LA PSICOTERAPIA
DELLE
PSICOSI SCHIZOFRENICHE

CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA CLINICA
MILANO
Atti del II Corso di aggiornamento su problemi di psicoterapia.

LA PSICOTERAPIA
DELLLE
PSICOSI SCHIZOFRENICHE

A cura del Gruppo Milanese per lo Sviluppo della Psicoterapia

23 - 26 Maggio 1963

CENTRO STUDI DI PSICOTERAPIA CLINICA
MILANO
PRESENTAZIONE

Questo secondo volume raccoglie le conferenze e le discussioni tenute al II corso di aggiornamento su problemi di psicoterapia. Ne è tema specifico la psicoterapia delle psicosi schizofreniche.

Come nel precedente volume, le discussioni svoltesi dopo le conferenze vengono pubblicate per intero, così come risultano dalla registrazione effettuata, senza correzioni che possano modificarne la sostanza o spegnere la spontaneità della espressione immediata.

Ci auguriamo che l'impegno col quale abbiamo affrontato questo sforzo editoriale raccolga ancora il consenso non solo di coloro che hanno partecipato ai corsi, ma anche di tutti i Colleghi psichiatri e psicologi.

Quello della psicoterapia delle schizofrenie è un problema assai arduo, ma quanto mai attuale; le esperienze raccolte in questo campo sono già ricche di preziosi insegnamenti, il cui studio attento e mediato varrà in ogni caso a potenziare la capacità d'incontro con il malato mentale.
RELAZIONE INTRODUTTIVA

DIALETTICA DELLA SITUAZIONE PSICOTERAPICA

GAETANO BENEDETTI

Egregi Colleghe e Colleghi, desidero innanzitutto ricordarvi che questo è il nostro secondo Simposio di psicoterapia, il cui tema, “Psicoterapia della schizofrenia”, mi sembra di particolare interesse non solo perché l’aspetto psicogeno di questa malattia richiede una integrazione psicoterapica con i trattamenti farmacologici, ed è particolarmente importante nel trattamento ambulatorio, in cui per la dimissione precoce di tanti pazienti dalle cliniche ci si trova di fronte a molti problemi sociali e psicologici, ma anche perché molti aspetti psicodinamici dell’intera psicopatologia, molti problemi generali di psicoterapia che hanno la loro importanza soprattutto nel trattamento delle neurosi, acquistano una luce e una impostazione particolare nel trattamento di qualsiasi psicosi, la cui psicoterapia costituisce così un contributo alle nostre conoscenze sulla natura umana nei suoi rapporti sociali e nei fenomeni della vita psichica.

Parlerò oggi, come introduzione, sulle coppie di proposizioni dialettiche nella psicoterapia. Comincio col dire che il rapporto con l’ammalato psichico rappresenta da un lato una situazione definita da regole tecniche precise, apprendibili attraverso l’insegnamento e di cui bisogna acquistare padronanza a mezzo di un addestramento specifico. Dall’altro esso rappresenta una situazione di rapporto umano nel senso più schietto ed assoluto; siccome ambedue questi aspetti sono propri di questo rapporto, ogni forma di cura psichiatrica, ogni trattamento, ogni psicoterapia, si muove in una dialettica generata dall’effettiva realtà di ambedue questi campi. Abbiamo quindi la necessità di apprendere il metodo, di coglierne le regole fondamentali, riconoscerne gli usi, trovarne le norme, e quell’altra necessità di rimanere aperti alle innumerevoli possibilità di comunicazione, di proteggere in modo stabile i rapporti di spontaneità, teneri ogni
volta pronti al rischio dell’inaspettato. Ogni qualvolta parliamo con un essere umano in base a metodi che sono frutto di un apprendimento, finiamo col toccare quel fondo assoluto dove qualunque possa essere la nostra superiorità egli è un nostro eguale; verrà la necessità della tecnica e verrà la necessità dell’accettazione di uno spirito che supera tutte le regole cliniche. Qui si rivela già la dialettica ovvia della psicoterapia, dialettica che diviene ancora più chiaramente avvertibile se ci addentriamo in quelle situazioni tipiche della psicoterapia che ora ammettono la polarità simmetrica di punti di vista contrastanti ma ugualmente validi, ora esigono la decisione a favore di un atto che risulta più adeguato. La polarità, la doppia valenza del fenomeno, ci appare già nella seguente dizione fondamentale: il fenomeno psicopatologico è costruito in maniera duplice, presenta cioè una faccia nella direzione del divenire della comunicazione ed un'altra nella direzione del deterioramento e della chiusura della comprensibilità. Così attraverso il simbolo psicopatologico ci viene sempre comunicato qualcosa che sollecita una risposta e che provvisoriamente può muoversi soltanto su quel piano sintomatico di espressione, ma d'altro canto l'espressione psicopatologica impedisce sempre una piena apertura, una piena comunicazione e realizzazione del bisogno. Nei singoli casi può predominare ora l'una ora l'altra delle due tendenze. Noi distinguiamo ad esempio tra le esperienze di alienazione che si presentano all'inizio di una grave malattia psichica ed indicano chiaramente la grave alienazione del paziente dagli uomini, dagli oggetti e fatti del suo ambiente, e quelle esperienze di alienazione, certamente più rare, ma che attraggono tanto di più il nostro interesse in quanto si presentano nel bel mezzo di una fase della psicoterapia come segni caratteristici del miglioramento. Qui si tratta di pazienti i quali non vivono fin dall'inizio del miglioramento la progressiva libertà quale liberazione, ma in un primo momento quale realizzazione di un mondo limitato che per essi rappresentava fino ad ora la realtà; ossia l'annalato esce dal mondo psicodramma attraverso esperienze di personalizzazione che non stanno qui ad indicare il procedere della malattia, ma piuttosto un nuovo profondo riorientamento. Ricordo un annalato che si sentiva estraneo a se stesso, personalizzato e come confuso, ogni volta che una nuova insight provocava un riorientamento profondo del suo mondo. L'esperienza di derealizzazione viene allora vissuta nella perdita di fattori i quali, pur rappresentando contemporanea-
o delirio transenziale, non infrequente nel trattamento di malati mentali che vivono in maniera psicotica anche la relazione medico paziente. Attraverso i contenuti specifici e fantasiosi di questo transferimento delirante, il rapporto medico paziente acquista talora non solo una deformazione assurda, ma anche una dimensione in profondità contrastante col negativismo o l’indifferenza precedenti. La comunicazione in embrione si serve inizialmente del delirio quale vettore. Così io ricordo ad esempio un’amalata schizofrenica la cui psicosi mostrò finalmente un andamento favorevole dal momento in cui l’inferma, che si era ammalata dopo un parto, fu in grado di proiettare sull’infermiere che l’assisteva ed a cui lei era fortemente attaccata, l’idea delirante che questa donna fosse incinta di un bimbo demoniaco. Mentre ella prima rimanevaglia autisticamente la propria maternità, adesso incominciava a sviluppare atteggiamenti materni riferiti al presunto nascituro dell’altra donna, ossia nell’ambito del transferimento delirante. Ma d’altra parte l’eventuale irritigimento del paziente nell’idea fissa può tradire la ricchezza originaria di comunicazione, può trarre il partner in un ruolo prettamente fissato ed assurdo che ostacolerà gli ulteriori sviluppi.

Il compito maggiore della psicoterapia è qui perciò quello di rispondere al paziente in modo che la componente psicotica delle espressioni venga a poco a poco posta in questione, scoraggiata, corretta, senza però che venga scoraggiata l’essenza vitale del paziente che fa parte di quella proiezione. La personalità del malato, anche nel mondo della follia, deve essere accettata, senza però favorire contemporaneamente, con tale accettazione, le deformazioni stesse del delirio.

Questa considerazioni ci inducono ad una riflessione sul compito e sulla natura della psichiatria psicodinamica. La terapia psichiatrica nel suo insieme, dalla terapia del lavoro fino alla strutturazione dell’ambiente o del nucleo familiare, dalle antiche forme sedative sino alle moderne terapie farmacologiche, tende a rimuovere certi modi di comportamento socialmente perturbanti, a favorire i frammenti sani della personalità, ad esercitare un’azione ordinatrice, a migliorare gradualmente l’orientamento sociale, l’adattamento e la produttività del malato. Tutta questa fase socializzante è però significativa nella stessa misura in cui si sviluppa quale contrappunto, e non solo quale antitesi, alle altre possibilità del medico, quelle cioè di soffermarsi sul singolo comportamento psicopatologico, di acquisire sensibilità per la parte profonda e nascosta della sofferenza, per la struttura e il senso della psicopatologia, che non solo ci sta di fronte ma che pure ci interpella. Attraverso i sintomi della malattia ci viene comunicato, allusivamente, qualcosa che non è chiaro neanche a se stesso quale vicenda di vita che può parlare con la lingua dell’assurdo ma che vorrebbe farsi ascoltare.

La dialettica che abbiamo fino ad ora tratteggiato nelle sue linee più generali procede adesso nei problemi particolari del tempo e dello spazio, che veniamo a descrivere.

1° - La teoria del tempo in psicopatologia e psicoterapia.

Il malato psichico grave sembra soffrire sotto la pressione di una sensazione di urgenza; egli non può collocare un problema, e con esso se stesso, nel tempo; egli non riesce nemmeno a collocare se stesso o il suo problema nella temporaneità di un rapporto terapeutico. Le domande angosciate (che debbo fare, chi non va avanti nulla, non so dove sto andando a finire, ho bisogno di un aiuto immediato, mi dica che cosa debbo fare, ecc.), sembrano impedire al paziente di osservare i problemi con calma, e reciprocamente sembra che le domande stesse siano originate dall’impossibilità del malato di considerare questi problemi con una certa fiducia. La sensazione tormentosa di non aver tempo per realizzare se stesso si rivela così forte nel paziente, che questi non può soffermarsi in alcuna attività singola senza provare l’ansia di perdere in quello stesso momento qualcosa di essenziale. Quando il soggetto è molto malato le sue domande passano da un piano verbale ad una inquietudine motoria che non è più diretta ad alcun partner. I pazienti si sentono spinti in una oscura direzione, da forze oscure; queste forze sollecitanti sono in rapporto con la vita stessa del paziente, una vita non vissuta e esclusa da ogni possibilità di realizzazione. Questa vita, che spinge ma che non ha colpa di nessun attimo di tempo, prima di valore ognuno di questi atti. Nessun singolo consiglio, nessuna risposta o spiegazione è spesso sufficiente a far capire a tale paziente che il tempo a lui necessario per trasformarsi, realizzarsi, guaire, è disponibile. Solo il modo di essere nel tempo del terapista può farlo, e una certa calma fiduciosa che a poco a poco collega l’uno l’altro tutti i momenti essenziali è soprattutto la continuità di questo atteggiamento che crea il tempo nel mondo del rapporto medico-malato. Può valere come norma nella psicoterapia il fatto che soltanto una lenta, progressiva e ben meditata trasformazione può ottenere quello che un tirare innanzi fortuito ed arbitrario potrebbe soltanto
sconvolgere. La sensazione di urgenza cede man mano che il paziente incomincia a formarsi l’idea di avere effettivamente del tempo a disposizione; man mano che sviluppa in lui lentamente qualcosa di ancora difficilmente afferrabile, ma promessa di sufficiente conseguenza, continuità e attendibilità, tendente ad uno scopo distante nel futuro, ma già localizzabile e anticipabile nei contorni.

Ed ora l’antitesi dialettica.

Il terapista non deve soltanto indicare al suo paziente la continuità nel tempo, deve anche riconoscere il singolo momento decisivo, poiché nella psicoterapia, spesso come nella storia, molte cose si devono preparare lentamente, maturare quasi da sole, e poi c’ sono le parole, le decisioni, le individuazioni dei mezzi, le interpretazioni possibili solo hic et nunc, che solo il terapista riesce a concretare nell’attimo riconosciuto come decisivo. Tutta questa tensione tra momento e durata, nella psicoterapia può venir studiata anche osservando la diversa accessibilità del momento psicopatologico alla presenza umana. Mi spiego; il fenomeno psicopatologico può essere variamente aperto o chiuso alla comunicazione, diversamente accessibile alla presenza altrui, diversamente situato nel profilo psicodinamico, anche se formalmente lo stesso. Pensiamo ad esempio al diverso significato di uno stato d’animo melanconico, nei pazienti depressivi. Lo stato d’animo depressivo è ermetico al rapporto con altri, nei pazienti sofferenti di depressione endogena; non importa talora quanto il medico possa dire, non importa quanto egli sia aperto al suo paziente, quanto rilevante il suo impegno e viva la sua immedesimazione; il malato fronteggia tutto ciò irremovibile come una roccia, almeno per molti mesi; il momento psicopatologico che si ripresenta giorno per giorno è chiuso alla presenza altrui, talmente chiuso che il medico farà bene in questo caso a fissare un trattamento somatico, a lasciare tempo al malato, a lasciarlo tranquillo; ogni sollecitazione terapeutica alla cooperazione, alla comunicazione, richiede troppo da un ammalato che si sente oppresso da norme morali. Prendiamo lo stesso fenomeno depressivo in ammalati più aperti al contatto, ad esempio in certi schizofrenici iniziali ancora lucidi e composti. Il malato che si crede il più bizzarro, che sente il mondo improvvisamente estraneo, che in certi momenti si ritiene sdoppiato, si appoggia al suo medico, egli cerca la sua compagna per sfuggire all’inquietante situazione dell’irrealità. Quando fra il medico e il paziente vi è già un rapporto psicoterapico, è facile udire frasi come: « quando penso intensamente a lei vedo riappa-

rire la realtà, improvvisamente mi sentivo accanto a lei ed allora ero di nuovo me stesso, solo quando c’è qui qualcuno che si occupa di me ho di nuovo fiducia », ecc. Anche il sintomo depressivo allude qui in maniera trasparente alla possibilità della comunicazione: il momento psicopatologico è aperto alla esperienza e alla correzione da parte della presenza altrui.

2° - La dialettica dello spazio.

Spazio significa prossimità e lontananza. Una stessa distanza spaziale può rappresentare per il paziente, a seconda della sua situazione e disposizione, sia una reazione progressiva come anche una reazione pericolosa, sia un elemento strutturante del rapporto come anche una barriera di separazione. La situazione psicoanalitica classica, col medico seduto alle spalle del suo paziente, permette ad ambedue di sottrarsi al controllo visuale della situazione sociale. Mentre ascolta il paziente, il terapista può meglio seguire le libere associazioni sue e altrui, può meglio notare qualche immagine interna, ricordo, fantasia, proprio in quanto sa che la sua mimica non disturba l’autonomia altrui. Così quando egli è sottratto allo sguardo del suo paziente, gli può essere più vicino; ma anche il paziente può immergersi più profondamente in se stesso e lasciarsi andare al corso spontaneo delle sue idee quando il controllo medico non lo frena. Però questa discrezione può tuttavia non soddisfare i bisogni profondi del paziente, sostradandogli ad esempio l’appoggio e il contatto sociale di cui egli non sa ancora fare a meno; spesso però quando per esempio si tratta di un malato grave, la eliminazione della presenza visuale del terapista, il suo tenerisi con riservatezza discosto anche nello spazio, il suo allontanarsi, divengono una sottostrazione della protezione psicoterapica. Lo schizofrenico si sente talvolta invaso già dalla irradiazione diretta che egli avverte provenire dalla figura del terapista; gli schizofrenici tendono, non di rado, a sentire i rapporti, per noi del tutto normali, quasi come degli scontri. Un paziente affermava ad esempio « mi viene imposto il viso di chiunque entri nel nostro reparto », oppure « dal mio interlocutore irradiia una forza che mi costrigne ad abbasare gli occhi ». Jung mi raccontava di un malato schizofrenico che egli per lungo tempo potè curare soltanto tenendosi ad una grande distanza da lui, sulla soglia della porta. Riferisce anche di bambini i quali incominciavano a piangere appena egli voltava la faccia frontalmente verso di loro, mentre se si limitava a guardare di lato, questi bambini riprendevano un po’ di scioltezza e si sentivano più sicuri.
Ma le stesse cose che sono positive in un certo stadio della malattia, in riferimento ad una certa debolezza dell’Io, agiscono, in un altro stadio, in modo sfavorevole.

Ciò che in un caso rappresenta una difesa necessaria al paziente, può essere in un altro caso una sua resistenza ad un confronto per cui è venuto già da tempo il momento giusto. In questo caso il paziente può essere infine grato al terapista che lo porta a sederlisi di fronte e a sostenere assieme a lui quella vicinanza che li mette in comunicazione faccia a faccia. La contrapposizione nello spazio, della quale abbiamo detto, potrebbe rappresentare una minaccia con un fragile schizofrenico, mentre rappresenta per certi altri malati, in alcuni casi anche per degli schizofrenici, un appoggio, un appoggio necessario. Il malato isolato può afferrare un interessamento, la partecipazione, il rivolgersi verso di lui, il calore del suo interlocutore, soltanto in uno spazio visivo: gli occhi che lo fissano, l’accompagnamento mimico, lo proteggono da uno stato d’animo depressivo di isolamento, che inizia con l’essersi disteso sul lettino e nel quale tutta la realtà, compresa la voce del medico, appare a lui come irreali. Diverse situazioni dunque, che di volta in volta mostrano la loro struttura differente e che quindi è necessario cogliere nella loro dialettica e nella loro trasformazione per adeguarsi sempre al paziente.

Passiamo ora dalle situazioni tempo spazio alle altre strutture ancora più profonde della situazione medico paziente. Una terza coppia di proposizioni dialettiche è qui raccchiuta nei termini « alleviare la sofferenza psichica » oppure « fare affrontare al paziente il dolore fisico ». Mi spiego. A cospetto di una sofferenza fisica il compito del medico è di alleviare il paziente di quanto lo opprime valendosi di farmaci, di un contegno distensivo, di una interpretazione chiarificante, di una fantasia compensativa ecc. Un esempio di questo procedere in psicoterapia ci è offerto da quello che io chiamo « associazioni compensative dello psicoterapista ». Premetto che noi tutti conosciamo nei nostri pazienti sintomi psichici, fantasie e sogni che ci mostrano una grande sofferenza del paziente, ma non ci mostrano ancora alcuna via di risoluzione psicofisiologica. Il malato ad esempio nei suoi sogni muore, è attorniato dai suoi persecutori, la sua casa sprofonda nell’acqua ecc. Particolarmente quando siamo in presenza della schizofrenia, quando cioè la validità della esistenza sembra raggiungere il massimo, l’intervento analitico del terapista in quadri talmente tetri suscita non di rado un grande stato di ansia. La spiegazione analitica, che pone tali immagini profonde in connessione con esperienze reali, spesso non riesce a tranquillizzare il malato, il quale cade in preda, ad ogni confrontazione col suo inconscio, ad uno stato di agitazione; se a questo punto il medico impegnato profondamente dalle difficoltà del paziente, crea egli stesso idee e fantasie che non li limitano ad interpretare il sogno spaiacevole ma lo continuano in una dimensione costruttiva, allora abbiamo quelle che io chiamo le associazioni terapeutiche compensative. La risposta simbolica del terapista comunicherà al malato che alla sua profonda insicurezza non corrisponde una rovina definitiva, ma piuttosto l’inizio di un dialogo.

Questo atteggiamento di rettifica e relativizzazione della sofferenza deve però cessare al limite in cui il paziente tende ad emanciparsi. Non dovremo allora in psicoterapia consolare in alcun modo l’infelicità a cui si schiude la profondità matura della sua sofferenza, perché quest’ultima può aumentare la sua esperienza interiore e favorire la funzione di certi conflitti che non vanno superati se non attraverso il culmine di tensione psichica. Non mitigare allora le scosse, non limitare le forze di una insight momentaneamente penosa, non fare nulla che potrebbe annullarne la piena validità.

4° - Compito e realizzazione simbolica.

Il rapporto psicoterapeutico ha per il paziente il carattere di un compito; viene richiesta una collaborazione, vengono stabilite regole fondamentali, e il paziente, che nel trattamento somatico è oggetto passivo di una cura medica, viene qui chiamato ad una corresponsabilità. Nella psicoterapia della schizofrenia il medico non può pretendere che il malato collabori in questo modo: egli stesso non può porre alcuna richiesta implicita od esplicita ad un ammalato grave. La stessa analisi delle resistenze deve avvenire qui secondo un sistema bidimensionale. Alla nostra domanda in psicoterapia, sul perché il malato tenta di non esprimere certi sentimenti, di tacere, ecc., segue la nostra assicurazione che noi comprendiamo anche i motivi della sua depressione, che noi accettiamo la sua attesa, che noi comprendiamo che ha bisogno di tempo, che non può fare improvvisamente dei passi per lui del tutto nuovi, che non pretendiamo che egli ci debba comunicare immediatamente le sue associazioni libere, le sue idee, ecc. In altri termini, ad ogni passo diretto a mettere in questione la resistenza deve seguire un secondo passo che accetti quella parte della personalità che ancora resiste, affinché il paziente non si senta trascritto o spinto troppo dal suo analista. Non bisogna frustrare troppo l’infantile bisogno di protezione del malato schizofrenico nel transfert positivo. Basta non sod-
disfare le anormali manifestazioni di questo bisogno. Una certa fru-
strazione anche nella terapia della schizofrenia non è meno indispen-
sabile che nel trattamento delle neurosi, ma non va trascurato il fatto
che la frustrazione di dipendere infantili neurotiche e psicotiche non
può estendersi agli autentici bisogni vitali del malato, che vanno reali-
zati in maniera simbolica, come ad esempio la dr.ssa Secheyhe i ha
mostrato.

5° - Situazione polare della psicoterapia con gli schizofrenici nella
tensione tra franchezza e riservatezza.

Premetto che il comportamento terapeutico è una forma particolare
del rapporto umano. La sua particolarità risiede nel carattere asim-
metrico del rapporto stesso e nella particolare struttura della recipro-
cità risultante da questa asimmetria. La reciprocità non è meno indi-
sispensabile nella psicoterapia che non negli altri rapporti umani. La
sua forma particolare sta nel fatto che il rapporto psicoterapico unisce
tre esseri dei quali uno è dipendente, l’altro in posizione di esperto;
la eliminazione di questa asimmetria porterrebbe all’annullamento del
carattere terapeutico della situazione. Sta il paziente che il medico
devono vivere nella reciproca franchezza: il paziente è tenuto a non
tacer nulla di quello che gli capita per la mente anche se il pensiero
può sembrare ripugnante, spiacevole e ridicolo. Esponendo gradual-
mente quanto ha originalmente nascosto, nella stessa misura in cui
egli vive il processo comunicativo come un aumento o contemporane-
amente come un superamento dell’ansia, egli si sviluppa nella chiara-
rizzazione della sua esistenza. Nello psicoterapista l’esistenza di fran-
chezza ha qui un altro aspetto: egli non deve comunicare al paziente
quanto gli passa per la mente, solo il suo modo di essere vicino al
paziente deve rivelare franchezza; la apertura verso il paziente è fon-
data su di un rapporto aperto verso se stesso, il che significa che lo
psicoterapista deve essere in grado di esporsi ad eventuali difficoltà,
derivanti dal confronto con i movimenti libidinali dell’altro, e deve
vedere anche le debolezze e gli impedimenti propri della sua stessa
persona che si rivelano eventualmente nel corso di un compito psico-
terapico. Egli non deve innalzare tra sè e il suo paziente un quadro infla-
zionato di se stesso, ma piuttosto tener sempre rivolta verso l’altro
la faccia della sua più schietta umanità. In questo rivolgersi verso l’altro,
corrispondentemente al carattere asimmetrico del rapporto è diver-
so da quello del paziente, è insita sia franchezza che autodisciplina,
nel senso della riserva cosciente e conseguente delle proprie sensazioni
e associazioni non sempre adatte per il paziente. In questa esigenza,
di essere contemporaneamente aperti e nello stesso tempo soggetti ad
un’autodisciplina, sta il carattere dialettico dell’atteggiamento del
terapista.

Analogamente alla polarità tra franchezza e riservatezza è quella tra
prossimità e distanza. Noi vogliamo considerarla qui dal punto di vista
particolare della psicoterapia della schizofrenia. Si tratta di quella
situazione per cui il malato, da noi lontano perché isolato psicica-
mente, si colloca in un luogo intimo del suo mondo psicotico, confon-
dendoci cioè con gli altri attori del suo delirio, con le figure del suo
mondo che si articolano alla nostra presenza. Il terapista accetta qui
una vicinanza psichica, che non gli impedisce tuttavia di tenersi anche
a distanza del delirio, lasciando aperta per il paziente la questione se
egli sia veramente questa o quella personificazione del suo inconsco.

Il terapista si fa porre dal malato in un punto qualsiasi del suo
delirio, senza però riflettere troppo presto a perdere la sua identità.
E mia esperienza che i pazienti sono sempre capaci di percepire, anche
attraverso il gioco mutevole delle proiezioni, concreti aspetti essen-
ziali della persona del medico. Il paziente non perde mai completamente
la visione della personalità del terapista, nemmeno quando questi nella trasposizione diviene il rappresentante di altre immagini.
Il terapista non deve accettare troppo direttamente il ruolo dramma-
tico che si articola alla sua presenza, a meno che non si tratti di veri
propi psicodrammi. Ciò è una differenza tra il ruolo che il malato
proietta su di noi e la nostra accettazione drammatica dello stesso.
Nella prima situazione noi siamo solo lo sfondo sul quale il dramma
si sviluppa. Con un occhio il paziente ci vede come figura principale
di questo dramma, con l’altro ci vede come uno sfondo di supporto, e sa
che noi lo aiutiamo lasciando il suo mondo disegnarsi su di noi; ma
se ci immedesimiamo troppo con la parte che ci è stata data da lui,
il malato ci vede allora con ambedue gli occhi come il partner del
delirio e la psicoterapia si riduce allora ad una riproduzione della
situazione psicotica. Il paziente può esaminare i fantasmi del suo mon-
do proiettati su di noi, a condizione che egli abbia ben chiaro in sè
e non siamo questi fantasmi, pur lasciandoli rispecchiare su di
noi, altrimenti non sarebbe più capace di distinguere tra primi piani
e sfondo. Tuttavia esistono dei casi i quali reclamano che il terapista
agisca simbolicamente e non soltanto da sfondo chiarificatore, casi i
quali reclamano una presa di posizione terapeutica univoca. Ricordo
una collega che soleva prendere direttamente sotto la sua protezione
una paziente schizofrenica durante i suoi stati d’ansia, come se i persecutori di questa non fossero ombre del deflittio ma degli esseri in carne ed osa. Come Don Chisciotte contro i mulini a vento, lei percuoteva gli oggetti che personificavano i persecutori, li respingeva dramaticamente; in somma un frammento, in questo caso utile, di psicoterapia infantile e catartica in cornice adulta. Dialettica quindi tra vicinanza simbolica e distanza riflessiva.

7° - La dialettica dell’autorità nella psicoterapia.

Nella funzione dell’autorità noi distinguiamo tra una autorità implicita del terapista, che ha i suoi fondamenti nella personalità dello stesso, ed una autorità esplicita, che dirige, dà consigli, permette e vieta. La prima è sempre il fondamento essenziale del rapporto psicoterapico, che si sviluppa in condizione di libertà; la seconda è un atteggiamento educativo che può essere utile psicoterapico solo in misura molto limitata. Il consiglio, la conferma dell’opportunità di una decisione, l’incoraggiamento a compiere un passo di importanza vitale, sono indicati là dove un paziente è ancora molto regredito richiede quindi una tale presa di posizione e cerca la nostra autorità non allo scopo che questa autorità lo privi del suo compito di dare indipende, ma in una fase in cui egli non può essere affatto indipendente. Il paziente non vuole che induca ad una assicurazione della persona che rappresenta per lui l’autorità, ma il compito di scegliere se stesso nel contrasto dei conflitti; non vuole iniziare la propria autonomia a favore di un’istanza esterna che si assume ogni responsabilità per lui, bensì può compiere definitivamente un passo avanti proprio accettando e vivendo bene la situazione di dipendenza che corrisponde al suo grado di immaturità psichica. Non si deve temere qui il carattere regressive di una tale dipendenza del paziente: questo verrà superato quasi spontaneamente allorché la personalità in via di maturazione diventerà più forte nell’ambito della sua esperienza.

Una guida autoritaria non priva il paziente del suo compito personale, quando il primo compito del paziente è quello di vivere l’esperienza di una buona guida; sotto la sua protezione si forma quel se stesso, quella identità del paziente che più tardi sarà capace di individuare e di afferrare i propri compiti autonomi e indipendenti. Un rapporto terapeutico non viene invece realizzato quando l’atteggiamento del terapista non assume la forma concreta e tangibile corrispondente alla struttura infantile del paziente. L’antitesi dialettica ad un tale atteggiamento è però la necessità, che il medico sente anche nella psicoterapia di pazienti bisognosi di assistenza, come ad esempio gli schizofrenici, di rimanere continuamente sensibile a quelle situazioni nelle quali già in presenza di una apparente dipendenza e insicurezza si muovono simili tentativi di indipendenza. Questa indipendenza, in embrione in un malato psichico che non può realizzarla da sé, deve venire evitata dal terapista; il non tenerne conto significa infantilizzare il paziente, cedere a quelle tendenze che in lui si irrigidiscono su di un piano regressivo. Altrettanto dannoso è, per esempio, entrare nel mondo del paziente con un benevolo atteggiamento paterno, da parte di un terapista incapace di vedere nell’apparente dipendenza del paziente la sua aggressività latente contro il padre; altrettanto dannoso è non avere il coraggio di affidare il paziente ad un grado di solitudine magari per lui momentaneamente doloroso ma tuttavia indispensabile. Questo ci porta alla coppia di antitesi dialettiche dell’intervento sostitutivo e dell’intervento consultivo. Questi due piani diversi devono, teoricamente, venire tenuti separati l’uno dall’altro, per quanto essi nella pratica si tocchino e si incrementino reciprocamente. Un piano è quello della cura, la quale si incarica di tutto quello a cui bisogna provvedere per il paziente e, nel farlo, si sostituisce a lui; così noi sciarichiamo parzialmente il malato dalle sue preoccupazioni preservandogli ad esempio dei medicamenti che ne attenuano l’angoscia, cancellando in ogni parte la problematica e i conflitti di cui soffre; a mezzo dell’assistenza sociale, consigliandolo e guidando lo attivamente, gli fornisca condizioni di vita più adeguate; quando la sua posizione sociale è divenuta insopportabile, possiamo decidere di ricoverarlo, sottoporlo ad un trattamento in un ambiente clinico il quale si incarica del disbrigo dei suoi più importanti problemi pratici. Noi veniamo qui a sostituirci, in una certa misura, al suo io troppo debole, sciarendolo parzialmente del compito della vita divenuto per lui troppo gravoso. Questo genere di cura ha una sua profonda efficacia ma anche i suoi limiti. Come dice Heidegger nel suo libro «Essere e tempo», in tale cura l’altro può divenire dipendente ed oppresso anche se questa supremazia è tacita e rimane celata a chi ne è oggetto.

L’altro genere di cura è consultivo, e corrisponde all’atteggiamento di uno psicoterapista il quale accompagnando, spiegando e indicando, precede il suo paziente, per tuttavia riaffidare a questi in qualità di responsabile la sua indipendenza di decisione, certamente solo se è capace di farne uso, e la cura di se stesso se è in grado di provvederci. Il trattamento sostitutivo conserva il suo senso costrut-
tivo mantenendosi nei propri limiti; dovrebbe cominciare ad agire perifericamente, ponendosi degli scopi limitati là dove il paziente è più bisognoso di aiuto. Il malato fragile e molto bisognoso di aiuto è in primo luogo impegnato a salvare un ultimo resto di quanto lo rende simile agli altri uomini. Un certo resto di indipendenza è indispensabile alla costruzione di una identità sociale. È là dove questa indipendenza è tragicamente scomparsa, dove il paziente si sente già sotto l'influenza delle persone e degli oggetti circostanti, che si svolge in lui una particolare sensibilità per gesti, magari bene intenzionati, che tolgono al paziente ogni resto di autonomia. L'effetto prodotto dal trascurare queste considerazioni, anche nell'intervento meglio intenzionato, sull'autonomia di un paziente dall'Io debole, venne descritto retrospettivamente da una ammalata schizophrenica in questi termini: «lei mi faceva sentire, col modo in cui riordinava gli oggetti della mia stanza, che lei aveva il diritto di fare in mia vece delle cose che una qualsiasi altra persona può fare da sè: io solo avevo perso questo diritto».

Il trattamento interventivo, esaminato accuratamente, consiste non solo nell'accogliere un malato che ha perso la propria indipendenza in un ordine che si occupi di lui e che disponga di lui, ma anche nel tentativo, inquadrato in quest'ordine, di lasciare al malato, per quanto possibile, uno spazio nel quale egli possa sviluppare i suoi movimenti anche disordinati e nel quale egli possa sentire, sui punti di frattura aperti al contatto umano, l'offerta della nostra presenza e quindi le nostre spiegazioni.

Vorrei concludere dicendo: la psicoterapia è, come abbiamo visto, non soltanto un metodo di terapia fra tanti altri, il quale è utile ad un limitato numero di malati e ad una minoranza, ma è soprattutto quella parte della psichiatria dove la coscienza delle forme e della natura dei rapporti umani è più viva e ci ingiunge di volgerci con tutto il nostro essere verso il malato.

---

**EVOLUZIONE STORICA DELLA PSICOTERAPIA DELLE PSICOSI**

**CHRISTIAN MUELLER**

Quando gli organizzatori di questo simposio mi hanno pregato di parlarvi della storia della psicoterapia delle psicosi, non ho esitato ad accettare, essendomi sempre interessato alla storia della nostra scienza ed alla psicoterapia degli schizofrenici. Tuttavia non aspettavo da me qualcosa di completo e soprattutto non vogliatemi se lascio coscientemente da parte tutto l'importante lavoro psicoterpaeutico fatto al di fuori e prima della psicanalisi freudiana. Non ho bisogno di riassumervi le grandi epoche che si distinguono classicamente nella storia della psichiatria, cioè: il periodo magico in cui la Chiesa esorcizzava i demoniaci, i posseduti; più tardi l'epoca romantica in cui per la prima volta appariva nelle opere di Heinroth e Reil e di altri, il termine di «Io e debolezza dell'Io» che si tratta di rinforzare con delle misure educative, anche punitive e in cui persiste il vecchio parere che l'ammalato mentale deve pagare per i suoi peccati. Diciamo anche molto brevemente che dopo questo periodo romantico venne il periodo in cui tutti gli sforzi terapeutici erano centinati sul problema della lesione cerebrale organica che si sospettava essere alla base del processo psicotico distruttore.

E' evidente che in tutti i tempi e le epoche vi sono state delle persone, medici, infermieri o semplicemente filantropi, che attirati dalle sofferenze dei malati mentali, hanno cercato di trovare un appoggio di aiuto diretto, e che per le loro qualità di cuore potevano penetrare nell'ombra e nella tristezza della malattia mentale. Così ad es. la poetessa Bettina von Arnim, amica della famiglia Schumann, fu profondamente colpita dalla psicosi del grande musicista e, invano, proponeva ai suoi contemporanei di guarirlo con la presenza paziente, benevola, dolce e comprensiva, con la musica ed il dialogo curativo. Notiamo anche che un infermiere capo di un vecchio asilo per alienati a Sandport, in Olanda, constatava dei miglioramenti spettacolari negli
ammalati che gli venivano affidati, quando permetteva loro di giocare con i loro bambini. E' più o meno aleatorio il voler fissare una data in cui sarebbero iniziati, sul piano medico, dei saggi sistematici di psicoterapia delle psicosi. Sebbene nel 1897 Voisin parla timidamente dell'impiego della suggestione ipnotica in certe forme di alienazione mentale, il grande Bernheim nel 1911 condanna in maniera solenne l'impiego dell'ipnosi presso gli ammalati mentali, esprimendosi così: «Un cervello che non ha idee, che delira o che è concentrato in se stesso dallo stupore, insensibile alle impressioni del mondo esterno, o che è assorto da idee, allucinazioni, cancellando la realtà, non è suggestibile. Non ascolta e non capisce ciò che gli si dice. Il demente, il confuso, il maniaco, l'allucinato, non possono essere ragionevoli, l'autosuggestione li domina. Le diverse psicosi sono delle evoluzioni organiche o tossiche, che compromettono la psiche e, sebbene certi sintomi possono migliorare, queste evoluzioni non sono né arginate, né raccolte dalla psicoterapia.»

Tuttavia si prepara, all'inizio di questo secolo, a poco a poco un cambiamento. Il nostro grande compatriota C. G. Jung attira l'attenzione del mondo scientifico sull'aspetto dinamico delle psicosi nei suoi due libri: «Ueber die Psychologie der Dementia Praecox» e «Der Inhalt der Psychose». Ma l'impulso più secco viene pure dal grande maestro di Vienna, benché si possa dire che il problema delle psicosi non fosse tra le sue più grandi preoccupazioni.

Non è qui il caso di riassumere le riflessioni di Sigmund Freud, il creatore della psicoanalisi, sul problema della psicosi. In più riprese, le sue dichiarazioni circa questo argomento sono state messe in luce e interpretate in maniera magistrale. Ricordiamo E. Blum, per citare uno degli ultimi. Non potremmo tuttavia trascurare di indicare almeno alcuni passaggi di Importanza fondamentale, non soltanto per la teoria, ma soprattutto per la pratica. Ci consoleremo di un fatto: tutti gli autori che hanno abbozzato il problema delle psicosi nell'opera di Freud hanno citato e curato dei passaggi differenzi tra loro intenzionalmente. Gli scritti di Freud subiscono la sorte delle opere rappresentative della saggezza umana: conoscono i rischi dell'esegesi. Ne fui particolarmente colpito quando in un simposio della società svizzera di psichiatria, vertente sul problema del transfert nella psicoterapia, tutti gli oratori si erano armati di citazioni frediane, ma ciascuno se ne serviva di differenti. Le nostre considerazioni possono partire dal fatto che Freud non ci ha lasciato nulla che possa servire di indicazione pratica per la psicoanalisi degli ammalati psicotici. Certo, vi sono i suoi scritti sulla tecnica psicoanalitica, ma questi si riferiscono sempre alle neurosi. Nei sappiamo pertanto che Freud stesso ha trattato delle psicosi e le ha in parte descritte (vedi anche Binswanger).

Tra l'altro, egli ha seguito attivamente il trattamento di pazienti psicotici iniziato dai suoi allievi, ad es. presso l'Istituto Psicoanalitico di Berlino. Tuttavia è importante osservare che si trattava in generale di trattamenti ambulatoriali, cioè di ammalati il cui grado di regressione non richiedeva un ricovero. Nella Clinica Psicoanalitica di Tegel, presso Berlino, diretta da Simmel e regolarmente visitata da Freud, non sono mai state trattate delle psicosi endogene propriamente dette.


Nel 1898 Freud scopri l'analogia tra il sogno e l'allucinazione. Simili nel loro contenuto simbolico l'uno e l'altra possono essere compresi come manifestazioni della regressione. Il «caso Schreber» ci fornisce una quantità di osservazioni importanti di cui una è capitale: il delirio costituisce in realtà un tentativo di guarigione, di ricostruzione.

rivela una comprensione della catastrofe psicotica. Anche un'altra frase nella nuova parte delle « Vorlesungen » ce lo mostra: « la psicosi realizza il distacco dalla realtà in due modi: o quando ciò che è inconscio e rimosso acquista tanta ampiezza da dominare la coscienza del reale; oppure quando la realtà comporta tante frustrazioni e tanti dolori da divenire insopportabile per l'Io. Questi, minacciati, si getta allora in un disperato movimento di rivolta, nelle braccia dell'inconscio e delle pulsioni istintive. Freud anticipa l'attuale nostra concezione sul ruolo delle frustrazioni: « la regressione della libido deriva da una certa relazione con il mondo esterno, in genere da una privazione di piacere. In questa relazione essa trova il suo diritto e la sua utilità momentanea. Senza di ciò essa non potrebbe aver luogo ».

E per terminare, egli scrive nel 1937, due anni prima della morte: « Il meccanismo di formazione del delirio si presenta a noi ordinariamente sotto due aspetti soltanto: da una parte il distacco dal mondo reale ed i suoi motivi, dall'altra parte l'influenza della rimozione sul contenuto del delirio. Tuttavia, il processo dinamico non si presenterebbe così: le forze rimosse utilizzano la fuga davanti alla realtà per venire alla luce e imporsi alla coscienza. E le resistenze suscitate nel corso di questo processo, così come la tendenza a una realizzazione del desiderio, sarebbero ugualmente responsabili della deformazione del materiale rimesso ». È in alcune righe, più oltretutto, egli esamina le possibilità terapeutiche: « Si rinuncerebbe ai vani sforzi di convincere l'ammalato che il suo delirio è assurdo e contrario alla realtà. Si tratterebbe piuttosto di riconoscere la parte di verità che il delirio comporta per l'ammalato per poter trovare il terreno comune, necessario al lavoro terapeutico. Questo lavoro consisterebbe nell'estrarre dalle deformazioni la parte di verità storica per metterla al suo posto nel passato al quale essa appartiene ».

