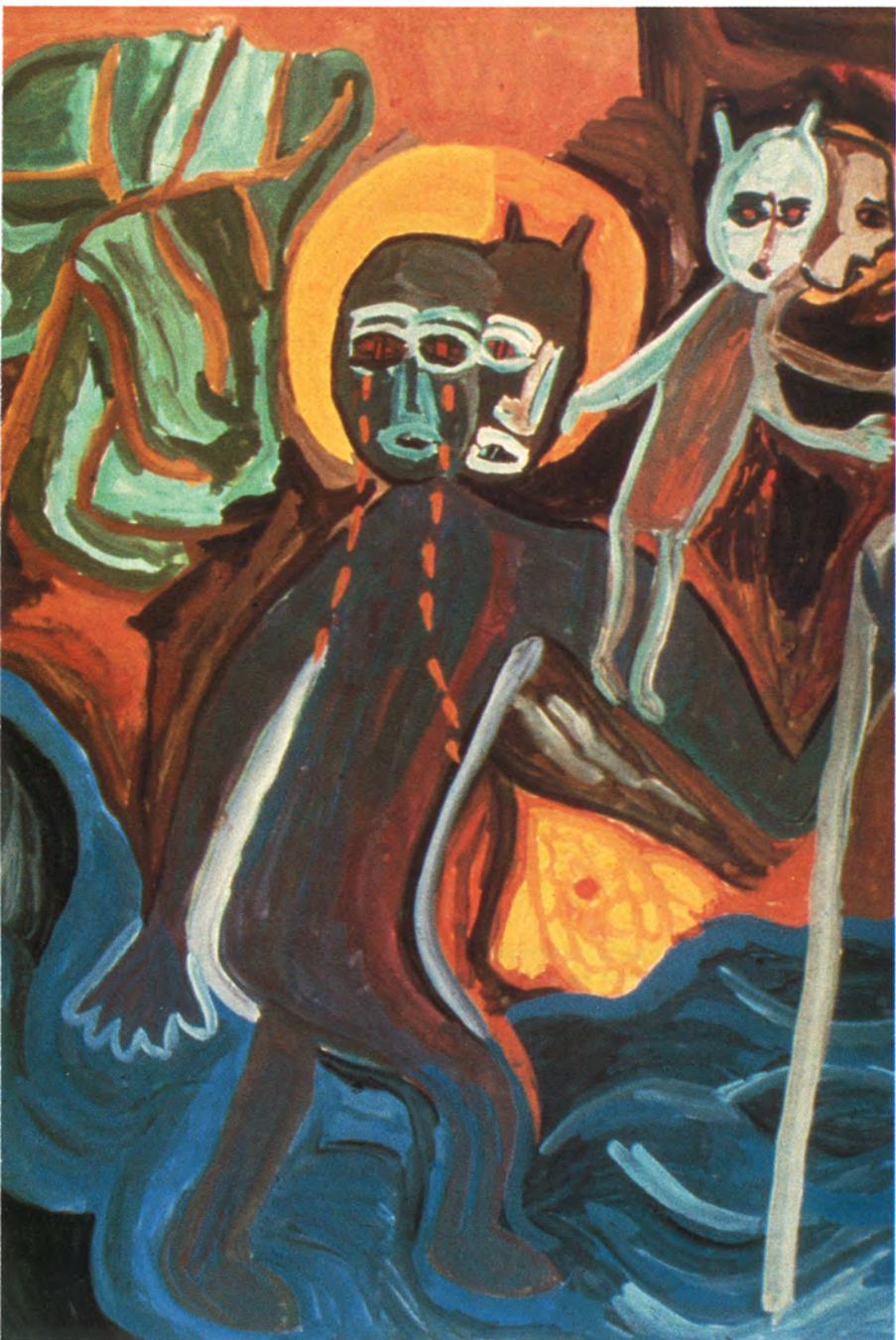


Fig. 5 - In un'immagine interiore, raffigurata dalla proiezione pittorica, il terapeuta appare come un gigante, il Cristoforo della leggenda cristiana, che porta sulle spalle, oltre il fiume della sofferenza psichica, la paziente.

Cristoforo non è solo se stesso, è un «soggetto transizionale». Egli ha assunto sul suo capo, che appare circondato da un'aura di forza psicologica, le corna diaboliche della paziente, simbolo della distruttività di questa. Egli ha introiettato la di lei aggressività nel suo controtransfert e nella sua disposizione ad essere come la paziente.

Attraverso tale «apertura» egli ha così permesso alla sua *partner* di introiettare a sua volta parti di lui, l'aura psicoterapeutica è passata in parte alla paziente.

Da tale «trasgressione» vicendevole nasce un soggetto transizionale, che in realtà non è più né il terapeuta né la paziente, ma un fantasma interiore.

Il soggetto transizionale è uno di quei fantasmi interiori che nascono nella simbiosi terapeutica e che sono di proporzioni gigantesche al confronto con le parole terapeutiche; ad essi sono dovuti i mutamenti rivoluzionari della psicoterapia.



Fig. 6 e 7 - Così, una paziente che percepiva se stessa come scissa, e si raffigurava (6) come Maria bifronte ai piedi della croce, minacciata dai mostri della psicosi a destra nello sfondo, proiettava la sua scissione sul terapeuta, che le appariva in tre visioni di aggressività (nero) di bontà (rosso) di normalità (grigio) come un mostro a tre teste, triplice nella sua unità (7). Nella misura in cui la paziente si rispecchiava nel terapeuta, poteva maggiormente comprendersi ed aversi; e nella misura in cui ella infine riconosceva l'unità dell'alterità trinitaria, si ricomponeva e sintetizzava entro di sé.







Fig. 8 - Questa *Mater dolorosa* è l'autoritratto di una paziente e contemporaneamente il ritratto del suo terapeuta, è ad es. il simbolo del sé del paziente, che ha compreso il dolore della sua esistenza e si configura perciò come immensamente più grande dei sé psicotici precedenti, raffigurati dai frammenti che ancora si agitano nelle emanazioni della sua sofferenza.

Ma il nuovo sé è però anche identico, nel simbolo, all'immagine che del terapeuta ha introiettata la paziente; infatti la *Mater dolorosa* ha quattro occhi, i due dell'ammalata e i due del terapeuta, e può così comprendere i frammenti della psicosi.



Fig. 9 e 10. *La simbiosi è progressiva* quando essa, che in origine era, nel vissuto delirante della paziente, quella maligna con un essere demonico unito alla malata da un comune apparato circolatorio passante per i due nasi, che era quindi una specie di anastomosi attraverso cui la costruttività dell'essere si riversava nell'altro, adesso (10) diviene la simbiosi con il terapeuta, ossia una forma di dualità primitiva, ove l'individualizzazione, la separazione cognitiva fra le due persone è ancora impossibile, ma ove gli effetti e le azioni reciproche di positizzazione nutrono l'Io o i suoi confini, preparando così il distacco e la personazione.









Fig. 11 - Un'immagine concreta della psicosintesi, da cui derivò la mia astrazione concettuale, è questo nuovo autoritratto della paziente (fra parentesi, tutta la iconografia di queste psicosi è una serie impressionante di autoritratti e di ritratti del terapeuta e simboli della relazione con esso continuamente progressivi, che segnano l'evoluzione del processo).

Nel presente autoritratto vediamo come le parti scisse del sé, che nella psicosi davano luogo alla percezione di fratture interne, di buchi intrapsichici, di spostamenti continui, si porgono la mano nella formazione di un cerchio, simbolo della personazione — all'ombra, sì, della psicosi ancora persistente, ma nell'attesa di un nuovo sé, di cui la paziente si sente e si raffigura gravida.



Fig. 12 - Ecco qui immagini del terapeuta, che alberga in sé il persecutore. Questi, che per il paziente si nasconde nelle pieghe delle società e nei risvolti del transfert, è sempre anche intrapsichico, e la sua apparizione nello specchio della nostra persona è una sfida a noi a neutralizzarlo, non semplicemente interpretandolo, ossia riportandolo a figure del passato del paziente o a strutture sociali insoddisfacenti; ma neutralizzandolo nel senso di scandagliare il nostro stesso Inconscio nelle sue capacità di accettazione e umanizzazione, fino a rovesciarlo entro la nostra persona per così fare ciò anche all'interno della persona del paziente. I crociati sono nella simbolizzazione della paziente le "parole del terapeuta", da cui si sente ferita.