Non si tratta che di allusioni framentarie, che tuttavia ci fanno capire la necessità di confrontare costantemente l'esperienza psicoterapeutica e l'opera di Freud. Ed è un punto di vista sterile — mi pare — il limitarsi a ricordare la dichiarazione di Freud secondo la quale la schizophrenia sarebbe una neurosi narcisistica inadatta al trasferimento, e conseguenza al trattamento. Messo da parte il contributo di Freud, conviene passare rapidamente in rassegna i ricercatori che, nel campo della psicoanalisi, si sono occupati di questo problema durante questi ultimi 50 anni. Scoprimento allora che sarebbe errato risalire solamente, per i primi trattamenti psicoanalitici di alienati, ai lavori di Schwing, di Frieda Fromm-Reichmann e di Sechehaye, come si fa sovente. Vi sono molteplici e ben seri tentativi individuali di penetrare questo terreno sconosciuto, e ciò già all'indomani della prima guerra mondiale.

Lo studio della prima letteratura ci mostra che l'interesse era dapprima rivolto all'interpretazione psicoanalitica dei sintomi psicotici. Le guarigioni non erano registrate e descritte che ai margini (Maeder, Nunberg, Spielrein). Vi era pertanto attorno al 1910, alla Clinica zurighese « Burghölzli » un gruppo di analisti, quali Jung, Maeder, Brill, Abraham e Itten, che contavano fermamente di trovare un giorno la via per una psicoterapia delle psicosi. Le concezioni tolleranti e positive di Eugène Bleuler li incoraggiavano. Ma l'entusiasmo sembra aver fatto posto ad una certa rassegnazione. Malgrado il materiale abbondante e quantunque i casi di schizofrenia traboccassero di simboli sessuali, bisognava convenire che l'interpretazione più sollecita non aveva potuto cambiare il processo patologico. E' vero che Maeder aveva pubblicato nel 1910 un caso di depressione malinconica con un risultato estremamente favorevole. Tuttavia si trattava di un contadino della regione zurighese preso in trattamento ambulatoriale. Non si sarebbe quindi paragonarlo a quelli ammalati caduti in un nichilismo morboso e che si devono ospedalizzare. Nonindimentico, il caso di Maeder è probabilmente la prima descrizione di un trattamento psicoanalitico riuscito con un ammalato psicotico.

Ricordiamo anche che Maeder fu uno dei primi a scrivere in francese sulla psicoanalisi e a contribuire ad espanderla. In seguito, egli si è distaccato dalla scuola psicoanalitica per cercare le proprie vie terapeutiche.

Bjerre, nel 1912, con il suo caso divenuto tanto celebre, ci ha dimostrato il ruolo secondario dell'interpretazione. Egli aveva trattato durante parecchi mesi e nel corso di un'intensa psicoanalisi, una paziente di 53 anni. Noi oggi parliamo senza dubbio di schizofrenia tardiva. Una attenta lettura ci mostra che Bjerre, molto intelligentemente, ha subito accettato il delirio dell'ammalata. Così egli ha immediatamente creato un trasferimento positivo favorevole. Allora soltanto e con molte precauzioni egli poté attaccare la psicosi, così come dire dall'interno, indicando alla paziente le relazioni tra il suo delirio e i dati biografici e mettendola a confronto costantemente con la realtà. Egli ha spinto il suo « Reality Testing » lontano quasi quanto John Rosen 40 anni dopo, poiché ha indirizzato delle lettere a dei personaggi altolocati che erano dei presunti organizzatori di un complotto contro la paziente.
I differenti terapisti non erano tutti d'accordo circa ciò che avviene nel processo di guarigione. Nel 1912, Abraham ha trattato e in parte guarrito con la psicoanalisi dei pazienti maniaco-depressivi. L'originale del male sarebbe la rimozione di un sentimento sadico. Quando la fase depressiva vede l'ammalato soccombere sotto l'impressione della sua colpevolezza, la fase maniaca lo getta nel turbine dei suoi istinti. Abraham ci dice di aver interrotto, in un caso, una fase depressiva in modo immediato. Egli non rivelò nulla della sua tecnica, ma invitò ad intercalare, se possibile, il trattamento nei periodi esenti da « poussées ».

Mentre analisti come Abraham, Hollos, Hesnard e altri si esprimevano con un prudente riserbo nei loro rapporti sulla psicoanalisi di ammalati psicotici, parlando, per es. « dell'aspetto psicoanalitico di un caso di psicosi », gli americani si dimostravano molto più audaci e ottimisti. Dal 1910 al 1920, Kempf, Clark, e Coriat pubblicarono parecchi casi trattati con successo. Le loro interpretazioni si orientavano generalmente secondo i lavori più recenti di Freud, soprattutto secondo il caso Schreber. Essi mettevano pertanto l'accento sul problema dell'omosessualità. Questi primi lavori sono tuttavia poveri di dettagli e spesso ci insegnano ben poco circa ciò che noi oggi chiameremmo la tecnica. Ben differente, invece, per quanto riguarda Hollos, che già nel 1914 inaugurò lo stile del rapporto dialogato, stile rimesso in prestigio in questi ultimi anni da Rosen. È importante rilevare qui che l'interesse degli autori sopracitati era rivolto soprattutto al conflitto edipico e che le loro interpretazioni prendevano lo stesso cammino. Soltanto Clark, di cui parleremo ancora, ha compreso l'importanza della problematica pregenitale.

L'impossibilità di trattare gli psicotici secondo la tecnica classica condusse a cercare vie nuove. Molti furono ispirati ed attirati dal metodo « attivo » di Ferenczi, altri seguirono invece Waelder che senza presentare egli stesso dei risultati pratici ha fornito importanti elementi per una terapia della schizofrenia. Egli partiva dal fatto che in sé nessuna pulsione o meccanismo psicologico era inadeguati alla realtà. Soltanto la loro qualità, i loro contenuti o il rapporto con altri fenomeni psichici determinano il loro valore o il loro non valore di fronte alla realtà. E questa constatazione fondamentale li conduce quindi a criticare l'assima di una « intelligibilità » del sintomo schizofrenico come quella proposta da Jaspers, Gruelche e da altri.

Waelder sviluppa peraltro un'interessante teoria della rimozione.

La psicosi scoppia — dice egli — se la rimozione è narcistica, se ha quindi la sua origine nella paura d'essere biasimato e non nella presenza di un desiderio disapprovato. La più piccola frustrazione provoca allora la regressione ad uno stato anteriore. L'inizio di una psicosi non dipende unicamente dal fatto che la libido abbandona il suo oggetto, ma anche dalla relazione con il mondo che le parti dell'Id hanno e in cui si svolgono i processi di restituzione e di regressione. Sono loro che determinano il carattere e la soluzione: questa sarà adeguata o inadeguata alla realtà. Lo scopo terapeutico presso gli schizofrenici sarebbe la sublimazione del narcissismo, vale a dire una trasposizione degli oggetti posti nel proprio Io. Waelder si domanda se è possibile esercitare dal di fuori una qualsiasi influenza su una nevrosi narcistica.

Essendo la sola forma di transfert presso gli schizofrenici di carattere narcistico, il terapista dovrebbe adottare egli stesso un atteggiamento di « schizoide » e rafforzare le parti narcistiche dell'Id del suo paziente, renderlo cioè adeguato alla realtà.

L. P. Clark si è basato su queste idee sviluppando il suo metodo della fantasía esposto in una serie di pubblicazioni dal 1919 al 1926. Sebbene questo metodo ci sembri oggi un po' bizzarro, soprattutto se prendiamo l'esempio di una paziente catatonica in stato di mutismo, esso ci fornisce tuttavia una quantità di idee fra le più attuali.

Così, quando dichiara che nelle nevrosi narcistiche il materiale della prima infanzia appare ben poco e sotto una forma velata. Di qui la necessità di spingere necessariamente gli ammalati ad evocare, mediante la loro fantasia, i ricordi della prima infanzia. Questo materiale getta allora luce sulle prime identificazioni sulla madre, anche se questi prodotti della fantasia non sono dei veri prodotti della memoria. Secondo l'autore gli psicotici hanno la facoltà di far giocare la loro fantasia anche senza transfert. Il paziente, steso sul divano, con gli occhi chiusi, vivrebbe allora, essendo svelato, un sogno, una dolce autoipnosi. Egli adotterebbe nel pensiero il comportamento di un neonato, i primi giorni dopo la nascita. Clark riduce i sistemi e le idee patologiche complesse degli schizofrenici ad una incompatibilità tra le idee dei concetti magici ed infantili, propri del neonato, e la realtà. Nel corso di questa terapia non vi è interpretazione, bisogna soltanto che il paziente riviva le situazioni. Clark attribuisce una grande importanza al traumatismo dello svezzamento. Secondo lui, l'interruzione improvvisa dell'autoerotismo della suzione provoca la fissazione con l'identificazione con la madre. Egli dice testualmente: « Le conce-
zioni narcisistiche non sono altro che simboli mascherati di tendenze magiche, infantili, tra i più grossolani. Esse derivano dai desideri insoddisfatti dello svuotamento. Sovente queste scompaiono come la nebbia, dopo la stabilizzazione del transsfrt narcissistico, il quale significa un rinnovamento del felice legame del bambino con la mamma. Circa il ruolo ed il comportamento del terapista, Clark avanza delle idee che mi sembrano estremamente moderne. Così, egli chiede al medico di sopportare la monotonia e la noia delle divagazioni narcisistiche, così come la resistentia narcisistica. « Se non conoscendo l’amore e la costante preoccupazione di una madre per il suo bambino, non si sarebbe persistera in un lavoro così monotono, per un guadagno così minimo. Così il paziente vi scogerà un segno di amore materno ».

I sogni da svegli di questi pazienti nelle loro scatte narrazioni ci sembrano mancare di spontaneità e noi non conosciamo esattamente i risultati terapeutici concreti di Clark, sebbene egli parli sommariamente, nel 1926, di 5 casi di maniaco-depressivi guariti.

Introducendo la sua teoria una possibilità — presa da Waelder — di autoguarigione attraverso il narcisismo, Allen 10 anni più tardi ne fa un metodo che ci sembra ancor più originale. Egli l’introduce con questa osservazione sommaria, ma essenzialmente giusta: « Quando presso lo psicotico tutta la libido fissata agli oggetti si è trasformata in libido dell’Io, cioè quando l’intensa libido è fissata al paziente, allora egli non ha più possibilità di transsfrt e non vi è più che una sola persona che possa venire in aiuto: l’ammalato stesso ».

Allen introduce allora una specie di autosuggestione. Egli parte dall’idea che, fino a qui, la suggestione non è servita che a reprimere dei complessi patogeni potenti. In compenso, si tratta ora di condurre l’ammalato a riconoscere e ad accettare queste parti rimosse come proprie. Allen arriva così a prescrivere a uno schizofrenico di 33 anni sofferente di idee di persecuzione, la seguente tecnica: la sera, prima di addormentarsi, egli deve ripetere 60 volte ad alta voce: « Io ho in me una parte femminile ». Egli ordina ad un altro paziente di dire a se stesso: « Io voglio essere mia madre ». Con questo esempio noi vediamo di nuovo come una teoria della patogenesi in sé giusta, conduce ad una ricerca inadeguata, ingenuamente patetica, di un metodo standard simile ad una ricetta. E malgrado queste stranezze, noi troviamo questa tendenza molto attuale, di fare accettare ed assimilare al paziente gli aspetti della sua natura che egli ha rimosso.

Un altro contributo alla tecnica della psicoanalisi delle psicosi è quello di Landauer, nel 1924. Da una parte egli domandava agli analisti di utilizzare il silenzio come un potente strumento nella terapia degli schizofrenici. D’altra parte egli proponeva di elevare al rango della realtà le pulsioni istintive rimosse, nel mondo dell’immaginazione ». Per questo il terapista stesso dovrebbe « inscriversi in questo mondo immaginario in quanto rappresentante della realtà esterna ». Landauer descrive allora le discussioni con i suoi schizofrenici e usa parlando con loro e di loro stessi, la terza persona. Per es.: « Che pensiero ha egli in se stesso? ».

Landauer ci dà dei risultati stupefacenti circa ammalati cronici internati: così un catatonico infermo a letto da 26 anni e caduto in un completo mutismo, si sarebbe improvvisamente alzato ed avrebbe cominciato a lavorare. Nei suoi lavori l’autore si differenzia nettamente dal tentativo fatto dalla scuola di Zurigo di tradurre molto rapidamente i simboli degli schizofrenici per offrirli loro subito come interpretazioni. Egli preconizza anche per gli psicotici la vecchia regola secondo la quale un transsfrt negativo deve essere immediatamente interpretato, mentre si deve lasciare il tempo ad un transsfrt positivo di crescere e di espandersi. Se noi passiamo in rivista tutti questi saggi di rimaneggiamento della tecnica, ricordiamo una frase di de Saussure, scritta già nel 1922 e traianone profitto: « Il metodo terapeutico (al contrario del metodo scientifico) mimerà soltanto a stabilire dei rapporti di causa ed effetto utili all’ammalato, poco importa se questi non corrispondono esattamente alla verità, poco importa se un sogno non è del tutto spiegato, a patto che l’interpretazione data consoli l’ammalato e gli permetta di difendersi contro il ritorno di accidenti patologici.

Per ritornare all’evoluzione storica, noi notiamo che a fianco di queste audaci innovatori vi furono molti terapisti che seppero dare un aiuto allo psicotico soltanto con un semplice lavoro di interpretazione. Risulta allora chiaro in Coriat, per es., che per il paziente il fattore essenziale non è l’interpretazione di un contenuto di un sintomo, ma bensì la consapevolezza di essere stato compreso dal terapista. Coriat può conseguentemente parlare dell’intelligibilità del negativismo in rapporto con il rifiuto della sessualità. Nel 1918 egli descrive 5 casi di schizofrenia alcuni dei quali risalgono a parecchi anni prima e che egli ha trattato con successo mediante la psicoanalisi. Notiamo la sua interessante osservazione secondo la quale — primo sintomo di miglioramento — i sogni divengono meno infantili. Nello
stesso periodo noi troviamo anche il bel caso pubblicato da Hesnard, il quale ha trattato con successo una schizofrenia paranoia, e che ha messo in luce il ruolo dei fantasmi sessuali rimossi. Infine, le statistiche dell'istituto di psicanalisi di Berlino dagli anni 1920 al 1930 ci dimostrano che in quel periodo, 45 schizofrenici in tutto, due paranoidi e 14 maniaco depressivi furono psicoanalizzati. Dei 45 schizofrenici, è detto che 8 non sono guariti, che 8 hanno avuto un miglioramento, che due hanno avuto un forte miglioramento e che uno è guarito. In 26 casi, il trattamento fu interrotto. Dei 14 maniaco depressivi: 2 non guariti, 4 migliorati, 2 molto migliorati, uno guarito e 5 trattamenti interrotti. Nel 1924 von Muralt ha esposto in un rapporto alla Soc. Svizzera di Psichiatria il punto di vista della psicoanalisi sulla schizofrenia. Intorno alla terapia egli è probabilmente uno dei primi a parlare «di analisi diretta» dei complessi. Ma egli consiglia anche la prudenza e mette soprattutto in guardia contro il trattamento con un analista laico. Egli tenta inoltre di ricondurre ad un comune denominatore i concetti teorici di Freud e di Jung che la libido si erano differenziati.


Una certa attività da parte del terapista è necessaria. S. Nacht lo spiega nel suo saggio «Alcune considerazioni su una psicoanalisi con una schizofrenica» nel 1927, quando egli scrive circa una psicosi: «con loro bisogna all'inizio agire ed agire attivamente, utilizzando le conoscenze psicoanalitiche per trovare i punti di questo apparato di protezione così complicato che costituisce per lo schizofrenico la sua malattia. Ciò fatto, si può sperare di trovare un punto di contatto con gli ammalati».

La sua paziente era una schizofrenica autistina e rimboccillita, ma sotto l'effetto della terapia ella divenne veramente come non si la si era vista da parecchi anni. I problemi del terapista rassomigliavano quindi abbastanza ai nostri: si trattava soprattutto del rapporto tra l'attività e la passività necessaria. Fra l'altro si posero altre domande agli analisti: quella dei familiari, del gruppo, dell'ambiente ospedaliero, dell'organizzazione e del personale infermieristico (cfr. Barkas, Bychowsky, Lazelle, e Repond). Repond, con la sua abituale vivacità esortava i partecipanti a una seduta della Società Svizzera di Psichiatria a dare prova di un'attività più grande. Egli diceva testualmente: «Noi siamo infatti persuasi che l'azione del medico, a condizione che essa sia abbastanza intensa ed esercitata al momento favorevole, può essere infinitamente più efficace di quanto non si crede generalmente e può arrivare nella maggior parte dei casi ad una guarigione sociale di queste psicosi». Hinsie, in se stesso si mostrava ottimista circa le possibilità terapeutiche ed avanzava anche l'opinione secondo la quale gli schizofrenici del tutto introvertiti, dovessero essere una minoranza. Egli è soprattutto convinto che la fissazione libidinale è sottosopra a delle forti fluctuazioni e può cambiare da un momento all'altro. Dal punto di vista terapeutico, egli consiglia la semplice osservazione durante la fase acuta, una forte attivazione del transfert positivo in seguito, e infine un'analisi classica. L'ammalato si sente dapprima figura dell'analista, per vedere in seguito in questo un consigliere impersonale. I transfert sugli infermieri avrebbero una grande parte nelle guarigioni spontanee e l'autore conclude circa l'importanza di un personale ben formato. Tuttavia non dimenichiamo le voci di critica e di messa in guardia, che durante lo stesso periodo si sono alzate all'interno del movimento psicoanalitico. Inutile ricordare che allora l'idea di una psicoterapia delle psicosi passava per un non senso per la maggior parte dei clinici, ad eccezione forse di Bleuler.

Le esitazioni di alcuni analisti venivano soprattutto dal fatto che lo schizofrenico mancava già di possibilità di rimozione, allora un'interpretazione nel senso classico non potrebbe che rinforzare la scissione. Tramer, per es., esprime nel 1924, questa idea: la psicoanalisi trascinerebbe l'uomo ad oggettivare, quindi a scindere e favorirebbe di conseguenza il processo schizofrenico al centro delle proiezioni. Egli cita per illustrare il pericolo, quindi, il caso di un analista divenuto

Bychowsky esige che l’analista veda il suo paziente tutti i giorni nella fase acuta, che egli si identifichi parzialmente con lui e accetti il suo mondo psicotico, rappresentando un tentativo di ritrovare il mondo degli oggetti. Simmel descrive le sue esperienze circa la formazione dell’ambiente all’ospedale. Il mondo esterno in quanto realtà che l’ammalato trova all’ospedale avrebbe un’importanza decisiva poiché si tratterebbe con lo psicotico, soprattutto di un conflitto tra le esigenze caotiche dell’« Es » e la realtà, essendo l’Io messo fuori concorso. Si tratterebbe quindi di favorire l’identificazione del paziente con la persona del medico, bisognerebbe ridurre per quanto possibile le reazioni psicotiche alla relazione medico-paziente. Il medico responsabile dovrebbe quindi formare l’ambiente in modo tale che tutta la libido di transfert sia investita da fuori in lui e che il personale infermieristico resti al di fuori da questa problematica.

Ma non sarebbe sempre facile al personale infermieristico comportarsi in modo adeguato soprattutto perché l’ammalato ossessionato tenderà a ripetere gli avvenimenti dell’infanzia ed a scaricarsi della sua paura con un « acting out ». D’altronde Simmel trova delle formule pertinenti circa le mene dell’ammalato per es., molto evidentemente, non potendo l’affetto legarsi ad una rappresentazione dell’oggetto, cerca di raggiungere l’oggetto stesso.

L’« acting out » dello psicotico rappresenta quindi un tentativo di restituzione, di ristabilimento di contatti con l’ambiente. Se questo è adeguato, non deve rispondere all’aggressività del paziente con una punizione automatica. Ricordiamo anche che in quei tempi, già Simmel ha rilevato il ruolo sovente nefasto avuto dai membri della famiglia, disposti a sabotare una terapia. Egli tratta anche brevemente il problema dell’indicazione. Gli psicotici più accessibili ad una terapia sarebbero quelli che hanno ancora un minimo di contatto con la realtà e possono in questo modo concentrarsi su una sola persona: il medico.

In mezzo al gruppo inglese (Klein, Glover, Devine), le opinioni erano nel 1930 un po’ contrastanti. Secondo Devine la schizofrenia, in fin dei conti, è una malattia somatica e la fissazione libidinale psicologica dipendente dalla costituzione. Se si constata veramente un effetto terapeutico, bisogna vedervi in tutta umiltà una guarigione spontanea, d’accordo con la formula: « Je le pansai, Dieu le guérît ». Melanie Klein espone le sue idee sul mondo infantile, differenziate in due parti: da una il seno materno, dall’altra l’ambiente esterno. Essa concepisce i sintomi psicotici come una diffesa contro le fantasie infantili sadiche. Glover, da parte sua, metteva anch’egli l’accento sul ruolo delle pulsioni istintive sadiche presso lo psicotico. Circa la tragedia egli preconizzava il giorno, così come Melanie Klein l’aveva introdotto per i bambini. Egli partiva dall’idea che, in tutti i modi, noi non siamo in grado di parlare il linguaggio degli schizofrenici. In quel periodo Glover rileva anche il significato straordinario del controltransfert per la terapia della schizofrenia. La difficoltà di formare un transfert non soltanto isolato lo schizofrenico, ma questo isolamento provvederebbe anche nello stesso tempo la « self protective inaccessibility » del terapista.


Circa l’indicazione egli pensa che gli schizofrenici paranoidi si prestano meglio al trattamento che le forme catatoniche, prevalendo presso i primi i meccanismi puramente schizofrenici. In effetti questa
opinione sembrava ben fondata, se si si ricorda l’interpretazione di Freud circa il caso Schreber.

Altri nomi appaiono nella letteratura sia dando dei cenni generali, sia trattando dei casi particolari. Citiamo Hinsie, Sullivan, Malamud e Miller, ma anche Chapman a Neyman.

Nel 1932 Schilder alza ancora una volta la voce per esortare alla prudenza e formula un pensiero importante: « Alcune delle emozioni del vivere sono più forti che le emozioni che possiamo provocare e utilizzare nelle misure psicoterapeutiche ». Nessuno oggi mette in dubbio l’opportunità di questa messa in guardia contro un eccessivo ottimismo terapeutico.

In questi anni, i secoli contributi venuti dalla Clinica Menninger cominciano a produrre i loro effetti. Conformemente alla tradizione di Simmel i principi psicoanalitici furono ugualmente applicati al trattamento degli ammalati negli ospedali.

Inutile infine ricordare qui il ruolo considerevole di H. S. Sulli-
van, nei progressi psicoterapici della psicosi. La sua opera oggi ci è molto familiare. Lo stesso per quanto riguarda i lavori di Frieda Fromm-Reichmann e quelli di Federn che in quest’epoca facevano i loro primi saggi e pubblicavano i loro primi scritti.

Nel 1937 e nel 1939 Knight ha esposto le sue opinioni in due lavori molto densi: una descrizione di un caso isolato ed uno studio sulle difficoltà di una psicoterapia analitica delle psicosi in generale. Oggi ancora, la sua casistica ci affascina per la chiarezza della descrizione. Un giovane di 20 anni, sposato, si ammalò improvvisamente. Nel suo delirio egli ritiene sua moglie infedele. Knight lo tratta ogni giorno all’ospedale e gli interpreta direttamente i suoi desideri omosessuali. Le idee deliranti scompaiono alla fine di una settimana. Il paziente viene per una terapia d’appoggio 5 anni più tardi, e la catamesi ci mostra una completa remissione.

Gli elementi essenziali, secondo Knight, sono i seguenti:

1) che la psicoterapia comincia prima che il paziente abbia avuto l’occasione di distruggere la sua reale situazione con il suo comportamento anormale;

2) le interpretazioni dirette;

3) il terapista deve poter accettare e supportare l’affetto e le inclinazioni del paziente in modo tale che quest’ultimo non abbia paura delle sue tendenze omosessuali;

4) l’autostima deve essere rafforzata.

Il secondo lavoro di Knight sulla clinica psicoanalitica contiene un’osservazione importante: se è necessario, bisogna che il terapista si avvicini all’ammalato anche se questi non lo desidera assolutamente. Contrariamente a Federn, Knight pensa dunque che un trattamento psicoanalitico è possibile anche con un transferto negativo predominante. Egli enumera tra l’altro le difficoltà che l’analisi incontra: se il paziente fa del « acting out », se parla del suo trattamento con altri pazienti, se cerca di opporre l’analista al personale o questo all’analista. Il contatto costante e le discussioni con gli infermieri sono quindi di primaria importanza. Chassel pure nota che l’atmosfera dell’ospedale deve per principio essere differente da quella che il paziente trova a casa. Deve essere tale che senza nessuna interpretazione, l’idea falsa del paziente, circa le sue relazioni con gli altri finisca per crollare.

Chassel ha visto molto bene d’altronde le due possibilità di psicoterapia in un Istituto chiuso: sia come analista neutro senza responsabilità per l’organizzazione e l’amministrazione, sia come membro responsabile del gruppo. In quest’ultimo caso, l’analista avrebbe l’obbligo di trattare il paziente come un membro della sua famiglia. Più tardi, quando affronteremo i problemi dell’organizzazione pratica della psicoanalisi di pazienti psicotici, avremo l’occasione di dimostrare come questa differenziazione è ancora importante oggi.

Gertrude Schwing ha pubblicato nel 1940 il suo piccolo libro che ci ha arricchiti in parecchi punti. Da una parte, i suoi contatti con gli alienati erano tutt’altro che quelli della maggior parte degli analisti. Ella lavorava in effetti come infermiere alla Clinica di Vienna, e questo doveva passare intere giornate presso il letto degli ammalati mentali. La essa comprese l’importanza dell’affettività materna del terapista per il paziente. Gertrude Schwing stabilì allora una distinzione molto sottile tra l’amore materno e l’istinto materno. Mentre l’amore materno è un prodotto di sublimazione, potendo manifestarsi solo se una donna accetta completamente la sua femminilità, l’istinto materno forma il legame inconsueto della madre al bambino, come lo si trova anche nell’animale. Il bambino non è amato in quanto oggetto, ma in quanto parte di sé. Gertrude Schwing poté osservare che tutte le sue pazienti erano state frustrate da una madre materna. Essa pensò « che l’alienato deve ricevere una parte di ciò che non ha mai ottenuto ». Essa ritiene pertanto le cure e l’amore materno come una con-
dizione sine qua non della guarigione. Certo, essa non considerò questo « maternage » come unica ed ultima possibilità di trattamento. Ella vi vede piuttosto una semplice preparazione, un rafforzamento prima della vera analisi e paragona questo processo a quello di un intervento chirurgico al quale si devono preparare i pazienti indeboliti. Ella pensa anche che i terapisti maschi possano avere questo affetto materno specifico. Allieva di Federn, credeva che soltanto un transperv positive potesse fare pressa sulla malattia.


Arrestiamoci un istante. Per quale motivo abbiamo passato in rassegna con una certa cura l’antica letteratura e ci siamo orientati secondo i classici della psicoanalisi? Noi volevamo evitare lo stupido errore di credere che soltanto la nostra generazione ha scoperto i misteri della psicosi e dei suoi meccanismi, e che siamo noi i primi ad aver trovato un accesso al mondo schizofrenico, una comprensione del paziente. Grave illusione. L’onestà ci obbliga a riconoscere che tutti gli elementi sui quali si fonda la nostra terapia delle psicosi si trovano già presso gli autori antichi — che si tratti di problemi della regressione, del transperv, del contro-transperv, dell’ambiente, del « maternage » o dell’analisi diretta, ecc. Un nuovo elemento ma relativamente esterno, intervenuto nel nostro lavoro d’oggi, era inaccessibile anche ai padri della psicoanalisi: vogliamo dire l’enorme quantità di tempo dedicata ad ogni paziente. Infatti la « presenza » del medico può, se se ne presenta l’occasione, durare degli anni. Un altro elemento nuovo: il linguaggio utilizzato per descrivere le nostre esperienze terapeutiche. Mentre allora conveniva osservare la soggettività più netta e reprimere tutta la nostra personalità nei rapporti sui casi, e si faceva tutt’al più allusione al problema del controtransperv senza mai parlarne esplicitamente, oggi noi siamo meno preoccupati e più liberi a questo proposito. Ma, non dimentichiamo che questa libertà presenta un aspetto negativo. Noi rischiamo di più oggi di assumerci il ruolo un po’ sentimentale del martire ricordando i nostri sacrifici di tempo e d’emozioni per il bene dei nostri pazienti.

E’ evidente che ogni psicosi è lo svolgimento d’un unico destino, d’un dramma personale. Bisogna tuttavia evitare d’esaurirsi in una catastica descrittiva respingendo ogni tentativo di classificazione categorica (2). Lo studio delle prime pubblicazioni psicoanalitiche sulla terapia delle psicosi non ci dà indici circa la quantità di esperienze personali che devono aver fatto questi terapisti, nessuna parola della dolorosa quantità di sforzi e di responsabilità. E’ pertanto facile immaginare l’esistenza di uno psicanalista in un ospedale psichiatrico all’epoca tra le due guerre, tra ammalati tormentati nelle loro cellule, legati o curati con bagni; voler venire loro incontro con la psicoterapia voleva dire subito lo scherno o l’ironia dei colleghi. Probabilmente, per un naturale pudore, queste pubblicazioni non ci rivelano nulla a questo proposito.

(1) Con lei l’immagine del terapista è uscita dall’ombra nella quale si trova molto soventemente quando leggiamo gli autori citati.

(2) D’altra parte è certo che soltanto attraverso la relazione terapeutica medico-amministrato si può approfondire la conoscenza del delitto e delle sue funzioni. Nel momento in cui parliamo all’amministrato e in cui l’ascoltiamo, ci troviamo immediatamente impegnati, non possiamo più distinguere, nel caso del delitto, tra forma e contenuto, non possiamo più sfuggire di fronte ad una presa di posizione soggettiva vi-vi di questa pretesa verità.
RUOSI:

Non so se ho ben seguito la relazione, comunque a me interessa domandarle all’illustre relatore che cosa ne pensa della questione di alcuni malati schizofrenici e nello stesso tempo di alcuni malati psicotici, in genere, che presentano queste situazioni di possesso del demonio. Ora, per quello che io so, la Chiesa oggi va molto cautamente in questa materia; cioè, mentre noi sopprimiamo bene dalla vecchia storia della psichiatria che molti, quasi tutti gli ammalati psicotici e schizofrenici erano ritenuti demoniaci, oggi è ovvio che la psichiatria è molto più cautela nel registrare situazioni di possesso del demonio e piuttosto spesso manca d’essere con gli psichiatri questi malati. Sono cose che fanno ridere, però basta che capita qualche caso. Un caso che è capitato a me qualche anno or sono, forse è stato visto da molti psichiatri in Italia ed anche da qualche qui presente: era una ragazza sui venti anni, una ragazza apparentemente ad un’ottima famiglia napoletana che viveva a Napoli in quel tempo, che però si è trovata per ragioni di impiego del proprio genitore a passare un po’ in varie città d’Italia ed anche a Milano. Questa ragazza, che aveva pure un titolo di studio abbastanza elevato, frequentava in quell’epoca l’università, aveva scritto un bel libro di poesie, ma veramente scritto bene, già dall’età di sedici anni; poi tuttavia è andata incontro improvvisamente a condotte agitate durante le quali si mostravano questi segni che riguardano l’ossesso diabolico. Dal punto di vista organico questa ragazza aveva vuto le più svariate malattie dall’infanzia, a cominciare dalla intossicazione da infestazioni di parassiti, dagli ossi che infestavano un po’ tutta la famiglia, alla tenia, finché aveva avuto vari disturbi psichici: un caso difficilissimo, complesso, proprio per il fatto che presentava soprattutto alla base di disturbi di origine organica piuttosto che situazioni psicologiche, almeno nella base originaria. Ebbene quello che a me interessa richiedere è questo: che nella storia di questa ammalata che ormai durava da anni avesse avuto la possibilità di un tentativo di suicidio da parte di un eccellente psichiatra. Ebbene molti psichiatri avevano consigliato di sottoporla ancora a questi esercizi in quanto qualche volta questi esercizi facevano bene veramente. Purtroppo ricordo che la seconda volta che ho visto questa ragazza, perché poi forse non era da chiamare più perché probabilmente si stabilì un rapporto negativo, in quanto fin dalla seconda volta questa ragazza mi aveva visto come fidanzato, probabilmente per questa ragione non mi ha chiamato più, sospettato la possibilità di un tentativo di suicidio proprio dalla terapia della casa, di una bellissima casa dalla quale si vedeva tutto il golfo di Napoli, al settimo piano; difatti non passarono molti mesi e questa ragazza si suicidò proprio da quel settimo piano. Vorrei sapere appunto che relazioni, in questa ragazza mi sembrava veramente ci fosse una relazione con queste questioni demoniache; la madre, che è una persona molto intelligente, laureata in chimica, ecc. ricordava che da spazi qualche tempo si era riscontrato tanti che ad un certo momento una cameriera, attraverso una fotografia, fin dalla terza età aveva trasmesso a questa ragazza delle questioni appunto di natura demoniaca. Chiedo appunto un parere al relatore su questo argomento.

MUELLER (trad. Selvini):

Il prof. Mueller ha risposto a questa domanda a proposito della posses-
sione diabolica dicendo prima di tutto che non vivendo in un ambiente cattolico ma in un ambiente protestante i fenomeni si presentano in modo diverso e quindi non ha mai incontrato casi come quello descritto. In se-
condo luogo dice che l’esorcismo da parte di una autorità, cioè di un ministero religioso, può esercitare sull’ammalata un effetto in quanto rap-
porto personale da parte di una persona in autorità che ha un carattere superergeoico in quanto altrettanto tenace quanto la creduta posses-
zione diabolica, e quindi in grado di proteggere la paziente stessa da questa pos-
sessione. Però dice che questo è un problema molto complesso che porterà fuori un sacco di altre questioni e che è impossibile trattare: non ha una esperienza molto approfondita.

MONTANARI:

Io vorrei sapere: c’è un punto della relazione del prof. Mueller (co-
munque non è una affermazione del relatore) che dice che dal 1920-30 nell’istituto di Berlino si sono curati diversi ammalati schizofrenici e ma-
niaco-depressivi e vorrei sapere cosa si intende per loro quando si parla di «poco migliorati», «molto migliorati»: se si intende nel loro episodio morboso oppure in quello che è proprio un rallentamento del ciclo biol-
gico, quello che si dice in psichiatria organica, insonnia, del ciclo vitale; del ripetersi di questi episodi.

MUELLER (trad. Selvini):

La risposta è questa: il problema posto dal collega è veramente il problema fondamentale nella psicoterapia della schizofrenia ed in effetti, rileva il prof. Mueller, questi lavori che lui ha riportati per interesse storico, non precisano affatto che cosa significhi «migliorato» e «re-
missione» ed altro, per cui egli pensa che in questo grosso problema il criterio veramente valevole per un giudizio sarebbe un lungo esame catamnestico. Del trattamento di questo gruppo di schizofrenici e di psicotici nell’Ospedale di Berlino fra il 1920-30 non è stata fatta catamnesi. Più recentemente, anzi attualmente, il prof. Mueller ha invece fatto una indagine catamnestica di 90 schizofrenici, trattati a Zurigo da vari analisti, tra cui anche il Prof. Benedetti, e intendo proseguirà ancora per anni per poter dare dei risultati statici di che cosa è avvenuto di questi schizofrenici analizzati in modo completo e soltanto questo lungo esame catamnestico potrà vera-
mente dare dei dati statistici valevoli, in quanto tutti sanno che esistono remissioni spontanee ed altri fenomeni, e quindi soltanto una ricerca accu-
rata e profonda di questo genere potrà dare dei dati attendibili.

I 96 casi di cui è stata fatta la ricerca catamnestica della durata di
10 anni erano tutti indistintamente stati diagnostici presso la clinica del Prof. Bleuler a Zurigo, quindi certa era la diagnosi di schizofrenia, era una diagnosi costantemente e assolutamente sicura. Questi ammalati erano scagionati fra malati assolutamente cronici, con già 15 anni di osservazione; malati ospedalizzati da un mese o due e distribuiti in tutte le forme, dalla paranoia alla eufonia, alla catatonnia o a forme con tendenza a pessù-schizofreniche e remissioni molto frequenti. Di questi 96 ammalati, 11 non furono più rintracciabili ed erano morti; 24 ammalati invece furono interrogati personalmente dal prof. Mueller, con il controllo anche di altri che diede in seguito, e furono trovati completamente liberi da qualsiasi segno di schizofrenia. Un altro gruppo di malati, tra i 20-24 malati, presentavano ancora alcuni segni di schizofrenia, però potevano vivere all’esterno, essere supportati dall’ambiente sociale, condividere una vita simile alla norma. Un ultimo gruppo, che non ricorda bene tra i 15-20, erano invece di nuovo ospedalizzati, però la descrizione della loro forma presentava caratteri di minore gravità rispetto a quanto era stato descritto precedentemente. Ora, per non fidarsi soltanto dei propri dati, delle proprie impressioni che potevano essere poco obiettive, il prof. Mueller è stato coadiuvato anche nell’ascolto da conversazioni con la famiglia che doveva confermare le sue impressioni sul comportamento dell’ammalato e sui parenti dell’ammalato stesso. Poi dallo psicanalista che aveva a suo tempo curato l’ammalato e dallo psichiatra ambulatoriale, dove i malati si recavano a fare il controllo. Quindi un controllo fatto da un gruppo, con cui metteva a confronto le proprie impressioni. Quindi, tutto sommato, casi migliorati, quindi completamente liberi dalla schizofrenia, si poteva valutare circa una metà dei casi; 1/3 invece quelli guariti, considerabili guariti. Risultati, quindi, non spettacolosi ma abbastanza confortanti.

MONTANARI:

A questo punto penso che forse valga la pena, dato che siamo in tema, di chiedere all’illustre relatore se, io ho una enorme fiducia in Bleuler, comunque si tratti di vedere da un punto di vista diagnostico la definizione stessa di schizofrenia, cioè adesso ci addentreremo in campo nosografico, diciamo. Ora Bleuler modificandosi rispetto a Kraepelin a un certo punto concepisce la schizofrenia non tanto in funzione della progesi, quanto in funzione della sintomatologia, di quella che Bleuler chiama segni primari, segni caratteristici della schizofrenia. Quindi è un dibattito aperto se schizofrenia debba intendersi secondo le vedute della scuola di ieri come un delirio cronico. Quindi dire questa psicosi è una schizofrenia, solo in una fase avanzata, in una fase non dopo il termine, comunque quanto il processo acuto che viene solitamente da lui chiamato « psicosi acuta » si estenda, perché effettivamente è una frase che mi riporta, mi sembra molto giusta: noi conosciamo molte malattie, noi vediamo molte psicosi acute che hanno tutti i segni caratteristici della schizofrenia e che però non evolvono in senso schizofrenico, mentre invece può avvenire viceversa.

In Svizzera l’orizzonte di Kraepelin della evoluzione della schizofrenia naturalmente è stato abbandonato, quindi si segue il criterio di Bleuler; naturalmente queste psicosi erano diagnosticate come tali, quelle che si presentavano i fasci acuta in base ai segni di Bleuler, quindi della depersonalizzazione, dell’autismo e di tutti gli altri segni classici. Naturalmente, però, rimane aperta questa questione diagnostica posta così bene da Henry Ey sulle psicosi acute e sulle psicosi deliranti croniche. Il Prof. Mueller è dell’opinione che questa idea di Henry Ey prenderà sempre più piede, nel senso cioè di farne una distinzione e di considerare quindi questi episodi psicotici acuti e le psicosi deliranti croniche come due cose da considerare anche diagnosticamente, specialmente terapeuticamente, ben distinte. In questo senso lui lavora anche nella sua clinica per approfondire questi casi nella loro dinamica proprio dal punto di vista psicoterapeutico.