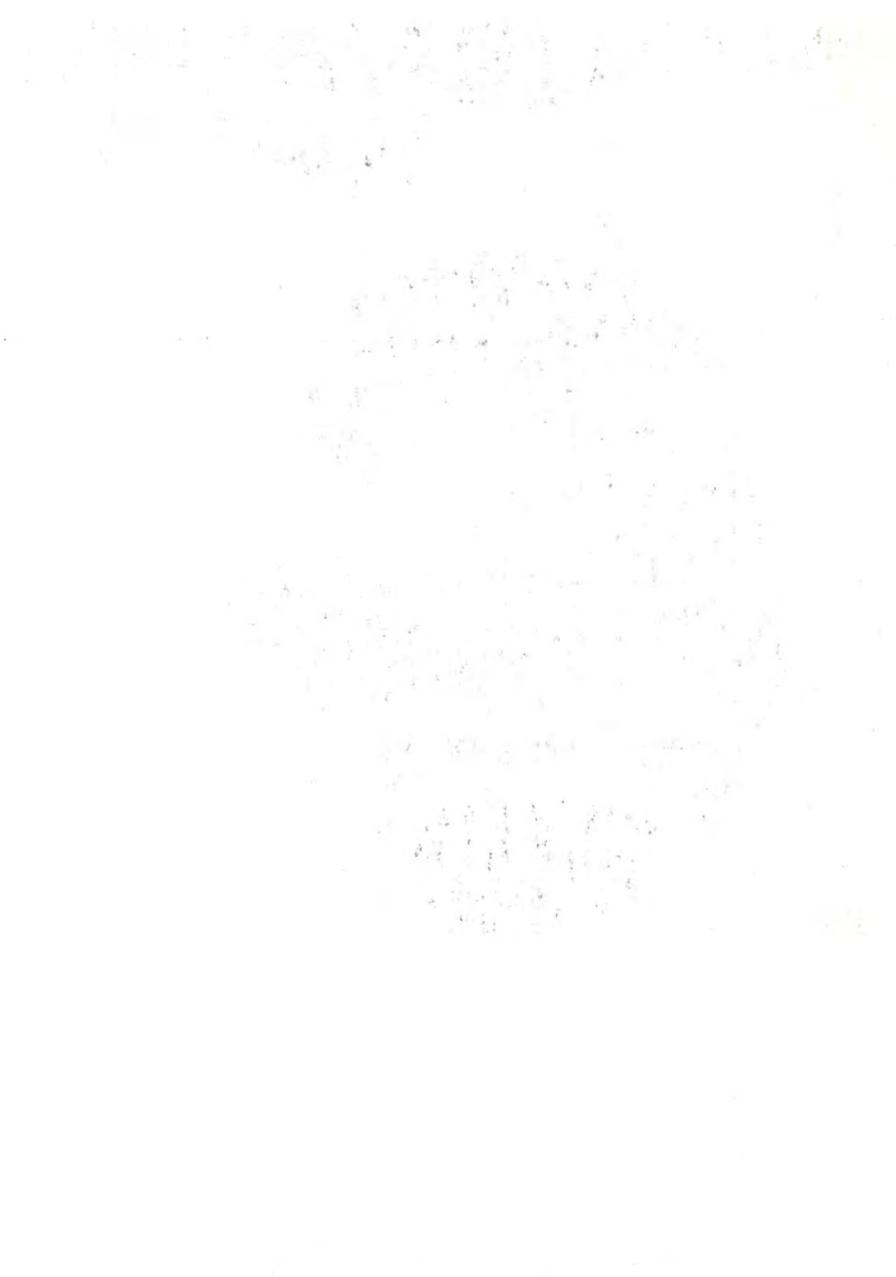


Fig. 13 - Un vissuto positivo di alterità nella dualità, che adesso va finalmente al di là della simbiosi terapeutica, è questa immagine del *viaggio psicoterapeutico* (fig. 14); teso fra i due simboli dell'inferno e del paradiso.

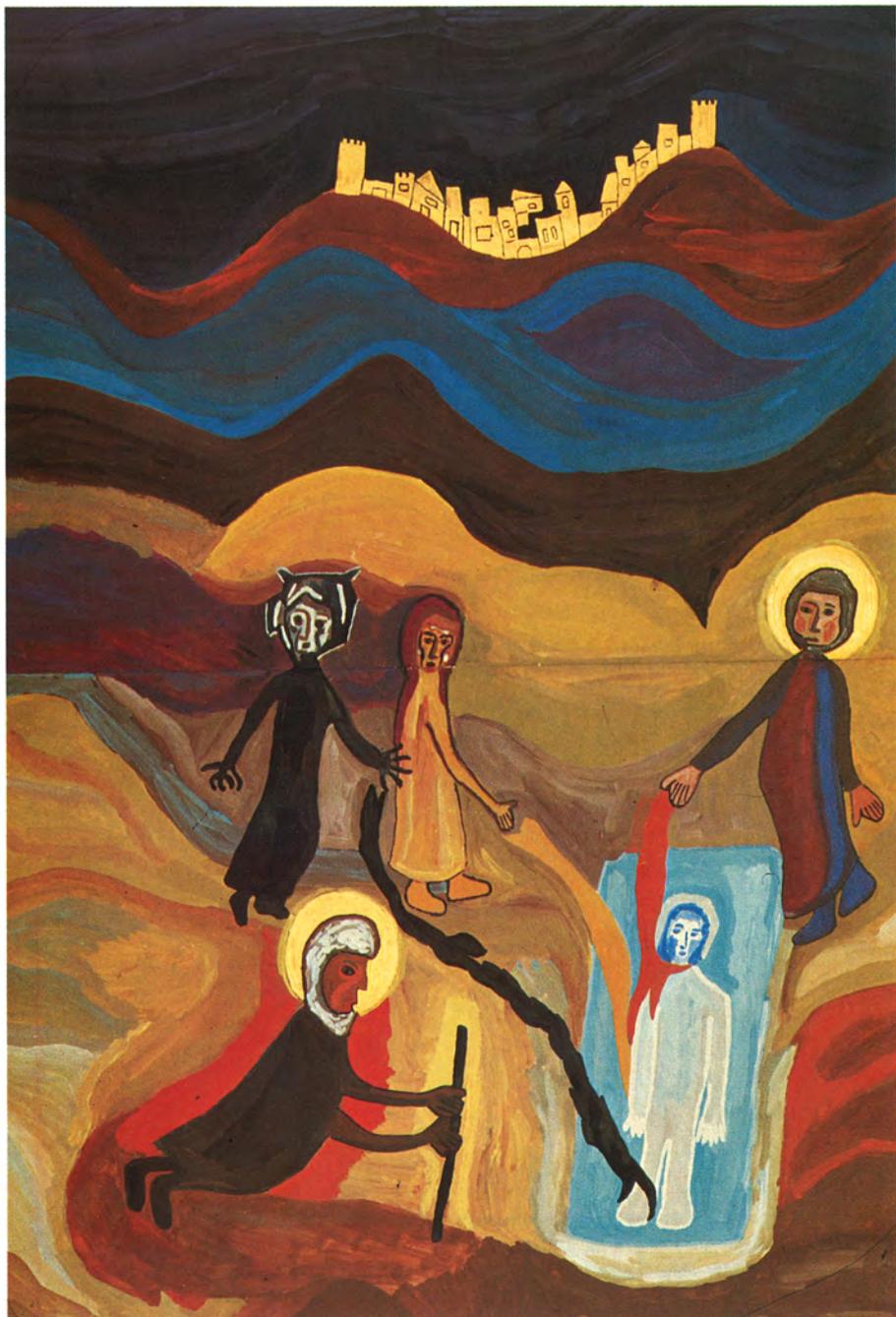


Fig. 14 - Si noti il profondo contrasto tra tale vissuto di guarigione dopo tre anni di psicoterapia ed il vissuto iniziale di «morte psicotica» espresso inizialmente dalla figura n. 14, in cui la paziente giace in una tomba di ghiaccio, simile a certi dannati danteschi, mentre «striscie» variamente colorate o provenienti da chi le sta vicino penetrano in lei, raffigurando così il vissuto psicotico di venire influenzata, contaminata dall'esterno.



Fig. 15 - Alla fine della psicoterapia abbiamo la scoperta dell'autenticità della propria persona, che si libera definitivamente dalla psicosi passata (durata dieci anni) percorrendo il tunnel simbolico del processo di individuazione.

FINITO DI STAMPARE NEL MESE DI APRILE MCMLXXXVIII  
NELLO STABILIMENTO «ARTE TIPOGRAFICA» S.A.S.  
S. BIAGIO DEI LIBRAI - NAPOLI

PUBBLICAZIONI DELL'ISTITUTO ITALIANO  
PER GLI STUDI FILOSOFICI

«LA SCUOLA DI PLATONE»

Collezione di testi diretta da Marcello Gigante  
Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

SPEUSIPPO

*Frammenti*, a cura di Margherita Isnardi Parente.

*L'école de Platon.*

*De Léodamas de Thasos à Philippe d'Oponite*, par François Lasserre (In preparazione)

SENOCRATE-ERMODORO

*Frammenti*, a cura di Margherita Isnardi Parente.

«LA SCUOLA DI EPICURO»

Collezione di testi ercolanesi diretta da Marcello Gigante  
Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

PHILODEMUS

*On Methods of Inference*, edited by Ph. H. De Lacy and E. A. De Lacy.

POLISTRATO

*Sul disprezzo irrazionale delle opinioni popolari*, a cura di Giovanni Indelli.

FILODEMO

*Il buon re secondo Omero*, a cura di Tiziano Dorandi.

PHILODEMUS

*Über die Musik IV. Buch*, hrsg. von Annemarie J. Neubecker.

«TESTI DI FILOSOFIA ANTICA»

Collana diretta da M. Gigante e G. Pugliese Carratelli  
Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

*I frammenti di Diogene di Enoanda*

A cura di Martin Ferguson Smith. (In preparazione).

PLOTINO

*Enneadi*. Testo critico e versione italiana, a cura di Vincenzo Cilento. Vol. I.

«CORPUS REFORMATORUM ITALICORUM»

diretto da Luigi Firpo, Giorgio Spini e John A. Tedeschi  
Prismi Editrice Politecnica Napoli

MINO CELSI

*In haereticis coercendis - Poems - Correspondence*, a cura di Peter G. Bietenholz.

ANTONIO BRUCIOLI

*Dialogi*, a cura di Aldo Landi.