NAVARRO:

Immanatutto io vorrei permettermi di osservare nel nostro comune interesse che cercare una possibilità di comunicazione tra di noi che sia realmente feconda, cioè di evitare di cadere in quel dualismo tra psiche e corpo, e quindi tra psicologia e biologia, e contemporaneamente anche di evitare tutto ciò che può farci avere un linguaggio dualistico per cui altrimenti non ci si potrebbe certamente intendere. E, fatta questa piccola modesta osservazione, vorrei chiedere al prof. Mueller se anch’egli non abbia l’impressione, da quella che è la ricerca storica di una psicoterapia della schizofrenia, che c’è stato sempre la volontà, il desiderio di ricercare una tecnica che è tanto diversa nei vari autori, e che — in fondo — va radicata in quella necessità di trovare, in ultima analisi, un rapporto con il paziente che possa farlo considerare anche non soltanto come io, ma anche come altro, cioè nel senso di eliminare quel senso di solitudine, senso di abbandono, senso di anoressia, senso di timore atavico che fa sì che l’uomo si senta solo. Ora anche i colleghi che si sono per la prima volta interessati della psicoterapia degli schizofrenici che venivano derisi, anche questi colleghi io penso che abbiano avuto la grande possibilità di sentirsì contemporaneamente identificati con i loro stessi derisorì e quindi il creare quel tale rapporto « io-tutti », cioè io sono io e contemporaneamente per voi sono un altro, e voi siete tutti io, e io sono un altro; quindi nello stabilire questo rapporto a un certo punto l’individuo che crede di essere solo si ritrova inserito negli altri e quindi può, attraverso questa tensione di identificazione, ritrovare la possibilità di essere sicuro di se stesso e quindi di rapportare il proprio io e adeguarvisi a quelle che sono le situazioni della realtà concreta attraverso il suo comportamento in quella che è la sua attività giornaliera.

MUELLER (trad. Selvini):

Dice che effettivamente questi primi psicoterapeuti della schizofrenia che ha citato nella sua rapida visione storica erano veramente dei pionieri, delle persone veramente coraggiose, che avevano tutti contro di sé: dal grande maestro di Vienna, genialissimo, il quale però aveva detto che fare il transfert con uno schizofrenico era impossibile, a tutti i loro direttori di cliniche psichiatriche e di ospedali avevano veramente contro la psico­terapia classica che parlava rigidamente di organicità del processo, quindi sono stati veramente dei coraggiosi e dei pionieri ed è — aggiungo io —
per questo che il prof. Mueller ha voluto rendere omaggio a questi pionieri nel dire che, in fondo, la nostra generazione in tema di psicoterapia della schizofrenia non ha scoperto niente di nuovo, ma non ha fatto che continuare sulla via segnata da questi pionieri. Trova molto originale l’idea del collega, il quale ha detto che effettivamente, essendo derivi da tutti questi psicoterapisti potevano facilmente identificarsi con il malato, che si sentiva a sua volta estraneo e deriso e quindi andare incontro in questa solitudine di essere deriso e di essere “altro”, di essere diverso, e di incontrarlo proprio in questa situazione sociale. Veramente questo può presentare altri pericoli, però — indubbiamente — ha un lato notevolmente positivo per quello che riguarda la situazione di stabilimento del transfert.

GALLI:


MUELLER (trad. Selvini):

Ha risposto il prof. Mueller che, effettivamente, per lui questa non è stata una grossa difficoltà: si è trattato soltanto di riuscire a fare una organizzazione, che naturalmente in una clinica come la sua — dove ci sono 1,700 dimessi per anno — non è certo pensabile che incontrino tutti i malati la psicoterapia, è soltanto un piccolo numero di malati che può fare la psicoterapia analiticamente orientata. Che, comunque, nella organizzazione della sua clinica lui non ha incontrato difficoltà grosse; ha vari collaboratori che trattano i malati con psicoterapia analitica, e tra l’altro il dr. Cantoni, il quale ora vi parlerà.

CANTONI:

Non so molto cosa dirvi sulla pratica che possiamo fare, ma penso che il collega che ha posto la questione prima, era su come i problemi pratici possono integrarsi, cioè che si può realizzare una psicoterapia rispettando, per es., l’ordine di un ospedale, certe prescrizioni: non so se ho ben capito lo spirito della sua domanda. E’ logico che tante volte nel corso di una psicoterapia si è portati ad avere delle attitudini più positive per es. verso un malato, per accettare per es. certe attitudini regressive che possono presentare delle situazioni di conflitto, se si tiene conto che un malato vive, per es., in una divisione con altri malati e che potrebbe anche crearsi una questione di differenza per es. di trattamento in rapporto l’uno all’altro. D’altra parte ci sono dei problemi: per es. il psicoterapeuta si trova in un ospedale e, nel medesimo tempo, è il medico curante, possiamo dire, di un ammalato, e anche nel medesimo tempo ha la responsabilità, per es., di dirigere un servizio. Ebbene, anche lì si trova per es. nella situazione di dover essere permisivo, per es., e nel medesimo tempo repressivo. Allora, come si può risolvere questo problema? Sul lato pratico, nel mio caso particolare, per es. sono particolarmente favoreggiato perché, essendoci l’autorità del direttore, posso sempre dire: beh, è il direttore che ordina queste date cose, cioè si cerca di fare, nella misura del possibile, un “paragone”, se volete, delle responsabilità. Quando per es. in certe divisioni non posso intervente direttamente presso un ammalato che ho in cura, devo dire che anch’io devo rispettare un certo regolamento. E’ anche un modo, se vogliamo, di far presente al malato di tenere il dato della realtà. Non possiamo assolutamente abbinare. Non se so se ho risposto in parte; forse non è il problema che il collega sollevava.

GALLI:

Il collega Cantoni ha risposto a un problema molto interessante, però non ero quello della domanda posta da me. Lei ha risposto al problema delle difficoltà che possono sorgere, nell’ambito della terapia individuale, e di come queste possano essere risolute nell’ambito della struttura ospedaliera. La mia domanda si riferiva esplicitamente a come un direttore di clinica, orientato verso la psicoterapia, può — accanto all’autorizzazione a rendere possibile nella maniera migliore la terapia individuale — organizzare altre forme di psicoterapia nell’ambito della struttura ospedaliera. Per es., terapia di gruppo, formazione del personale etc. Cioè come sono stati risolti tutti i problemi di quello che di psicologo può essere fatto, dal punto di vista ambientale, con un orientamento strettamente tecnico. Era questa la domanda: non è delle difficoltà che sorgono in rapporto alla terapia individuale.

CANTONI:

Dirò che non ci sono solo delle terapie di tipo individuale, ma che esistono delle terapie di gruppo, anzi a Losanna il prof. Mueller ha messo adegno in opera un tipo di psicoterapia particolarmente interessante, per es. dei gruppi di psicoterapia bifocale di schizofrenici, dove si trattano sia dei malattia sia la famiglia, per avere duplicaazione. Oltre alle psicoterapie in quest’ambito c’è una attitudine psicoterapeutica che bisogna introdurre in un ospedale, ed anche questo ha molta importanza. Per es. nei contatti con il personale bisogna poter spiegare al personale quale ruolo a un dato momento per es. tra le persone del personale giocano nei rapporti di un malato o quale influenza possono avere, perché bisogna tollerare in certi momenti tale situazione o in tal altra no. Questa è tutta una azione che deve essere fatta su un piano psicologico generale, in un ospedale, ma non si può codificare. Non è che esista un sistema ideale che dice: bisogna fare questo, poi questo e poi questo, schematicamente. Viene a poco a poco. Le persone devono prepararsi a poco a poco.

GALLI:

Avrei ancora una obiezione da fare a quello che ha detto il dr. Can toni ed è una obiezione che riguarda un atteggiamento un po’ generale che si riscontra nella psichiatria. Quando lei ha concluso dicendo: non è possibile codificare tecnicamente che cosa bisogna fare ecc., io direi di no,
nel senso che qui ci troviamo di fronte a dei problemi di psicologia sociale da risolvere: esistono moltissime tecniche di psicologia sociale che possono essere adoperate nel settore psichiatrico e, a quanto mi consta dalla conoscenza della letteratura europea, non è mai stata impostata una ricerca in maniera corretta scientificamente, con metodologia corretta. Ciò per un motivo molto semplice: perché gli psichiatri europei non conoscono queste tecniche della psicologia. Direi che qui si imposta proprio il dialogo tra psicologia e psichiatria in termini tecnici, cioè qualcosa di più che un dialogo tra due scienze che hanno un suo rigore metodologico. In questo senso, è più empirica, quando prescindiamo dalla sua base organizzazione. Quindi lo direi che non è vero che non si può codificare tecnicamente, è vero che tecnicamente si possono impostare i problemi, si possono studiare certi tipi di reazioni ambientali, esistono decine di tecniche che in altri settori vengono adoperate e che in quello psichiatrico, proprio per carenza della collaborazione con psicologi orientati scientificamente, non è stato fatto finora.

CANTONI:

Si, le risponderò, sul piano tecnico, certo si può seguire una metodologia, ma non è detto che possiamo già adesso dire: questo è il modo migliore. Per es., per preparare il personale bisogna presentare certi casi, spiegare come un malato reagisce, creare un gruppo già per es., con il prigioniero. Questo anche è un modo, è una tecnica, ma non è che per questo qui si possa dire: a quel tal momento del programma dobbiamo introdurre questo.

GALLI:

Il volume di Stanton e Schanz dell'ospedale psichiatrico, è proprio una ricerca fatta in questo modo, ed è fatta non da psicologi ma da un sociologo e da uno psicologo. Quindi vorrei dire questo in ultima analisi: c'è anche un certo tipo di orientamento scientifico che a noi europei manca, nella requisizione del nostro lavoro, appena passiamo dal livello individuale a quello sociale.

CANTONI:

Probabilmente.

GALLI:

Per lo studio proprio di un certo tipo di reazioni, insomma, nel come impostare il lavoro e nel come prevedere, in un certo senso, semplicemente quali possono essere le reazioni. Lo studio dei piccoli gruppi, per es., in Europa non è mai stato fatto in maniera scientifica. Abbiamo ancora una impostazione troppo empirica nell'affrontare questo tipo di problemi.

MUELLER (trad. Selvini):

Il Prof. Mueller dice che, in fondo, quello che conta è che tutta l'atmosfera dell'ospedale psichiatrico sia impregnata di queste conoscenze psicologiche, psicodinamiche, psicoterapeutiche: sia quelle dei medici, degli psichiatri amministratori, sia del personale; e che il personale sia qualificato e preparato allo scopo, e poi tutta la parte organizzativa segue naturalmente.

LANZAVECCHIA:

Riferendomi all'accenno fatto dal Prof. Mueller alle misure punitive contenute nelle opere di Ey, desidererei sapere se egli ritiene che gli esseri di libertà usati attualmente nei sistemi pedagogici dei bambini, e deprecati, non trovino riscontro nei sistemi psicoterapeutici attualmente in uso sui nostri ammalati, con i quali, eccedendo noi in comprensione, libertà, ecc. ed evitando invece forse un po' troppo le misure punitive, giustamente intese ed applicate, veniamo ad evitare agli ammalati gli effetti educativi e modificatori della sofferenza e del dolore.

MUELLER (trad. Selvini)

Il prof. Mueller dice a proposito di un eventuale comportamento troppo permissivo nei riguardi dello schizofrenico, che questo a lui non risulta; cioè nel suo ospedale, negli ospedali psichiatrici in genere, è molto difficile — secondo lui — che possa realizzarsi questo eccesso di libertà, questo eccesso di trattamento permissivo. Quindi per quello che riguarda la parte educativa sopra lo schizofrenico, lui dice che effettivamente si è osservato che molto spesso la severità, per es., in pedagogia, è necessaria; che molto spesso il maestro più severo è quello più amato e alle volte addirittura adorato dai suoi allievi. E questo può avvenire anche nel trattamento dello schizofrenico. Però in tale caso l'atteggiamento, se non proprio punitivo per lo meno proibitivo o severo, può essere usato dal terapeuta per un modo fruttuoso soltanto quando il terapeuta ha un rapporto personale positivo e costruttivo nei riguardi dell'ammalato, cioè dipende dalla situazione interna del terapeuta e quindi ci riferiamo alla precedente relazione del prof. Benedetti sulla diallettica della situazione terapeutica fra la distanza e la vicinanza, la permissività e la severità.

— 42 —

— 43 —
La schizofrenia paranoiae trova, nei limiti dell'indagine psicologica, un suo interessante loco di origine nella fase pre-adolescente, e precisamente in una grave distorsione della maturazione emotiva e dei rapporti sociali propri di questa epoca. In questo primo postulato mi trovo d'accordo sia con gli psichiatri, che sottolineano l'origine puberale della schizofrenia, sia con gli psicanalisti della cosiddetta scuola interpersonale, come Sullivan, Fromm-Reichmann, che hanno in particolare studiato le relazioni intercorrenti fra l'isolamento emotivo dei paranoici e la dinamica dell'adolescenza come periodo essenziale nello sviluppo della personalità, come fase di apertura sociale, di mutualità del rapporto nell'esperienza duale dell'amicizia, di fondazione altruistica dell'autostima. Non posso soffermarmi sulla psicologia dell'adolescenza, che ora richiederebbe una trattazione; mi limito qui a dire che il futuro paziente paranoiae raggiunge sempre questa fase dello sviluppo già in stato di grave handicap, già limitato, riguardo alle possibilità di nuove esperienze emotive, da un bagaglio neurotico infantile, da una eccessiva dipendenza emotiva dai genitori, dall'im possibilità di introiettare una immagine benevola dell'autorità adattata allo sviluppo autonomo del sé, da un difetto di identificazione sociale positiva per la maturazione della personalità, spesso da una esperienza di ostracismo nell'epoca scolastica, da conflitti gravi e insoliti nel rapporto con l'autorità e da una conseguente disistima cronica delle proprie facoltà psichiche. Questo profondo ritardo di maturazione è, secondo le concezioni che oggi vanno per la maggiore, il risultato di un doppio ordine di fattori inibenti: quelli culturali e sociali, dimostrati recentemente dai brillanti studi condotti negli Stati Uniti, in cui si è arrivati, nel 70 % dei casi studiati, a far diagnosi di schizofrenia attraverso l'esame rigoroso di nastri magnetici che permette vano di ricostruire senza conoscenza diretta del paziente gli atteggiamenti emotivi della sua famiglia; ed i dati biologico-costituzionali, messi in evidenza soprattutto dalle moderne ricerche di genetica, che hanno dimostrato, ad esempio, l'ampia concordanza per la schizofrenia in gemelli monovulari a differenza che in gemelli bivulari. Due dati di fatto mi sembrano caratterizzare gli studi psicologici sulla personalità dei paranoici nel corso dell'ultimo decennio; da un lato studio più approfondito della pubertà, rimasta piuttosto trascurata nella psicanalisi di Sigmund Freud e oggi particolarmente valorizzata sia dalla scuola inglese di Anna Freud sia dalla scuola di Sullivan in America; da un secondo canto, importante mi sembra il risultato della moderna psicologia sperimentale che, soprattutto nei paesi anglosassoni, ha potuto dimostrare pazientemente, attraverso l'applicazione di innumerevoli tests mentali, come fra individui normali e infermi schizofrenici non esistono solo differenze qualitative, come nella macroscopic indagine, ma differenze quantitative per gradi, che permettono di tracciare una linea continua fra l'individuo psicotico e quello normale: ricordo qui in particolare gli studi di Eysenck.

Come psicanalista io mi rivolgo adesso agli aspetti più caratteristici dello sviluppo psicosessuale di questi soggetti. E una osservazione clinica frequente che sindromi paranoïd cromono, in soggetti fino allora solo schizoidi, dopo che una relazione affettiva del paziente con un individuo dello stesso sesso è stata fortemente frustrata.

Nella mia esperienza si tratta di giovani, da un punto di vista psichico ancora adolescenti, spesso non ancora interessati all'altro sesso e in gran parte isolati anche nei rapporti col proprio sesso. Dalla storia clinica salta fuori sovente che il paziente per un certo periodo di tempo a scuola, al suo posto di lavoro o altrove era legato da un rapporto affettivo con un qualche maestro, superiore o amico, da cui si è sentito infine abbandonato. Un altro aspetto caratteristico di questa situazione è il fatto che il paziente non era, di regola, tormentato da tentazioni o fantasie omosessuali, fino a che il suo rapporto emotivo con l'amicò dello stesso sesso era in qualche modo soddisfacente; solo dopo la frattura sociale, in una situazione di frustrazione affettiva, cromono immagini e fantasie sessuali che turbano profondamente, soprattutto per la loro struttura omosessuale, il paziente; tali fantasie, vividissime e negate dal sistema volitivo dell'Io, possono imporsi all'inferno iniziale anche sotto forma di pensieri coatti o di allucinazioni; la difficoltà di sfuggire al materiale profondo, che non riesce quindi ad essere represso o profondamente travisato come
nella neurosi, è caratteristico della schizofrenia incipiente. Col termine di impulsi omosessuali io mi riferisco ad una tendenza a partecipare alle attività genitali di persone dello stesso sesso. È importante qui notare, per comprendere la struttura psicologica della sindrome paranoide, che lo schizofrenico con una omosessualità latente sta in una posizione ben diversa dal perverso omosessuale: a differenza di questi, egli non ha nel suo autismo alcun rapporto reale con i partners, e precisamente questo grave difetto di comunicazione, talora assoluto difetto di comunicazione, favorisce in lui la regressione psicosessuale; nell’infermo paranoide manca quella dimestichezza psichica con un amico dello stesso sesso che è proprio della normale fase pre-adolescente della personalità, i suoi impulsi omosessuali provengono da un difetto di identificazione con un essere del suo sesso. L’interesse omosessuale del paranoide ha un fondamento narcisistico che è dovuto al desiderio di identificarsi con un proprio simile per vivere in tale rapporto quella coscienza del proprio sesso che il paziente non riesce a realizzare in se stesso. La psicosi insorge talora in questo conflitto, le tendenze repressive dell’infermo che nella neurosi restano coperte, gli si affacciano alla coscienza nel momento in cui fallisce o riesce nel tentativo inconscio di stabilire relazioni omosessuali con qualcuno; l’uno e l’altro esito lo costringe a vedere la sua tendenza fino allora coperta e genera ansietà disorganizzatrice.

In un caso da me studiato la sindrome paranoide apparve al momento in cui il giovane venne abbandonato dalla sua fidanzata; nella sua fantasia egli era adesso esposto al disprezzo degli altri uomini che lo consideravano omosessuale e a ciò attribuivano il suo insuccesso eterosessuale. Noi troviamo in questi casi che l’attività eterosessuale o manca o è priva di qualsiasi profondità comunicativa, e non serve rafforzare nel paziente la coscienza del suo sesso: da qui gravi incertezze in riferimento alla propria identità. Mi sono un po’ dilungato sul complesso omosessuale: vado ora a ripetere che esso è un modello e non la causa della psicosi; primo, esso non è affatto l’unico conflitto ma solo quello più studiato dai tempi di Freud fino ad ora; secondo, noi non sappiamo perché la grave immaturità sessuale sfocia in un caso nella psicosi e nell’altro no. Io desidero a questo punto richiamare l’attenzione sul fatto che una concezione psicodinamica non sta in contrasto con studi anche biochimici e organologici della schizofrenia: nella molteplicità dei fattori che intervengono è difficile dire quali sono primari e quali secondari; la mia esperienza mi fa pensare che sindromi molto simili possono insorgere per cause diverse e che esiste una doppia origine di molti fenomeni psichici. Il paziente paranoide è dunque preoccupato, oltre che per la sua omosessualità latente, per diversi altri conflitti, come ad esempio il suo urgente bisogno di indipendenza sociale connesso ad un bisogno contrastante spesso incosciente e fortissimo di dipendenza familiare corrispondente alla sua immaturità infantile, oppure il conflitto frequente fra i suoi movimenti autistici, da un canto, e la fame emotiva di contatti sociali; questi ultimi, non accettati dall’Io cosciente, finiscono con l’apparire spesso sotto forma di allucinazioni deliranti. Così una malata che viveva in un mondo profondamente autistico era, per esempio, ossessionata dalla paura di emanare odori cattivi che venivano, secondo lei, percepiti da molte persone circostanti. Tali odori erano da un canto un simbolo dell’immagine negativa che del suo corpo, della sua vita istintiva, aveva la paziente; ma essi erano anche l’unico punto significativo del mondo esterno, con cui mancava altrimenti, anche nella fantasia, ogni forma di comunicazione; il contatto avveniva intensissimo solo attraverso il sistema dissociato dall’Io simboleggiato dagli odori del corpo. Un altro malato, che nel suo terrore di contatti sociali si chiudeva per giorni nel vuoto della sua camera e qui allucinava di pareti di cristallo attraverso cui penetravano gli sguardi di centinaia di persone, mostrava da un canto la tendenza a rinchiudersi da ogni contatto sociale, dall’altro il bisogno di contatto dissociato, che appare alla coscienza come una minaccia di contatto.

Un considerevole numero di pazienti fa il primo passo verso i fenomeni paranoidi parecchio tempo prima che la psicosi vera e propria sia clinicamente rilevabile. E’ questa un’epoca in cui la loro magra fiducia (la magra fiducia del paziente nelle sue capacità sociali e di conseguenza anche nell’utilità delle cose, nell’ordine dell’universo ecc.), viene scossa da un qualche elemento che non è soltanto un trauma psichico come tanti altri, ma sembra simboleggiare, agli occhi del soggetto, tutto il corso insoddisfacente della sua esistenza; invece di poter superare questo punto con tutte quelle razionalizzazioni e repressions con cui molti individui vanno attraverso le strutture della loro vita, il paziente mentale comincia a sentirsi e a divenire diverso da quello che era prima, ed entra in una fase della sua vita, che può durare solo giorni ma anche parecchi mesi, in cui i sistemi di interesse e tendenze dissociati dalla coscienza costituiscono la sua principale forma di integrazione sociale; segni misteriosi, cangiamenti particolari, ammiccamenti significativi riempiono il mondo enigmatico del paziente, che è attratto dagli uomini e dalle cose circostanti in un modo a lui
non chiaro e temibile, poiché i motivi di attrazione, ora non più repressi come nella neurosi, sono dissociati dalla coscienza e lo portano ad integrarsi in situazioni mal comprese. L’inconscio è per lui ovunque presente, il contenuto represso è continuamente visibile nel mondo tutto intorno, il principio della contraddizione diviene l’elemento di vita finché l’ansia, la perpleetità, l’allucinazione sfociano in un episodio confusionale; da quest’ultimo l’infermo emerge con un malaggiustamento paranoide, adesso egli crede di conoscere il bandolito della matassa, che è appunto spiegato dal sistema paranoide. Qui dico tra parentesi che tanto più questo sviluppo è tardivo nel corso della vita e quanto più esso avviene in modo acuto, tanto più avanzata è la personalità nel suo processo di maturazione e tanto migliore è la prognosi; viceversa, quanto più precoce e lento è il processo, tanto più disturbata è la personalità e peggiora la prognosi.

La psichiatria classica insegna come la psicosi schizofrenica si sviluppi frequentemente da un tipo abnorme di personalità ora schizoide ora ossessiva ecc. Non è difficile rendersi conto di questo rapporto anche sul piano psicodinamico osservando le difese del paziente nel suo sviluppo verso la psicosi; degli infermi tendono, ad esempio, a sfuggire all’attività dei sistemi dissociati dalla coscienza e alla concettualizzazione dei loro insuccessi sociali chiedendosi in sé, evitando gli altri, sviluppando un sistema di vita schizoide; altri si precipitano in situazioni sociali pseudointegrazioni, in rapporti umani di ogni genere che ai loro occhi valgono a controbattere la personificazione negativa di sé; questi fatti pseudostrutturati, finiscono in genere male, anzi provocano, con lo spostamento degli equilibri, la rottura psicotica. Vediamo così il giovane che si ammala alla vigilia di un matrimonio o dopo una promozione che sembra aprigli nuovi campi di vita; la ragazza fino ad allora timida e di rigidi costumi, che passa febbrilmente da una avventura sessuale all’altra e finisce in stato di confusion mentale.

Il comportamento anomalo viene considerato dal medico come un sintomo della psicosi incipiente e lo è, soltanto bisogna vedere, da un punto di vista dinamico, il tentativo in extremis della personalità già insufficiente a erigere una facciata senza fondamenti che affretta il crollo; il senso della misura e della realtà è, in questi stati di disorientamento, perduto.

Vengo ora a precisare i fenomeni di difesa paranoide che si disegnano sullo sfondo di ansia che lo in breve tratteggiato. Premetto anzitutto che sono i fenomeni di difesa a stabilire la struttura paranoide. I fenomeni iniziali sono ancora un segno generico di sofferenza psichica che si ritrovano anche in altre malattie mentali. Specifico della struttura paranoide è il tipo di difesa. Riassumiamo questo sistema difensivo in 5 punti fondamentali.

Primo: la concretizzazione dei conflitti psichici; secondo: la denigratrice altrui; terzo: la dissociazione di tendenze istintive repressive e la loro conseguente visualizzazione in forma proiettiva; quarto: l’autismo, come forma di ritirata dell’Io, l’anacorese dell’Io; quinto: l’espansione delirante dell’Io.

Non l’uno o l’altro punto, ma tutto il nesso preso nel suo insieme è specifico del sistema paranoide. Questo nesso è, da un punto di vista funzionalistico, non la causa della sindrome paranoica, ma la sindrome stessa così come è stata descritta dalla psichiatria classica. La chiave psicoanalitica ci si rivela qui nel significato dei sintomi, la loro funzione specifica in un psicodinamismo di difesa.

Passiamo in breve rassegna questi fenomeni di difesa.

1° La concretizzazione dei conflitti psichici.

Essa è un disturbo di simbolizzazione che permette al malato di delimitare in forma concreta, ma anche deformante, situazioni da cui egli si sente minacciato e che egli, nel suo stato di ansia diffusa, non riesce più a capire e a controbattere; la forma concreta è sempre una delimitazione della ansia ma anche una deformazione dell’originaria situazione esistenziale e perciò una falsificazione di essa. Un esempio valga ad illustrarci questo stato.

Un ammalato si sente minacciato da un individuo che gli stà dinnanzi. Qui in qualsiasi contatto sociale egli sente la forza della personalità altrui come una menomazione di sé; nel discorso è costretto ad abbassare gli occhi, nel lavoro non lo impedisce a nessuno, le innumere esperienze di delusioni sociali hanno approfondito il senso di ansia che è proprio alla sua costruzione debole, lo hanno chiuso viaggiato in un atteggiamento schizoide; ma chiuso in sé egli esperimenta l’isolamento sociale, la stasi e la povertà della vita, il vuoto psichico, in questa situazione insostenibile egli si raffaccia al mondo esterno per sentirsi quindi nuovamente minacciato. Questo stato d’animo dura, per esempio, forse anni. La sindrome paranoide si inizia poi con l’idea delirante che magari intervenga bruscamente dopo un ennesimo insuccesso sociale e sembra dare al malato la spiegazione di tutta la sua lunga tragedia: tutti gli uomini per strada, nei salotti, in ogni luogo di riunione e di passaggio, stanno sul suo cammino, gli
interrompono a bella posta la strada, lo fermino; un’idea paranoide. Oppure gli occhi gli bruciano poiché da ogni figura umana che incontra emanà una radiazione magnetica che lo paralizza. L’ammalato si sente fermato in ogni suo movimento vitale e sociale dalla forza vitale altrui, che egli non ha mai esperimenterato in forma di collaborazione o di competizione benefica, ma solo di ostilità. Qui è per noi il significato simbolico della falsa percezione della rappresentazione delirante: se della incapacità sociale lui si sente responsabile, della macchinazione altrui non possono essere responsabili che gli altri, i persecutori. La concretizzazione del dato di fatto psichico, l’arresto fisico del suo cammino, è per il paziente meno grave dell’oscura sensa impotenza spirituale che precede l’insorgere della sindrome. Sullivan ci dice invece che questi ammalati dormono meglio, hanno meno angoscia, dopo l’insorgere dei sintomi paranoidi, anziché nella fase precedente di smarrimento e disorientamento pre-psicotico.

2° La denigrazione altrui.

Questo è un atteggiamento che didatticamente distinguiamo dal primo ma che può con esso apparire fuso, naturalmente, nello stesso sintomo. Abbiamo visto come il nostro infermo considera adesso, nel suo stato paranoide, non sè ma gli altri quale causa dei suoi mali; le sue persecuzioni appaiono a noi assurde, esagerate, grottesche, ma non sono che l’espressione simbolica di una catastrofe interiore che correponde alla pretese macchinazioni esterne. Con la continua denigrazione altrui, l’ammalato, che prima si sentiva dipendente dalla benevolenza di persone per lui in fondo sempre infidi perché mai veramente vicine e sicure, e che quindi nella sua ricerca di conforto andava incontro ad uno stato di perpetua ansietà, adesso è indipendente dal suo partner sociale, da cui non si aspetta più nulla poiché questi è già a priori a lui ostile, secondo la motivazione del sistema paranoide; ma questa indipendenza costa cara poiché chi non si attende altro che odio da qualsiasi forma di relazione sociale si deteriora psichicamente.

3° La dissociazione di tendenze istintive repressive e la loro conseguente visualizzazione in forma proiettiva.

La sindrome paranoide si distingue, come del resto ogni forma di schizofrenia, da qualsiasi tipo di neurosi, per un diverso tipo di rapporto fra coscienza e tendenze incoscienti. Una differenza importante sta in questo: che in tutte le neurosi la tendenza proibita è più o meno rimossa dalla coscienza e ricostruibile dall’analista quindi indirettamente, attraverso l’analisi del suo sintomo; mentre nella schizofrenia, o per una debolezza dei meccanismi difensivi o per una particolare intensità degli elementi rimossi, questi affiorano alla coscienza, affiorano senza naturalmente potersi integrare con essa, senza essere accettati dall’Io. La coscienza rimane in atteggiamento di difesa e di strenuo conflitto con il mondo istintivo che affiara alla sua visione; questi modi istintivi, adesso coscienti ma non integrati con l’Io, appaiono all’infermo come un non-Io, se estrinsecano cioè in forma dissociativa, proiettati sul mondo circostante. In certe forme di schizofrenia l’ammalato riconosce benissimo che i pensieri, le parole, le fantasie in questione sono sue e non di altri, ma questi pensieri, egli dice, gli vengono, per esempio, indotti attraverso macchine misteriose, certe parole che pronunzia sono automatiche, ecc.; perfino certe fantasie dell’ebefrenico lasciano riconoscere questa esperienza schizofrenica di personalizzazione. Il paranoico e lo schizofrenico paranoide localizzano, attraverso illusioni ed allucinazioni di ogni genere, nelle persone circostanti l’origine dei loro pensieri e sentimenti dissociati; tutto quanto li circonda è così pieno di significati simbolici, spesso astrusi, illeggibili per chi non sia il malato stesso, che in ogni cosa animata vede riflessa la sua ombra, il suo non-Io da cui egli viene tenacemente inseguito, con una sottigliezza ed una chiaroveggenza come da nessun essere estraneo, poiché il persecutore è l’ombra stessa dell’io, conosce ogni più recondito angolo del mondo infermo, e il paziente cerca il suo persecutore pur cercando di evitarlo. Ciò che appare in chiave di dissociazione varia naturalmente secondo il tipo di paziente; grosso modo, due motivi si ritrovano, in diverse varianti, molto spesso: l’odio verso il prossimo, che è anche l’odio del paziente verso se stesso, e i suoi movimenti omosessuali, gli fanno apparire gli altri come dei perversi, dei pederasti ecc. Talora i presunti interessi omosessuali altrui appaiono al paziente in forma discreta, come certe voci in tono sussurrato, bisbigli significativi, allusioni appena pronunciate dai passanti, silenzi furtivi degli interlocutori; talora in forma massiva, brutale, come nel caso del paziente che si sente a viva forza violentato e trasformato in una donna dai suoi infermieri. La dissociazione condivide l’ambiguità che è propria delle difese paranoide. Essa permette da un canto alla coscienza di evitare il panico, tendendosi appunto in una distanza proiettiva dal complesso inassimilabile, ma d’altro canto produce uno stato di disagio, uno stato di dipendenza assoluta dell’Io dal suo non-Io, che gli appare in mille forme e gli è sempre, nel sogno e nella
veglia, per così dire, alle cancagna. Se è vero che in questa persecuzione l’ammalato esperimenta anche una certa gratificazione istintiva, è pur vero che anche tale gratificazione viene pagata da lui a caro prezzo ed è commissa ad una amarezza, quale appunto la si trova nel rancore, nella solitudine paranoide.

4° e 5° L’autismo come forma di ritirata dell’Io. L’espansione delirante dell’Io.

Prendo insieme questi due punti, in parte opposti e simmetrici. L’autismo è di gran lunga il più frequente e non manca, si può dire, in nessun paziente paranoide. L’ammalato è in minoranza in qualsiasi forma di integrazione sociale, e tende quindi ad essere in maggioranza, almeno nel suo mondo intrapsichico, attraverso l’autismo da un canto e l’espansione delirante dall’altro; egli pretende così, ad esempio, di essere stato dimesso dal suo posto di lavoro perché sapeva troppo più degli altri, perché era divenuto pericoloso per i suoi colleghi, leggi anche al contrario, si sentiva minacciato dagli altri, il suo tormento deve salvare il mondo, egli prevede il futuro del mondo. L’uno atteggiamiento è la faccia specular dell’altro. Da un canto l’inferno si protegge dal flusso dei rapporti sociali e dal suo stesso desideri istintivi chiodendosi in un mondo sempre più astruso, indecifrabile, che diviene realmente estraneo agli altri, è tutto di proprietà del paziente; una profonda apatia copre talora la estrema sensibilità emotiva di questi soggetti. D’altro canto pensieri e desideri acquistano, in quel mondo autistico sottratto al controllo critico degli altri, quel tratto onnipotente e allucinatorio che è proprio di tutti i processi psichici primari. Dalla completa chiusura del mondo intrapsichico a qualsiasi forma di comunicazione con i quali che non sia puramente verbale, nasce quella particolare sicurezza del paranoico nella espansione delirante, una sicurezza delirante che sta in contrasto con la profonda insicurezza della sua personalità. Una completa incapacità a mettersi in qualche rapporto affettivo col mondo circostante si associa all’idea di poter influenzare magicamente questo mondo attraverso frasi mozze e frammenti di pensiero. Questa è così una deduzione che noi possiamo trarre dall’osservazione delle difese paranoide; a differenza delle difese neurotiche, le quali hanno una certa efficacia pertulamento nel permettere all’Io una forma di sopravvivenza sociale, le difese paranoide finiscono invece col distruggere paradossalmente ciò che vorrebbero proteggere. La concretizzazione vuol rendere i conflitti psichici manipolabili attraverso la loro materializzazione, ma travisa il problema e rende sempre più difficile la soluzione. La denigrazione altrui vuole assicurare una difesa dell’autostima, ma fa vivere il paziente in un mondo perpetuo di odio e di pericolo. La dissociazione vuole creare una distanza dal complesso inassimilabile, e pone tuttavia l’Io alla mercè di esso, alla mercè della continua macchinazione persecutoria. La ritirata autistica tende a preservare l’Io dal contatto umano e favorisce tuttavia un contatto persecutorio che viene, per così dire, richiamato dal vuoto psichico. L’espansione delirante tende ad affacciarsi magicamente sul mondo circostante ma ne è continuamente contradetta.

Questa impossibilità del paziente di trovare un punto di equilibrio, questo lacerarsi fra alternative opposte che non conoscono una forma di integrazione logica e che si escludono una vicenda, fa scivolare l’ammalato sempre più verso quella peculiare forma mentale che è la demenza schizofrenica, cioè una incapacità ad orientarsi nei più semplici rapporti sociali comunita a sprazzi di una intelligenza mai organicamente vissuta.

Vengo adesso alla seconda parte della mia relazione sugli atteggiamenti e le misure psicoterapiche, vengo a parlare dell’aspetto psicodinamico, del rapporto medico-paziente in questo mondo paranoide. Parlerò di tre punti: La relazione primaria, il significato dell’interpretazione nel rapporto fra medico e paziente, l’assistenza sociale.

1° La relazione primaria.

E’ questo il termine proposto dal Prof. Arieti per indicare quel particolare genere di rapporto comunicativo che caratterizza la situazione terapista-paziente nelle psicoterapie della schizofrenia. Desidero brevemente soffermarmi su questo rapporto, poiché esso è forse il punto più nevrilogo del trattamento. Oso dire che qualsiasi interesse essenzialmente scienziato da parte del medico poco giova quando la relazione primaria è difettosa; viceversa io conosco perfino degli infermi cronici guariti attraverso colloqui con infermieri in gran parte privi di conoscenze psicopatologiche ma in grado di sviluppare una relazione primaria intensa. Se è vero che la psicanalisi classica ha insegnato a scoprire gli elementi psicopatologici nascosti negli atteggiamenti superficiali dei neurotici e in tutte le sviste e i lapsus della nostra vita quotidiana, la psicoterapia della schizofrenia, facendo un secondo passo innanzi, ci ha insegnato a vedere ciò che vi è di più semplicemente umano dietro tutti gli elementi psicopatologici. Questo secondo passo è figurativamente l’altra metà del circolo; per comprenderlo è
bene ricordare che lo smascheramento di tendenze psicopatologiche, di complessi edipici ed omosessuali, di fissazioni della libido a livelli infantili, di complessi di castrazione ecc., provoca già nell'individuo nevrotico una scossa della stima in sé stesso, della abituale personificazione di sé, la cui revisione, se è beneficiata a lunga distanza, non è priva di immediati elementi psicotraumatici. Alla ricerca di una tecnica adatta alla psicoterapia della schizofrenia, ci si è ben presto accorti che questi pazienti, che hanno già una bassissima stima di sé ed una profonda delusione della validità dei rapporti interumani, non sopportano la tecnica psicoanalitica, ossia lo scopimento di complessi profondi, senza sentirsi menomati in quel po' di sicurezza che a loro ancora rimane e senza sentirsi minacciati anche dall'osservatore analista, come già prima da tutte le istanze umane che hanno espresso giudizi su di loro. Sentire nel rapporto con l'infermo ciò che è semplicemente umano dietro lo psicopatologico; sentire ad esempio il bisogno di contatto frustrato dietro l'aggressività di facciata, sentire l'isolamento affettivo della prima età del paziente dietro i suoi attacchi edipici, sentire la naturale ed innata ricerca di un camerata dello stesso sesso, propria della preadolescenza, dietro l'interesse omosessuale. Tutto ciò fa parte della relazione primaria che cura la piacentella della vita del paziente con un senso preciso di ciò che a lui è mancato e manca nel suo mondo.

2° Il significato dell'interpretazione nel rapporto medico-paziente.

Qual'è la funzione psicodinamica dell'interpretazione nel rapporto fra medico e paziente, perché le nozioni che essa trasmette al paziente agiscono eventualmente in senso terapeutico, qual'è la convalida che l'interpretazione offerta è corretta?

Un vanglio di questi problemi è di aiuto nella scelta dei fatti da interpretare al paziente, nella tempestività dell'interpretazione, nella presentazione delle nozioni utili al processo terapeutico. Sul significato psicodinamico dell'osservazione sintetizzo in breve i seguenti sette punti.

Prima di tutto l'interpretazione corretta, anche se un po' spiacente, convoglia al paziente la precisa sensazione di essere capito profondamente; dico sensazione, poiché non sempre il paziente è in grado di accogliere razionalmente il contenuto dell'interpretazione, e talora superficialmente si ribella ad essa, ma anche in tal caso il paziente è toccato nel suo inconscio. Sono noti casi di malati che razionalmente si oppongono al terapista ed indirettamente manifestano il loro attaccamento ad esso. In secondo luogo, l'interpretazione corretta aumenta l'angoscia del paziente in misura da lui sopportabile; l'arte del terapista sta nel saper sentire ciò che il malato è in grado di sopportare. La misura giusta della scelta è di importanza decisiva, poiché l'esperienza di una situazione interpersonale ansiosa ma non disintegrante dà al paziente la nozione che gli affetti negativi non interrompono necessariamente la comunicazione con l'altrui, come invece avviene o nella repressione di una parte di sè o nell'esperienza di un rapporto intenso ma autodenigratorio. In terzo luogo, l'interpretazione dà spesso al paziente la nozione di saper infine meglio capire ciò che prima avvertiva in modo poco chiaro, più o meno allegorico, fantastico, confuso. Il paziente che capisce razionalmente non si sente più completamente inerme di fronte alla vita, anche se non è ancora capace di risolvere molti suoi conflitti emotivi. L'educazione progressiva del malato a capire l'interpretazione ed a usarla infine lui stesso nel rendersi conto di molti fatti che vagamente lo circondavano, risulta in un aumento considerevole della sua capacità psicologica, e quindi anche in un aumento della stima in sé stesso. La capacità psicologica a capire sè ed in parte anche il mondo è antitetica a quel senso di estrema insicurezza di fronte alla vita che è proprio dell'esperienza schizofrenica. Antitetico è questo aumento delle proprie capacità conoscitive al tipo di resistenza inerme, perché c'è già nell'atto stesso della conoscenza adeguata una certa presa di possesso della situazione conflittuale che viene adesso circonscritta, descritta, connotata, caratterizzata, anche se l'infermo non è neppure adesso in grado di superare certe situazioni della sua vita pratica in modo per lui soddisfacente. Tuttavia l'aumento delle capacità psicologiche è spesso garante contro il pericolo di perdere del tutto la stima di sé per degli insuccessi i cui motivi e la cui portata vengono adesso apprezzati meglio. In quarto luogo, l'interpretazione tende a vedere i fatti del mondo psicotico come determinati, tende cioè a spiegare il perché e l'origine temporale dei fenomeni, tende a diminuire quindi il senso di colpa del paziente che di solito, anche se spesso solo inconscemente, si sente responsabile del suo stato, del tutto responsabile di essere sè stesso. In quinto luogo l'interpretazione fornisce al paziente la sensazione di essere accettato dal suo partner e precisamente in ciò che il malato considera inaccettabile, onde questo timore di isolamento sociale, che indubbiamente ha la sua parte nella rimozione dalla coscienza di molte tendenze che divengono così inconscie o disassociate. In fondo la interpretazione terapeutica è proprio questa accettazione, da parte del terapista, di ciò che egli va
scoprendo nel suo malato. In sesto luogo l'interpretazione convoglia al malato non solo la nozione di dati a lui spiacevoli ma anche, spesso, la nozione di ciò che è il significato profondo, il motivo umano, che talora si nasconde in un fenomeno psicopatologico. Così l'avversione è, all'insaputa del paziente, una sua ricerca disperata di contatto; l'apar- tia sociale un bisogno di distanza da certe cose; certe perversioni sessuali il tentativo di rapporto affettivo, anche se naturalmente mal fatto: il paziente scopre qui non solo la normalità dietro il normale, ma anche un motivo normale nella distorsione psicopatologica presente alla sua coscienza. In settimu luogo, l'interpretazione fornisce al paziente un quadro della realtà libero da deformazioni paratassiche e più atto quindi ad un futuro rapporto comunicativo. Essa aumenta così il coraggio di vivere, il paziente è adesso più in grado di poter combattere o correggere, col proprio discernimento, ciò che continua beni ad essere attivo in lui in maniera psicopatologica, ma che è delineato, localizzato e, perlo meno intellettualmente, dominato dall'interpretazione. Ciò che rimane oscuro, incosciente, illimitato, non può essere facilmente superato dall'Io. L'incosciente rimane immutato talora fino alla più tarda età, ciò che è cosciente, elaborato intellettualmente, compreso, ha veramente un presente ed ha perciò un futuro, vive alle frontiere sempre mutevoli dell'esistenza.