«OPERE DI G. B. DELLA PORTA»

a cura di Luigi Firpo  
(In preparazione)

«OPERE COMPLETE DI GIORDANO BRUNO»

a cura di Luigi Firpo e Eugenio Garin  
(In preparazione)

«OPERE COMPLETE DI TOMMASO CAMPANELLA»

a cura di Luigi Firpo  
(In preparazione)

«L'ILLUMINISMO ITALIANO»

Collana di ristampe anastatiche  
Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

GIUSEPPE MARIA GALANTI  
*Testamento forense.*

GIUSEPPE MARIA GALANTI  
*Elogio storico del sig. Abate Antonio Genovesi, con una presentazione di Giuseppe Galasso.*

SCIPIONE MAFFEI  
*Consiglio politico.*

CARLO ANTONIO PILATI  
*Di una riforma d'Italia, con una presentazione di Furio Diaz.*

GAETANO FILANGIERI  
*Riflessioni politiche, con una nota critica di Raffaele Ajello.  
(In collaborazione con l'Istituto Universitario di Magistero  
«Suor Orsola Benincasa»)*

«OPERE COMPLETE  
DI FRANCESCO MARIO PAGANO»  
(a cura di Luigi Firpo)

*Saggi politici.* (In preparazione)

«ECONOMISTI MERIDIONALI»

Collana diretta da Luigi De Rosa e Luigi Firpo

ANTONIO GENOVESI  
*Scritti economici, a cura di Maria Luisa Perna. Napoli, nella sede dell'Istituto.*

«MEMORIE DELL'ISTITUTO ITALIANO  
PER GLI STUDI FILOSOFICI»

Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

CESARE VASOLI

*L'enciclopedismo del Seicento.*

GIULIANO MARINI,

*Libertà soggettiva e libertà oggettiva nella «Filosofia del diritto»  
hegeliana.*

MARIA ALESSANDRA DEGLI INNOCENTI VENTURINI

*Dalle carte di Marianna Florenzi Waddington: scritti inediti sul  
panteismo.*

GENNARO SASSO

*La «Storia d'Italia» di Benedetto Croce. Cinquant'anni dopo.*

REMO BODEI

*Multiversum. Tempo e storia in Ernst Bloch.*

ALESSANDRO SAVORELLI, *Le Carte Spaventa della Biblioteca Na-  
zionale di Napoli.*

EUGENIO GARIN

*Filosofia e politica in Bertrando Spaventa.*

MARIO DAL PRA

*Studi sul pragmatismo italiano.*

THÉODORE F. GERAETS

*Hegel. Lo spirito assoluto come apertura del sistema.*

GIOVANNI NENCIONI

*Francesco De Sanctis e la questione della lingua.*

ERNST H. GOMBRICH

*Il gusto dei primitivi.*

CHARLES B. SCHMITT

*La tradizione aristotelica: tra Italia e Inghilterra.*

KONRAD GAISER

*Il paragone della caverna. Variazioni da Platone a oggi.*

H. J. BIRKNER, H. KIMMERLE, G. MORETTO

*Schleiermacher filosofo.*

GUIDO OLDRINI

*L'Ottocento filosofico napoletano nella letteratura dell'ultimo decennio.*

VITTORIO HÖSLE

*Il compimento della tragedia nell'opera tarda di Sofocle.*

OLOF GIGON

*La teoria e i suoi problemi in Platone e Aristotele.*

VITTORIO RUSSO

*Impero e Stato di diritto. Studio su «Monarchia» ed epistole politiche di Dante.*

PIERANGELO SCHIERA

*Società, scienza e Stato nel sistema politico tedesco del Secondo Impero. (In preparazione)*

VINCENZO VITIELLO

*Il quarto sillogismo hegeliano: l'Oggettività. (In preparazione)*

«LEZIONI DELLA SCUOLA DI STUDI SUPERIORI  
IN NAPOLI»

Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

EUGENIO GARIN

*Il ritorno dei filosofi antichi.*

KONRAD GAISER

*Platone come scrittore filosofico.*

XAVIER TILLIETTE,

*La mythologie comprise. L'interprétation schellingienne du paganisme.*

CHARLES B. SCHMITT

*Problemi dell'aristotelismo rinascimentale.*

DANIEL P. WALKER

*Il concetto di spirito o anima in Henry More e Ralph Cudworth.*

CLAUDE TARDITS

*Lo spazio come archivio storico.*

HANS J. KRÄMER

*La nuova immagine di Platone.*

HANS-GEORG GADAMER

*L'anima alle soglie del pensiero nella filosofia greca.* (In preparazione)

MARIO DAL PRA

*Linee di una ricerca storico-filosofica sull'empirismo.* (In preparazione)

HENRI-JEAN MARTIN

*Livre, pouvoirs et société dans la France moderne.* (In preparazione)

ADRIAAN PEPPERZAK

*La filosofia dello spirito di Hegel.* (In preparazione)

«SERIE TESTI»

Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

JOHANN G. HAMANN

*Scritti sul linguaggio (1760-1773), a cura di Angelo Pupi.*

IMMANUEL KANT

*I progressi della metafisica, a cura di Paolo Manganaro.*

HERMANN SAMUEL REIMARUS

*I frammenti dell'anonimo di Wolfenbüttel pubblicati da G.E. Lessing, a cura di Fausto Parente.*

ERNST TROELTSCH

*L'essenza del mondo moderno*, a cura di Giuseppe Cantillo.

GEORGE BERKELEY

*Viaggio in Italia*, a cura di Thomas E. Jessop e Mariapaola Fimiani.

LEOPOLD VON RANKE

*Le epoche della storia moderna*, a cura di Franco Pugliese Caratelli. Introduzione di Fulvio Tessitore.

CARITAT DE CONDORCET

*Réflexions et notes sur l'éducation*, a cura di Manuela Albertone.

MICHELANGELO FARDELLA

*Pensieri scientifici e Lettera antiscolistica*, a cura di Salvatore Femiano.

FRIEDRICH D. E. SCHLEIERMACHER

*Etica ed ermeneutica. Memorie accademiche*, a cura di Giovanni Moretto.

«SERIE STUDI»

Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

GUSTAVO COSTA

*Le antichità germaniche nella cultura italiana da Machiavelli a Vico*.

GIOVANNI MORETTO

*Etica e storia in Schleiermacher*.

BRUNO BIANCO

*J.F. Fries. Rassegna storica degli studi (1803-1978)*.

DOMENICO LOSURDO

*Autocensura e compromesso nel pensiero politico di Kant*.

FRANCESCO FAGIANI

*Nel crepuscolo della probabilità. Ragione ed esperienza nella filosofia sociale di John Locke.*

CARLO RICCATI

*Processio et explicatio. La doctrine de la création chez Jean Scot et Nicolas de Cues.*

ALFONSO INGEGNO

*La sommersa nave della religione. Studio sulla polemica anticristiana del Bruno.*

MARCO IVALDO

*I principi del sapere. La visione trascendentale di J.G. Fichte.*

ANTONIO FRANCONI

*Il τόπος della lingua nel pensiero di Platone. (In preparazione)*

«HEGELS VORLESUNGEN»

Collana di edizioni critiche dei manoscritti hegeliani  
diretta K.H. Ilting

Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

G. W. F. HEGEL

*Religionsphilosophie. Band I. Die Vorlesung von 1821.*  
Herausgegeben von Karl-Heinz Ilting.

G. W. F. HEGEL

*Naturphilosophie. Band I. Die Vorlesung von 1819-20.* In Verbindung mit Karl-Heinz Ilting herausgegeben von Manfred Gies.

«LA FILOSOFIA CLASSICA TEDESCA»

Collana diretta da Claudio Cesa, Luigi Pareyson, Valerio Verra  
Prismi Editrice Politecnica Napoli

*Hegel interprete di Kant*  
a cura di Valerio Verra.

J.E. ERDMANN

*Compendio di logica e metafisica. Una introduzione alla Scienza della logica di Hegel*, a cura di Valerio Verra.

D. HENRICH

*La prova ontologica dell'esistenza di Dio. La sua problematica e la sua storia nell'età moderna.*

G.A. GABLER

*Critica della coscienza. Introduzione alla fenomenologia di Hegel*, a cura di Giuseppe Cantillo.

J.G. FICHTE, F.W. SCHELLING

*Polemica e carteggio*, a cura di Francesco Moiso.

F.W.J. SCHELLING

*Filosofia dell'arte*, a cura di Luigi Pareyson.

«GIORNALI DI FILOSOFIA»

Collana di ristampe anastatiche  
Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

*Giornale Napoletano di Filosofia e Lettere*

Diretto da B. Spaventa, F. Fiorentino e V. Imbriani.  
Anno I, Napoli 1872. Presentazione di F. Tessitore.

«GIORNALI DEL RISORGIMENTO»

*Museo di Letteratura e Filosofia*

A cura di Guido Oldrini. (Generoso Procaccini Editore).

*Museo di Scienze e Letteratura*

a cura di Guido Oldrini. (In preparazione)

*Il Nazionale* (1848)

con prefazione di Eugenio Garin (In preparazione)

*Indici dei periodici napoletani del Risorgimento*

con prefazione di Eugenio Garin. (Napoli, nella sede dell'Istituto).

«FILOSOFI ITALIANI»

Generoso Procaccini Editore

OTTAVIO COLECCHI

*Quistioni filosofiche*, a cura di Fulvio Tessitore.