Quale interpretazione è ora, non solo dal punto di vista teorico ma da un punto di vista empirico, corretta? Non il semplice consenso del paziente e neppure il suo diniego razionale, ossia la reazione di una parte della sua personalità, ci forniscono dati sicuri, ma solo la trasformazione dinamica del paziente in un certo rapporto temporale con l'interpretazione, conferiscono a questa un carattere di validità. L'obiezione fossa spesso alla psicoterapia di pazienti schizofrenici, che il loro eventuale miglioramento in psicoterapia è solo il segno di una spontanea tendenza alla guarigione del processo psicotico, non ha valore per un terapista che in certi dettagli della malattia vede i mutamenti interiori che realmente succedono alla giusta impostazione dei problemi; ma tali mutamenti interiori non hanno sempre l'aspetto di miglioramenti sociali, al contrario un processo psicodinamico ha talora, temporaneamente, la veste di un regresso, addirittura di un peggioramento sociale, laddove il passo in avanti significa la messa in forse, il disfacimento di certe pseudointegrazioni sociali, o la messa a fuoco di taluni conflitti con la società. La ripetizione di un conflitto è spesso, come dimostra il fenomeno del transfert, la premessa del suo riconoscimento e infine del suo superamento. A questo punto voglio aggiungere ancora una osservazione sull'uso di interpretazioni nella psicoterapia di schizofrenici. Interpretare il comportamento altrui rappresenta una investigazione i cui risultati variano da un'alta impre- bilità ad un'alta probabilità di certezza. Interpretazioni erronee costi- tuiscono, nell'analisi di persone sane e di persone neurotiche, una difficoltà temporanea che successivamente, nel corso del trattamento va corretta, ma interpretazioni erronee di regola sono gravi nella psicoterapia di schizofrenici perché esso, specie se si muovono su un terreno importante per il malato e se risultano mal fatte, confermano il paziente nella convinzione della impossibilità che un altro essere umano possa veramente comprendere e aiutarli, convinzione che è già implicita all'isolamento di un infermo schizofrenico. Ossia come biso- gna pensarcì molte volte prima di iniziare una relazione psicoterapica profonda con uno schizofrenico, relazione che se interrotta per difficiltà varie rinnova la delusione fondamentale che c'è in tutte le rela- zioni umane del paziente, così pure lo strumento di per sé necessario dell'interpretazione insegna al terapista di questi pazienti la umiltà terapeutica, che consiste nell'ammettere i propri limiti e la non cono- scibilità, la non interpretabilità di certi fenomeni che è meglio passare in silenzio anziché tentare di spiegare più o meno temerariamente e malamente sulla base di una qualche teoria e senza una profonda conoscenza del paziente.

3° L'Assistenza sociale.

Infine accenniamo all'ultimo punto, il problema della assistenza sociale nel trattamento. Assistenza sociale, questa disposizione del terapista a guidare praticamente il suo paziente fino in certi dettagli della sua vita sociale; assistenza che, come è noto, è contromessa nella psicoanalisi classica, nella terapia di pazienti neurotici, ma che è invece parte inte- grante della psicoterapia di malati schizofrenici. Il medico non si limita qui alle analisi, all'interpretazione o addirittura al silenzio analitico che accompagna il paziente nella psicoanalisi classica, egli scende invece nel teatro stesso della vita del suo paziente, prende posizione verso la famiglia, il datore di lavoro e tutti quegli organi sociali ed amminis- trativi che costituiscono il mondo presente dell'infermo. A differenza del paziente neurotico, cui viene spesso negato, e a ragione, il consiglio ed ogni forma di assistenza che lo renderebbe dipendente, lo schizo- frenico non è in grado di fare da sé moltissime cose e non è in grado di migliorare senza una certa realizzazione delle sue necessità sociali, senza una certa modifica del suo ambiente; è spesso in grado
di stabilire rapporti affettivi col suo terapista senza il suo aiuto pratico, nè è in grado di comprendere l’esatta soluzione di problemi sociali senza il modello di chi lo assiste. L’assistenza sociale è incorporata da tempo in ogni forma di psichiatria, con l’entrare in rapporto col malato, incapace di muoversi da sé, nella sua vita sociale. Il malato è incapace di sentire nell’urgenza dei suoi problemi la realtà di un rapporto puramente analitico, non si sente addirittura in contatto con l’altro essere quando il rapporto rimane in questi termini; qui la psicoanalisi ha imparato dalla psichiatria classica, che da molto tempo prima della scoperta dei trattamenti somatici, faceva dell’assistenza sociale un elemento primo della terapia, soltanto che l’antica assistenza psichiatrica valorizzava anzitutto gli elementi coscienti, vedeva troppo poco gli aspetti incoscienti del malato ed era troppo preoccupata dalla realtà sociale circostante ad esso per poter questionare la struttura di questo ambiente partendo dai profondi interessi del paziente.

Dalla lunga discussione fra psichiatria e psicoanalisi è nata oggi, mi sembra, una forma di psichiatria psicodinamica che è il frutto di ambedue e che da un principio il mediatore fra la realtà della fantasia psicotica e la realtà della società, e che dallo studio dei fenomeni di gruppo trae lo spunto per quella moderna «Therapeutic Community», come dicono gli inglesi e gli americani, che oggi in associazione alla moderna psicofarmacologia ha trasformato il volto di tanti ospedali psichiatrici e la cui evoluzione è ancora in atto. L’importanza di introdurre l’intero gruppo sociale nel trattamento si mostra dal punto di vista psicoterapico; essa permette al malato una forma di esperienza che dalla terapia individuale non può essere fornita, l’esperienza cioè di integrarsi alle reazioni emotive di un intero gruppo, eventualmente controllato dal terapista; il sentirsi per esempio accettato da un gruppo laddove se ne aspetta la critica, o di venire criticato là ove certi atteggiamenti autistici e certe deformazioni psicopatologiche si mostrano con un profilo più netto che non nella terapia individuale. Il gruppo fornisce alla situazione psicoterapica quell’elemento di realtà sociale di cui ha bisogno urgente lo schizofrenico, che nella cosiddetta libera associazione e nella posizione distesa diviene talora autistico. Il gruppo infine, inteso qui non solo come il gruppo terapeutico dei pazienti ma come il gruppo di tutti coloro che si occupano in forma immediata del paziente, medici, infermieri, amministratori, familiari, viene indotto a conoscere più a fondo la realtà interiore del paziente, a dividere con lo psicanalista il lavoro e a creare con esso quel modello sociale che è dinamicamente opposto al modello da cui si presume essere venuta la psicosi. Le tensioni emotive scaricantisi dalla psicosi, che prima, non accolte dal gruppo sociale, rimanevano chiuse nell’isolamento dell’individuo psicotico e ne acceleravano la disintegrazione psichica, si riversano ora nella vita sociale del gruppo, minacciandone talora, in certi aspetti ricchi di conflitti, la consistenza, l’omogeneità; ma là dove queste tensioni emotive non arrivano a frammentare la convergenza di intenti, l’integrazione sociale di coloro che trovano il senso del loro lavoro comune nell’aiuto psicologico a portare al paziente risulta infine aumentato, ci si attacca infine a colui che pur attraverso tante prove ci ha aiutato a divenire noi stessi.

**DISCUSSIONE**

**BASAGLIA**

Vorrei chiedere al Prof. Benedetti se egli ammette l’esistenza della schizofrenia tardiva e se è così, quali possono essere gli elementi determinanti di una sintomatologia schizofrenica-paranoide nella tarda età, e se il suo ingresso è costituito dagli stessi elementi che costituiscono l’ingresso del giovane.

**BENEDETTI**

La esistenza della schizofrenia tardiva è un dato di fatto già documentato da molto tempo e che viene spiegato da un punto di vista psicodinamico tenendo presente due ordini di fattori: da un lato il fatto che i fenomeni della vita involutiva confrontano l’individuo con conflitti e con situazioni nuove; pensiamo, per es., quali nuovi problemi l’individuo durante la vita involutiva: modificazione della sua attività sessuale, della sua attività professionale; modificazioni della identità di sé, problemi che non esistevano prima durante la sua gioventù ed allora si manifestano dei punti deboli della personalità che fino ad allora erano compensati e che, magari, rimasti fino ad allora latenti vengono finalmente resi acuti dai problemi connessi all’involuzione stessa dell’organismo. Questo è un dato di fatto. E poi l’altro è che la schizofrenia tardiva è per lo più connessa ad una personalità più resistente che non la schizofrenia giovanile. L’individuo che si ammala già in gioventù di schizofrenia ha una personalità molto più fragile che non l’individuo che si ammala di schizofrenia tardiva ed è quindi in grado di risolvere molti conflitti della vita, ma che in fine — a un certo punto della sua evoluzione — finisce col cadere, col non trovare più l’equilibrio. Per questo motivo, le schizofrenie tardive decorrono più raramente verso quella grave forma di disintegrazione della personalità che non le schizofrenie giovanili: non notiamo così frequentemente le forme ebebfreniche, appunto nelle schizofrenie tardive, come nella schizofrenia giovanile.
BASAGLIA

Che cosa intende per personalità che resiste?

BENEDETTI

Intendo dire che c'è un maggior grado di maturazione emotiva della personalità e una maggiore capacità di difendersi dai diversi conflitti della vita, per cui vengono trovati dei punti di equilibrio capaci di portare il paziente fino a certi punti critici della sua evoluzione, che si fanno infine sentire in età avanzata.

BASAGLIA

Vorrei chiedere un'altra cosa: vorrei chiedere anche cosa ne pensa il prof. Benedetti del concetto di anacoreesi dell'io, di Winkler.

BENEDETTI

Il termine di anacoreesi dell'io è stato introdotto da Winkler per definire un fenomeno che noi molto spesso definiamo col termine di «autismo»; noi non usiamo molto spesso questo termine di «anacoreesi dell'io», perché a noi basta il termine di «autismo», ma comunque l'importante è intendersi sul fatto principale, perché uno dei motivi che dividono le varie scuole è proprio il problema della nosografia, della terminologia, della creazione di concetti e di termini che spesso sono diversi da scuola a scuola, e importante è intendersi sui fatti fondamentali che poi sono eguali. Ora il termine di anacoreesi mi sembra descrivere quello stesso genere di fenomeni che noi comprendiamo col termine di «autismo» e che indica la tendenza dell'io a ritirarsi da posizioni più esposte ai contatti sociali, da posizioni anche più esposte a certe contraddizioni conflittuali, a ritirarsi da queste posizioni più esposte verso un nucleo autistico ove è possibile creare poi delle fantasie delliranti.

DE MARTIS

Desideravo un chiarimento dal prof. Benedetti, in ordine a quando parla delle esigenze della correttezza dell'interpretazione del trattamento psicoterapeutico, in quanto ho letto, per es., per quanto riferisce la Fromm-Reichmann che in un certo senso le cose, secondo questa autrice, sono considerate in una maniera completamente diversa, ossia nel senso che non contrebbe tanto la correttezza dell'interpretazione quanto il significato, la risposta modulata, in un clima emotivamente significativo e direi pregnante per il soggetto. Questo punto mi pare che abbia un certo interesse in ordine al problema di chi comincia la psicoterapia della schizofrenia, il quale può in un certo senso essere traumatizzato da questo problema di dare una interpretazione corretta, e di conseguenza negarsi alla spontaneità che la situazione di relazione interpersonale esige.

BENEDETTI

Io sono perfettamente d'accordo con Lei, con questa interpretazione di Frieda Fromm. Parlando della correttezza della interpretazione io mi riferisco a certi psicoterapisti che bombardano il paziente di interpretazioni date a priori sulla base di una teoria, e senza una profonda conoscenza del paziente, e che cercano di trovare infine quella interpretazione a cui si reagisce il paziente, sottoponendolo a tutta una serie di interpretazioni erronee fino a che egli reagisce all'interpretazione giusta. Questo non mi sembra adatto perché il paziente si sente poi come un oggetto di sperimentazione e non si prende troppo sul serio.

CODIGNOLA

Vorrei chiedere al professore una cosa pratica: cioè per es. cosa si dovrebbe fare quando un paziente è aggressivo sul piano del comportamento. Io l'interesse del paziente in quel caso è quello di venire ferito, cioè rassicurato fermando la sua aggressività ad un certo punto, oppure l'interesse del paziente sarebbe quello di sciarcarla completamente? A parte questo che può succedere al terapeuta, visto dalla parte del paziente non dalla parte del terapeuta. Cioè è meglio, a un certo momento, arrestarla, come dice Rosen, per es., oppure lasciarla evolversi il più possibile, perché sia nell'ultimo caso che nell'altro un giudizio c'è sempre? Bisogna vedere se il giudizio deriva da quello che lui ha caricato o da quello che gli si impedisce di caricare, in un certo senso.

BENEDETTI

Nella mia esperienza io distingo fra forme di aggressività del comportamento puramente verbali, puramente rivolte al terapista, e forme di aggressività verso l'ordine ospedaliero. Per quel che riguarda le forme di aggressività del comportamento che si riferiscono solo alla persona del medico e solo al rapporto medico-paziente è meglio tollerarle perché l'infermo può svilupparsi proprio attraverso la libera espressione di questi impulsi aggressivi. Là ove viceversa il paziente aggressivo tende un po' a disorganizzare la struttura sociale in cui vive, per cui, per es., egli è aggressivo verso altri pazienti, o verso infermieri ecc. allora è necessario fermarlo, ma importante è che questa fermata avvenga in maniera personale nell'ambito di un rapporto con lui, e che sia possibile discutere con lui i motivi della sua aggressività, dell'ansia che produce questa aggressività e i motivi per cui è necessario fermare il paziente. Una certa severità nel fermarlo è anche necessaria al buon rapporto terapeutico perché io ho esperienza di certi pazienti non fermati in queste forme di aggressione sociale che diventano sempre più ansiosi quanto più essi possono esprimere le loro aggressività sociali.

CODIGNOLA

Ma in questo caso sta nel rapporto medico-paziente quest'azione dell'aggressività oppure più che altro nel medico che determina l'aumento dell'aggressività. Cioè il paziente è più aggressivo perché ha sentito nel medico qualcosa che manca? Perché di solito ho notato che quando si accorgono che potrebbero fare qualcosa non si fanno. Se la fanno sul serio si può pensare che qualche cosa manchi nel terapista.

BENEDETTI

Sì, questo poi è un problema pratico da vedere volta a volta perché in certi casi l'aggressività del paziente è indipendente dalla persona del medico e dipende dalla sua posizione, dipende dalle sue esperienze fami-
liari, ecc. In certi casi particolari, l'aggressività del paziente può essere in rapporto con una aggressività latente del medico di cui egli deve rendersi conto nel controllo della sua terapia.

GABURRI

Vorrei chiedere, prof. Benedetti, una spiegazione su un fenomeno che si osserva molto facilmente nelle sindromi depressive dell'età involutiva. Molto spesso si assiste frequentemente a un malangio, a una miscellanea di fenomeni paranormali; nonostante la struttura depressiva sia netta, chiarì, la parte dell'assenza di sintomatologia od anche, per es., nel piano semeiotico il delirio, molto spesso non esiste un delirio di colpa primario, ma esiste un delirio di rovina oppure un delirio di riferimento, per stare fermamente la struttura depressiva della sindrome. Cioè si ha la sensazione che esista una specie di punto di incontro, di convergenza della struttura depressiva con elementi paranormali che anche si ritrovano nella personalità premorbida del malato. Io desidererei sapere se è possibile trovare una spiegazione sul piano psico-dinamico di questa fenomenologia, che da una personalità premorbida paranormali in senso lato, o perlomeno sensitiva alla Kretschmer per dare un'idea, si configura depressivamente con l'età involutiva.

BENDETTI

E' un problema quanto mai interessante, ma che non ho studiato e preferisco dire ciò anziché azzardare delle ipotesi più o meno sicure, perché è bene osservare queste cose nel paziente, non soltanto sulla base della teoria, ma sulla base di una vera psicoterapia del paziente. Non ho avuto in cura pazienti di questo genere.

VOLterra

Volevo chiedere al Prof. Benedetti che ha parlato, che parecchio tempo prima che la psicose sia rilevabile il soggetto diventa diverso da quello che era prima e, se lo ben capito, sono le difese del paziente che, in questo senso, determinano la struttura delle psicosi. Mi interesserebbe appunto che, se possibile, si allargasse questo concetto, o meglio lo illustrasse nel senso, soprattutto, di poter eventualmente individuare o cogliere in determinati soggetti quelle che possono essere delle strutture pre-schizofreniche.

BENDETTI

E' molto difficile cogliere queste strutture pre-schizofreniche, perché gli ammalati in questa fase del loro sviluppo generalmente non cercano il medico, quindi noi possiamo ricostruire questi stati per lo più retrospettivamente, attraverso l'anamnesi. Difficilmente individui pre-schizofrenici vengono a noi in questo stato. Almeno io non ne ricordo nessuno. Comunque una differenza netta dall'ammalato schizofrenico c'è nel fatto che ancora non esistono idee deliranti, non c'è assolutamente una vera e propria forma di schizofrenia. E c'è anche una differenza dall'individuo neurotico perché esiste uno stato di smarrimento e di disorientamento che è caratteristico di questo stato pre-psicotico. Molto spesso, quando si ha l'occasione di esaminare questi pazienti, si ha la sensazione che l'individuo potrebbe diventare schizofrenico ma è molto difficile dire esattamente perché. Io ho l'impressione che questi stati schizofrenici sono stati studiati ancora piuttosto poco, molto poco: sia dal punto di vista psicodinamico, come anche dal punto di vista clinico.

TARASCHI

Chiedo al prof. Benedetti un chiarimento su un punto, dove ha accennato alla situazione dello psicoterapista all'inizio quando, in fondo, è tormentato dal turbamento, quando l'io si sta disintegrando, e — accennava il professore — che l'instaurarsi della struttura psicotica, l'instaurarsi del delirio, alla fine, in fondo sembra portare una certa pacificazione nel soggetto e diceva testualmente che questi soggetti dormono di più di quanto non dormissero all'inizio. Ora questa osservazione parebbe contrastare con altre le quali tenderebbero piuttosto a vedere in questa pacificazione quasi un sintomo di quello svuotamento che si accompagna alla progressiva disintegrazione della personalità, a quella mancanza di unità dell'io che, in fondo, è necessaria anche per soffrire. Almeno questo un po' secondo la psichiatria tradizionale, e siccome vedo un po' una certa contraddizione, almeno apparenente, tra queste due interpretazioni, chiederei possibilmente un ulteriore chiarimento su questo punto.

BENDETTI

Anzi tutto voglio essere ben sicuro di aver capito. Lei domanda come mai questi pazienti schizofrenici entrano in uno stato di relativa tranquillità dopo lo sviluppo della sindrome paranoia, tanto che talora i loro soggiorni sono più tranquilli, come ci dice Sullivan, nonostante il fatto che esiste un effettivo impoverimento della personalità con l'insorgere della psicosi. E' questa la sua domanda?

TARASCHI

Professore, io domandavo se dobbiamo intendere questa pacificazione (almeno secondo la sua esposizione) come un fatto positivo o non piuttosto come un sintomo diretto negativo appunto di incapacità a reagire o di diminuita capacità a soffrire, intendendo in questo caso la sofferenza non tanto un sintomo negativo quanto piuttosto ancora una capacità dell'io a integrarsi in qualche modo con gli altri e col mondo esterno, magari attraverso la sofferenza o, in un certo modo, considerarlo come espressione di una maggiore validità in senso psichico.

BENDETTI

Allora la mia risposta è questa: che il fenomeno contemporaneamente sia un fatto positivo come anche un fatto negativo. Allo stesso modo, per es., della regressione psichica. Anche lì sorge il problema se la regressione psichica sia un fatto positivo o un fatto negativo. Da un certo punto di vista è indubbiamente un fatto negativo, perché denota che il paziente può trovare un certo punto di equilibrio intrapsichico e sociale solo abbandonando certe posizioni esposte che da un canto generavano in lui l'ansia, ma che d'altro canto gli permettevano di svilupparsi come personalità in un modo più aperto e la ritirata autistica, il sorgere di idee paranormali, la regressione sono — da questo punto di vista — un fenomeno nettamente negativo. Però, da un punto di vista energetico, è possibile considerare il
fatto come positivo perché vengono a mancare nella coscienza del soggetto certe tensioni, gradi di ansietà e conflitti, per cui si ha una momentanea diminuzione dell'ansia. Lo stesso, per es., è il fenomeno della dilapidazione cronica: abbiamo pazienti cronici apatici e, naturalmente, questo è un fenomeno negativo. Ma in questi stadi di dilapidazione manca quella differenziazione dei conflitti e della personalità che provoca l'ansia e questa semplificazione della psiche è, da un punto di vista energetico, un fatto positivo, tant'è che il soggetto preferisce scivolare verso queste forme di repressione.

RUOSI

Mi permetto di fare una osservazione sulla domanda fatta da un collega che mi ha preceduto sulle relazioni eventuali tra tendenze paranormali e situazioni di depressione involontarie. A questo proposito, vorrei dire questo: che certe relazioni si sarebbero nel senso sopratutto di quel sentimento di insufficienza molto antico che si trova nei soggetti proprio affetti dal delirio primario, dal delirio paranormico, e che potrebbe essere, potrebbe corrispondere a quel sentimento di insufficienza che invece si trova anche nei melanconici. Questo sentimento di insufficienza molto forte, anzi, se invece apparentemente, specialmente nei paranormali, soprattutto nei paranormali è visto attraverso un delirio di grandezza, gradi di emanatività ecc., non potrebbe avere rapporti con un antico senso di dipendenza materna, qualche volta accoppiato ad una situazione di insicurezza derivante soprattutto dalla mancanza della figura paterna o da resistenza eccessiva della figura paterna? Queste sono delle nicchie esperienze che ho avuto in questi casi di paranormali che ho potuto vedere nella mia esperienza professionale e che penso siano l'unico raccordo possibile con le situazioni del melanconico. Poi vorrei chiedere al prof. Benedetti se ha esperienza di soggetti che hanno fatto una scelta professionale, o si sono avvistati per una scelta professionale proprio in conseguenza di una situazione schizofrenica, per es. o paranormale. Quindi hanno fatto una scelta in un certo senso deliberante. Ora indubbiamente io penso che bisogna fermare questi soggetti anche se qualche volta facendo un esame catamnestico sì vede che questa scelta, in fondo, ha trovato una possibilità; cioè il soggetto in questa scelta ha trovato possibilità di avanzamento nella vita, senza fare gran danno agli altri. Però quando la scelta, per es., è di carattere sociale, come capita per es. di volere a volte dei medici, addirittura qualche volta qualche neurologo che si avvia per questa strada proprio per una scelta deliberante, io penso indubbiamente si debba fermarlo, ma come mi consiglierebbe lei, tanto più che in questo momento io dovo continuamente fare una specie di fermata in queste scelte a un assistente sociale.

BENEDETTI

Consigliare è un problema molto difficile perché certe volte bisogna disilludere profondamente un malato, il quale ha talora il bisogno di esplorare una attività sociale, come infermiere o come medico, ecc.; tentando di curare se stesso attraverso la cura altrui, essi così si rendono necessario mostrare al paziente che questa scelta è erronea, che è superiore alle sue possibilità. Indubbiamente vi è una disillusione dell'ammalato e se il rapporto affettivo connesso non è abbastanza profondo è il pericolo che il malato si discosti immediatamente. Per questo motivo io consiglierei di scendere a vedere la figura del terapista dalla figura del consigliere. Far dire questi consigli reali, che provocano una forte disillusione nel paziente, da un'altra figura che non quella del terapista il quale, in certi casi, deve astenersi da questi consigli perché vengono sentiti dal malato come forme di grave incomprorsione, di grave avversione verso le sue tendenze.

RUOSI

Le dirò che proprio in quest'ultimo caso mi ero regolato così, cioè proprio staccando la figura di chi deve agire, come medico, da chi deve agire come amico, come consigliere. E soprattutto dividendo la divisione nel tempo, nel senso di lasciare ancora qualche possibilità di decisione per l'avvenire, non dare una scossa troppo rapida.

CANTONI

Non so se ho ben capito, prof. Benedetti, nel suo esposto, a proposito dell'interpretazione corretta, mi sembra che Lei abbia detto che un certo momento che quando si dà una interpretazione corretta c'è poi un aumento dell'angoscia nel paziente. Ho avuto l'impressione certe volte, in certi casi, che pur avendo dato delle interpretazioni corrette, al contrario la tensione, l'angoscia che precedeva l'interpretazione è calata con l'interpretazione, come se il malato arrivasse a integrare qualcosa di nuovo e che non sempre era seguita da un aumento dell'angoscia. Non so se è la costituzione che ha fatto anche Lei.

BENEDETTI

Se ho ben capito la Sua domanda esistono diversi tipi di interpretazione: vi sono interpretazioni che effettivamente fanno cadere l'angoscia del paziente, se per es. si trova in uno stato di angoscia sommesso e che, attraverso l'interpretazione del medico si rende conto del suo bisogno affettivo verso il padre che egli non realizzava più e che non è così esistiva per la sua autostima come il momento cosciente. Vi sono però altre forme di interpretazione della schizofrenia che viceversa mostrano all'ammalato certi aspetti dei suoi conflitti che generano ansia e qui è importante, in questo genere di interpretazioni, rendersi conto della capacità del paziente a sopportare e se siamo in presenza di un individuo molto debole, molto fragile, è meglio momentaneamente astenersi da queste interpretazioni ed eventualmente offrire in un secondo tempo, per evitare il sorgere di difese troppo forti od il sorgere di una nuova disintegrazione. Vi sono delle forme addirittura di eccitazioni schizofreniche che possono seguire ad una interpretazione di questo genere che provoca troppo forte ansietà nel malato.

LANZAVECCHIA

Chiedo se sia corretto, in caso di grave aggressività improvvisa verso l'ambiente, che il terapeuta stesso fermi il paziente, essendo egli stesso a pronunciare, con ovvia, benevolà empatia, la frase: "Si proteggiamo dal tuo male". Mettendo, cioè, in evidenza la distinzione della malattia dalla persona del paziente.
BENEDETTI

Sono d'accordo. E' questo un procedimento che noi facciamo talora molto spesso, cioè fermiamo direttamente il paziente là quando la sua forma di aggressività non si limita soltanto alla verbalizzazione di determinati impulsi aggressivi, ma aderisce e rivolta verso le strutture sociali, allora noi fermiamo direttamente il paziente dicendogli, per es., che noi impediamo questo atto di aggressione non solo per proteggere l'ambiente, ma per proteggere lui contro le conseguenze di questa aggressione, perché molto spesso vi sono anche delle tendenze autoaggressive che si manifestano attraverso questi movimenti aggressivi.

VANZELLI

Io domando se è possibile, cioè se il rapporto personale che si istituisce fra psicoterapista e psicod, e malato psicod, è differenziato, è diverso a seconda della fase di scompenso psicodico in cui si trova il paziente. Ad es. il rapporto più efficace, meno efficace, vi è nel momento in cui il malato si trova nello scompenso allucinatorio acuto, in cui vi è la tendenza a incorporare nel vitato, nell'esperienza allucinatoria lo stesso medico. Mentre abbiamo oggi tempo dei medicamenti, non bisogna trascu- rare, abbia dei mezzi: la stessa insulina, che permette una azione deallucinatoria, cioè permette di diminuire quella tensione acuta dell'esperienza allucinatoria. Però non dobbiamo dimenticare, questo è il punto fondamen- tale, che rimane il « ricordo » allucinatorio, ricordo che può essere accreditato con la psicoterapia. Parlo di aggressione: aggressione che è possibile, come primo momento, soltanto stabilendo un rapporto di empatia, un rapporto di comprensione, di simpatia (che è un movimento irrazionale, dico io) fra il paziente e il medico: è soltanto questo che dà la possibilità al paziente di credere, di sperare, di trasferire, di chiedere al medico una interpretazione. Ciò è il momento fondamentale per la metodica, di cui ignoro qual è la più valida, per la metodica interpretativa sia appunto questo rapporto iniziale: rapporto che dà sicurezza e che apre una prospettiva all'ammalato, altrimenti l'ammalato ha il vuoto davanti e ha tutti i meccanismi di difesa che conosciamo.

Poi, domando io, a proposito dell'analisi di questa processualità storica, di questa formazione storica di questa personalità e della storia di questo scompenso psicodico, qual è la metodologia interpretativa più valida?

Qual'è cioè la metodica più valida per maturare in quel paziente una propria razionalità e permettere quindi a lui una sua piu armonica integrazione sociale? Poi domando, i temi, la scala di valori di una società, è dover essere la personalità dei genitori, colla loro cultura storica, sono situazioni rilevanti e significative nella formazione dei complessi di colpa, nella for- mazione dei meccanismi di difesa psicodica e dell'insorgenza dopo delle esperienze allucinatorie di disintegrazione sociale, cioè la scala di valori di una determinata società, le coartazioni che una determinata società fa entrambe in una famiglia possono essere ritenute eventi importanti anche per comprendere e precisare quei complessi che gli psicanalisti specialmente freudiani hanno così brillantemente messo in evidenza.

— 66 —

BENEDETTI

Io sono d'accordo perfettamente con quanto Lei ha detto e questo tema dei rapporti culturali, delle incidenze culturali sulla famiglia e quindi sulla psicosi saranno discussi nella prossima relazione sulla « famiglia dello schizofrenico » della dr. Selvini.

— 67 —
LE CONCEZIONI DI C.G. JUNG SULLA SCHIZOFRENA

SILVIA MONTEFOSCHI

Anche intorno al problema della schizofrenia, si sono trovate di fronte, durante lo sviluppo del pensiero scientifico, le due diverse, anzi, opposte impostazioni di pensiero; da una parte l'orientamento organico, localizzazionista di pensiero, dall'altra parte l'orientamento dinamista e totalista, integrandosi fra loro in un reciproco e costruttivo processo dialettico. Infatti furono proprio il razionalismo e il positivismo, che avevano creduto di ridurre la vita umana a termini fisico-chimici, a fornire i mezzi logici e metodologici necessari per porre su basi scientifiche il problema della vita psichica, quando questo tornò alla ribalta. L'espressione delle due correnti le ritroviamo oggi, da una parte nelle ricerche intorno ai fatti dismetabolici e ormonali nel determinismo delle malattie, che in certo modo perpetuano le teorie della causalità esclusivamente meccanica che fiorirono all'inizio del secolo, dall'altra nelle tentative di interpretazione psicologica delle malattie, che si ispirano fondamentalmente alle concezioni di Freud.

Esiste tuttavia un terzo orientamento cui Harry Ey dà il nome di organo-dinamismo, le cui origini sono ritrovate dallo stesso autore nei lavori di Janet, Jackson, Monakov. Tale orientamento rappresenta, possiamo dire, un tentativo di sintesi dei due opposti atteggiamenti, sebbene è ancora al fattore organico che viene data l'importanza primaria nel determinismo della malattia, nel senso che i fattori psicologici intervengono solo successivamente, influenzando le manifestazioni sintomatiche e l'evolversi stesso della malattia. Qual'è la posizione di Jung nei confronti del problema?

Jung era cresciuto alla scuola di Bleuler, che possiamo ancora considerare un rappresentante della cosiddetta corrente organo-dinamista, come ci rivela chiaramente la distinzione che egli fa a proposito delle manifestazioni schizofreniche in: sintomi primari, quali espressioni della primitiva lesione organica e sintomi secondari, quali espressioni delle reazioni psichiche al male stesso.

Tuttavia Jung si distacca dal suo maestro di clinica, in quanto non accetta la rigida distinzione tra sintomi di origine organica e sintomi di origine psichica, come esprime chiaramente in un suo lavoro del 1911: Critica alle teorie di Bleuler sul negativismo ».

La posizione di Jung scaturisce dalla sua stessa visione della realtà umana in cui i due aspetti, il fisico e lo psichico, appaiono come « ... una coppia di oppositi, che viene spesso designata come di natura e di spirito », che viene cioè vissuta dall'uomo come opposizione di due diversi principi, sebbene « entrambi originino dalla medesima natura ».

In base a tale posizione, i fattori organici e psichici possono assumere ugualmente, ora l'uno ora l'altro, valore determinante nella eziologia delle malattie; in questa visione di Jung, che risale agli inizi del secolo, ritroviamo l'impostazione della moderna psico-somatologia. Lo stesso Alexander, infatti, ci dice che nel concetto di psico-somatologia è esclusa una distinzione tra malattie di origine psichica e malattie di origine organica, in quanto ciò porterebbe ancora ad una distinzione tra spirito e materia.

Ogni malattia è psico-somatica; infatti, nel momento in cui l'uomo malato non è più considerato un oggetto, cioè come mero portatore di organi e cellule malate, e si considera che sia piuttosto la funzione alterata a compromettere organi e cellule, questa alterazione funzionale non può essere considerata se non in rapporto ad una rottura di equilibrio dell'intera personalità dell'individuo; equilibrio della personalità che non può, a sua volta, essere considerato se non in rapporto all'ambiente sociale in cui vive.

Il malato appare quindi al medico come soggetto, ed è proprio in questo suo essere soggetto che i due aspetti apparentemente contradditori della sua realtà trovano la loro sintesi. E una maggiore conoscenza di questa sintesi è auspicata da Jung appunto a proposito del problema eziologico e patogenetico della schizofrenia.

Il problema della schizofrenia ha occupato Jung sin dall'inizio della sua attività psichiatrica, e precisamente dal 1901, in occasione della sua tesi di laurea il cui tema, proposto da Bleuler, concerneva l'investigazione approfondita della disintegrazione delle idee nella schizofrenia.

Jung studiò l'argomento su di un caso di una giovane donna che presentava una analogia con la schizofrenia: si trattava di una medium. Sin da allora Jung sottolineò il fatto che lo sdoppiamento di personalità della giovane, che si manifestava negli stati di trance, era da
riflettendosi al fatto che il contenuto dell’inconscio si esteriorizzava in modo da rimanere inconscia alla coscienza della paziente stessa, prendendo il sopravvento sulla sua personalità conscia.

Fu questo tema, quello cioè di un contenuto inconscio così potente da divenire autonomo e sostituirsi così all’attività cosciente, che fu sviluppato da Jung attraverso i suoi ulteriori lavori sull’argomento nel giro di sessant’anni. Ritengo che la maniera migliore di presentare lo sviluppo del suo pensiero sia quella di seguirlo cronologicamente attraverso i suoi lavori più importanti.

Nel 1907 uscì il primo grande lavoro di Jung sulla psicologia della demenza precoce. Egli vi sottolinea che le teorie precedenti sulla schizofrenia, pur differendo notevolmente in vari punti, convergevano su di una idea fondamentale espresa diversamente da diversi autori: abbassamento del livello mentale, deterioramento apprezzativo, disintegrazione della coscienza, ecc., e che richiamava al fatto che Freud aveva dimostrato in un caso di demenza paranoide l’esistenza del meccanismo di conversione tipico dell’isteria.

Egli si pone allora due domande fondamentali:

1) Che cos’è che determina questo abbassamento del livello mentale?

2) Perché, accettando la teoria di Freud, in alcuni casi si manifesta l’isteria ed in altri la schizofrenia?

In rapporto al primo punto egli si rifà alla sua teoria del complesso sulla quale, del resto, è basata tutta la sua concezione energetica. Il complesso è, per Jung, un gruppo di rappresentazioni a tonalità affettiva costituito da un elemento nucleare, che è il contenuto centrale affettivamente accentuato, e da elementi psichici ad esso associati che egli dà il nome di associazioni costellate. L’elemento nucleare del complesso dipende da due fattori: uno ambientale (una vicenda della vita determinata dall’ambiente), e uno costituzionale, (il modo individuale di reagire all’ambiente).

Anche l’“Io”, per Jung, è un complesso. Così egli ci dice: «Per “Io” intendo un complesso di rappresentazioni che per me costituisce il centro del campo del mio conscio e che a me sembra essere solidamente continuo ed identico a me stesso.»

Anche il complesso dell’Io, dunque, è accompagnato da un potente tono affettivo ed è, per dirla ancora con Jung, il complesso più solido e duraturo in quanto è l’espressione psicologica dell’insieme di tutte le sensazioni del corpo fermamente associate.

Ogni avvenimento, quindi, può costituire un complesso psichico inconscio il quale, in base all’intensità del suo tono affettivo, può interferire nel complesso dell’Io in vari gradi, dando luogo a semplici disturbi fino a sfuggire al controllo volontario della coscienza. A tutti è noto come l’individuo dominato da una problematica e sotto l’impressione di un avvenimento traumatico perda gradualmente la sua capacità di concentrazione sull’ambiente circostante e le sue facoltà critiche, proprio in quanto il suo interesse è tutto assorbito dal processo interiore. Il complesso dell’Io viene privato d’energia e si crea così una condizione di vera e propria insufficienza energetica del complesso dell’Io.

Questa situazione può portare al blocco di tutte le responsabilità e alla peresistemizzazione dell’Ig, che diventa l’atto di resistenza e la sfida al controllo della coscienza. La differenza tra l’Ig e l’Ig è quella che l’interpretazione psicoanalitica dell’impulso rimosso non arriva a spiegare.

Jung, in questo stesso lavoro, ci presenta il caso di una schizofrenica, il cui delirio viene da lui ricostruito considerandolo alla stessa stregua del sogno di una persona normale e da cui risulta evidente che il significato del delirio è proprio quello del soddisfacimento del desiderio secondo la terminologia freudiana.

Dall’analisi, infatti, del linguaggio e del comportamento della pa
ziente, appare evidente come la paziente stessa riviva in maniera simbolica le sofferenze e le delusioni e le derivanti fantasie compensatorie. Proprio così come possiamo ben ritrovare nei sogni e nei sintomi dell'isterico. Ma perché nell'isterico è ancora possibile un colloquio tra i contenuti inconsci e la personalità conscia, laddove nello schizofrenico le fantasie inconscie hanno completamente sostituito la coscienza dell'Io?

A questo punto Jung fa l'ipotesi che il deterioramento delle facoltà critiche dell'Io conscio sia causato dalla presenza di una sostanza tossica, prodotta da un'alterazione metabolica.

Il più delle volte si trova, all'inizio di un processo schizofrenico, una violenta emozione il cui contenuto si esprime poi nella stessa sintomatologia della malattia. E' la violenta reazione emotiva a scatenare l'alterazione metabolica o piuttosto era questa già in atto, sebbene latente, nel momento in cui la situazione drammatica si verificò, cosicché quest'ultima, anziché dar luogo ad una semplice nevrosi, prese un andamento maligno e irreversibile, facilitando il divenire autonomo del complesso.

Sarà solo nel 1938, dopo più di 50 anni di studio in questo campo, che Jung arriverà ad una più precisa presa di posizione sull'argomento. L'esperienza di forme miti di schizofrenia, i successi psicoterapeutici di forme diagnostiche schizofreniche, l'influenza negativa dell'ambiente ospedaliero sul processo della malattia, lo portano alla conclusione che la causa psicogena, cioè il conflitto, sia la più probabile, pur lasciando aperta la possibilità che esistano casi in cui l'ezologia psicogena possa essere considerata di minore importanza rispetto ad altri fattori che possono avere ugualmente provocato simili alterazioni metaboliche.