«ELEA»

Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt

VITTORIO HÖSLE

*Wahrheit und Geschichte. Studien zur Struktur der Philosophiegeschichte unter paradigmatischer Analyse der Entwicklung von Parmenides bis Platon.*

CHRISTOPH JERMANN

*Philosophie und Politik. Untersuchungen zu Struktur und Problematik des platonischen Idealismus.*

«SPEKULATION UND ERFAHRUNG»

Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt

MICHAEL JOHN PETRY (a cura di)  
*Hegel und die Naturwissenschaften.*

CHRISTOPH JERMANN (a cura di)  
Anspruch und Leistung von Hegels Rechtsphilosophie.

ADRIAAN PEPPERZAK  
*Selbsterkenntnis des Absoluten. Grundlinien der Hegelschen Geistesphilosophie.*

«HIPPOCRATICA CIVITAS»

Collana diretta da Giovanni Pugliese Carratelli  
Napoli, nella sede dell'Istituto

PAUL OSKAR KRISTELLER  
*Studi sulla Scuola medica salernitana.*

JOLE AGRIMI, CHIARA CRISCIANI  
*Edocere Medicos. Medicina scolastica nei secc. XIII-XV.*

«DOCUMENTI»

Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze

THEODOR STRÄTER  
*Lettere sulla filosofia italiana*, a cura di Antonio Gargano.  
Premessa di Giovanni Pugliese Carratelli.

WERNER JAEGER  
*Autobiografia*, a cura di M. Gigante. (In corso di stampa)

«RICERCHE DI STORIA ECONOMICA»

Collana diretta da Luigi De Rosa  
Napoli, nella sede dell'Istituto

LUIGI DE MATTEO

*Governo, credito e industria laniera nel Mezzogiorno. Da Murat alla crisi post-unitaria.*

PAOLA PIERUCCI

*Pastorizia e fiscalità in Abruzzo nei secoli XVII e XVIII. (In corso di stampa)*

LUIGI DE MATTEO

*'Holdings' e sviluppo industriale nel Mezzogiorno. Il caso della Società Industriale Partenopea (1833-1879).*

ROBERTO MANTELLI

*Il pubblico impiego nell'economia del Regno di Napoli: retribuzioni, reclutamento e ricambio sociale nell'epoca spagnuola (secc. XVI-XVII).*

«TESTI E DOCUMENTI DI ECONOMIA ITALIANA»

Collana diretta da Luigi De Rosa  
Napoli, nella sede dell'Istituto

PASQUALE SARACENO

*Il nuovo meridionalismo.*

PAOLO SAVONA

*Strutture finanziarie e sviluppo economico.*

VOLUMI FUORI COLLANA

- CENTRO INTERNAZIONALE PER LO STUDIO DEI PAPIRI ERCOLANESI, *Catalogo dei Papiri Ercolanesi*, con la direzione di Marcello Gigante. Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze.
- *Catalogo della Biblioteca di Giuseppe Valletta*, a cura di Carlo Romeo. (In preparazione)

- MARCELLO GIGANTE, *Die Herkulanensischen Papyri heute*. Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze.
- MARCELLO GIGANTE, *I papiri ercolanesi oggi*. Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze.
- DIETER HENRICH, *Sette passi nel cammino da Schelling a Hegel*. Napoli, nella sede dell'Istituto.
- G. W. F. HEGEL, *Prolusione delle lezioni berlinesi* (trad. di Valerio Verra). Napoli, nella sede dell'Istituto.
- *Una lettera di Bertrando Spaventa a Pasquale Villari*, con prefazione di Giovanni Pugliese Carratelli. Napoli, nella sede dell'Istituto.
- PAUL DIBON, *Napoli e la «Repubblica delle Lettere»*. Napoli, nella sede dell'Istituto.
- TOMMASO CAMPANELLA, *Poesie filosofiche*, a cura di Luigi Firpo. Prismi Editrice Politecnica Napoli.
- ANTONIO SERRA, *Breve trattato delle cause che possono far abbondare li regni d'oro e argento dove non sono miniere con applicazione al Regno di Napoli*. (Ristampa anastatica dell'edizione Cosenza 1613). Generoso Procaccini Editore.
- SERGIO ROMANO, *Madame Du Deffand e il suo mondo nel libro di Benedetta Craveri*. Napoli, nella sede dell'Istituto.
- SERGIO ROMANO, *Per la conoscenza di Croce in Francia*. Napoli, nella sede dell'Istituto.
- CESARE MUSATTI, *Osservazioni di uno psicologo di fronte allo sviluppo del pensiero scientifico del nostro secolo*. Napoli, nella sede dell'Istituto.
- AA.VV., *Hegels Logik der Philosophie. Religion und Philosophie in der Theorie des absoluten Geistes*. Herausgegeben von Dieter Henrich und Rolf-Peter Horstmann. Veröffentlichungen der Internationalen Hegel-Vereinigung. Band 13, in Zusammenarbeit mit dem Istituto Italiano per gli Studi Filosofici (Arbeiten der Hegeltagen der Internationalen Hegel-Vereinigung in Anacapri und Napoli im Jahre 1983). Klett-Cotta, Stuttgart.