Nella seconda edizione del suo lavoro « Il contenuto della psicosi » del 1914, Jung approfondisce l'argomento circa il significato compensatorio delle fantasie deliranti. Egli si rende conto che il ridurre ai fatti della vita personale i contenuti dei deliri non è sufficiente a spiegare i motivi tipicamente e universalmente umani che vi ricorrono frequentemente. Che significato hanno queste fantasie? E' veramente solo un vano tentativo di soddisfare desideri infantili personali?

Le idee patologiche che dominano il paziente esprimono quei problemi esistenziali che più lo impegnavano quando era normale. E' quindi probabile che, di fronte a situazioni conflittuali per lui inestricabili, a drammi per lui insostennibili, l'individuo regredisce in una soluzione fantastica della sua problematica, in un paradiso terrestre che lo libera da ogni responsabilità consci dei suoi atti. In questo paradiso terrestre egli può dare finalmente libero corso a quell'impulso inconscio che egli rifiutava di integrare nella propria coscienza e che sarebbe stato tuttavia l'appuntatore della soluzione, se egli avesse potuto affrontare lo scontro dialettico fra la sua realtà instintiva e quella etica.

Questa tendenza a rifugiarsi nelle creazioni fantastiche compensatorie di realtà delusive e inaccettabili, rifiutando così la responsabilità di affrontare e risolvere consciamente i propri conflitti, è propria dell'essere umano. Ma questa fantasia creativa, tipicamente umana e che trova la sua espressione consapevole nell'artista e patologica nel delirante, non ha solo un significato di fuga dalla realtà, bensì anche quello di ricerca di una nuova visione del mondo necessaria a risolvere la problematica di particolari momenti esistenziali; e ciò in quanto i contenuti dell'inconscio hanno, rispetto all'atteggiamento unilaterale della coscienza, una funzione compensatrice e quindi equilibratrice.

Jung ci ricorda in un suo seguente lavoro apparso nel 1914 « Sul.l'importanza dell'inconscio nella psicopatologia » che il primitivo aveva facile dialogo con questa funzione compensatoria dell'inconscio, dialogo che si svolgeva attraverso visioni e voci le quali, anziché venire considerate forme patologiche, avevano valore di comunicazioni divine per risolvere problemi riguardanti l'intera comunità. Il progressivo sviluppo della coscienza individuale ha reso via via più difficile questo dialogo per l'instintiva paura dell'Io di essere nuovamente travolto in uno stato di inconscienza collettiva. Ciò ha portato ad un atteggiamento unilaterale e difensivo dell'individuo di fronte ai contenuti dell'inconscio.

Il rifiuto di tale dialogo, ovvero la negazione di questo « non-io » interiore, non smorza tuttavia la forza espressiva di quest'ultimo e può dare luogo a due conseguenze: o l'Io riesce a tenere a bada per tutta la vita il suo contrario e rinuncia così allo sviluppo di una personalità integrata, oppure non vi riesce e i contenuti inconsci sfuggono alle sue possibilità di controllo e, divenuti autonomi, lo soppiantano nella funzione di guida dell'intera personalità: questa è la psicosi.

A questo punto Jung si pone il seguente problema che ci espone nel suo lavoro « Sulla Psicosi e delia Schizofrenia » del 1939. Questo cedimento dell'Io è originariamente dovuto a una debolezza di quest'ultimo o ad una maggiore forza espressiva dell'inconscio?

Ammettendo la prima ipotesi, si potrebbe parlare di atavismo inteso nel senso di un arresto di sviluppo a causa del quale l'individuo conserva un tipo di psicologia più vicina a quella del primitivo che ha un Io meno sviluppatore, e quindi meno capace di affrontare le situazioni di conflitto che gli si presentano. Per tale motivo il conflitto può
raggiungere un’intensità emotiva superiore alle capacità di controllo dell’Io e la tensione che ne deriva dar luogo a quelle alterazioni metaboliche che rendono irreversibile il processo. Questa analogia con la psicologia del primitivo emerge anche dal linguaggio e dalle fantasie di tipo arcaico così frequenti nello schizofrenico.

Fu proprio la frequenza di forme arcaiche di associazione nella schizofrenia che fece sorgere in Jung l’idea che i contenuti dell’inconscio non fossero soltanto quelli appartenenti originariamente alla coscienza del singolo individuo e poi andati perduti, ma anche altri aventi un carattere universalmente umano.

« Questi motivi – egli ci dice – non sono tanto inventati quanto scoperti; essi sono forme tipiche che appaiono spontaneamente in tutto il mondo – indipendentemente da influenze locali – in miti, favole, fantasie, sogni, visioni e sistemi deliranti dei pazzi. In base ad un più attento esame essi appaiono attrezzaggi tipici, modi di agire, processi ideativi e impulsi, che devono essere considerati come costituenti il comportamento instintivo tipico della specie umana. » Il termine « archetipo » che egli sceglie, coincide con quello di schema di comportamento e al tempo stesso di correlato psicologico di azioni instintive.

Il fatto che nella schizofrenia questi motivi arcaici si presentino con una notevole frequenza conferma, secondo l’autore, il fatto che nella schizofrenia i fondamenti biologici delle psiche sono colpiti più profondamente che nella nevrosi.

Anche nelle persone normali questi motivi arcaici compaiono nei sogni nei momenti critici e di grave pericolo, il che fa pensare che in situazioni di vitale importanza si mobilitino i fondamenti instintivi della psiche anche senza la partecipazione della coscienza. Lo schizofrenico è in una situazione di pericolo vitale, il che rende probabile la messa in atto di questi meccanismi instintivi arcaici. Ma mentre nella persona normale, come pure nel nevrotico, queste reazioni instintive arcaiche possono essere assimilate sul piano della razionalità conscia, nello schizofrenico conservano il loro carattere primitivo e collettivo, rendendo quindi molto più difficile la loro comprensione ed integrazione.

A questo proposito Jung ricorda gli effetti della mescalina e delle altre sostanze allucinogene e accenna al problema delle psicosi sperimentali quale possibile via ad una futura dimostrazione della presenza di tossine metaboliche, come aveva previsto oltre 50 anni prima.

L’azione della tossina metabolica sarebbe, secondo Jung, proprio quella di ridurre il processo di associazione ad un livello arcaico me-
di rimpiazzare uno con l'altro. Perché è indubbio che la natura non esisterebbe senza la sostanza, ma essa non esisterebbe nemmeno per noi se non fosse riflessa nella psiche ».

In che modo la visione che Jung ha della schizofrenia entra nella sua più vasta concezione della vita psichica umana? Quale momento drammatico essa rappresenta nel processo di sviluppo della personalità?

Lo sviluppo della personalità è ciò che Jung chiama individuazione, che vuol dire espressione individuale di ciò che è universalmente umano.

Il processo di individuazione implica quindi il differenziarsi dell'Io da tutto ciò che è collettivo, processo connesso con lo sviluppo dello stesso della coscienza, in quanto la coscienza è «coscienza della propria differenza dal gruppo». Questo porta con sé un distacco o addirittura un rifiuto dello psichico collettivo, che si avverte come un «non-io» limitante la libertà dell'Io.

La coscienza dell'Io equivale a: — io sono — io voglio — e difficilmente può tollerare la presenza di nuovi di sè di qualcosa che lo determini (mito di Adamo). Ma il processo implica anche il riconoscimento di parte dell'Io della presenza in sè del collettivo che, in quanto «non-io», è necessario all'esistenza dell'Io perché, come diceva il Fornari, «la distruzione del cogito porta alla fine del cogito, in quanto la coscienza esiste solo in rapporto all'oggetto». V'è del paradosso in tutto questo, e ancora più grande appare il paradosso se consideriamo che l'accettazione del «non-io» richiede un'Is ben differenziato che faccia fronte all'energia psichica inconscia, laddove la differenziazione dell'Io porta con sé, come abbiamo detto, la negazione del «non-io».

Questo paradosso si risolve in un processo dialettico tra l'Io conscio e lo psichico collettivo inconscio. Processo dialettico che accompagna l'umanità sin dagli primordi, in quanto sorge col sorgere stesso della coscienza.

L'umanità ha espresso la gravità di questo momento esistenziale; il dramma della nascita umana, nei numerosi miti sull'origine dell'uomo, i quali ci parlano sempre, nelle loro varianti, della rottura di una compatta totalità iniziale in una polarità di luci e di ombre, di bene e di male: l'uccisione di un'unicà divinità uranico-tellurica, da cui nacquero la terra e il cielo, l'evirazione di un'originario essere androgine, da cui nacquero il sole e la luna, e ci parlano ancora, come abbiamo visto, di un furto, di un peccato, che la coscienza commise al suo stesso sorgere, nel voler per sè soltanto la metà in luce della totalità ormai divisa e nel credere di ravvisare il tutto in quella luce — un peccato, ma un peccato necessario perché l'uomo potesse essere uomo.

Ma l'umanità ha trovato espressione simbolica anche per un altro momento del processo dialettico, quello della sintesi dinamica delle due forze in gioco: sintesi e guida al processo che Jung ha espresso nel concetto di Selbst. E nel darne l'immagine simbolica, l'umanità ha sottolineato proprio la funzione di guida che ha nella vita umana il processo stesso, ovvero l'accettazione consapevole di esso, l'accettazione della conflittualità esistenziale.

I miti infatti ci parlano di un dio che muore e che rinascia e di un eroe che affronta il pericoloso viaggio nelle profondità del mare e della terra per uccidere il drago.

Il dio e l'eroe dei miti rappresentano proprio lo sviluppo individuale dell'Io attraverso il ripetuto dialogo con l'inconscio. E' l'Io infatti che deve correre il rischio della propria morte, in quanto deve liberarsi della rigida unilaterale difensiva del suo atteggiamento, accettare il crollo delle sue strutture faticosamente edificate ed affrontare l'incerto, l'infinito possibile, il buio delle notte e delle profondità e confrontarsi con la potenza del drago, cioè con il «non-io» che irrompe nell'unità dell'Io e ne minaccia l'equilibrio.

Il drago custodisce il tesoro; se l'eroe uccide il drago porta con sé il tesoro alla luce del giorno. E la storia torna a ripetersi, e periodicamente il dio torna a morire per rinascere ad ogni primavera (Dioniso, Adone, Attis, Osiride, Persefone, Cristo).

Così, attraverso un periodico morire e rinascere dalla morte, la coscienza dell'Io si allarga in quanto assimila sempre nuovi elementi che prima erano incoscienti. Se però il drago è più forte dell'eroe, questi viene divorato. L'Io così muore e l'uomo resta prigioniero nella metà oscura del mondo. Il senso della propria individualità è perduto e la sua vita psichica diviene l'espressione diretta, indifferenziata della psiche collettiva, anzi, diviene la personificazione delle passioni, dei drammi, delle paure e dei conflitti dell'umanità. Egli si identificherà con quei simboli che esprimono e risolvono, sul piano collettivo, la problematica umana. Così, demoni e dei si impadronirono di lui, ed egli sarà di volta in volta diavolo e dio. Come ciò accade?

Quando il conflitto è insolubile sul piano della realtà conscia e della responsabilità individuale, l'essere umano tende naturalmente a ricorrere al simbolo che serve proprio alla soluzione di quella problematica sul piano collettivo, ma a volte capita che non è l'Io a impa-
... dronarsi del simbolo, bensì il simbolo a impadronirsi dell'Io.

Riferirò brevemente a mo' d'esempio il caso di una mia giovane paziente, una anorettica, la cui problematica non si svolgeva però sul piano della solita competizione familiare, ma coinvolgeva valori enormi, veramente enormi per la sua età. Nella ricerca disperata di dare senso alla vita, aveva rifiutato ciò che è terreno e viveva di un continuo ed esaltante colloquio col Cristo. Tuttavia, la presenza del terreno in lei, il suo steso desiderio di vivere, la gettavano nella disperazione; passava lunghe ore di solitudine e aveva preoccupanti fenomeni di isolamento dall'ambiente. Fu difficilissimo l'approccio perché la ragazza difendeva la verità del suo dramma come l'unica possibile verità; la verità degli altri, specie degli adulti, non era che inganno. Una volta caduta la barriera (del modo casomai se ne parlerà in discussione), non fu difficile ricostruire la storia del suo dramma.

Identificata con una madre vittima di un padre autoritario ed aggressivo, aveva preso sin dall'infanzia, ma soprattutto nel periodo pre-puberale, un atteggiamento di esaltazione del sacrificio, di rinuncia alla libertà, di dedizione alla volontà degli altri. Tuttavia, sin da allora, fantasie di protesta virile denunciavano il conflitto.

La pubertà esasperò, come era da aspettarsi, il rischio della femminilità; essere donna significava essere schiava, ma non le fu possibile una attiva protesta virile, perché ciò avrebbe significato affermazione dell'Io attraverso l'identificazione col padre, ciò che avrebbe a sua volta implicato negare la madre — era troppo forte l'identificazione con quel'ultima perché ciò fosse possibile.

A questo punto si presentò alla ragazza il simbolo unificatore. Si innamorò del Cristo e visse la sua imitazione. Volevamo anzi tutt'altro perché il Cristo si presentava come simbolo unificatore sul piano della problematica personale. La figura del dio onnipotente che offre la propria vita per amore, componeva il dissidio tra le immagini dei genitori. Il Cristo rappresentava la contemporanea valorizzazione del la dedizione materna e della potenza patera. Così la ragazza poteva accettare, da una parte l'identificazione con la madre, cioè il sacrificio, la dedizione, non più vessuti come schiavitù ma come atto della propria volontà, dall'altra la potenza del padre, non più castratrice.

Che significa simbolicamente il Cristo sul piano collettivo? Vedendo entro il mitologema del dio che muore e rinasci dopo il soggiorno sotterraneo, si appare un simbolo unificatore di contrari. Egli redime dal peccato d'origine, proprio in quanto nel suo viaggio notturno riporta alla luce quel « non-Io » negato da Adamo: l'irrazionale rispetto al razionale, la materia rispetto allo spirito, l'istinto rispetto al bisogno di libertà dal determinismo istintivo, l'inconscio rispetto alla coscienza, il femminile rispetto al maschile.

Ma la ragazza non poteva accontentare consciamente, cioè comprendere, il simbolo chiarificatore della sua problematica: il suo Io era troppo debole. Le accadde così di identificarsi col simbolo e di trovarsi al centro del più grosso conflitto dell'umanità. Dall'altezza della sua natura divina vedeva gli abissi della sua miseria, sentendo su di sè il peso di tutta l'ombra umana e della responsabilità della redenzione, e si offrì al sacrificio.

Torno alla domanda: Quale momento drammatico rappresenta la schizofrenia nel processo di sviluppo della personalità?

Ripropono una frase dello Jung: «...la voce interiore ci fa conoscere del male di cui l'intera umanità soffre. Ma presenta questo male in una forma individuale, così che dapprima potremmo supportare che sia solo una caratteristica nostra personale. La voce interiore porta il male di fronte a noi in un modo così tentante e convincente quasi per fargli soccombere. Se non soccombiamo parzialmente niente di questo male apparente entra in noi e non può avvenire nè una regenerazione nè una guarigione. Se soccombiamo completamente, allora la voce interiore agisce come molti diavoli e ne segue una catastrofe. Ma se possiamo soccombere solo parzialmente e se l'Io può salvarsi dall'essere completamente ingoiato, allora può assimilare la voce e noi possiamo renderci conto che, dopo tutto, il male era solo una sembianza di male, ma in realtà un portatore di guarigione e di illuminazione.»

Anche nei miti è sempre presente la possibilità che l'eroe, alla ricerca del tesoro, venga divorato e che il dio non rinascia. In questa possibile seconda versione del mito è appunto la schizofrenia: una sconfitta, una caduta, nel faticoso processo del divenire.

Una volta avvenuta la caduta, l'individuo torna ad essere tutt'uno col collettivo, l'Io tutt'uno col « non-Io », il soggetto tutt'uno con l'oggetto. Scompare pertanto la coscienza, l'uno dei due termini del rapporto dialogico, e cessa così ogni possibilità dialettica tra l'uomo e il suo mondo.

Vorrei accennare qualche cosa intorno ai problemi di terapia. Jung afferma decisamente non solo la possibilità, ma anzi l'eccentrica della psicoterapia, in quanto — egli sostiene — prendendo la schizofrenia al suo inizio, e riuscendo a comprendere il conflitto che sottende allo stato psicotico, la soluzione del conflitto, in certo qual
modo evita il male. Egli ci dà anche numerosi esempi nei suoi lavori, di casi ospedalizzati già da molti anni con discreti risultati.

Qual è la psicoterapia, in che modo bisogna condurla? Jung dice: non si possono dare dei dogmi, non si possono stabilire dei metodi precisi: l’importante è il rapporto tra medico e paziente. Essenziale, egli dice, è la dedizione e l’autenticità. Tuttavia alcune indicazioni le ritiene importanti, cioè, come con il bambino è necessario rafforzare l’Io ed aiutare lo sviluppo dell’Iono, così anche con lo schizofrenico.

E’ pericoloso interpretare i sogni, soprattutto con simboli arcaici, perché gli archetipi esercitano un notevole fascino sullo schizofrenico e quindi si può correre il rischio che questi ne venga maggiormente assorbito. Durante i mesi di intervallo, periodo in cui il transferto è lo stesso, o quasi, che per il nevrotico, secondo Jung è molto importante l’analisi dei contenuti deliranti, la loro spiegazione su base psicanalitica e anche sul piano del significato universale e impersonale della problematica. Egli dice: dare il più possibile spiegazioni psicologiche al paziente, di modo che nel momento in cui egli si troverà di fronte a delle nuove eruzioni dell’inconscio, sarà maggiormente in grado di assimilarne i contenuti sul piano della coscienza.

Questi sono i concetti generali. L’importante, però lui dice, è che il terapista riesce in qualsiasi modo a fare rivivere la soglia al paziente. Tra i vari casi che egli racconta, io ne ho scelto uno che mi sembra meglio si adica. Si tratta del caso di una giovane donna caduta in uno stato delirante, la quale sosteneva di essere sulla luna: viveva sulla luna, era la regina degli abitanti della luna. Questa confessione evidentemente non fu immediata, ma lo Jung l’ottenne attraverso colloqui ripetuti per circa un anno. Una volta arrivata a questa confessione avvenne una cosa straordinaria: un giorno la donna si presentò alla seduta e disse che ormai lei non poteva più tornare sulla luna perché aveva confessato il suo segreto ad un essere umano, e cadde in un gravissimo stato confusionalmente, dal quale stato confusionale uscì senza più sintomi schizofrenici. Infatti non fu più possibile fare una diagnosi di schizofrenia in quanto la paziente, da allora in poi, cominciò a trattare la problematica su uno piano esistenziale, da neurotica, e non ricadde più; l’analisi fu protratta per molto tempo. La paziente si sposò, ebbe figli, e non ricadde più nella schizofrenia. L’importante è riuscire a far varcare la soglia, riportarli al di qua.

ROVERA

Vorrei domandare alla prof. Montefoschi se, circa le teorie organo-dinamistiche di Henry Ey, ella reputa che l’autore francese sia ancora troppo legato ad un organismismo, quando egli stesso invece, specie nel terzo volume degli Etudes, si limita ad affermare che un elemento organico costituzionale, e non un elemento organico e prevalentemente primario in senso strutturale cronologico, è alla base delle psicosi, specie di quelle acute. Ed infatti è accusato di psicologismo; persuaso da autori seguaci, non solo di un determinismo biologico come dalla scuola di Buscaino, ma perfino di determinismo psicologico, come ad es. da autori di derivazione esistenzialistico classica heideggeriana o sauviriana. Grazie.

MONTEFO SCHI

Io ho avuto l’impressione di una sua aderenza ad un atteggiamento organico. Proprio perché, ad un certo punto, lui dice che, mentre sul piano della normalità noi ci posiamo occupare di una problematica psicologica nel momento in cui ci troviamo di fronte ad una malattia come la schizofrenia, fattore determinante è il fattore organico, e il fattore psicologico interviene in un secondo momento. Questa è un poco la sua concezione. Può darsi che io l’abbia mal interpretato o mal capita, comunque mi sembra che ci sia ancora un mettere il fattore organico prima del fattore psicologico nel determinismo della malattia, e il corso della malattia, il susseguirsi della malattia, è poi determinato, in certo qual modo influenzato, dalla reazione del soggetto. Il fattore secondario diventa più importante, s’intende, fino a dire che a un certo punto la malattia è tutto fattore secondario, — perlomeno così io l’ho interpretato — ma può darsi che mi sbagli.

ROVERA

Grazie mille, comunque evidentemente negli ultimi periodi lui sta un po’ rivedono le proprie concezioni perché appunto nello studio delle psicosi deliranti, allucinatorie, acute, lui rivede il periodo che aveva studiato nel ’32, e adesso è molto più canto e più cosciente del problema delle schizofrenie.

MATARAZZO

La mia è una domanda essenzialmente pratica, non circa questioni di origine metafisica o psicologica. A un dato momento della sua relazione, Lei ha specificato che Jung ha detto che gli schizofrenici, nonostante le cure, a un determinato momento, se vengono internati in un ospedale psichiatrico, oppure anche in reparti che non siano veri e propri ospedali, peggiorano. Io vorrei sapere da lei se Jung stesso oppure i suoi seguaci propongono un metodo o un modo di cura diverso da quello degli ospedali psichiatrici o dei reparti psichiatrici.

MONTEFO SCHI

Lui non affronta direttamente il problema del come risolvere la faccenda; lui dice che l’ospedale in certo qual modo determina dei fenomeni,
come, ad un certo punto, nell'animalie in prigione e che la malattia si aggrava notevolmente, fino ad arrivare a quelle forme di completa scissione che non si hanno in tanti e tanti casi che non vengono ospedalizzati; evidentemente ansiosa — questo senz'altro — una migliore organizzazione, e soprattutto insiste sul problema della assistenza infermieristica. Ed in effetti egli stesso cita dei casi migliorati notevolmente proprio nel rapporto con l'infermeria, come parlava Galli, che è entrata in un rapporto attivo materno con questi schizofrenici ed ha agito molto bene. Non affronta il problema di che cosa fare degli ospedali psichiatrici, perfino meno non mi risulta.

GALLI

Io non sono assolutamente d'accordo su questo punto: proprio mi sembra completamente fuori del realtà, questo atteggiamento verso l'ospedalizzazione nell'ospedale psichiatrico, per due motivi. Innanzitutto, sul piano pratico, non vedo nessun'altra forma di attuazione di una assistenza agli ammalati gravi. Secondo, non vedo questa componente, proprio dagli studi psicologici che sono stati fatti sull'ospedale psichiatrico, non vedo assolutamente questa componente punitiva, se non tornando al solito discorso che facevamo ieri sul modo come un certo tipo di trattamento viene effettuato. Oh, terzo punto: proprio questo essere in prigione o essere chiuso — può essere visto come protezione dal paziente. Anche Lanza vecchia aveva fatto un intervento in cui diceva: «Di un paziente è il difendertype dalla malattia » può avere un significato protettivo. Terzo: Sullivan, proprio nel primo volume che abbiamo pubblicato nel « La moderna concezione della psicologia, analizza tutti i fattori positivi, gruppi dei fattori positivi, che sono proprio nella ospedalizzazione e nel significato che può avere l'ospedale psichiatrico nella cura del malato.

Quarto: Stirling, che ha lavorato molti anni a Chestnut Lodge e ora a Kreuslingen, a Montreal nel '61 aveva fatto un intervento, alla tavola roniana sulla psicoterapia delle psicosi diretta dal Prof. Benedetti, alla quale avevano preso parte anch'io, in cui parlava del significato di « moratorium » dell'ospedale psichiatrico per l'ammalato, « moratorium » di fronte alla malattia, situazione che, in fondo, può permettere molto bene quella ricostruzione di certi processi psichici che al di fuori non sarebbe attuabile.

Quindi, prescinendo dall'aspetto di assoluta irrealità sul piano pratico di una concezione di questo tipo, posso comprendere una restituitiva in un ospedale psichiatrico non organizzato positivamente, ecc., ma in assoluto non riesco a vedere come si possa escludere questo tipo di assistenza.

MONTEFOSCHI

Non lo esclude: dobbiamo riportarci a come erano gli ospedali all'inizio del secolo. Cioè il fatto che il malato, nel momento in cui entra per es. in ospedale, questa è una cosa che accade tuttora, a un certo punto viene spogliato di tutto, gli si toglie tutto e...

GALLI

Ma questo è tutto un altro discorso.

MONTEFOSCHI

No no no, lui non dice... Il problema è di « come ». Io per es. avevo un paziente tossicomanici che ogni volta che ricadeva nella sua tossicomania veniva improvvisamente spogliato, gli si toglieva la catena, gli si toglieva l'orologio, gli si toglieva tutto e veniva legato al letto anche se l'effetto del tossico non era tale da renderlo pericoloso. Aveva significato punitivo. In somma c'è un atteggiamento punitivo dello psichiatra sul paziente. Questo è il problema che pone, non esclude l'ospedale psichiatrico.

MATARAZZO

Io forse mi sono spiegato male o, forse, non lo impostato bene questa domanda. Intendevo dire questo: poiché, come nelle altre malattie, vi sono delle sindromi gravi per cui necessita il ricovero, sia esso in chirurgia, sia esso in medicina interna, allo stesso modo per le malattie mentali vi sono delle gradazioni nella stessa malattia per cui è necessario il ricovero, a prescindere da quella che è la legge sugli ospedali psichiatrici, che risale al 1908; la legge stessa — da alcuni ospedali — oggi è stata superata, nel senso che tanti vincoli che sussistevano nel confronto dell'ammalato, oggi sono stati per così dire superati addirittura direttamente stesso dell'ospedale, e noialtri, tanto per non andare lontano, possiamo accennare anche, per es. ad un ospedale vicino, l'ospedale di Varese. Lei avrà avuto modo sicuramente di visitarlo e avrà visto che gli ammalati non sono sicuramente in quelle condizioni da lei descritte, cioè a dire al tempo a cui si riferiva Jung. Ora io torno a domandare, non per spirito di polemica ma per aggiornamento, qual è il vostro pensiero nel modo di dovendo trattere questi ammalati oggi? Oltretutto per la tecnica terapeutica di cui mi sono reso conto, il luogo che importa è questo perché naturalmente presso la propria casa l'ammalato non può essere curato in determinate circostanze né può essere curato al domicilio del teraputeta. Questo è il quesito.

MONTEFOSCHI

Posso rispondere in due modi: Jung insiste tanto sul tema della preparazione psicologica del medico. Cioè lui ad un certo punto lamento che la facoltà di medicina, a causa proprio di questi studi specializzati, che in certo qual modo sono ancora legati a un tipo di impostazione di pensiero positivistico, trascura completamente la formazione filosofica e psicologica del medico. Quindi lui vede, come del resto si diceva anche ieri, il problema dal punto di vista della trasformazione dell'atmosfera dell'ospedale psichiatrico, cioè come risolvere il problema culturale di dove psicoterapizzar questa gente, ecc.; credo sia un problema a cui potrà rispondere il prof. Cazzullo o il prof. De Martis che cercano di realizzare una cosa del genere. Cioè lui non si pone il problema di come fare, lamento la situazione e dice che è importante una formazione, non soltanto una informazione psicologica del medico.

FORNARI

Vorrei tornare sul problema della polemica fra psicoterapisti e somatisti, e confesso che provo un certo disgusto, perché ogni volta che si tratta di problemi psichiatrici e, particolarmente, di schizofrenia viene sempre fuori questa polemica. Anche in Jung questo tema sorge; per quanto
appunto da alcuni sia accusato di psicologismo, poi può risultare invece che, al contrario, cerca di fondare la situazione schizophrenica su delle situazioni biologico-storiche: si rifa alle psicosi sperimentali ecc. Ora io mi domando se non sia il caso proprio di prendere in esame questa situazione, mettendola tra parentesi, per cercare — se possibile — di evitare il ripetersi di questa monotonia, di questa situazione polemica in cui uno afferma la genesi in un determinato modo, uno afferma la genesi in un determinato altro. Proprio per impostare questa ricerca, vorrei far rilevare che la polemica stessa, deriva da polemos, cioè deriva da guerra. Allora io mi domando se ci sia al di sotto di questa polemica monotona che si ripete puntualmente, sempre nello stesso modo, sempre negli stessi termini, non ci sia proprio un problema di rapporto tra i ricercatori, cioè un problema di interpersonalità al livello dei ricercatori stessi, perché si interessano di un determinato problema che riguarda l'umano che, come socialità, ha appunto in sé tutti gli aspetti continuamente, anche nella normalità. La normalità, non è possibile immaginarla indipendentemente da una situazione biologica che la sostenga; quindi, in un certo senso, non possiamo dire che la ricerca psicologica sul normale ha un senso, mentre la ricerca psicologica sull'anormale, cioè sullo schizofrenico, non ha un senso, perché nello schizofrenico ci sarebbero delle situazioni biologiche particolari. Anche nel normale ci sono delle situazioni biologiche particolari che sostengono la situazione psicologica, per cui, problema a parte, appunto la situazione che coinvolge un rapporto tra i ricercatori che deve essere indagato e chiarito nei suoi termini psicologici; quando due ricercatori di verità si trovano tra di loro, e ognuno afferma la propria verità per negare l'altra, ci troviamo appunto in un rapporto interumo che va indagato nella sua natura e nel suo senso. Successivamente, oltre a questo problema di rapporto interumo fra i ricercatori, credo che ci sia un problema proprio di metodologia, cioè di metodologia che rifacendosi proprio a tutta la situazione della scissione materia-spirito, alla res cogitans e al res extensa di Cartesio, ha dominato il pensiero medico dell'800, ma continuamente riaffiora appunto nella polemica tra somatisti e psicogenisti. Ora, nei riguardi della situazione del rapporto interpersonale fra i ricercatori, ritengo proprio che, in quanto c'è la polemica, c'è un certo rapporto col proprio specifico oggetto di ricerca che ogni ricercatore ha, e che tende a configurarsi in base a tanti fattori storici del ricercatore stesso, che si costituisce come amore, pignone, per una determinata impostazione di ricerca che ha una sua metodologia. Ciò esiste una metodologia biologica di osservazione della schizofrenia, come esiste una metodologia psicologica. Allora avviene che colui che ha adottato una metodologia biologica, tende ad adoperare la propria metodologia per indurre l'altra metodologia a sottomettersi a questa metodologia. Naturalmente la stessa cosa vale per la metodologia psicologica, cioè c'è il rischio che una metodologia psicologica voglia avvalersi della propria validità, sia per negare la validità dell'altro, sia per sottoporre la validità dell'altro ad una situazione di inferiorità rispetto alla propria. Ora questo riguarda proprio credo un aspetto negativo, un aspetto assolutamente sterile, se appunto affermiamo che ogni volta che una determinata evi-

denza viene impiegata per negare un'altra evidenza di un altro ricercatore, di un altro soggetto, noi ci troviamo in un certo pervertimento che oserei dire sadico della conoscenza, in cui la conoscenza si perverte proprio in quanto viene adoperata per negare un'altra conoscenza: cioè ci troviamo nella reciprocità antitetica a cui avevamo ricondotto essenzialmente quei rapporti di tipo aggressivo.

Vorrei ora passare invece a un discorso metodologico di fondazione scientifica rigorosa. In altri termini, ogni evidenza, ogni ricerca, deve trovare il proprio fondamento nelle proprie evidenze, per cui se, poniamo, la psichiatria si costituisce e soprattutto l'attività psicoterapeutica (che è andata progressivamente acquistando coscienza di sé), se la psicoterapia si costituisce come scienza del rapporto interumano, del rapporto interpersonale, allora è in questo suo fondamento che deve ricercare le proprie evidenze, anche quando, poniamo, ci sono delle situazioni che nel soggetto o meglio nel malato osservato hanno un significato biologico. Ciò se io osservo l'intossicato da mescalina, oppure osservo un individuo che è ubriaco, non è che io debba interessarmi come psicologo della mescalina o dell'alcool o dei suoi effetti biologici. Io devo cercare di descrivere la modalità in cui l'intossicato da mescalina, o l'alcoolizzato, stabilisce i rapporti, e in che modalità si esprime nella sua relazionalità. Se io invece assumo come oggetto di ricerca l'indagine sui fattori biologici, che partecipano sia alla normalità sia agli stati patologici, assumo questo settore, ho il mio orizzonte di ricerca, e devo fondare le mie evidenze attraverso una metodologia scientifica rigorosa, che non può essere però adoperata per negare altre evidenze. E quindi, riferendomi in modo più specifico e direttamente, alla fondazione della psicoterapia come scienza, o alla indagine di tipo psicologico della psicoterapia, noi siamo ricondotto a valutare la schizofrenia in termini di rapporto interumano, che è riconducibile sia alle modalità patologiche del malato di rapportarsi al mondo, sia alle modalità in cui il rapporto si è instaurato nelle prime relazioni interpersonali, sia alle modalità che si instaurano in trasferimento. A questo punto allora il problema della schizofrenia, e il problema stesso di anormalità psichica, tende non solo a risolversi negli elementi somatici che la determinano, che sono reali, hanno una loro evidenza, devono essere indagati con una metodologia appropriata, ma si arriva alla conclusione che conta il modo in cui l'esperienza del soggetto è o no condivisa: ciò ritorniamo a prendere, al nascondersi insieme, ecc.

Vorrei fare un esempio: in alcuni popoli primitivi esiste un certo sincretismo per cui prendono molto sul serio, come del resto la psicanalisi, i loro sogni: si riassemblano dei loro sogni. Ma troviamo una situazione di responsabilizzazione di tipo assai variato. Ciò, se un individuo primitivo sogna di andare a letto con la moglie di un altro, il mattino dopo va dalla famiglia della donna con cui ha sognato di andare a letto e porta del risarcimento, va a fare riparazione. Ora noi troviamo qui questa fusione tra lo sconosciuto, fra la cosa sconosciuta e il reale comportamento sociale. Noi potremmo chiamare questo schizofrenia? Evidentemente no. Perché? Perché questo comportamento di sincretismo, per cui il sogno equivale alla realtà, fa parte della cultura del gruppo. Non solo, io personalmente
ritengo che un gruppo così organizzato è un gruppo altamente etichizzato, un gruppo che, non appena un impulso proibito si realizza e determina senso di colpa, trova nel costume sociale la possibilità di risolversi, quindi il conflitto praticamente è risolto. Ritornando quindi al problema della schizofrenia; in che modo noi la poniamo? Cercando di condividere la sua modalità privata di vivere il mondo. A questo punto noi abbiamo costruito una scienza che ha un suo fondamento nell'evidenza del soggetto, soprattutto nell'evidenza del rapporto interumano, nella descrizione delle modalità in cui questo rapporto si esprime e, da questa autonomia, possiamo ricavare tutte le evidenze e tutte le validità, indipendentemente dai fattori biologici che sottendono questa evidenza. Per cui io vorrei insistere proprio sul carattere un po' penoso e sterile dello psicogenetico o del somatogenetismo. Evidentemente ogni scienza, ogni evidenza, deve essere ricondotta a una sua genesi, ma la psicogenesi riguarda il riconoscere una situazione attuale alla sua genesi nell'ambito psicologico, mentre invece nell'ambito somatico si tratta di riconoscere una situazione determinata, osservata con una metodologia biologica, alla sua genesi, per cui, in realtà, troviamo questa polemica, questa tendenza ad adoperare ognuno la propria evidenza per negare l'evidenza dell'altro; ciò ha un senso solo in quanto ci si responsabilizza in prima persona, solo in quanto ognuno cerca di evidenziare il problema della genesi, ognuno nel suo settore.

MONTEFOSCHI
Sono perfettamente d'accordo col prof. Fornari e volevo dire che, del resto, circa il primo punto, lo stesso Jung, proprio nei «Tipi psicologici», prende in considerazione i diversi atteggiamenti, diciamo così, metodologici, di ricerca e di pensiero (il realismo, il nominalismo, l'idealismo, il razzionalismo) proprio in rapporto a un diverso modo di atteggiarsi nell'individuo di fronte alla realtà, quella che lui chiama l'equazione personale del ricercatore, che lui riporta anche alla tendenza ad una maggiore introversione o estroversione; come anche il causalismo e il finalismo. Cioè modalità di atteggiarsi di fronte alla realtà, comunque valide, e in dialettica tra loro. Per quel che riguarda poi la sua posizione di fronte ai fenomeni, Jung ci dice che nel momento in cui si occupa della psiche, deve prendere il problema dal punto di vista psicologico, perché — come psicologo — è l'unica realtà immediata di cui si deve occupare. Questa è una sua presa di posizione molto chiara e precisa sull'argomento.

FORNARI
Quando si vuole arrivare alla sintesi c'è un pericolo: è evidente che si fa la sintesi, solo che noi non possiamo cogliere tutto il mondo. Noi possiamo cogliere solo degli aspetti particolari. Non solo: metodologicamente ritengo che la sintesi sia pericolosa. Ad es. nell'alt di là del principio del piacere, Freud fa una teoria della coscienza basandola sulle teorie, non molto sulle evidenze fisiologiche della coscienza. Ora evidentemente la fisiologia è in cammino, cambia i suoi modi di interpretare fisiologicamente il processo della mente umana. Se io voglio fondare l'evidenza psicologica su una evidenza fisiologica, rischio che dopo essermi basato sulla fisiologia, la fisiologia cambia i suoi fondamenti, ed allora io cosa faccio?

MONTEFOSCHI
Io sono perfettamente d'accordo con lei su questo punto perché secondo me già il parlare di sintesi presuppone due entità diverse e quindi in questo sono perfettamente d'accordo con lei. Ma ha senso parlare di sintesi in riferimento proprio ai due aspetti fondamentali dell'umanità: la realtà, cioè prendere contemporaneamente in considerazione i due aspetti, perché è impossibile a noi presentare così, si presenta come un essere dotato di un corpo e nello stesso momento di una psiche. Non ha invece senso parlare di sintesi in riferimento ai due aspetti: soma e psiche, perché in questo secondo caso parlare di sintesi già presuppona una scissione, scissione che non ci risulta se ci poniamo di fronte all'oggetto umano da un punto di vista fenomenologico, ma che noi postuliamo proiettandolo all'esterno le nostre contraddizioni interiori.

FORNARI
Noi abbiamo sempre un orizzonte davanti, io se guardo davanti non posso veder di dietro. C'è poco da fare. E così è nella ricerca scientifica.

GALLI
Io avrei qualcosa da dire a questo proposito, ricordando il tema della lezione che avevo fatto al primo corso; la prima lezione era proprio sui «Fondamenti scientifici della psicoterapia». Quando sento parlare di sintesi, soprattutto quando questa parola viene da noi psichiatri o psicologi, ho paura immediatamente. Il problema va posta in termini strettamente operativi e dobbiamo chiederci, innanzitutto: 1° perché altre scienze siano state adoperare modelli operativi, e siano arrivare a questo storicamente attraverso una evoluzione del pensiero scientifico, passando attraverso l'esperienza dell'empirismo logico, e perché la psichiatria e la psicologia non ci sono ancora arrivati. Questo ha una radice storica, e l'ho detto l'altra volta, nel fatto che, trattandosi di scienze direttamente legate all'uomo, hanno sempre avuto il bisogno di fare riferimento a schemi di valore di una determinata cultura, e di dimostrare, in rapporto alla cultura dell'epoca in cui certe idee si venivano a strutturare, che queste idee coin-cidevano con gli schemi di valore dell'epoca; perché ci possiamo stupire come eredità del pensiero positivista un certo atteggiamento che chiaviamo organizzata. Questo tipo di discorso, sul piano della filosofia della scienza, non ha più nessun senso, Mach l'aveva detto già esattamente otto anni fa (no, meno): aveva affermato che il primo passo da fare nella ricerca scientifica è quello di vedere nella formulazione dell'ipotesi scientifica quali criteri di valore vengano inseriti dallo stesso ricercatore. Questo è il primo passo da fare, ed è quello sulla base del quale si può permettere il dialogo interpersonale tra ricercatori, cui ha accennato Fornari, e sul quale sono pienamente d'accordo. E' questa la prima base per fondare questo dialogo: è il primo punto di riferimento che possiamo avere. Poi si possono fare varie spiegazioni, e si può analizzare perché questo sia avvenuto in questo settore e perché ci sia ancora questa scissione. Assolutamente affermo che oggi parlare di questa scissione è antiscientifico, Ne possiamo trovare la spiegazione nel fatto che nessuno di noi medici riceve una preparazione alla ricerca scientifica, allo studio della metodologia, al servirs
di criteri operativi, o riceve una preparazione metodologica di base sul modo di affrontare i problemi. Questo è uno dei motivi principali per cui oggi chi parla di psicogenesi o di genesi organica, somatica, ha già fatto una scelta di fede in partenza, che non ha senso sul piano del discorso scientifico. Per quanto riguarda l’ultima evoluzione, guardiamo il problema dal punto di vista della psicologia: la psicologia adopera dei criteri operativi; adopera dei modelli operativi oggi che possiamo vedere che l’ultima evoluzione è stata nel fatto che, mentre la più rigorosa ricerca imponeva lo studio del comportamento nei termini più rigididi del behaviorismo fino a dieci anni fa, si è visto come dato empirico che, attraverso quella via, non si raggiungeva mai nessuna conclusione, perché si rifiutava addirittura in fase di formulazione dell’ipotesi qualsiasi processo clinico. Si è visto quindi empiricamente che così venivano a perdere quello strumento di ricerca della psicologia che è l’uomo, cioè l’indagatore come persona. Nel momento in cui riconosciamo a questi la possibilità di adoperare le sue componenti personali, e quindi l’intuizione, nella formulazione dell’ipotesi, senza permettere il passo per cui dalla formulazione dell’ipotesi si passa a fare della teoria generale, cioè a fare della filosofia, in quel momento avremmo riconosciuto all’intuizione una nuova validità nel processo induttivo di ricerca scientifica e una nuova possibilità di adoperare questo strumento per la ricerca, con criteri tipicamente operativi, proprio perché ne conosciamo la validità in quanto strumento. Tutto dipende da un certo tipo di atteggiamento che possiamo avere. Questo atteggiamento si è venuto sviluppando esattamente dal ’52 in poi ad opera di un gruppo di ricercatori che provengono dall’emipirismo logico. Quello che a noi manca è una preparazione fondamentale di base per affrontare questi problemi; solo sulla base di un errore filosofico che si mantiene ancora, sulla base dell’ignoranza nostra, si mantiene questo tipo di alternativa tra psicogenesi o somatogenesi e quindi tutte le polemiche e i dischirosi che ne possono seguire.

**MONTEFOSCHI**

Sono perfettamente d’accordo con Galli. E’ proprio una ricerca in un certo qual modo anche causalistica del perché, che presuppone sempre dietro la cosa che si esamina di qual’altro che il punto di vista dell’esaminatore. Insomma, anziché considerare l’oggetto quale si presenta al suo studio, a un certo punto non fa altro che proiettare il suo punto di vista e deformare l’oggetto stesso.

**ROVERA**

Sono perfettamente d’accordo col prof. Fornari e col dr. Galli. Mi limito solo a dire che Heisenberg parla di una autolimitazione della scienza, però presuppone anche lui delle teorie per poter formulare e quindi tutto il processo è sostopposto ad un continuo progresso scientifico in atto. Quindi sono perfettamente d’accordo su questo punto.

**NAVARRO**

Io condivido senz’altro quello che ha detto il prof. Fornari sul pericolo della sintesi perché storicamente e politicamente sappiamo benissimo che cosa portano le sintesi. D’altra parte, per quel che riguarda l’inter-

prezazione di Jung che è senz’altro molto valida, io vorrei soltanto sentire se parlate di reazione all’ambiente come fatto costituzionale, non debba esservi invece come fatto temperamental, che lo stesso ambiente può modificare attraverso un’educazione, attraverso presupposti che poi rientrano nel campo della sociologia.

**MONTEFOSCHI**

Io volevo precisare soltanto questo, circa il primo punto, che non è mai una sintesi statica di cui si parla, ma proprio di processo dialettico tra i diversi atteggiamenti. Questo è chiaro. La sintesi statica è un assurdo, non ha nessun significato.

Circa il secondo punto, il modo di reagire diverso del singolo individuo, vorrei chiarire che sebbene il titolo del libro « Tipi psicologici » possa far pensare a un Jung costituzionalista, in realtà non lo è affatto; in realtà egli tiene presente come l’influenza ambientale metta in moto certi atteggiamenti anzi che altri. Così l’ambiente può spingere un individuo a estrovertirsi o a introvertirsi, stimolare più l’una o l’altra di queste due possibilità esistenti di un individuo. E quindi può in un certo qual modo riportarsi ad un problema temperamental, come Lei dice. Questo è senz’altro un errore di concezione, perché, se studiamo Jung, vediamo che lui non parla affatto di nulla cosa di ben strutturato. Ogni individuo ha in sé tutte le possibilità, ed è portato a realizzare più l’una che l’altra in seconda di determinate influenze ambientali. Ma nel processo di individuazione, che comporta l’accettazione della contemporanea validità di valori contrari, Jung prende in considerazione anche lo sviluppo degli atteggiamenti contrari, così che l’introvertito svilupperà le sue capacità di estroversione e viceversa. Questa è una cosa molto chiara, e molto spesso si fa l’errore di non vederlo; Jung non è affatto un costituzionalista.

**RIBOLI**

Io vorrei innanzitutto un po’ su quello che ha detto anche il prof. Fornari, e naturalmente su quello che ha espresso la relatrice così brillantemente; in particolare mi sembra che l’esperienza che deriva da un ospedale psichiatrico oggi non porti a una divisione netta, a una divergenza tra metodi organici e metodi psicogenetici o psicogeni di psicoterapia, in generale. Noi vediamo che per agire dal lato terapeutico, cioè per mettere in funzione le nostre attitudini di medici nei migliori modi, i risultati pratici si otteranno proprio alternando questi nostri interventi ai momenti opportuni, sia sul piano somatogeno, sia sul piano psicologico. In realtà, oggi, tutta la psichiatria si istrua su questa, diciamo, visione dell’università a doppia faccia, in un certo senso, e la vecchia divergenza che separava così profondamente gli organizzati dai psicogenetisti mi pare che si sia per esser superata. D’altra parte, umetto col prof. Fornari che un approfondimento della metodica psicoterapica è anche di quella somatogenesi presso i ricercatori una metodologia, una attitudine, una terminologia anche, particolarmente differenziata e specializzata; ma sul piano pratico io dico: non dimentichiamoci che siamo medici! Noi dobbiamo aiutare soprattutto il malato e da questa concordanza delle metodologie mi sembra che oggi noi abbiamo i risultati pratici più rapidi e più brillanti. D’altra canto, vedo che
anche Jung, in fondo, con sommo piacere, almeno nella prima concezione, valutando la valenza organica e quella psicologica, suppone che ci possa essere un certo momento l'azione di tossine dismetabolizzanti. Io vorrei ancora vedere se, sul piano pratico, l'attuale corrente di Jung, valuta ancora l'importanza di questo intervento dismetabolizzante, chiamiamolo in senso molto lato, e se intervenendo dal lato psicoterapico veda l'occasione, l'opportunità, di aiutarsi in questo intervento, per ottenere con la maggiore perfezione, anche dal medicamento, da quei medicamenti che la pratica ha dimostrato utili in questo campo, psicoterapeutico, proprio per potenziare le possibilità di comunicazione, di ricostruzione dell'io, di proiezione dell'io nella realtà del proprio divenire.

MONTESFOSCHI

Vorrei concludere col dire che da Galileo in poi, da quando cioè la scienza è diventata vera scienza, si procede proprio dialetticamente. Quindi, sempre ritorcendo al problema della sintesi, non è altro che un continuo divenire tra due atteggiamenti opposti che non dobbiamo aneche ad un certo punto auspicare che cessi. Circa l'altro punto, se attualmente lo psicoterapeuta di fronte all'alcolizzatore usa una terapia farmacologica, lo devo dire che si comporta come un terapista anche, quello che è di fronte al tossicodipendente, e cioè fa una psicoterapia, affidandolo al malato, nei casi gravi, a quei che sono oggi i nostri terapie farmacologiche, in quanto, al di là di una misura di un deviatore di fronte l'io in questo senso, non so, ma credo che non ne possiamo parlare: non esiste. Quindi il comportamento è lo stesso: si analizza, durante gli intervalli in cui è possibile analizzare e si assiste ugualmente nei periodi in cui non è possibile un colloquio; però siamo in quel particolare tipo di colloquio analitico in cui egualmente lo si assiste, gli si sta vicino e si entra quindi in rapporto col malato. Il comportamento è più o meno lo stesso di qualsiasi psicoterapeuta dello psicoterapeuta dello schizofrenico.

MATERAZZO

Per il problema del dualismo nella ricerca scientifica, premesso che la medicina e tanto meno la psichiatria non è una scienza esatta, è logico che ci siano varie forme di ricerca e che ci seguano un metodo diverso. Questo succede in tutti i campi della competizione umana, ed è logico che ci sia perché da competizione può nasce un qualcosa di buono. Ora la sintesi non spetta al ricercatore, al singolo ricercatore, ma spetta ad un altro individuo per cui i risultati dell'uno o dell'altro vengono poi raccolti in un direttore che possa conciliare sia l'uno che l'altro. Ora questo noialtrui lo vediamo in qualsiasi campo della biologia umana; lo vediamo nella ricerca psicologica, lo vediamo nella ricerca filosofica, lo vediamo nella ricerca matematica e abbiamo visto che ognuno trova la strada giusta. Per alcuni quella può essere sbagliata, per altri può essere giusta, ma a distanza di tempo i fatti danno ragione all'uno o all'altro. Ora, il volere restringere il campo di ricerca in campo psichiatrico, a me sembra che non sia giusto perché se ci sono meccanismi, ci sono i meccanismi, ci sono i psicologi; questo non credo che possa danneggiare la psichiatria, anzi le potrà giovare.

MONTESFOSCHI

Penso che non ci sia bisogno di risposta perché era un chiarimento.

FORNARI

Mi sembra si intenda ancora, ma mi preme proprio, anche se a un certo momento sono cose ovvie, di precisare certe posizioni per vedere se è possibile superare queste situazioni che si ripetono in modo così monotono.

Cioè, per quello che riguarda le esperienze dell'ospedale psichiatrico, fare una distinzione fra l'episodio e la telesi, cioè un conto è quando si tratta di fondare rigorosamente una ricerca scientifica, un conto è quando si deve applicare nella situazione concreta le evidenze ricavate dalla ricerca scientifica, e quindi nella prassi ognuno arriva a una qualche sintesi, però il problema è proprio di stabilire i fondamenti per una specificità delle scienze. Per quello poi che riguarda proprio il problema desunto già del ricercatore e del medico, anche se psicoterapeuta o somatista, il problema del richiamo della responsabilità in prima persona del ricercatore di fronte alla propria ricerca, si traduce in un elemento di estremo buon senso, cioè che la validità della posizione psicogenetica o somatista non si valutò per il fatto puro e semplice di una enunciazione di fede in una direzione piuttosto che in un'altra; cioè la poesia potrebbe essere periodo nella misura in cui determina una certa paranoizzazione sia del l'episodio che dell'episodio, e cioè uno dice: ti somatista e quindi sono nel giusto. Oppure uno dice: io sono somatista e sono nel giusto. Ma la verità è che non siamo stiano così, cioè il carattere di validità di una posizione è nell'autenticità della posizione stessa, per cui se io come psicogenetica voglio essere nel giusto, devo cercare di portare alla massima espressione di validità la mia posizione, non negare la posizione dell'altro. Questo si se io somatista, sono bravo in quello adoperare bene i farmaci, ma se credo che adoperare i farmaci sia giusto, e dimostrico il mio successo, evidentemente sono in una situazione di tipo alienato, e quindi il dissenso della responsabilità in prima persona di fronte alla propria scienza, è rivolta proprio a far prosperare il proprio oggetto d'amore come responsabilità propria del ricercatore, mentre tutto quello che si immerge nella poesia, tende ad occultare nel ricercatore stesso una eventuale non autenticità della sua ricerca.

FERRARI

Il pericolo effettivamente esiste. Per es., anche gli studi sulla condizione di psicoterapia, la psicoterapia cioè non può dimenticare, non può non tener conto dell'importanza della scoperta di questi meccanismi, come non si può non tener conto dell'indagine nel campo della biologia. Il pericolo, questo va sottolineato ed è un problema effettivamente di metodologia, è che da una parte è la teorizzazione, cioè l'interpretazione che non riunisce meccanismi, e l'altro che non possa avere un improvviso, che ha una intenzionalità, ha degli interessi alle problematiche esistentiali, che comprendono il meccanismo ma non esauriscono nella comprensione del meccanismo. Egiualmente la miglior regola è la pratica per cui potrebbe essere una frazione, cioè una biologia che si adatta a come non spiega poi, anzi in contatto con la realtà non c'è una corrispondenza. Quindi il rapporto interdisciplinare che in questo campo si richiede, è un rapporto che richiede la responsabilità, cioè riconoscere che il proprio campo di studio è un campo
di ampio interesse; è giustificato; i biologi continueranno a studiare la biochimica, i fisiologi continueranno a ricercare certe leggi sul condizionamento, i biotipologi continueranno i loro esperimenti, i genetisti continueranno i loro esperimenti: comunque la comprensione dell'uomo malato presuppone una metodologia che non è quella, perché ci potrebbe essere il pericolo di una interpretazione meccanicista, di una interpretazione positivista, cioè entriamo nel campo proprio della discussione metodologica ed abbiamo gli studi nel campo psicologico di psicologia della forma, abbiamo gli studi nel processo creativo, con la valorizzazione del processo intuitivo; abbiamo metodologie che si richiamano ad una metodologia storica di indagine dell'uomo normale e dell'uomo sano, cioè che non escludono il biologico: ne tengono conto, però capiscono benissimo che la storia dell'uomo non è in rapporto alla secrezione del cervello, non è quel determinato condizionamento, ma la storia dei rapporti umani è una storia di conoscenza, di comprensione: è una storia di quei rapporti fra le forti repulsioni e l'io razionale e il super-io con tutta la sua scala di valori che condizionano quella modalità esistenziale. Quindi è un problema fondamentalmente di metodologia che non va trascurato altri-menti non si capisce e nascono questi equivoci.

IL CONTROTRANSFERT NELLA PSICOTERAPIA

DELLLE PSICOSI

PIER FRANCESCO GALLI

Una delle definizioni di controtransfert che viene data più comunemente è quella di « conflitti suscitati nel terapista e che sono specificamente legati o determinati dal transfert del paziente »; il controtransfert sarebbe quindi un ostacolo alla soluzione dei problemi del paziente. Questa posizione poteva esser valida nella misura in cui si considerava che il terapista dovesse rimanere al di fuori della situazione terapeutica e che non dovesse rispondere emotivamente ai problemi presentati dal paziente, per cui quindi, in ultima analisi, quasi ogni problema emotivo che si veniva a presentare nel terapista era da considerare qualcosa di negativo, e il termine « controtransfert » ha avuto per lunga parte della storia della psicoterapia un significato negativo. La psicoterapia delle psicosi ha messo in luce come il concepire il controtransfert in questo modo non fosse assolutamente valido. Attualmente alcuni autori tenderebbero a considerare nell'ambito del controtransfert tutti i problemi emotivi che in risposta alla situazione terapeutica, cioè in risposta al paziente, compaiono nel terapista, distinguendo poi tra problemi maturi e problemi immaturi. Ciò è sottolineato dalle situazioni da considerare patologiche, che si determinano nel terapista in rapporto ai problemi del paziente, e delle situazioni che sarebbero una risposta normale ai bisogni emotivi del paziente. Pertanto, nell'ambito dei problemi emotivi suscitati nel terapista, si può fare una distinzione tra problemi maturi e problemi immaturi, cioè tra risposte emotive mature e risposte emotive immature. Questo concetto ci è più utile per capire l'importanza di questo fenomeno nella terapia delle psicosi, perché dato che, come avete sentito da tutti i relatori precedenti, quello del controtransfert, cioè quello della risposta del terapista, è stato uno dei problemi al centro di questo tipo di terapia, il poter differenziare aspetti maturi e immaturi della risposta terapeutica, e il fatto che il

L’importanza progressiva del controtrasferit l’avete potuta dedurre dal panorama storico fatto ieri dal prof. Mueller, e la storia della psicoterapia delle psicosi è rappresentata da una maggior possibilità di intervenire concretamente nel rapporto col paziente, senza tenersene al di fuori: ciò ha permesso di affrontare le psicosi, per cui dobbiamo chiederci se non sia stato un problema di controtrasferit che ha impedito per molti anni di affrontare tali disturbi. Chiarisco: i primi terapisti avevano necessità di uno schema di riferimento tecnico scientificamente valido per l’epoca in cui si sviluppava la psicanalisi, per cui era logica la loro preoccupazione di codificare, nella maniera più oggettiva possibile, quale dovesse essere il comportamento terapeutico. Rispetto alle nevrosi, il comportamento terapeutico elaborato nell’ambito delle tecniche psicanalitiche è certo il più valido, e quindi era logico che costituisse lo schema di riferimento migliore per chi dovesse condurre trattamenti. È logico che nell’incontro emotivo col paziente si ha bisogno di uno schema di riferimento anche come propria rassicurazione personale. Nel momento in cui si entra in un rapporto più impegnato, in cui si deve agire con maggiore spontaneità, e lo schema di riferimento viene a mancare, è logico che ci si difenda e che, per es., la risposta, citata già ieri, data da Freud riguardo al problema delle psicosi, era che fosse impossibile trattare perché era impossibile trattare pazienti i quali non riuscivano a stabilire il transfert. Si è visto poi come questo non fosse valido, perché si trattava di una variazione di atteggiamento che potesse permettere lo sviluppo del transfert. In questa chiave potremmo interpretare an-

che alcune discussioni fatte in questi due giorni, e lo farò al momento opportuno, nella seconda parte della relazione, considerando il problema del controtrasferit non tanto al livello individuale del singolo terapista, ma come un fatto più generale, come espressione di un atteggiamento di difesa, che riproduceva nei terapisti un atteggiamento sociale verso il disturbo mentale. In questa chiave possiamo comprendere sia quanto detto ieri a proposito del problema della psicoterapia e psicofarmacologia, sia quanto detto da Montanari ieri mattina, quando aveva fatto riferimento alla diagnosi kraepeliana. Io darei una interpretazione psicologica di questo fatto, ma lo farò più avanti.

Per quanto riguarda il controtrasferit abbiamo, nella situazione attuale, il fattore « maggiore presenza » del terapista, con tutta la sua problematica emotiva, nel rapporto col paziente. In questa situazione è logico che il terapista sia sottoposto ad uno sforzo maggiore, che debba rispondere in maniera più immediata e personale ai bisogni del paziente, ed è logico che si possano determinare situazioni duplici. Ciò il terapista può essere realmente strutturato, sul piano personale, per rispondere ai bisogni emotivi del paziente, oppure le sue reazioni, anche se in apparenza adeguate, sono in lui espressione di conflitti non risolti. Pertanto, anche se in apparenza non si può criticare il comportamento del terapista, in una determinata situazione, va fatta una critica di fondo alle situazioni conflittuali non risolte che lo portano ad agire in quel determinato modo in terapia o, in ogni caso (situazione più generale) a occuparsi di psicoterapia. Qui è in primo piano il problema del perché si diventa psicoterapisti, del perché ci si orienta a questo tipo di lavoro. Hill parla molto bene di ciò in un libro, tradotto anche in tedesco, sull’approccio psicoterapeutico alla schizofrenia. Analizzando perché si diventa psicoterapisti, mostra come si siano trovati sempre motivi poco validi in psichiatri i quali, nel motivare la loro scelta professionale, adoperavano la frase « per aiutare gli altri ». Bisogna vedere se quella persona, con quella determinata struttura di personalità, sia realmente in grado di aiutare gli altri, cioè se sia realmente in grado, in situazioni terapeutiche, di dare un aiuto simbolicamente valido al paziente. Perché dico simbolicamente? Perché la risposta terapeutica, sia che si agisca sul piano di realtà, sia che si agisca a livello di interpretazione, è sempre un comportamento di risposta a bisogni presentati simbolicamente dal paziente.

Il fatto che ci sia un maggior intervento della personalità del
terapista nella situazione terapeutica, per quanto riguarda le psicosi, ha determinato anche un allargamento delle possibilità terapeutiche. Avete sentito parlare in questi due giorni di guarigioni spontanee, di guarigioni ottenute da infermieri che non erano assolutamente preparati sul piano della cultura psicologica, ma che erano in grado perfettamente di agire soddisfacendo i bisogni dei pazienti.

Questo mostra come una serie di concezioni che si avevano, riguardo alle indicazioni della terapia, come ad es. che il paziente dovesse essere di un determinato livello culturale, che dovesse avere un certo livello di intelligenza, che non dovesse essere molto regredito per poter essere affrontato terapeuticamente con la tecnica psicanalitica, erano espressione di una situazione che possiamo analizzare a livello sociale: chi si occupa di psicoanalisi era, ed è ancora adesso, gente con un determinato livello intellettuale e culturale, abituata a comunicare a livello verbale, e quindi non in grado di elaborare sistemi di comunicazione utili ad entrare in rapporto con pazienti che non fossero del loro livello. Io vorrei dire questo: noi psicoterapeuti avevamo affrontato il problema riferendoci ai pazienti, e dicendo: questi pazienti non sono adatti alla psicoterapia. In realtà eravamo noi, stavamo noi non in grado di comunicare con loro, cioè non abbiamo ancora elaborato un sistema di comunicazione per poter intervenire presso di loro. Questo ci spiega come personalità estremamente semplici, mature dal punto di vista emotivo, quale può essere un buon infermiere senza conoscenze psicologiche, siano in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti, perché riescono a comunicare al loro livello. Direi che c'è l'alternativa o del dover essere persone intelligenti e capaci di comprendere sul piano intellettuale e vivere sul piano emotivo la problematica psicatica, oppure dell'essere persone estremamente semplici. Non riesce a vedere vie di mezzo, perché nelle vie di mezzo si viene a strutturare da un lato la incapacità di comprendere intellettualmente e di trasportare nel proprio comportamento i significati che si desumono dalla psicoterapia come possibilità di elaborazione concettuale, e dall'altro la mancanza di quella semplicità di rapporto che permette di affrontare anche i pazienti più regrediti. Abbiamo visto, dalla storia della psicoterapia delle psicosi, come vengono affrontate anche pazienti estremamente regrediti e come, per es., abbiano un significato terapeutico le tecniche motorie adoperate per la risoluzione di situazioni psicotiche gravi, tipo ginnastica, ballo etc.

Questo ci indica la possibilità di comunicare a livello muscolare con i pazienti, quindi è soltanto problema di via di comunicazione scelta.

Perché ho fatto questo discorso? Per mostrare come determinate affermazioni gabbellate come tecnica molto spesso siano state espressione di atteggiamenti di difesa; determinate limitazioni poste alla possibilità di intervento su situazioni patologiche siano state di difesa, come negazione della possibilità dei pazienti di essere aiutati da noi, perché noi non siano in grado di aiutarli per limitatezza dei nostri mezzi, non perché — in effetti — non sia possibile affrontare quel determinato tipo di patologia. A questo proposito, per esempio, potrei riferire il caso, riportato dalla Schecheye nel libro « La réalisation symbolique », come trattato da un'altra terapia. Si tratta di un bambino che aveva una fortissima eccitazione motoria ogni volta che una persona gli si avvicinava al di là di un certo limite di spazio ben preciso. La terapia penetrò nel suo spazio, gli afferrò le mani e riuscì ad entrare in sintonia col bambino attraverso le proprie strutture muscolari, riuscendo a comunicare sul piano muscolare col bambino, riuscendo a non opporsi ai suoi movimenti ed a seguirlo non passivamente, ma facendogli sentire la sintonia dei propri movimenti. Ella riuscì in tal modo a bloccare l'ansietà del bambino e poi a passare ad un altro livello di rapporto. Questo ci indica quante vie di comunicazione ci siano e come la psicoterapia delle psicosi sia stata, nella storia della psicoterapia, il sentire l'impegno personale del medico, l'intervento di tutta la sua personalità, il che consiste essenzialmente in un problema di comunicazione, nel quale si presentano delle distorsioni paratassiche, e quindi una patologia di rapporto. Questa patologia di rapporto è, in ogni caso, sempre colpa del terapista e non del paziente: è ovvio che il paziente ha il diritto di essere paziente, ha il diritto a qualsiasi manifestazione. Quando si determina, nel rapporto terapeutico, una situazione patologica, una situazione di distorsione, la colpa è sempre del terapista. È opportuno a questo punto vedere come si configurano alcune delle più tipiche situazioni di controtrasferite e quale sia il significato analitico di alcune di esse. Searles mette in guardia da uno degli atteggiamenti più tipici del giovane psicoterapeuta, il quale può sviluppare una eccessiva sicurezza nelle sue capacità umane, sentirsi imbattuto di calore umano, spontaneità, pronto a partecipare attivamente alle situazioni terapeutiche; ma, d'altra parte, essendo ancora lontano dal completamento della propria analisi, la sua missione nella psicanalisi è distorta dai problemi di transfer non risolti verso il proprio analista. Egli sente la psicoanalisi come qualcosa che impedisce di partecipare liberamente a livello emotivo al rapporto con il paziente, e pertanto trova difficile

1) l’analista ha una antipatia irrazionale per il paziente;

2) l’analista non riesce a cogliere l’emotività del paziente al di sotto di un comportamento freddo e meccanico e non ha risposta emotiva verso di lui;

3) l’analista diventa iperemotivo di fronte ai disturbi del paziente;

4) l’analista prova una simpatia eccessiva per il paziente, lo considera il suo miglior paziente;

5) l’analista teme le sedute con un determinato paziente ed in esse si sente a disagio;

6) l’analista è preoccupato in maniera eccessiva per il paziente negli intervalli fra le sedute e può, ad es., trovarsi a fantasticare su ciò che deve dire o meno al paziente;

7) l’analista trova difficile prestare attenzione al paziente e tende ad assaporarsi durante le sedute ed a stancarsi moltò od a pensare ai fatti propri;

8) l’analista arriva abitualmente in ritardo con un determinato paziente e trova altre difficoltà nel distribuirgli le ore delle sedute;

9) l’analista tende a discutere col paziente;

10) l’analista diventa ipersensibile alle critiche del paziente;

11) il paziente tende a non capire l’interpretazione dell’analista: questi interpreta ciò come resistenza da parte del paziente senza far attenzione ai suoi eventuali errori;

12) l’analista cerca di sollecitare affetto da parte del paziente, ad esempio con frasi drammatiche o provocatorie;

13) l’analista è eccessivamente interessato alla intimità del proprio lavoro col paziente;

14) l’analista è troppo dalla parte del paziente di fronte ai maltrattamenti reali o immaginari provenienti da eventuali figure autoritarie.

Ciascuna di queste situazioni presenta aspetti paratassici, i cui effetti e le cui manifestazioni possono inficiare notevolmente il trattamento di una psicosi. Il maggior impegno emotivo necessario rende meno facili da attuare le misure precauzionali che permettono il controllo nella terapia delle nevrosi. Si tratta di situazioni generali di controtransfert, che si possono manifestare in qualsiasi terapia sia di nevrosi che di psicosi, ma che nelle psicosi assumono una configurazione particolare e sono più difficili da sostenere in quanto i bisogni presentati dai pazienti sono più immaturi, sono su un piano più regressivo, e quindi implicano anche per il terapeuta i nuclei personali più regressivi ed immaturi. Avete sentito parlare di comunicazione da inconscio a inconscio che esiste nel rapporto con lo psicotico: ciò significa che nulla di noi può rimanere nascosto in questo tipo di rapporto. Vediamo ora quello che dice Racamier, in una rassegna critica della letteratura sulla psicoterapia delle psicosi, a pro-
posito del controtransfert. Egli mette l’accento su tre situazioni fondamentali che si presentano nell’affrontare le psicosi:

1) Paura della violenza delle tematiche inconscie. Il terapeuta tende a non raccogliere ovvero a sovraimporre, e cerca compulsivamente di ridurre attraverso l’interpretazione l’inquietante estraneità delle comunicazioni psicotiche. In questo modo, forse, può rassicurare anche il malato ma, soprattutto, rassicura se stesso, cioè tende a affrontare l’inconsolato sul piano dell’interpretazione. È qui che era valido il discorso fatto da qualcuno intervenuto su Benedetti, che, mi pare, avesse centrato proprio in questo punto: quando l’interpretazione non serve come strumento terapeutico, ma serve soltanto a far difendere sia il paziente sia il terapista dalla violenza della tematica inconscia.

2) Paura di non comprendere il malato. Ciò significherebbe mostrare la propria impotenza di fronte a chi lamenta di non essere compreso da nessuno, e quindi essere svalutato; ci si difende con la costruzione di sistemi più o meno arbitrari, nei quali inquadra ogni manifestazione del paziente, senza riuscire ad accoglierlo in maniera aperta le sue comunicazioni. La incapacità di comprendere deve essere accettata: per il paziente è più importante sapere che c’è qualcuno che si sforza con lui di capire, anziché d’esserlo di fronte ad una divinità onnipotente, che tutto comprende ed inquadra, e di fronte alla quale è schiacciato. A questo punto vorrei sottolineare l’intervento fatto da Montanari ieri sul problema della diagnosi secondo lo schema kraepeliano. Io interpreterei così, dal punto di vista psicologico, la situazione. La classificazione di Kraepelin è venuta fuori proprio in un momento in cui non si comprendeva nulla della malattia mentale: è stato il primo schema di riferimento valido, e noi insistiamo col dire che ha un significato nosografico, ma si è mantenuto finora perché è l'unico schema che è stato possibile adoperare con valore prognostico. Dal punto di vista operativo, lo utilizziamo perché ci tranquillizza sul piano prognostico e ci permette di intervenire teoricamente. Questo è l’unico motivo per cui rimaniamo ancorati ad esso. Dal momento che le conoscenze psicologiche hanno permesso di approfondire la dinamica delle psicosi, la dinamica dell’affettività in una vasta gamma di malattie mentali, non c’è alcun motivo valido per rimanere ancorati a quello schema. Non esiste più il motivo della indicazione terapeutica e neanche più quello del criterio prognostico, perché è più valido il criterio dinamico, per compiere operazioni di

previsione sull’evoluzione delle malattie e sulla possibilità di guarigione, di quanto non sia la classificazione kraepeliana. Soprattutto nei Paesi europei vi si è rimasti maggiormente ancorati, mentre oggi negli Stati Uniti lo si accetta molto meno. C’è un articolo di Will, nel volume citato dalla Selvini questa mattina, che inizia: “mi rifiuto di accettare quella classificazione delle malattie perché non mi dà nulla sul piano del come comportarmi con l’ammalato”. A noi dà ancora qualcosa, perché nella nostra cultura non sono ancora entrate certe conoscenze di tipo psicologico della patologia mentale, e quindi siamo di fronte alla paura di non comprendere ed al bisogno di comprendere e di inquadramento immediatamente l’ammalato in uno schema. La maggior parte degli psichiatri sembra agire ancora molto spesso avendo come punto fondamentale la necessità di inquadrire il malato in questa o in quella sottospecie di malattia, piuttosto che di vedere cosa fare. È logico che questa reazione d'ansia potesse sorgere in un'epoca in cui le conoscenze erano limitate: oggi mi pare che non sia più giustificata. Questo è il mio punto di vista sul problema, naturalmente poi si può discutere quanto si vuole.

3) Paura dell’aggressività inconscia del paziente e della propria contro-aggressività; ciò può portare ad un atteggiamento di eccessiva benevolenza, di costituirsi come buoni e rifiutare sistematicamente, irrazionalmente, certe terapie considerate aprioristicamente come crude: ad esempio shockterapia, e può rendere difficile l’assunzione di ruoli autoritari, che spesso sono necessari per trattare uno psicotico.

Prima di passare ad una conclusione di ordine generale vorrei sottolineare un aspetto particolare del nostro problema, che appare evidente quando si osservano i rapporti dello psicoterapista con la famiglia del paziente ed il modo come questi siano stati affrontati sul piano tecnico nell’evolversi degli studi psicoterapici. Mi limiterò ad un accenno, cercando di mettere in evidenza che il costruirsi di certe regole terapeutiche affondi le sue radici in problemi di controtransfert, in quanto la tematica specifica verrà svolta dalla dr. Selvini nelle sue relazioni.

Seguendo l’evoluzione della psicoterapia nelle varie tappe del suo sviluppo, vediamo come man mano siano divenuti più importanti alcuni aspetti della situazione psicoterapica, ai quali prima si prestava minor attenzione, e che invece hanno finito con l’assumere importanza determinante ai fini stessi del trattamento. Da un lato, il progressire degli studi psicodinamici ha allargato quello che potremmo
chiamare il campo psicopatogenico della malattia mentale; dall’altro, alcuni principi di metodo, o regole tecniche, hanno costituito un limite il quale, se era utile come schema di riferimento per dare sicurezza al terapeuta, non permetteva che l’evoluzione della tecnica, e quindi la possibilità di intervenire in una gamma maggiore di situazioni di malattia, seguisse di pari passo l’ampliarsi delle conoscenze psicodinamiche. La conoscenza delle psicosi schizofreniche era abbastanza ampia, come abbiamo sentito, fin dai primordi della psicoanalisi, ma la possibilità di intervento terapeutico era limitata da un atteggiamento tecnico rivelatosi errato e che probabilmente nascondeva dei problemi di controtransfer, dei primi psicanalisti. Ciò ha impedito che il campo patogenetico e il campo terapeutico fossero esattamente sovrapponibili; mentre l’ampliamento del primo ha seguito un andamento progressivo, rispetto alle conoscenze dinamiche, lo sganciamento dagli atteggiamenti tecnici limitanti, proprio in quanto questi sono fonte di sicurezza, in genere è avvenuto in maniera più brusca, quasi in seguito ad un improvviso insight in quei controtransfer che si esprimevano attraverso rigide affermazioni di impossibilità tecnica di affrontare certe situazioni. Questo fenomeno possiamo osservarlo nell’atteggiamento dello psicoterapista verso la famiglia del paziente, in particolare del paziente psicotico.

Come le Selvin si esprima in seguito, l’ampliamento degli studi ha messo in luce sempre maggiori componenti di natura ambientale nelle psicosi schizofreniche, e gli studi sulle famiglie di pazienti hanno avuto un grande sviluppo negli ultimi anni. Iniziati con la messa a fuoco in particolare del rapporto tra il paziente e la madre, ma hanno avuto un’importanza sempre maggiore del complesso gioco di interazioni familiari che hanno un ruolo significativo nella psicopatogenesi delle psicosi schizofreniche. Dai tentativi di isolare particolari componenti patologiche nei singoli membri della famiglia del paziente psicotico, si è passati ad una comprensione più unitaria della famiglia come un “tutto” in cui, più che le singole patologie, ha importanza la più o meno adeguata interazione di esse. A questo ampliamento di conoscenza, non è ancora seguito un adeguato sviluppo della possibilità di intervento psicoterapico che colga la totalità della situazione psicopatogenica, ristabilendo la sovraposizione di essa alla situazione terapeutica. Questa tende a sganciarsi dal modello tipico del rapporto psicoterapico duale, in cui qualsiasi intervento esterno è vissuto come intrusione, da sfruttare nel migliore dei modi o da cui ci si deve difendere, piuttosto che come una componente essen-

ziale del processo psicoterapico. Come fa notare Frieda Fromm-Reichmann, i primi psicanalisti, quando il trattamento psicoterapico affrontava soltanto le neurosi, non ritenevano opportuno vedere i familiari dei pazienti, in base alla considerazione che i pazienti stessi avrebbero potuto elaborare la capacità di affrontare da soli i loro rapporti interpersonali. Ella non ritiene valido ciò per gli psicotici, per cui dà consigli sul come comportarsi verso i familiari di questi pazienti. Viene però anche da lei sottolineato soprattutto l’aspetto del raccogliere maggiori dati sul paziente e di cercare di potenziare gli aspetti positivi dei familiari, mentre viene mantenuto il carattere di accesso della situazione terapeutica che questi incontri hanno. I rapporti con i familiari sono gl’incidenti più o meno spesso della situazione terapeutica, ma non costituiscono uno degli aspetti fondamentali di essa. Soltanto in questi ultimi anni possiamo notare una evoluzione verso nuove forme di approccio terapeutico più completo. Non mi dilungo su questo punto, in quanto mio scopo è soltanto quello di inserire anche questo problema in un significato più ampio che penso si possa dare alla situazione di controtransfer sul piano dell’esistenza: i fattori di controtransfer che si evidenziano nei singoli rapporti psicoterapici hanno, a mio parere, una radice più profonda nel significato esistenziale dell’approccio psicoterapico alla psicosi. Cercherò di mostrare ciò in maniera più esplicita, riassumendo i concetti finora esposti ed esprimendoli in maniera generale. La variazione fondamentale nell’atteggiamento dello psicoterapista che affronta la psicosi, rispetto a quello che affronta la neurosi, è nel passaggio all’intervento attivo, in cui il terapista si configura in ruoli specifici presso il paziente ed agisce questi ruoli in una situazione di realtà simbolica terapeutica. Nell’affrontare i psicosi, si viene a contatto con strutture dinamiche sempre più primitive, e ciò comporta una serie di reazioni da parte del terapista che hanno messo in primo piano l’importanza del controtransfer, del modo di trattarlo, e dei suoi aspetti più o meno positivi, in rapporto direttamente all’efficacia del trattamento. Lo psicoterapista vive, consciamente e inconsciamente, i bisogni del paziente in misura molto maggiore che nel rapporto col nervotico. Nel prendere un ruolo attivo presso il paziente per la grafitizzazione di questi bisogni, egli può essere portato a prendere posizione contro quei fattori che hanno influito nel determinare la mancata soddisfazione del paziente, in particolare contro le strutture sociali e familiari, considerate fonte di frustrazione. Se, da un punto di vista terapeutico, può essere giusto che il terapista sia dalla parte
del paziente e riconosca i suoi bisogni, egli spesso accetta troppo le critiche del paziente verso la famiglia e le vive troppo intensamente con lui, nonostante cerchi di essere il più guardino possibile. Il terapista deve aver coscienza che ciò che lo aiuta a comprendere il paziente non deve impedirgli di vedere gli aspetti positivi della realtà, che in ogni caso dovrà diventare la sua unica fonte di soddisfazione.

Troppa spesso, in terapie in cui in primo piano è la gratificazione emotiva, il terapeuta promette più di quello che può mantenere: è necessario che si guardi dal pericolo di voler dare più di quanto è nelle sue possibilità di dare. Il terapeuta suscita nel paziente speranze che furono deluse, e che verranno di nuovo deluse, se viene persa di vista la realtà concreta sia del paziente che del terapista, cosa questa abbastanza facile quando ci si trovi di fronte a situazioni di regressione che implicano un notevole sforzo attivo per la soluzione. La situazione del terapista, coinvolto in un rapporto molto primitivo e sottomesso ad' altra parte a tutte le scelte d'ansia dei familiari, è certo difficile da sostenere; ma se è vero che è molto importante passare attraverso il transfert negativo del paziente, per poterne permettere lo sviluppo, ciò vale anche per gli aspetti negativi di quella famiglia di cui vogliamo stimolare gli aspetti positivi e di cui incontriamo un solo membro in un rapporto di intimità profonda. Perdere parte per lui, certamente utile, non deve far perdere di vista la famiglia come unità. Le esperienze di contatto con le famiglie dei pazienti, che sono spesso l'aspetto più frustrante dell'attività psichiatrica, sono però necessarie ed hanno un fondamentale significato terapeutico, anche se mettono a dura prova la residenza del terapista. Se consideriamo da un lato il ruolo gratificatorio da assumere presso il paziente, e dall'altro la tendenza ad escludere la famiglia dal campo terapeutico, il terapista può essere trascinato in una situazione per descrivere la quale ho adoperato il termine di «adozione del paziente». Il paziente viene adottato dal terapista, il quale vive gli interventi della famiglia come un padre vive gli interventi degli estranei nella educazione dei propri figli. Questa adozione, che da un lato potrebbe essere considerata il motore della situazione terapeutica, dall'altro ne rappresenta anche il pericolo. Fra questi due poli oscilla il potere di curare. Il terapista, nella sua funzione fondamentale di tramite tra il paziente e l'ambiente, di catalizzatore, può essere chiamato a rappresentare la famiglia gli aspetti più deboli del paziente. Ciò sarà possibile se il terapista non si sarà troppo identificato con questi aspetti, fin a divenire incapace di rappresentarli.

Facendo un esempio: se una paziente vive la propria femminilità come l'essere una prostituta, la sessualità come un male, non essendo riuscita a stabilire una valida comunicazione con la propria madre su questo problema, essa può chiedere al terapista di trattarlo con la madre in sua vece. Ciò significherà, da un lato, che la femminilità non può essere accettata dalla paziente e, dall'altro, che questa è ancora troppo debole e indifesa per poterlo comunicare direttamente. In tal caso, l'intervento del terapista presso la madre della paziente potrà essere molto utile, e sarà possibile se l'essere dalla parte della paziente non avrà reso anche il terapista incapace di comunicare su questo problema, come se anch'egli escludesse la possibilità della madre della paziente di accettarlo. Il problema dianzi esposto perno si possa sintetizzare in questi termini: nella situazione terapeutica esiste un rapporto simbolico attraverso il quale cerchiamo di condurre il paziente verso la realtà. Nella psicoterapia con psicotici siamo costretti ad una serie di interventi attivi che creano una realtà simbolica, a cui funzione è di gratificare il paziente. Il pericolo è che il terapista scambi questa realtà simbolica con la realtà del paziente, e finisca col vincolarlo ad essa senza saper poi più procedere verso la realtà del paziente e senza saperlo condirne ad utilizzarne le risorse.