- VLADIMIRO VALERIO, *L'Italia nei manoscritti dell'Officina topografica della Biblioteca Nazionale di Napoli*. Napoli, nella sede dell'Istituto.
- GIAMBATTISTA VICO, *Principios de Ciencia Nueva* (traduzione in lingua spagnola della *Scienza Nuova*, a cura di José M. Bermudo). Ediciones Orbis, Barcellona.
- AA.VV., *New Avenues in Quantum Theory and General Relativity*, edited by E.R. Caianiello. North-Holland, Amsterdam.
- AA.VV., *György Lukács nel centenario della nascita. 1885-1985*, a cura di D. Losurdo, P. Salvucci, L. Sichirollo (in collaborazione con l'Istituto di Scienze Filosofiche e Pedagogiche dell'Università di Urbino). Edizioni Quattroventi, Urbino.
- AA.VV., *Marx e i suoi critici*, a cura di G.M. Cazzaniga, D. Losurdo, L. Sichirollo (in collaborazione col Dipartimento di Filosofia dell'Università di Milano). Edizioni Quattroventi, Urbino.
- AA.VV., *Studi di filosofia preplatonica*, a cura di M. Capasso, F. De Martino, P. Rosati. Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze.
- GIOVANNI PUGLIESE CARRATELLI, *Visita del Presidente della Repubblica Francesco Cossiga alla Città di Napoli. 29-30 novembre 1985*. Napoli, nella sede dell'Istituto.
- MARCELLO GIGANTE, *Per Giovanni Pugliese Carratelli nel settantacinquesimo compleanno*. Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze.
- *Filosofi, Università, Regime. La Scuola di Filosofia di Roma negli anni Trenta*. Catalogo della mostra storico-documentaria a cura di T. Gregory, M. Fattori, N. Siciliani de Cumis. (In collaborazione con l'Università degli Studi di Roma La Sapienza).
- AA.VV., *From revolution to evolution. Dedicated to Alfonso M. Liquori*, a cura di Vittorio Crescenzi. (In collaborazione con l'Università degli Studi di Napoli). Editrice Universitaria di Roma - La Goliardica.

- AA.VV., *Summaries of papers dedicated to Alfonso M. Liquori*, a cura di Vittorio Crescenzi. (In collaborazione con l'Università degli Studi di Napoli). Editrice Universitaria di Roma - La Goliardica.
- GIUSEPPE GABRIELI, *Federico Cesi, Linceo (1585-1630)*, con una premessa di Giuseppe Montalenti. (In collaborazione con l'Accademia Nazionale dei Lincei). Napoli, nella sede dell'Istituto.
- GUIDO D'AGOSTINO, GIOVANNI MUTO, GIUSEPPE DE SIMONE, *La vita economica a Napoli nel '600*. (In collaborazione con la Soprintendenza alle Belle Arti di Napoli e col Circolo «Alessandro Panagulis»). Tempi Moderni edizioni.
- AA.VV., *Moralität und Sittlichkeit. Das Problem Hegels und die Diskursethik*. Herausgegeben von Wolfgang Kuhlmann. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M.
- *Gli hegeliani di Napoli e la costruzione dello Stato unitario*. Catalogo della mostra documentaria e bibliografica organizzata dalla Biblioteca Nazionale di Napoli e dall'Istituto Italiano per gli Studi Filosofici). Napoli, nella sede dell'Istituto.
- DIEGO DEL RIO, SALVIO ESPOSITO, *Vigliena*. Con introduzione di Rosario Villari e prefazione di Giancarlo Alisio. Napoli, nella sede dell'Istituto.
- ABHAY ASHTEKAR, *Asymptotic Quantization. Based on 1984 Naples Lectures*. Bibliopolis, edizioni di filosofia e scienze.
- AA.VV., *Role of RNA and DNA in Brain Function. A Molecular Biological Approach*. Edited by Antonio Giuditta, Barry B. Kaplan, Claire Zomzely-Neurath. (In collaborazione con il C.N.R. e l'Università di Napoli). Martinus Nijhoff Publishing Co.
- AA.VV., *Topics in the General Theory of Structures*. Edited by E.R. Caianiello and M.A. Aizerman. D. Reidel Publishing Co.

#### RIVISTE

- «Nouvelles de la République des Lettres». Diretta da Paul Dibon e Tullio Greogry. Prismi Editrice Politecnica Napoli.