La situazione del terapeuta in rapporto alla famiglia del paziente ci offre il destino di inquadrare un più ampio fenomeno etico-sociale: il terapeuta che affronta la psicosi prende essenzialmente su di sé la responsabilità di quel fattori frustranti della società, e quindi della famiglia, di fronte ai quali il più debole è diventato paziente; egli si impegna a riparare queste offese; ciò è però possibile nella misura in cui egli sa sentirsi responsabile di queste offese di fronte al paziente, in quanto egli stesso membro della società che offende. Se invece il terapista segue la via, certo più facile, dello scagliarsi contro la società, e quindi la famiglia frustrante che di essa è espressione, egli si allontana dalla stessa possibilità di curare. Su questo punto, sul piano teorico, si è espresso Fornari questa mattina, quando ha parlato della responsabilizzazione di fronte alla malattia. Questa posizione indica il rifiuto di una parte di noi e l'esclusione della dialettica fondamentale che costituisce l'essenza della terapia. Il primo passo, nel porci come terapisti, è accettare dentro di noi la malattia. Non a caso l'analisi di tirocinio è innanzitutto un'esperienza di noi come pazienti.

Chiederei con un pensiero tratto dal saggio del Baioni su Kafka: «Attraverso la "Metamorfosi" Kafka riece da farci credere qualcosa di terribile, e cioè che la metamorfosi possa accadere senza colpa di
quello splitting che si è verificato psicologicamente nell’Io, che viene vissuto e proiettato nella corporeità che è vissuta in modo dissociato.

GALLI:

Naturamente questo intervento non implica una risposta, perché è di chiarificazione.

LANZAVECCHIA:

Quando si tratta della storia della psichiatria dall’antichità all’800, viviamo sempre un atteggiamento deliberatamente ipercritico, se non ironico, circa le terapie usate in quei tempi nel trattamento degli psicotici, terapie definite senz’altro sempre aggressive.

Desidererei sapere, dr. Galli, se ella ritiene che le nostre ipercritiche e le nostre ironie debbano essere rivolte a tali mezzi terapeutici in se stessi, o non piuttosto al modo di applicazione di questi mezzi da parte di terapeuti con controttransfert immaturo. Questo perché parebbe assurdo pensare che in tanti secoli non ci sia stato un terapeuta, la grande mente, che abbia applicato i mezzi terapeutici allora disponibili con un controttransfert maturo, direi, con equilibrato amore di buon padre.

GALLI:

Il problema che pone Lanzavecchia è molto importante; io penso però che, per come è posto, implicherebbe una risposta a livello individuale, cioè a dire: non ci sono stati psichiatri i quali potessero essere mutati, in modo da applicare in maniera matura i mezzi terapeutici dell’epoca? Io direi che il problema va inquadro in quella che era la struttura etico-sociale-filosofica dell’epoca, e tra l’altro questo è detto molto bene da Zillvorg; molte volte questi mezzi terapeutici erano l’espressione di un atteggiamento sociale verso la malattia mentale, di una paura della malattia mentale; la società dell’epoca esprimeva determinate persone, gli psichiatri, i quali si occupavano di difenderla dalla malattia mentale, di difenderla da questi individui che la aggredivano nella sua integrità, soprattutto in quella integrità razionale diventata idolo; in ogni caso, nel momento in cui quest’idolo razionale, quest’idolo della onnipotenza intellettuale ha cominciato a cedere le armi e ad essere più accettata l’angoscia esistenziale come fatto sociale, si ha un atteggiamento differente verso la malattia mentale.

Quindi c’è un problema di carattere generale: non esiste mezzo terapeutico che in sè sia punitivo, cioè non dobbiamo avere un rifiuto irrazionale dei mezzi terapeutici, quelli di cui l’esperienza clinica ha dimostrato la validità; non c’è mezzo terapeutico che di per sè sia punitivo; è sempre il modo come lo si adopera. Già è giustissimo quello che tu hai detto: il modo come si può adoperare l’eletrostoschoc o un qualsiasi altro mezzo terapeutico, lo farà vivere al paziente in un modo piuttosto che in un altro. Soltanto che, nella nostra situazione di oggi, abbiamo ancora una scissione, e la scissione tra terapia somatica e psicoterapia è espressione proprio di questa scissione a livello sociale; cioè questi due atteggiamenti fondamentali verso la malattia mentale, in cui da un lato c’è la sensazione di non poterla comprendere e di volersene difendere aggradendola, e dall’altro l’intervento con qualcosa che non ha carattere aggressivo in sé stesso, ma in rapporto al modo come viene usato, e noi proiettiamo un carattere aggressivo sul...
mezzo terapeutico. Troppo spesso vediamo proiettata sull'elettroshock, da parte di psicoterapisti, l'accusa di aggressività; e l'elettroshock clinicamente si è rivelato molto utile; però troppo spesso, e tutti gli psichiatri riconoscono questo, è stata una esagerazione nell'uso dell'elettroshock, e abbiamo troppi casi di quello che gira con la valigetta a shockare chiunque si trovi davanti. Quindi il problema va inquadrato nella realtà sociale di allora e 10.500 sottolinea molti bene come, nonostante dal 500 in poi la medicina abbia fatto degli enormi passi in avanti, la cura delle malattie mentali sia rimasta la più arretrata rispetto alla scoperta di altri mezzi terapeutici.

Egli dice che era espressione proprio del non voler ammettere che la malattia poteva essere dentro ognuno di noi, nel volerla esternalizzare. Il malato voleva essere un altro, era necessario per l'integrità del concetto che si aveva di uomo che il malato fosse uno speciale al di fuori, un qualcosa di deteriorato, un altro: nulla di quello che c'è dentro di noi poteva esser male. Questo è stato detto molto bene da Jung, per es. E' un concetto fondamentale quello di accettare dentro di noi la possibilità di malattia e quindi la possibilità dell'angoscia, oggi che la viviamo esistenzialmente, oggi che è dentro di noi. In una discussione privata fatta con Fornari una sera, Fornari mi diceva: fino a che punto oggi possiamo considerare - si parla del problema della guerra - paziente che prenda quello che ha il delirio di distruzione totale? Da un lato è un fenomeno psicologico, però prima della bomba atomica potevano dire a questo paziente: no, vedi, questo non concide con la realtà quindi il tuo pensiero è sbagliato, cioè potevamo avere come schema di riferimento, che quello che diceva il paziente non coincideva con la realtà. Oggi quella è la realtà, esiste come possibilità; quindi esiste una sovrapposizione tra realtà e struttura di reazione. Fornari diceva questo per dimostrare come certi elementi di estrattoni, certi elementi di distruzione totale siano dentro ognuno di noi e siano le componenti primitive di ognuno di noi. Ora, direi, questo ci serve a mostrare come l'atteggiamento verso la malattia mentale, il modo di curarla, sia veramente espressione della maturità di tutti noi in animale in quanto la società nell'affrontare il problema di se stessa, il problema dell'uomo come tale, in quella determinata società, e come espressione di quella società che rifiuta il malato mentale è una società che in un atteggiamento intellettualistico rifiuta la possibilità di provare angoscia; è quindi una società che avrà bisogno di aderire all'ideale ideale di reagire naturalmente in forma ipercreditiva, rifiutando qualcosa che può coagolare contro l'idea dell'epoca. E tra questi ideali, anche la religione per troppe persone può rappresentare proprio questo tipo di difesa. Il fatto di non volerla mettere in crisi in assoluto, rappresenta una struttura sconservativa, e rappresenta un sistema di difesa, proprio per non accettare dentro di se l'angoscia. Non a caso quindi il malato mentale era l'assessore, era quello da cui bisognava scacciare i dia

GALLI:

Vorrei far notare una cosa a proposito di quanto avevo detto Lanza vecchia prima, cioè che questi concetti li possiamo trovare espressi nella struttura pedagogica di una determinata società, e come la stessa psicoterapia, per come è stata visuta socialmente, non ha rappresentato l'accettazione del problema dell'angoscia. In certe Nazioni - soprattutto negli Stati Uniti - si è tentato di adoperare anche quella come strumento di difesa. Tutto quell'atteggiamento di eccessiva liberalità dell'educazione che cos'è? E' il genitore che ha la paura di picchiare il bambino perché sa che lo fa aggressivamente e non ha il coraggio di riconoscere che lo fa per il suo bene e che anche l'angoscia è necessaria per il bambino. A questo stanno arrivando adesso, ma è stato il male della struttura pedagogica degli ultimi quattordicenni negli Stati Uniti. Vi si è scagliato molto bene contro Martin Buber proprio nel libro di cui si è parlato nell'altro corso; c'è un saggio sulla educazione (alla fine del volume) in cui dice: si è passati dal simbolismo della bomba, cioè di un concetto di costruttivo educativamente, al simbolismo della bomba, cioè di qualche cosa che si disperde, che esce e che non viene più canalizzato, e ancora non siamo arrivati alla fase in cui questa energia verrà canalizzata e in cui potremo avere un adeguato strumento tecnico pedagogico nelle mani. Tutti i nostri mezzi terapeutici psicoterapici sono la difesa dalla paura di accettare il conflitto. La più bella pagina di psicoterapia che abbia letto, la trovate nel libro di Zioborg: "Storia della psicoterapia"; questi riporta una pagina di Ceia Aureliano che a sua volta riporta delle prescrizioni di Sorano. Sorano non aveva mai scritto, e Ceia Aureliano aveva tradotto il suo pensiero; e veramente la più bella pagina di psicoterapia che sia stata scritta, con concetti che solo oggi riusciamo a tradurre in pratica.

CODIGNOLA:

Lo volevo solo fare una osservazione su un particolare aspetto di quello che è stato detto sia da te che dagli intervenuti; questa osservazione mi è nata un po' dentro dall'esperienza che ho fatto io con psicoterapia, prima di avere una formazione psicoterapeutica. L'osservazione è questa: evidentemente, alcune delle cose di cui stiamo parlando proprio adesso, è troppo chiaro che si riferiscono non solamente alla situazione di controllo o il controllo o il controllo in psicoterapia, ma anche proprio a qualsiasi tipo di incontro con lo psicoterapeuta, perch'è non sia un incontro addirittura talmente casuale in cui non si succede proprio niente; quindi potrebbe essere forse importante sottolineare come in un ambiente, per es. psicoterapico, in un ospedale psichia
trico, in una casa di salute o in un ambiente di questo tipo, ci sia oggi come oggi la possibilità continua di aggressioni sui pazienti da parte, per es. di membri del personale, infermieri, infermieri ecc. dovute esattamente ai meccanismi di cui abbiamo parlato adesso. Ciò dato questes persone, ripetiamo, entrano, tentano di entrare in qualche contatto con lo psicotico, rispettano immediatamente il tentativo per quanto involontario e inconscio da parte dello psicotico di mettere in luogo i loro aspetti psicotici, sentono aumentare fortemente la propria ansia e la propria insicurezza e se ne difendono attaccando, agredendo il paziente. Ora mi pare importante sottolineare che al livello sociale attuale, in cui noi viviamo una eventualità di questo tipo che si possa riscontrare per es. in un infermiere, a mio giudizio, non è un indizio di patologia dell’infermiere; non significa che l’infermiere sia necessariamente una personalità molto immatura, perché non ci possiamo attendere da un infermiere una maturità emotiva tale, quale solo alcuni membri di una certa élite culturale della società d’oggi hanno, di fronte alle possibilità di ansia. Quindi io sono il primo a sostenere che bisogna cercare di aiutare anche le infermieri a entrare in un determinato rapporto col paziente, a cercare di aiutarlo, a non temere troppo la propria ansia e a non diventare aggressivi per questo; però questa eventualità può essere anche estremamente frequente in un ambiente psichiatrico, ed è l’eventualità alla quale si risarciscono poi tutti i discorsi che abbiamo fatto circa l’atteggiamento preventivo della vecchia psichiatria, anche di 500 anni fa, che non si chiamava psichiatria, verso il paziente. Voglio dire: tutte queste cose non fanno necessariamente parte della situazione psicoterapeutica ufficiale, dichiarata, ma possono far parte di qualsiasi incontro con il paziente.

GALLI:

Sì, sono d’accordo su quello che dici, soltanto non all’ultimo punto, cioè sul fatto che non possiamo aspettarci dall’infermiere una personalità matura e che solo una certa élite culturale può averla. Io nego questo fatto, nel senso che la personalità matura possa essere la matura che abbia fatto un lungo e gruoso training analitico: qui è la personalità terapeutica, che ci può esser in ognuno. Noi abbiamo degli strumenti tecnici con i quali trattiamo i medici per metterli in grado di affrontare maggiormente la situazione terapeutica e le difficoltà che questa comporta. Naturalmente è giusto quello che dici tu: trovare delle tecniche anche per formare degli infermieri. Ne sono state cercate molte. Però non partirai da quell’assunto iniziale, cioè che un certo tipo di personalità matura sia espressione soltanto di una élite culturale.

CODIGNOLA:

Hai perfettamente ragione, io mi ero espresso male e quindi accetto l’obiezione. Volevo solamente dir questo: che io sono pienamente d’accordo anche sul punto delle personalità molto semplici oppure molto elevate di cui parlavi prima. Questo per dirì che accetto il tuo punto di vista. Mi sono espresso male in quanto e io volevo dire che è certamente possibile trovare una personalità che arriva a questo grado di maturità emotiva ovunque, però — salvo i casi in cui una persona sia stata molto aiutata nel proprio sviluppo da altri fattori — che so io, una particolare cultura, una particolare analisi didattica, formazione di vario tipo, può essere relativamente raro, e questo sia tra persone semplici e sia tra persone non semplici. In altri termini, per poter incontrare con lo psicotico in modo fruttuoso, si richiede ad un individuo, chiunque egli sia, già un po’ di più di quello che si potrebbe richiedere a un individuo qualsiasi.

GALLI:

A un certo momento della carriera di psicoterapista si riceve una analisi didattica e dei controlli, dopo i quali si comincia a lavorare. Però in terapia di psicosi tutti gli autori sono d’accordo nel ritenere che il controllo sia necessario sempre, per chiunque, se è un momento di espressione, affronta lo psicotico. Quindi significa che la situazione di controllo diventa strumento operativo di lavoro. Questo significa che, in ultima analisi, bisogna offrire una possibilità di scarica al terapista che debba affrontare lo psicotico. Allo stesso modo bisogna trovare altre possibilità di scarica. Noi scavichiamo andando a mettere sul lettino per un’ora o andando a parlarci con un altro; gli infermieri potrebbero mandarla a giocare al pallone, tanto per dire qualcosa. Comunque il problema è quello di offrire loro la possibilità di scarica, una volta che riconosciamo certe doti nella loro personalità. Qui entra in gioco un problema sociale di selezione del personale infermisteriocrico, e si introduce l’altro problema sociale del perché, nelle nostre strutture, questo tende a divenire sempre di livello inferiore e del perché ci siano sempre più componenti patologiche in quelli che si indirizzano verso questo tipo di lavoro; diventa quindi un problema di organizzazione sociale per costruire quello che potremmo definire l’ambiente terapeutico ideale.

VOLTERN:

Mi sembra che quanto hai detto proponga una situazione che non è soltanto quella che si pone tra psicoterapista e malato, ma quella che si pone nell’approccio fra malato e psichiatra, e quindi mi sembra che la materia di diletta del medico dagli insulti del malato sia proprio quella dell’aggressione con terapia; mi sembra quindi che ciò riporti la polemica fra la psicofarmacologia e la psicoterapia nel senso che il medico, lo psichiatra, dipende dalla psicofarmacologia, proprio perché non ha gli elementi per poter conservare la distanza fra sé e il malato.

GALLI:

Sì, penso realmente così. Vorrei dire questo: per questa espressione di aggressività, o questi vari modi con cui ci si è difesi dalla malattia, veramente la radice fondamentale è quella della incompenzione, cioè della impossibilità di capire ciò da cui ci difendiamo: distruggiamo tutte le cose che non riusciamo a capire, che non riusciamo ad afferrare, che non riusciamo a possedere, e dire che il problema è quello di saper sostenere la situazione di incompenzione, cioè di saper passare attraverso questa situazione. Il significato fondamentale, prescindendo dall’opera intellettuale di Freud, il significato fondamentale di lui come persona, da un lato è stato quello di trovare la prima via di comprensione di un certo tipo di
mette di adeguare la terapia. Però io considero più valida la posizione che esiste in altre culture, in cui essa va integrata con l'esperienza psicologica e psicodinamica. Dal punto di vista terapeutico, come psicoterapista, non mi interessa sapere se lo schizofrenico è del tipo A o del tipo B, in un certo senso, anche se questo ha ancora un notevole valore. Mi interessa vedere che tipo di rapporto si stabilisce con quelle persone. Tutte quelle classificazioni: preschizofrenico, sottoschizofrenico, schizofrenico che poi non lo diventa mai, non significano nulla se noi adoperiamo un altro strumento di classificazione, cioè studio del pensiero schizofrenico, studio di tutte quelle manifestazioni della vita psicica che ci permettono di fare operazioni di previsione di un determinato comportamento e se accettiamo la teoria dinamica e quindi la possibilità di rapporto. Se vediamo la questione dal punto di vista strettamente fenomenologico, c'è il studio modale, dei modi di essere; un altro strumento che nasce, però, da una rigorosa esigenza metodologica: la psichiatria fenomenologica è nata proprio da una esigenza metodologica, e parte dal principio della impossibilità della conoscenza dell'altro se non attraverso il fenomeno. Quindi questo è il chiarimento: non è un rifiuto della nosografia, ma una messa a punto del come si stiano questi fenomeni per cui quello che da noi non è considerato schizofrenico lo viene considerato negli Stati Uniti, per es., o viceversa.

DONTINI:

Le chiedo scusa per fare due domande molto banali, ma io sono un po' profano di questa disciplina e sono qui proprio per imparare. Se ho ben capito, il controtrasfert è una cosa quasi inevitabile nella terapia delle psicosi, dato l'atteggiamento attivo che assume il terapeuta; ma se anche ho ben capito l'eventuale danno che il terapeuta dà al paziente è nel proiettare sul paziente le sue immaturità, le situazioni immaturi. Ora mi domando, questi terapeuti che hanno subito un'analisi didattica di anni, di parecchi anni, non si sono sprovvolti quasi completamente di questi fattori pazienti o immaturi? L'altra domanda riguarda una sua dichiarazione. Lei avrebbe detto in principio che ci sono stati dei casi di guarigione di psicotici schizofrenici per opera di infermiere e allora io mi chiedo: lei ha accennato a un livello diverso che non è quello intellettuale, a un livello emotivo, di stimolo ecc. allora io mi domando: è una condizione eccezionale o è una condizione che si potrebbe generalizzare, sfruttare, preparare, ecc.? E allora questa realtà, questa realizzazione terapeutica si può raggirare anche con una metodologia che è in tono molto minore di quella che ha il terapeuta intellettuale, molto provveduto in dottrina?

GALLI:

Beh, sulla prima domanda io direi di no, cioè anche che abbia sostenuo un'analisi molto approfondita, è probabilmente più in grado di affrontare delle situazioni difficili rispetto a chi non l'abbia avuta, proprio per una maggiore conoscenza dei propri nuclei immaturi, ma questo non lo pone in assoluto al di fuori della possibilità di avere del controtrasferto nella situazione terapeutica; d'altra parte il controtrasferto adeguato è il motore della terapia delle psicosi, sono necessari. Quello che ottiene chi
ha una lunga analisi alle spalle, è la possibilità di saperli capire meglio e di saper intervenire meglio su di essi per cercare di controllarli; non è che in assoluto non li abbia, ma li ha e può controllarli meglio. Direi che l’analisi didattica è uno strumento preventivo, una specie di vaccinazione, in un certo senso, per fare un riferimento biologico. Per la seconda domanda, non sono l’eccezionalità: si contano moltissimi casi di infermieri bravissimi nel trattare gli ammalati; proprio quello del poterli formare adeguatamente, di poter offrire loro delle situazioni di scarico emotivo, e del poter studiare anche questi fenomeni, è ciò che il volume che ha scritto ieri sull’ospedale psichiatrico (The Mental Hospital) si chiedono gli autori.

Esiste una psicoterapia codificata di cui conosciamo tante regole, tanti fenomeni ed esiste questa figura mítica dello psicoterapista superiore ad ogni cosa; perché però tutto il resto dobbiamo chiamarlo ambiente terapeutico, atmosfera terapeutica, umanità, genericamente, e non dobbiamo cercare di studiare i modi di manifestarsi di questa umanità allo stesso modo di come è avvenuto per il rapporto psicoterapico individuale che abbiamo tanto approfondito? Partendo da questo assunto gli autori analizzano che cosa succede in un ospedale con la presenza dello psicoterapista, come lo psicoterapista tenda a ipertrofizzare la sua figura nell’ospedale, a scambiarsi un po’ il padreterno della situazione, quello che deve decidere sul paziente etc.; tutte le cose vengono riferite a lui, e questo vincolo della comunicazione tra tutte le altre persone che sono accanto al paziente. Viene esaminato proprio un caso in cui è avvenuto che dei bisogni del paziente, che non erano stati riferiti allo psicoterapista, erano stati riferiti ad una infermiera e questa li aveva riferiti al medico amministratore; da questi erano stati comunicati allo psicoterapista, e nessuno degli altri infermieri, nonostante si fossero fatte decine di discussioni su questo paziente, era stato in grado di raccogliere il dato iniziale su quanto era avvenuto, perché era un dato che non rientrava tra quelli che si comunicano allo psicoterapista, era un dato di ordinaria amministrazione, riguardava gli abiti del paziente: pure, su quello era costruito tutto il delirio. Quindi diventa proprio problema di una situazione di comunicazione generale di tutto un ambiente, di studio di questa comunicazione, del modo come questa avviene nell’ambiente, e di preparare una situazione tale, in cui il paziente esprime i bisogni, e tutto l’ambiente è in grado di raccogliere le comunicazioni che vengono da lui; questo serve anche a smistizzare la figura dello psicoterapista come depositario della capacità di comunicare. Lo psicoterapista funziona come ultimo anello di tutta una catena: da solo non ha nessuna funzione, di fronte al paziente psicoterapista.

MÜLLER (trad. Selvini):

Il prof. Muller dice che questa questione dell’immaturità del terapista è inadeguato molto importante, e costituisce anche nella terapia una forte componente positiva, perché molto spesso sono proprio le componenti immature che dannano nel terapista l’interesse verso il suo malato; ammettendo un teraputa teorico il quale fosse perfettamente analizzato e perfettamente maturato, privo di qualiasi componente immatura, sarebbe su un piedestallo così lontano e così distaccato dal suo malato da essere per lui irraggiungibile. Siccome però questo modello teorico praticamente non esiste, è importantissimo che il teraputa faccia continuamente l’analisi del suo controtrasferimento e sappia continuamente il perché delle sue azioni in risposta alle azioni del malato in maniera di saper esattamente se corrispondono a valenza mature o immature. E quindi racconta un caso che è proprio tra quelli consigilati, naturalmente Galli ha detto non proibiti, ma anzi utili in certi casi, di un terapista che è riuscito a venire fuori da una difficoltà psicoterapica proprio analizzando in presenza del paziente le sue proprie difficoltà personali.

GALLI:

Io su questo punto naturalmente sono perfettamente d’accordo; non tanto sul fatto che una persona che perde tutte le componenti immature finisce col perdere l’interesse terapeutico; lo esprimerei nel concetto così: da un lato abbiamo il modello ideale della persona matura, che possiamo ammettere come raggiungibile anche se nessuno in pratica lo raggiunge, e quindi ognuno di noi ha delle componenti immature. Ma il problema è che nella situazione terapeutica una porta le proprie componenti immature e la persona idealmente matura al massimo porterebbe tutte componenti mature: questo non significa che perda interesse verso la malattia. Il problema del terapista è questo: o egli reagisce in maniera matura e adeguata ai bisogni maturi del paziente, oppure reagisce in maniera immatura a questi bisogni del paziente; non vedrei l’esclusione della personalità assolutamente matura, anche se essa è in pratica irraggiungibile.

MONTEFOSCHI:

Io vorrei dire questa cosa: che dovremmo mai metterci d’accordo sul termine «maturità». Potremmo non usare questo termine e dire: il terapista è consapevole della propria problematica, che risolve contemporaneamente al paziente. E perfettamente vero che un problema non risolto dal terapista non è risolto dal paziente e che nel momento in cui il terapista lo risolve, lo risolve anche il paziente, e molto spesso la problematica del paziente aiuta il terapista a risolvere questi problemi. Nel momento in cui non c’è più una problematica, evidentemente non c’è più neanche stimolo a vivere e quindi neanche stimolo a terapizzare. Io direi che la differenza è questa, senza parlare in termini di maturità o immaturità: se il terapista accetta pienamente la sua problematica, accetta le sue difficoltà, le sue incertezze, accetta anche la sua impossibilità ad accettare, direi è un’accettazione al quadrato, ed aiuta il paziente in questa strada, perché altrimenti bisogna dire che cosa intendiamo noi per «maturità».

GALLI:

Senz’altro, e noi dobbiamo proprio intendersi questo: cioè che cosa intendiamo per maturità perché se tu adoperi il termine «consapevole» già hai cercato di limitare il concetto, cioè maturità significa consapevolezza di ciò che avviene dentro di noi.
MONTEFOSCHI:
Consapevolezza che una problematica esiste e che si è sempre pronti a guardarla.

GALLI:
Esatto, questo è uno degli aspetti della personalità matura, ti potrei dire. Questo è un comportamento matura, non è la maturità. Invece il termine maturato e immaturo, come schema di riferimento, ci è più utile. Esatto, è una astrazione che possiamo tentare di definire. No, non dobbiamo mai parlare al livello astratto, cioè quando diciamo maturità, mi riferisco ad uno schema prettamente operativo, definitorio, a quei tentativi di definizione che ha tentato di dare Elrod; è soltanto su questa base che possiamo parlare di maturità. Non portiamo il problema sul piano filosofico. Soltanto che, come maturità adoperata in questo senso, intendo tutta una gamma di comportamenti nell’ambito dei quali c’è anche quello dell’essere consapevole. E chiaro? Ciò, non adoperare un concetto astratto di immaturità, un concetto astratto di maturità; parlo di comportamenti maturi, codificati in un certo modo, nell’ambito dei quali c’è anche consapevolezza. E così possiamo adoperare i due termini operativamente, altrimenti non ha senso adoperarli. Però penso che offrono una possibilità, un diagramma molto più ampio proprio perché ci possiamo inquadrate dentro una gamma molto maggiore di comportamenti: la consapevolezza è uno soltanto dei comportamenti utili terapeuticamente, non è tutto: è un comportamento di base, fondamentale, ma non è tutto.

FERRARI:
Il problema che ha posto la professoressa è molto interessante, è un problema centrale in quanto parlare di maturità di una personalità in un rapporto sociale, in un contesto esistenziale, è un po’ un’astrazione in quanto già dal rapporto col paziente, dall’impegno di questo rapporto con questa problematica che sollevi il paziente, al momento c’è una maturazione ulteriore dello psicoterapista, in quanto è un prendere contatto con dei problemi che non sono solo del malato mentale; cioè quella problematica è una problematica dell’uomo: ha assunto certi aspetti quantitativi, ha assunto certe dimensioni ma è la stessa problematica che ha anche lo psicoterapista. Quindi la maturazione intesa come consapevolezza, razionalizzazione economica del contrasto esistente fra la propria formazione storica, legata al super-io pieno di coartazioni delle pulsioni istintuali che non hanno la possibilità di realizzarsi in rapporto con gli altri. Quindi questa maturazione è continua nello stesso progredire del rapporto, dell’impegno psicoterapeutico.

PSICOTERAPIA E FARMACOTERAPIA

CARLO LORENZO CAZZULLO
DARIO DE MARTIS

Riteniamo che una valida premessa dottrinale per questa relazione sia il riferimento alla nozione della indissolubile unità somatobiologica dell’uomo. Questa affermazione cui concorrono una serie di apporti multidisciplinari trova facil consenso sul piano programmatico ma sul terreno applicativo offre costantemente motivi di dissenso fra assessori delle teorie organogenetiche e psicogenetiche.

Un terreno privilegiato per l’incontro tra queste contrapposte concezioni è a nostro parere rappresentato dalle analisi delle prime fasi dello sviluppo infantile in cui appare veramente indissolubile lo studio della maturazione neurofisiologica e dell’evoluzione attivitaria. Basti pensare ad esempio all’acquisizione del linguaggio e delle funzioni semantiche in genere ed al processo di personalizzazione. Ci si potrà in un altro campo riferirsi al meccanismo dell’emozione che ha un condizionamento biologico ed una casualità psicologica, attraverso processi continuamente reversibili come i fenomeni della medicina psicosomatica ci insegnano.

In realtà siamo tutti in misura maggiore o minore influenzati dalla lezione cartesiana e tendiamo per un vizio di prospettiva a separare la res cogitans dalla res extensa. E’ naturale che anche lo sviluppo della terapia psiciatrica sia stato influenzato da questo implicito dualismo. Da un lato infatti i criteri che hanno informato le scuole psicoterapiche, anche se arrivano tutti da uno studio di formazione biologica, quali era Freud, hanno battuto strade improntate a concezioni di ordine strettamente psicologico se non esclusivamente filosofiche.

D’altro canto i trattamenti biologici sono stati ispirati a criteri di ordine prevalentemente neurofunzionale quando non sono scaturiti da studi di neurochimica.

Abbiamo pertanto due modi e due linguaggi, due concezioni diverse dal disturbo psichico che, quando non si contrappongono,
tendono reciprocamente ad ignorarsi.

Tra queste due impostazioni si colloca lo psichiatra, formato dal metodico clinico a porre le questioni su un piano empirico e applicativo, cui ripugna generalmente una stretta osservanza di scuole e di Weltschaungen.

E' d'altra parte comprensibile che da fronte alle esigenze, alla integrazione che la pratica clinica psichiatrica impone, che è padrone di un metodo ancorato ad un rigore esecutivo ed a una precisa « scolastica » esiti ad abbandonare le cattedre delle particolari scuole psicoterapeutiche o biologiche per affrontare il « terrain vague » di un metodo misto psico e farmacoterapico cui mancano fino ad oggi una codificazione sistematica.

In sostanza quindi sul terreno pratico la questione, come ogni problema scientifico diventa più un problema di metodo che di principi astratti.

Questa trattazione parte dal riconoscimento della assenza di una precisa codificazione nel trattamento associato e si sforzerà di fissare alcuni argomenti di discussione senza pretendere di stabilire dei punti di arrivo a carattere definitivo. Si ricorda come Hoch affermi che la demarcazione nelle indicazioni della chemio e della psicoterapia per i vari tipi di malati sarà un compito futuro importante. Più verosimilmente, egli dice, si svilupperà una terapia integrante in due aperture che prenderà in considerazione tanto le risposte biologiche che quelle motivazionali dell'organismo. In questa prospettiva lo stesso psichiatra americano afferma che la mente umana è aperta ad influenza di differenti livelli e che può essere influenzata tanto psicoterapeuticamente quanto chimicamente. Si tratta del resto di una antichissima verità connessa allo sviluppo della medicina da arte magico-esoterica a disciplina scientifica. In ogni tempo un trattamento medico ha contato tanto per la operatività del farmaco, quanto per la sua virtualità simbolica, quanto ancora per l'apporto di quell'altro tipo di farmaco rappresentato dal medico, per parafrasare Balint.

Il fatto nuovo della terapia psichiatrica è rappresentato dall'uso, in questi ultimi anni, di una serie di medicamenti dotati di azione profonda sui sintomi psicopatologici e soprattutto capace di operare senza interrompere, a differenza delle terapie di shock, il continuum dell'esperienza vitale del soggetto, ma anzi di rivelarne attraverso la sua applicazione aspetti psicopatologici molteplici.

Nel contempo la psicoterapia si è fatta più duttile, centrata com'è più sull'analisi delle difese neurotiche, della struttura dell'Io, del tipo di relazione oggettuale, più che sulla semplice ricerca dei contenuti profondi e delle esperienze rimosse.

In tal modo essa ha potuto estendere le sue indicazioni proponendosi come strumento insostituibile nella terapia delle nevrosi e di molte psicosi.

In ordine a queste due tecniche va osservato:

a) che i farmaci hanno un'efficacia prevalentemente sintomatologica, comportandosi come afferma Delay quali « analizzatori semeiologici ». Essi non sono in grado nella maggior parte dei casi di determinare uno stabile riassetto energetico. Anzi, agendo elettivamente su quelle elaborazioni difensive delle angosce primarie per seconderie e distruttive, essi dispiegano la massima attività su deliri ed allucinazioni, sui disturbi « positivi » in senso Jacksoniano, rischiando pertanto di porre talora il paziente di fronte all'esperienza del vuoto e del disorientamento esistenziale che la risoluzione, talora brusca dei sintomi, determina. In sostanza quindi l'applicazione sistematica della farmacoterapia ha finito per costituire un potente stimolo dall'istituzionalizzazione dei metodi psicoterapici, dalla psicoterapia individuale a quella di gruppo, a tutti quei provvedimenti collaterali alla ria- bilitazione ed al reintegro dei malati mentali.

Ne è nato un problema di ordine pratico di cospicua portata. Se in era prefarmacologica il compito psicoterapeutico era riservato a gruppi selezionati di superspecialisti, le attuali metodiche terapeutiche hanno impegnato tutti gli psichiatri al loro compito assistenziale di intervento personale nei confronti del malato.

Puo essere interessante considerare come metodi di inspirazione biologica centriti più sulla relazione uomo-attività cerebrale che su quella uomo-ambiente abbiano ravalutato le antiche aspirazioni della psichiatria morale dei Pinel e dei Parchappe.

b) D'altra parte la psicoterapia come strumento curativo esclusivo incontra varie limitazioni connesse alla qualità dei sintomi morbosi ed alle varie strutture psicopatologiche.

Non bisogna dimenticare che il solo trattamento psicoterapeutico di una psicosi o di una caratteropatia, ricchissimo di significato sul piano umano ed euristico, rappresenta ancora una impresa eccezionale per impegno e difficoltà. Ci si domanda inoltre se sia economico afrontare con i soli mezzi psicoterapeutici ad esempio una psicosi acuta avva-
lendosi di una tecnica anaclitica, od un episodio melanconico, quando una appropriata farmacoterapia è atta a risolvere i disturbi più gravi ed urgenti.

Riteniamo necessario insistere su questo criterio economico in quanto chi opera sul piano psicoterapeutico obbedendo a ragioni di umana solidarietà è di empatia nei confronti della sofferenza del suo malato, non può trascuare la massa dei soggetti i quali per ragioni di ordine finanziario culturale e sociale sono sottratti a ogni significato di un efficace appoggio.

Riteniamo infatti utile insistere sull’esigenza di ampliare il raggio di azione dei metodi psicoterapici e ci rifiutiamo di considerare la psicoterapia come uno strumento di élites.

Pertanto ogni metodo come quello associato che renda accessibile all’influenza psicoterapica un maggior numero di pazienti deve essere sostenuto, anche correndo il rischio di attenuare la purezza della tecnica.

Possiamo pertanto cercare di riassumere le ragioni che militano a favore di un trattamento misto:

1) Efficacia considerevole dei farmaci psicotropi.

2) Importanza in molti casi dei fattori disposizionali di ordine somato-biologico. Se infatti il fine di ogni psicoterapia è il rianeggiamento di una economia affettiva perturbata, non si può dimenticare che all’alterazione emotiva sottendono processi biochimici e neuro-funzionali.

Ne consegue la possibilità di modificare almeno temporaneamente grazie ai medicinali questi livelli funzionali e di attenuare la sintomatologia.

3) Possibilità di trattare un numero più elevato di soggetti abbreviando soprattutto le iniziali difficoltà di contatto, permettendo quindi di impostare una terapia improntata a criteri di ordine sociale.

4) Necessità di operare rapidamente di fronte a situazioni di emergenza che richiedono magari temporaneamente un immediato controllo (agitazione, minacce di suicidio ecc.).

Prospettare i vantaggi di una terapia associata non significa voler rigidamente generalizzare un metodo che come qualsiasi altro provvedimento terapeutico ha i suoi limiti, le sue restrizioni e pone determinate difficoltà.

prendendo in considerazione queste ultime cercheremo di elencare le remore metodologiche ad essa connesse:

1) Senz’altro più grave appare la classica interferenza del farmaco nella relazione medico-paziente. Si facilita così nell’ambito della situazione psicoterapica, già così ricca di aspetti ambivalenti e contradditori una alternativa: medico-medicina che il paziente può utilizzare come resistenze al trattamento. Questo aspetto, per la sua complessità si presterrebbe ad una analisi particolareggiata. Ci limiteremo a prospettarne qualche lato:

L’uno è costituito dal fatto che il malato può scegliere nel farmaco un limite al lavoro psicoterapico. Come osserva acutamente Green, la « relazione chemioterapica » ha un valore rassicurante, in quanto la prescrizione di un medicamento sembra garantire al paziente una certa distanza dai suoi conflitti, mantiene la relazione con il medico in una atmosfera convenzionale, costituita dalla sicurezza che lo psichiatra non intruderà pericolosamente nell’intimità dolente dei propri problemi nascosti, attivando il senso di colpa e l’oscur bisogno di difendersi.

Allorché la situazione si prospetta sotto forma di terapia associata, il malato è talvolta indotto per converso a scegliere nel farmaco un limite al lavoro psicoterapico (limite alla efficacia del metodo e limite al valore affettivo della situazione interpersonale). « Se il medico mi dà la pillola è perché non è abbastanza forte o bravo », oppure « vuol dire che non si interessa abbastanza di me, che non è sufficientemente disposto a corrispondere ai miei bisogni affettivi ».

D’altro canto l’assunzione del farmaco può risvegliare una ambivalenza di fondo: la medicina come « latte buono » che protegge e lenisce le angoscie interiori, per contro, la medicina come materializzazione di un fantasma persecutorio che danneggia ed avvelena.

Si tratta in questo caso di un problema squisitamente trasferale spostato sul medicamento, problema suscettibile di un’adeguata analisi, a condizione naturalmente che sia lo stesso psicoterapeuta a somministrare il farmaco.

Altre difficoltà da considerare sono le seguenti:

2) L’aumento del senso di dipendenza dal terapeuta. Ciò può indurre una passivizzazione che rende problematiche le possibilità di « working through », di « agire » del paziente. Questo fatto si può
verificare particolarmente con l'uso di farmaci sedativi dell'ansia.

Sara difficile compito del terapeuta il « dosare » la quantità di ansia e di sofferenza che il paziente è in grado di tollerare, evitando da un lato quelle crisi di depersonalizzazione ansiosa che soprattutto nelle fasi iniziali ostacolano il trattamento, avendo cura dall'altra di mantenere un certo gradiente di tensione indispensabile perché la terapia abbia per così dire un suo rifornimento energetico.

3) Rischio di polarizzazione del paziente sulle espressioni sintomatiche piuttosto che sulla dinamica conflittuale che le condiziona. Ne può derivare la tendenza da parte del malato a non responsabili-izzarsi e difendere i vantaggi secondari rappresentati dalla malattia.

4) Rifugio nel farmaco usato come mezzo di difesa. In tali situazioni la medicina può essere vissuta come uno stimolo ad una posizione regressiva rassicurante e protettiva che allontana di conseguenza da ogni impegno autentico. In rari casi il farmaco giunge fino a rappresentare il nucleo di cristallizzazione delle predette istanze regressive fino alla tossicomania.

5) Possibilità di pseudo-guarigioni attraverso l'attivazione di superficiali meccanismi suggestivi. In tali casi la farmacoterapia sembra giocare il ruolo di « magia buona ». In questo senso l'apparente soluzione realizzata mediante i meccanismi di negazione si dimostra fittizia lasciando inalterata la problematica conflittuale.

In sostanza quindi una fuga dal rapporto interpersonale attraverso la situazione solo apparentemente positiva. Questa condizione assume peculiare significato nelle forme depressive, data la costante partecipazione di meccanismi di tipo maniacale.

Nell'ambito di questi problemi si inserisce l'argomento dell'effetto « placebo » di ogni medicamento, effetto che non va mai trascurato in ogni applicazione farmacoterapica.

6) Bisogna tener presente del ruolo dei fenomeni collaterali (side effects) spievoli indotti da numerosi farmaci soprattutto neuroleptici maggiori (secondo Delay e Deniker). In questo caso possono sorgere difficoltà rappresentate dal rifiuto del malato a continuare una terapia che « lo fa stare male ». Di qui sorge la necessità che il medico conosca a fondo i farmaci di cui si serve in modo da poter utilizzare le tecniche di somministrazione più adeguate, i provvedimenti correttivi e protettivi atti a ridurre al minimo i pensosi effetti collaterali e tossici. Ancora sull'argomento va segnalato come alcuni pazienti dimostrino una «susceptibilità peculiare di ordine sicuramente psicogeno ad ogni trattamento farmacoterapico costringendo a volte il terapeuta ad impegnarsi a fondo su queste questioni marginali.

7) Un ultimo punto deve essere considerato, ossia la difficoltà di valutare i risultati ottenuti.


Nel caso del trattamento misto il doppio registro su cui si modula l'azione curativa può determinare grosse difficoltà per un'adeguata valutazione del significato di quanto si verifica nella situazione terapeutica stessa.

Ci siamo soffermati nell'esposizione delle remore metodologiche del trattamento associato per dimostrare che esso non attua l'impegno e l'elevato senso di responsabilità che ogni azione psicoterapeutica comporta.

A queste considerazioni negative si contrappongono d'altra parte i seguenti vantaggi rappresentati da:

1) Facilitazione della comunicazione soprattutto laddove predominano fenomeni di inibizione psicomotoria.

2) Possibilità di superare situazioni altrimenti invalicabili, come stati di insufficienza intollerabile che impediscono al paziente di adire alla situazione psicoterapeutica.

3) Rivelazione di materiale preconsci od inconsci, fino all'induzione di abrazioni o reazioni catartiche nel caso di farmaci che inducano una alterazione del livello di coscienza.

La complessità di questi aspetti positivi e negativi di cui sono stati esposti alcuni lati ci fa ritenere opportuno che in linea di massima non si realizzi una separazione tra i due compiti terapeutici. Una sola persona infatti può più facilmente maneggiare la complessa relazione senza rinunciare al difficile ruolo di leader o condividere con altri le sue responsabilità.

Le considerazioni fin qui svolte investono problemi riguardanti genericamente la psicoterapia, le esigenze e le limitazioni diventano
naturamente più rigorose per quanto riguarda il trattamento analitico. In genere prevale l'opinione che almeno nel campo delle forme nervotiche l'uso dei farmaci sia consigliabile.

Come dice Green l'introduzione del mezzo chimico falsa il gioco e rischia di favorire malattie lesions dell'omogeneità del metodo. Non va però dimenticato che anche fra gli psicologi si sono levate recentemente voce discordi, favorevoli all'attenuazione di uno dei capisaldi della tecnica classica.

Riguardo alle metodiche della somministrazione dei farmaci è evidentemente difficile giungere ad una codificazione sia per la diversità dei quadri psicopatologici che per la molteplicità degli strumenti medicontinenti. In genere è nella fase iniziale della terapia che il farmaco trova la massima indicazione. Esso allora costituirà il vettore per un successivo impegno psicoterapico.

Vogliamo riferirci soprattutto a quelle condizioni acute già in precedenza ricordate.

Il trattamento quindi può essere associato per proseguire poi con la sola psicoterapia, salvo riprendere un successivo intervento farmaco-terapicco di fronte alla comparsa di difficoltà o alla eruzione di situazioni psicopatologiche impreviste. Tipica è ad esempio la comparsa di una situazione depressiva che abitualmente cede al trattamento timolettico.

La varietà dei mezzi terapeutici, comprendenti tanto farmaci anti-depressivi quanto tranquilizzanti, che neurolettici, permette la possibilità di variare associazioni in base a moduli variabili. Non va dimenticato che il farmaco, proprio per quelle sue qualità di analizzatore già ricordate è talora in grado di aiutare il lavoro di penetrazione psicopatologica non soltanto eludendo dei sintomi, ma anche rivelando dei rapporti di filiazione semiojeneutica fra categorie di sintomi. Così ad esempio una sintomatologia di tipo distimico può mascherare una sottostante struttura endocrina che può emergere con la liquidazione dell'esperienza depressiva.

Ancora strutture di aspetto neurotico possono rivelarsi sotto l'azione del farmaco come espressioni sintomatiche di un interessamento primario dei sentimenti vitali.

La durata del trattamento è variabile ma in genere col suo prolungarsi si giunge con una certa frequenza ad una fase in cui gli elementi sintomatologici salienti sono stati usurati dall'azione combinata mentre più chiare emergono le linee di forza delle sottostanti situazioni conflittuali. Si dovrà allora caso per caso decidere sulla opportunità di una prosecuzione terapeutica. Essa diventerà allora più impegnativa avendo come obbiettivo strutture più profonde e si impenetra essenzialmente nell'azione psicoterapica.

Anche qui dovranno dominare quei criteri di economicità cui in precedenza si riferiva onde decidere se il paziente potrà trarre o meno ulteriori vantaggi da un più serrato attacco alle sue difese neurotiche. Sembra sia necessario soprattutto per i più giovani collegati guardarsi da una sorta di «furore psychotherapeuticus» che può portare talvolta a situazioni difficili per il terapeuta e vantaggiose per il malato. Alludiamo soprattutto a quelle situazioni in cui i sintomi neurotici rappresentano difese sostanzialmente riuscite per affrontare a situazioni vissute antiche o attuali di cospicua difficoltà. Talora la presa di coscienza di certe verità interiori comporta nel paziente la necessità di drastiche revisioni della sua situazione vitale, revisioni che possono compromettere il suo equilibrio familiare e sociale. In questi casi spetterà alla moderazione dello psichiatra, mantenere una distanza prudente eventuale puntando sull'azione sintomatica del farmaco ed appoggiando il malato attraverso un atteggiamento comprensivo e benevolo che non deve ad ogni costo spiegare sempre tutto.

E' doveroso parlando di psicofarmacologia ricordare tecniche medicamentose che storicamente l'han preceduta e che conservano se adeguatamente sfruttate 'ottime possibilità terapeutiche. Ricordo così:

1) *La cura del sonno.* Il metodo introdotto da Klaes che una ventina di anni or sono ha trovato strumenti di realizzazione più agevoli con la sostituzione dei neurolettici al tossico sonnifero. Secondo la nostra esperienza il trattamento ipnoterapico diviene un efficace mezzo terapeutico nella misura in cui destrutturando la coscienza eferizzata in chiave onirica od oniride contenuti ed esperienze impregnate di situazioni conflittuali. Questa fase rappresenta un momento privilegiato per un'influenza psicoterapica come dimostrano i lavori di Faure e di Ey sull'argomento.

In questi casi la terapia non si realizza soltanto attraverso una fugace regressione, ma si può attuare attraverso fasi di tensione cui segue in un ambiente psicoterapico un progressivo riadattamento.

Utilizzata da Faure come terapia di gruppo, la cura del sonno costituisce un mezzo privilegiato per far emergere ad un livello di coscienza destrutturato e labile quella relazione affettiva da persona...
a persona che permette al paziente di sfoggiare al suo ripiegamento narcisistico per confrontarlo con se stesso o con il gruppo.

2) Metodi cattartici, atti a suscitare abazioni, reazioni a carattere risolutivo di intollerabili tensioni interne, sono rappresentate dalla Weckanalisi, realizzata mediante l'introduzione endovenosa di amine simpatico-mimetiche. La tecnica usata in Italia da Giberti, Callieri e Balestriere a scopo di analisi semiologica rivela una sua indubbia utilità in casi acuti di neurosi.

3) Altrettanto dicasi delle metodiche narcoanalitiche che trovano limitate ma brillanti indicazioni nel campo delle neurosi traumatiche. L'estensione di queste tecniche avvenuta nel '45 dopo le esperienze spettacolari degli psichiatri americani dell'esercito, ha dimostrato i suoi limiti nelle organizzazioni neurotiche cronizzate, suscitando nei pazienti ostilità ad una esplorazione in stato di subnarcosi; spesso vissuta come una condizione passiva (di violenza e di erogizzazione) ricca di significato sadomasochistico od erotico.

Una esperienza di cospicuo interesse è rappresentata dalla associazione alla psicoterapia individuale o di gruppo dei trattamenti con farmaci psicotomimeticici (mescalina, LSD 250 dietilamid dell'acido lisiereico, dristan, serнят).

Ci limitiamo qui a segnalare queste tecniche che hanno trovato in Francia e nei paesi anglosassoni vaste applicazioni, richeggiate al recente congresso mondiale di Psichiatria di Montréal.

I criteri a cui questa specie di psicotizzazione artisticale (lo psicoma come lo definisce Cargnello) sono molteplici. Sorta di psicanalisi concentrata secondo Gutman, McLay, Hods ed altri, essa tende a favorire la disinibizione con riviviscenza di esperienze infantili rimosse e delle tendenze proiettive e soprattutto mira a facilitare il maneggiamento delle tensioni aggressive attivate dalla situazione sperimentale e facilmente dialettizzabili nel rapporto psicoterapico. Le metodiche di articolazioni psicoterapiche sono varie: nel corso ed al di fuori della crisi e si propongono finalità più o meno contingentate. Ci pare soprattutto interessante considerare il ruolo delle esperienze depressi-personalizzate artificialmente, durante le quali si realizza con frequente evidenza il modo di essere e di vivere il proprio corpo come attitudine categoriale essenziale dell'essere nel mondo.

Appare evidente il ruolo cattartico di questa dissoluzione e ricostruzione del rapporto di realtà ove nello spazio breve della azione chemioterapica si svolge come in un rapido film un accostamento delle esperienze fantasmatiche della prima infanzia, si ricorda il nostro fulvo a carattere persecutorio descritto nell'autosuccesso con mescalina da Morselli) e si ripercorrono alcune fasi del processo di personalizzazione.

Dopo aver esaurito il suggerente ricordo di queste tecniche particolarmente vorremmo analizzare alcuni aspetti del metodo farmaco-psicoterapico nei principali gruppi di psicosindromi.

Iniziano dalle nevrosi possiamo constatare con Hoch che esistono due categorie di soggetti neurotici: gli uni sono malati che pur soffrendo realizzano una condizione di piena produttività e socialità. Questi pazienti si inducono ad affrontare lo psichiatra nel tentativo di risolvere più delle situazioni vitali interiori complesse che per guadare dai sintomi. Ad essi la tecnica farmacoterapia può offrire scarso aiuto; mentre nei casi in cui sussistono le condizioni adatte può essere indicata una terapia del profondo.

Esiste un'altra categoria di soggetti neurotici in cui la sofferenza è talmente intensa da ridurre straordinariamente la possibilità di vivere nel mondo ed anche di partecipare adeguatamente ad un lavoro psicoterapeutico approfondito. Qui il contatto iniziale viene facilitato, soprattutto nei soggetti gravemente inibiti per i quali la deflessione farmacologica del gradiente ansioso o depressivo costituisce una rivitalizzazione ed un invito all'impegno esistenziale. L'uso accorto del farmaco, individualmente adattato, al livello della sofferenza del malato (sofferenza che è da ripugnarsi ad ai di là di certi limiti come controproducente agli effetti psicotergici) consente di superare le fasce negative del trattamento, quando la presa di coscienza della problematica profonda ingenera la comparsa di sintomi disforici.

Evidentemente questa distinzione nell'ambito delle neurosi di due tipi di malati è arbitraria come ogni schema di psichiatria.

Non possiamo infatti dimenticare che ogni situazione neurotica rappresenta la complessa risultante di una serie di determinanti biologici, micro e macro-sociologici, storici e esistenziali che non tollerano generalizzazioni. L'abilità dello psicoterapeuta si misurerà dalla sua capacità a mantenere la relazione tra lui e il suo paziente ad una esatta distanza senza favorire i processi proiettivi che tenderebbero a stabilire un transfert di tipo parentale suscettibile di essere manovrato esclusivamente con tecnica analitica.

Si tratta, osserva Green, di affrontare problemi conflittuali senza
tendere a soluzioni radicali, sfiorando i problemi ed impostandone
soluzioni parziali ma suscettibili di aumentare la sfera di responsa-
bilità e di libertà del paziente.

Un argomento di particolare interesse è quello del trattamento
delle nevrosi del carattere e delle psicopatie in genere. Questa categ-
oria di malati gode di cattiva fama presso gli psichiatri e spesso
il termine di personalità psicopatica si annanna nel giudizio diagno-
stico di una pesante valutazione moralistica.

Affrontiamo un campo, quello delle difese caratteriali; spesso
connesse a modificazioni del substrato biologico in cui il trattamento
psicoterapeutico approfondito incontra difficoltà quasi insuperabili.

L'esperienza di otto anni di lavoro presso la Fondazione Varennna,
centro per la prevenzione e l'assistenza ai tentativi suicidi, ha permesso
a uno di noi di sperimentare come questi soggetti psicopatici e sociopo-
tici siano straordinariamente suscettibili ad una influenza psicoter-
rapica adeguata alle loro particolari esigenze.

Nell'ambito di questa psicoterapia che ha un versante di tratta-
mento personale, un altro tipo di socioterapico, legato all'esistenza
di un gruppo terapeutico in cui l'assistente sociale esplica un ruolo assai
importante, la cura farmacologica acquista un rilievo essenziale. Si
tratta anche qui di usare con «souplesse» varie associazioni farmaco-
ligiche, dagli anti ansia agli anti depressivi, alla clorpromazina, ai
suoi più recenti derivati.

Il trattamento farmacologico particolarmente delicato per il ri-
schio di recidive autolesive, rappresenta un supporto indispensabile
per risolvere ad esempio crisi depressive così frequenti nei soggetti
omosessuali, od aumentare il «tono vitale» di soggetti persistentemen-
to astenici e tormentati da valenze ipocondrazzie. In questi casi
si può constatare con chiarissima evidenza il doppio valore del far-
maco, come strumento chemioterapico e come materializzazione simbolic
ola di una relazione interpersonale sempre difficile ma che con-
tiene una costante attività di tipo passivo-recettiva.

Ovviamente in queste situazioni assume una importanza decisiva
il ruolo del controltransfert data la persistente presenza di atteggiam-
enti a tipo neurosi di scacco. Questi pazienti infatti, alla ricerca
continua di una frustrazione sociale a cui d'altra parte si ribellano,
tendono costantemente a provocare nel medico una risposta di rifiuto
e di riprovazione, cu ovviamente si dimostrano selettivamente sensi-
bili.

Una situazione per molti aspetti analoga è costituita dalle cosí
dette sindromi « borderline » ove si intrecciano in un viluppo sinto-
matologico spesso assai complesso simoni di natura neurotica, per-
versa e psicotica. In queste situazioni che spesso si esprimono attra-
verso manifestazioni depressive atipiche sarà necessario utilizzare con
prudenza farmaci di tipo antidepressivo, soprattutto imipramina, dato
il valore « detector » che questo farmaco possiede, onde evitare il
rischio di brusche accelerazioni doloranti e talora confuso-epiliziche.

L'uso dei derivati della promazina e del butirofenoone per la loro
azione stabilizzante e di rinvio del controllo di realtà potrà rappre-
sentare una indicazione di scelta. Dopo aver realizzato attraverso la
medicazione neurolettica un rafforzamento delle possibilità di tenuta
del soggetto, sarà possibile operare psicoterapeuticamente a livello di
quei sintomi quali disturbi anascastici, cenesteticci e di vaga deper-
sonalizzazione che abitualmente rispondono alla farmacoterapia.

Passando ora alla considerazione delle psicosi è necessario rile-
vare come l'applicazione dei trattamenti farmacoterapici abbia radica-
lmente mutato l'aspetto dei quadri psicopatologici che ci è dato
osservare. Non si tratta solo di una riduzione dei sintomi allucinatori
e deliri o delle manifestazioni di irrequietudine o di clamorosità.
Lo psicotico sottoposto a trattamento farmacologico ha un regime
energetico diverso, spesso assai complesso in cui sono riconoscibili
nello sfondo i sintomi di regressione, le difficoltà di espressione e la
problematicità della relazione affettiva. Egli riesce però a mantenere
spesso un certo livello di socializzazione, a spese in genere dell'in-
tenzionalità del comportamento fino ad assumere in certi casi un
aspetto passivo e inerte.

In sostanza la stabilizzazione dei fenomeni psicotici non permette
in molti casi una ripresa di una iniziativa sintoma, rende però il
soggetto accessibile ad un'influenza di ordine psicoterapico e socio-
terapico.

Affrontando il tema della schizofrenia trascuteremo di illustrare
gli aspetti più strettamente psicoterapici, per mettere in luce sul
l'aspetto farmacoterapico.

In queste situazioni, come in passato per le terapie di shock l'uso
di droghe appare di insostituibile utilità. La necessità di risolvere
rapidamente gravi alterazioni della condotta non può però indurci a
considerare il farmaco come una sorta di camicia di forza psichica
destinata a spegnere ogni senso di vitalità e di iniziativa, accanto alla
risoluzione dei deliri ed alle allucinazioni. La pur breve esperienza farmacologica ha già in un certo senso aggiustato il tiro. Trattamenti massivi, paralizzanti l’attività psichica tendono ad essere abbandonati. La primitiva ipotesi che la terapia farmacologica dovesse agire mediante una impregnazione condizionante una sindrome extrapiramidale, per realizzare un’azione terapeutica efficace, è stata abbandonata. Ci si preoccupa per contro di ridurre al minimo possibile gli effetti secondari come dosaggi appropriati, con l’uso di farmaci disintossicanti ed antiparkinsoniani.

Ai farmaci del gruppo della clorpromazina, dotati della massima attività sulla sostanza reticolare e sulle funzioni di vigilanza, si tende a sostituire i derivati piperidinici e piperazinici della promazina, più attivi a livello del sistema limbico, meno coartanti ed in alcuni casi dotati di un’azione complessa, attivante l’affettività, come accade talora per i prodotti butirrofenonici (quali l’haloperidoli).

Nel caso in cui questo è possibile, il mantenimento di un livello maggiore di iniziative psicomotoria e di euforia viene realizzato mediante l’associazione di farmaci antidepressivi. In tale condizione l’uso di uno psicoanalettico è giustificato dall’esigenza di ridurre i fenomeni aggressivi, mentre la contemporanea somministrazione di un neurolettico vale ad esercitare un’azione equilibrante più approfondita sui disturbi associativi e sulle manifestazioni psicosensoriali oltre che a correggere i possibili fenomeni di brusca attivazione.

Considerata in questa prospettiva, rapidamente mutante nelle stenumpitalità per il sopraggianagere di sempre nuovi farmaci, l’indirizzo farmacoterapico moderno della schizofrenia crea le premesse per un’azione psicoterapica che appare indispensabile soprattutto nella fase di reintegrazione e di liquidazione delle esperienze acute.

Somministrazione dei farmaci ad uno schizofrenico è solo il primo passo di un procedimento terapeutico. Questo metterà a fuoco le modalità affettive attraverso cui l’assunzione del medicamento è vissuto, le risposte del singolo paziente al medicinale, ai suoi effetti secondari, alla tonalità emotiva indotta dalla risposta terapeutica, e studierà l’atmosfera generale in cui la terapia si svolge, il significato delle relazioni interpersonali realizzantesi nella microsocietà costituita dalla clinica o dall’ospedale.

Assumono importanza preminente alcuni problemi:

1) La relazione affettiva con la droga. Essa può essere sentita come “paralizzante il cervello” come aggressione persecutoria raffi-
nata e sedica, ma può costituirsi anche come strumento di salvezza, come’sorta di io auxiliario buono introiettato. In questi processi l’attitudine ed il modo di chi somministra il medicamento risulta di un’importanza essenziale.

2) Le fasi di liquidazione dell’esperienza delirante, indotta dal farmaco, che determinano una riorganizzazione energetica profonda con il frequentissimo affiorare di valenze depressive dotate di alto significato psicodinamico.

3) Il processo di comparsa della insight, momento cruciale del’attività terapeutica. Questa crisi costituisce una fase seconda di co-sipico signficato ai fini di una utilizzazione psicoterapeutica delle parti ancora disponibili della personalità del paziente. Non si tratta crediamo di ostacolare questa esperienza critica. Il grande Esquizor scriveva ben prima della farmacoterapia: “Ho costantemente osservato che la guarigione delle malattie mentali non è che ingannevole e passeggera quando non avviene attraverso qualche fenomeno critico. Si tratta piuttosto di inserirsi in questa crisi per sfruttare le prospettive che questa offre alla comprensione del vissuto interiore del malato.

In questa fase il paziente sembra oscillare fra due possibilità pur nell’ambito di una stabilizzazione sintomatologica: la ripresa di interesse per i valori concreti della realtà, o instaurarsi di un rapporto ambiguo di restrutturazione patologica dei rapporti oggettuali che conduce alla creazione di uno stabile “stile” schizofrenico di vita.

4) Un ulteriore problema è costituito dalla preparazione del pa-ziente affinché egli si adatti ad una protratta assunzione medicamen-tosa. Quando questo condizionamento si verifica il legame espresso dal farmaco rappresenta il vettore più esteriore di una corrente positiva che lega il paziente al suo ambiente di cura. E’ un’esperienza quella che vediamo nei nostri schizofrenici che ritornano spontaneamente e con fiducia per “farsi dare le pillole”.

Le osservazioni qui esposte rappresentano una propedeutica ad un’azione psicoterapica, costituendo in un certo senso un preliminare indispensabile per questa azione.

Vorremmo infine accennare al complesso problema delle sindromi depressive, che rappresenta per varie ragioni un terreno privilegiato d’incontro tra lavoro farmacoterapico e psicoterapico. Facendo astrazione dei problemi psicopatologici e nosografici, dalla depressione co-
me sintomo, come sindrome o come malattia; per parafrasare Lehman, in ogni esperienza depressiva approfondita vanno sempre contemporaneamente considerati una serie interagente di fattori:

1) Le valenze disposizionali del «fondo» endotimico per parafrasare Lersch e K. Schneider di schietta impronta biologica.

2) L’organizzazione particolare di una struttura deficitaria dell’io che tende ad un peculiare tipo di relazione oggettuale in cui l’oggetto amato corre la continua minaccia di essere perduto o distrutto, per riferirsi alla concezione psicoanalitica.

3) Il ruolo dei fattori sociogenetici in cui si è svolta l’esperienza vitale del soggetto.

4) L’esistenza di fattori contingenti, alteranti l’omeostasi sia di ordine somatico che psichico.

La crisi depressiva nasce alla convergenza di questi elementi, condizionando una perdita della speranza e dell’intenzionalità che colloca il soggetto molte volte al di fuori di una costruttiva accessibilità psicoterapica.

In questi ultimi anni il numero dei farmaci antidepressivi è diventato esemplare. E soprattutto è possibile a seconda del tipo del paziente e di espressività critica disporre di farmaci suscettibili di un’azione antidepressiva relativamente selettiva:

- attivanti l’iniziativa psicomotoria oltre che l’umore come i numerosi prodotti ad azione antimonoaminoossidasi;

- equilibranti la disarmonia timica di una natura endogena come il tofranil ed il suo derivato demetilato;

- dotati di un’azione contemporaneamente antidepressiva e sedativa come l’amitriptilina ed ancora di più la tioridazina;

- prevalentemente sedativi, con secondaria virtualità euforizzante come la levomromazina e la tioridazina.

Nei soggetti depressi, soprattutto nei casi considerati endogeni, ove l’interessamento dei sentimenti vitali è predominante si osserva una considerevole difficoltà all’approccio psicoterapico. Per contro, quando il paziente non è impietrito dal dolore melanconico, egli accetta senza difficoltà la medicazione antidepressiva, da cui trae distensione, e dimostra abitualmente un attaccamento al farmaco, al di fuori di quei casi in cui si realizzano, specie con l’imipramina, sintomi di equilibrio vegetativo. Il miglioramento può allora rappresentare un ostacolo all’approfondimento della comprensione dei suoi problemi, tenendo conto dell’abuso dei meccanismi di negazione di cui abitualmente il depresso si serve per distanziarsi dalla sua angoscia.

Va tuttavia ricordato come autori di formazione psicoanalitica quali Azima, Green, Racamier, abbiano approfondito le possibilità(rif. 1) offerte da un metodo di terapia associata.

Una volta stabilite le premesse per una relazione interpersonale terapeutica, la diminuzione del senso di colpa e soprattutto lo spostamento delle cariche aggressive dell’interno verso l’esterno facilitano la riorganizzazione delle tendenze libidiche, con un ridimensionamento delle relazioni tra il sè e gli altri in rapporto ad una ristrutturazione dei rapporti oggettuali.

Anche in questi casi in cui non si attua un trattamento psicoterapico sistematico, mirante ad una riorganizzazione della personalità al di fuori degli episodi acuti, va sempre considerata l’opportunità di assistere il paziente depressivo nella fase di remissione, onde evitare una risoluzione dell’episodio con difetto, ossia con una organizzazione neurotica stabile dei disturbi residui.

Concludendo questa rapida impostazione dei problemi di farmacopsichiatria, dobbiamo ancora ricondurci al problema dell’indissolubilità e complessità dell’esperienza umana, recentemente rieffeirta da K. Jaspers. L’uomo malato psichicamente offre allo psichiatra che si sforza di comprendere e curarlo una così complessa mole di problemi che può apparire illusoria ritenere che un unico parametro terapeutico possa pienamente esaurirli. Il ricorso tanto a tecniche derivanti dagli studi delle scienze biologiche di base, quanto ai raffinati strumenti psicoterapici, può essere inteso come il rifiuto a feticizzare qualsiasi strumento di lavoro, nella consapevolezza che il riconoscimento dei propri limiti costituisce per lo psichiatra, come per qualsiasi altro studioso, il più valido criterio per la ricerca della verità.
**D I S C U S S I O N E**

**BALDUZZI:**

Probabilmente vi faccio interpreti della mia stessa perplessità e vorrei che tu, Dario, e il prof. Benedetti, forse ancora più autorevolmente visto che è occupato di psicofarmacologia, mi spiegassero come è possibile la coesistenza dei due momenti, cioè lo psicofarmacologico e quello psicoterapeutico. E' possibile, cioè, una coesistenza, come dire una co-efficienza, dei due strumenti o il problema non è piuttosto di subordinazione, nel senso che la psicofarmacologia debba servire allo psicoterapista per una azione esclusivamente psicoterapica oppure non il contrario? Ciò è un problema di co-esistenza, o di co-efficienza sullo stesso piano o di subordinazione?

**DE MARTIS:**

Dici che questo è appunto il cuore del problema. Cioè credo che una risposta definitiva da parte mia sarebbe puramente grossa assunzione. Comunque nella misura in cui mi sono sforzato di mettere l'accento su alcuni elementi pro e gli elementi contro, abbiamo due dati. Ossia un dato di ordine teoretico generale che ci fa pensare che questo non urti in difficoltà di principio, e - direi - l'esperienza pratica che fa sì che ne in una numerosa serie di malati le due strade camminino parallelamente. Io ho accennato a difficoltà della valuazione, perché evidentemente - a un certo punto - sullo stesso sintomo convergono due tipi di influenza profondamente diversi. Naturalmente, come prossi generali, vale il principio di accentuare in una prima fase l'azione del farmaco, però sta di fatto che, una volta costituita una relazione psicoterapica autentica, il farmaco può in un certo senso reinserirsi attraverso un rapporto di comprensione del suo significato sia simbolico sia proprio di azione effettiva sul sintomo, creando un possibile consenso tra l'atteggiamento del medico e l'atteggiamento del paziente. In questo senso questo problema mi sembra particolarmente delicato, per quello che riguarda una tecnica psicanalitica classica, di cui veramente credo che le difficoltà siano considerevoli. Ma, nell'ambito di tutte quelle forme psicoterapiche che vanno dall'appoggio all'appoggio approfondito, a delle psicoterapie anche di ispirazione analitica, non vede una contrapposizione tra i due tipi.

**BALDUZZI:**

Ti ringrazio, io volevo dire questo soltanto: a un certo punto il problema non può che essere o solo farmacologico o solo psicoterapico. E se mi permetti, volevo sollecitare anche l'opinione del prof. Benedetti, in questo senso: che si è occupato di psicofarmacologia, perché si parla di schizofrenia. Tu hai parlato di varie psicosi. A proposito della schizofrenia, il punto è lì: il problema farmacologico o psicoterapico della schizofrenia.

**BENEDETTI:**

Il problema del rapporto tra psicoterapia e farmacologia nella schizofrenia non è essenzialmente diverso dalle altre forme di neurosi e delle altre forme di malattia mentale. Nei due casi, nel corso della schizofrenia, a differenziare fra certe fasi della psicosi in cui è più utile un trattamento diretto puramente psicoterapico e altre fasi della psicosi in cui è necessario un trattamento farmacologico. Distinguiamo, cioè, la fase in cui il contenuto fra il medico e il paziente è così debole, e così diluito che un rapporto farmacologico è assolutamente necessario; ma una differenza sostanziale tra schizofrenia ed altre forme di malattia mentale, anche secondo la mia esperienza, non esistono.

**GALLI:**

Vorrei dire qualche cosa a questo proposito: mi pare che il problema è stato affrontato da De Martis nella sua struttura teorica e questo ci mostra il punto a cui siamo nello stato attuale delle ricerche in proposito; e a me pare che il problema vada affrontato, per trovare una soluzione, su un piano strettamente tecnico. Si tratta di vedere, momento per momento, nell'ambito della situazione clinica che si definisce nel rapporto tra medico e paziente, quando può essere necessario un intervento farmacologico oppure anche uno shock: non parliamo con tanto timore perché può essere necessario anche quello. Ma si tratta di vedere quale tipo di struttura tecnica dobbiamo opporre a questa situazione. Cioè il terapista, per es., che sta trattando psicoterapicamente quel paziente, può avere paura in quel momento di quel paziente, dell'ansia che quel paziente ha suscitato in lui proprio attraverso il rapporto e quindi non sarà lui a dover decidere se o meno quell'ansia vada sedata o se vada elaborata psicoterapicamente o se ci sono problemi suoi che impediscono questa elaborazione, per cui cerca la fuga nell'uso del farmaco, come aveva detto prima De Martis. E, d'altra parte, ricorderei anche quello che dice Racamier a proposito dell'atteggiamento degli psicoterapeuti, verso l'uso di farmaci, verso l'uso di terapie di shock. Egli parla del timore dell'aggressività del paziente. Il terapista ha paura di questa aggressività e, quindi, reagisce a questa aggressività con un atteggiamento di eccessiva benevolenza e si costituisce come « buono » presso il paziente, cioè come quello che non adopererà mai verso di lui lo shock, che non adopererà mai il farmaco presso di lui, facendogli quindi un danno perché non adopererà un mezzo che in quel determinato momento può essere estremamente adatto. Quindi io direi che va proprio risolto situazione per situazione, e dovremo abitudiarsi a un certo tipo di ragionamento clinico psicologico, nell'ambito del rapporto col paziente, nel quale introducere anche il mezzo terapeutico, chiamiamolo « di forza », che può essere utile in quella specifica situazione. Lo strumento tecnico per risolvere questa situazione penso che sia il lavoro di equipe: è l'unico
strumento che mi sentirei di proporre, un gruppo che decida che cosa fare. Mi pare, cioè, che la situazione bipolare, in cui c'è il solo psicoteraeutica o il solo farmacologo psichiatra che interviene con questo tipo di teraple sia ancora limitata, che bisogna allargarla proprio facendo sì che la situazione vada seguita progressivamente in un rapporto di gruppo e vada risolta, momento per momento, nel rapporto di gruppo.

DE MARTIS:
Sono d'accordo perfettamente, Galli, perché credo che tutti i problemi della terapia della schizofrenia siano problemi da articolare in gruppo perché se no proprio questo problema della paura della reazione del paziente, che — in fondo — è paura di identificarsi con la propria aggressività, fa sì che effettivamente ci sia questo disturbo di prospettiva, questa miopia o questa presbiopia del terapeuta: questi problemi possono diluirsì nell'atmosfera distensiva del gruppo.

SELVINI:
Non resisto al desiderio di raccontare, a questo proposito, una esperienza interessante, con una paziente che avevo in psicoterapia, una gravissima ammalata anoressica, la quale mi aveva talmente frustrato che, a un certo momento, ero arrivato all'odio per questa ammalata e volevo rifiutare, rifiutare la terapia. Il prof. Benedetti, in supervisione, accortosi della enormità di questo sentimento, mi ha consigliato di accettare questo bisogno che avevo di pulire la mia ammalata, di prescrivere il ricovero e di prescrivere l'elettrochoc in dosi generate perché questo corrispondeva ad una mia necessità; piuttosto che abbandonare l'ammalata era meglio che io la seguissi in clinica e che prescrivessi questa punizione. E l'ammalata è stata ricoverata quest'inverno: è interessantissimo perché, dopo che io l'avevo lasciata due mesi in clinica, sperando si sbloccasse e si decidesse a mangiare, non osando assolutamente ricorrere allo shock, dopo questa supervisione decisiva col prof. Benedetti ritornai in clinica privata e decidemmo di fare adirittura un annichilimento, che non raggiunse lo scopo dell'annichilimento perché l'ammalata era enormemente resistente anche agli shock quotidiani. E' interessante notare come, quando entrai nella camera dell'ammalata, e sinceramente le spiegai i motivi per cui veniva decisa questa terapia psichiatrica quanto mai punitiva, l'ammalata mi rispose: finalmente! Perché il mio bisogno di punirla corrispondeva ad uno suo bisogno autentico di essere punita come la bambina cattiva e, in seguito, dopo questa terapia, l'ammalata riprese a mangiare e migliorò enormemente il suo rapporto con me, per cui questa terapia su un livello simbolico era proprio stata vissuta come l'essere castigata da una persona che la castigava perché le voleva bene.

GALLI:
Tu hai parlato di punizione, cioè proprio hai sancito quello che dicevo prima: cioè di vivere questo tipo di cure come un aspetto punitivo. Invece io direi che non lo hanno affatto. Ciò che ho solo in rapporto al modo come li viviamo noi, non in assoluto, l'elettrochoc o l'insulina o qualsiasi altro strumento curativo.
L'« IO » NELLE PSICOSI SCHIZOFRENICHE

FRANCO FORNARI

Ringrazio gli organizzatori di questo corso per avermi invitato ancora una volta a parlare su uno dei temi più importanti e complessi della nostra disciplina, quale è quello attinente all'Io nelle psicosi schizofreniche.

Il problema della destrutturazione e della ristrutturazione dell'Io nelle psicosi schizofreniche è un problema tremendamente complesso, di cui noi possiamo ora dare solo alcune connotazioni preliminari. Mi scuso perciò se non lo tratterò in modo sistematico ed esaustivo. Cercherò cioè di esporvi alcune riflessioni su degl’aspetti particolari che mi sembrano degni di interesse.

La fondazione dell'Io come situazione di base di tutto l’edificio psichico esula in sé e per sé dal titolo specifico della lezione. Ritengo però utile esporvi alcuni riferimenti culturali che si prestano a dare una certa evidenza ai meccanismi di identificazione introiettiva e di identificazione proiettiva, come meccanismi più primitivi e nello stesso tempo come meccanismi fondanti dell'Io stesso. Nessun quadro nosografico, come la schizofrenia, ci fa toccare con mano come la esperienza del soggetto schizofrenico ci si offra come una disorganizzazione dei confini tra ciò che siamo abituati a chiamare mondo esterno e mondo interno. Nel modo in cui lo schizofrenico ci racconta la sua esperienza noi siamo cioè condotti a toccare con mano il fatto che parti del Sè vengono vissute come collocate nel mondo esterno e parti del mondo esterno vengono vissute come collocate nel Sè.

Una tale constatazione di disorganizzazione ci si rivela però in base ad una nostra personale costruzione di mondo esterno e mondo interno, che noi assumiamo come normale, in quanto condivisa da tutti gli uomini adulti come normali.

Le cose naturalmente si complicano quando, in sede di costituzione genetica dell'Io noi descriviamo i meccanismi più primitivi e fonda-
parlato. Questo per due ragioni: 1) perché l'esperienza di gruppo, proprio attraverso la singolare coincidenza della pluralità nella unità, operata dal processo di accomunamento, implica modalità di esperienza che si è abituati a considerare come regressive (Glover paragona addirittura i meccanismi regresivi della vita collettiva ai meccanismi regresivi dell'Io dello schizofrenico); 2) perché implicando la esperienza dell'individuo in rapporto al gruppo la coesistenza nello stesso individuo di modalità più mature e modalità più regressive, che vengono vissute dall'individuo come entrambe normali, l'esperienza collettiva ci porta a ritenere che l'impressione del soggetto di vivere una determinata esperienza come normale tende ad essere fortemente influenzata dal processo di accomunamento, specifico nella costituzione del gruppo (1).

A parte comunque l'opinione sopra citata di Glover, Freud per primo ha accostato i problemi dell'Io con la psicologia del gruppo in «Psicologia delle masse e analisi dell'Io». Dalla ricerca freudiana sulla costituzione del gruppo appare come particolarmente implicato il meccanismo di identificazione introiettiva, attraverso il quale i due gruppi presi in esame, la Chiesa e l'esercito, possono formarsi nella misura in cui l'oggetto che permette all'individuo di accomunarsi, cioè di identificarsi con il gruppo viene a collocarsi nell'interno di ogni individuo come oggetto d'amore comune.

Il meccanismo di identificazione introiettiva risulta particolarmente evidente nei riti iniziatici della Chiesa. Nel battesimo l'acqua e il sale sono gli elementi carismatici che devono essere messi su/dentro ogni membro, il quale venga a far parte della Chiesa. L'inserimento dell'oggetto carismatico è più evidente nella Eucarestia, ma è implicito in ogni sacramento.

Per ciò che concerne il meccanismo di identificazione proiettiva ho altrove trattato del mito degli Ashanti relativo alla costituzione dello sgabellino d'oro come oggetto di identificazione del gruppo Ashanti. In questo caso cioè è possibile cogliere in modo direttamente intuibile il processo di identificazione proiettiva attraverso il mettere parti di sé (unghie e capelli) dentro l'oggetto (sgabellino d'oro).


Ho voluto accennare ai riti iniziatici della Chiesa e al rito di fondazione degli Ashanti proprio perché rendono direttamente intuibili le vicende fantasmatiche originate che presiedono al primitivo rapporto del bambino con il mondo e che si trasudano nei primitivi processi di formazione dell'Io.

È noto che l'Io è stato definito da Freud come istanza mediatrice tra il mondo esterno e il mondo interno. In quanto però le strutture dell'Io si vengono formando come differenziazioni degli strati corticali dell'Eg, il problema della fondazione dell'Io è intimamente unito alle vicende istintivo-affettive originarie. Vorrei qui subito rilevare che è stata la psicoterapia delle psicosi, e in modo particolare la psicoterapia della schizofrenia, a portare alla evidenza definitiva la fondazione istintivo-affettiva dell'Io.

Ognuno di voi ricorderà il diario della schizofrenica di M.me Séchehaye. La vicenda di Renée è cioè una vicenda esemplare per mostrare come la realizzazione simbolica che conduce lo schizofrenico particolarmente regredito a poter fruire da adulto della mancata soddisfazione del bambino al seno materno, determina di colpo una modifica impressionante delle strutture dell'Io. Fruendo della mela come dono materno, cioè, Renée passa di colpo da una situazione di destrutturazione dell'Io ad una situazione di strutturazione normale della esperienza di realtà. L'accomunamento tra paziente e terapeuta nel dono materno, in una situazione transrale, (che vista su un piano puramente obiettivistiche potrebbe essere qualificata addirittura come delirante del libero atto) in cui la terapeuta offre realmente la mela come se fosse un seno, diventa uno strumento terapeutico nei riguardi del delirio stesso. L'accomunamento con l'oggetto d'amore primario diventa pertanto paradossalmente l'esperienza che permette all'Io dello schizofrenico di instaurare le funzioni di separazione tra il Sé e il mondo.

Per questo quindi, volendo indagare le funzioni dell'Io proprio come funzioni di mediazione tra il mondo esterno e il mondo interno vorrei insistere sul carattere fondante del vissuto relazionale originario, proprio perché questa realtà è stata portata all'evidenza dalla psicoterapia della schizofrenia.

L'Io è dunque la sede della coscienza, intendendo per conoscenza in senso psicanalitico, non un mero fatto costatativo ma la integrazione continua tra dato e vissuto, tra mondo esterno e mondo interno.

A questo punto può esserci utile un riferimento linguistico. Nella comune origine indoeuropea la radice significante conoscere è sinonima
di nascere. Questa equivalenza linguistica tra il conoscere e il conoscere è evidentemente a l’enigma della conoscenza umana un significato squisitamente affettivo che in sede genetica va al di là di una semplice metafora. Se confrontiamo la suggestione etimologica con il problema genetico della conoscenza che è contenuto nel rapporto originario bambino-madre siamo sorpresi di constatare che la conoscenza intesa come un co-nascere, come un nascere insieme del soggetto e dell’oggetto, un nascere insieme del mondo esterno e del mondo interno, trova un riscontro concreto nelle fantasie inconscie che preparano la donna alla maternità. Studiando assieme a Miraglia i sogni delle madri durante la gravidanza ho potuto constatare che la madre, quando aspetta il bambino, non solo ha sogni di nascita del proprio bambino, ma sogni di nascere essa stessa: il che sembra significare che il rapporto madre-bambino, come costitutivo della origine della conoscenza nel bambino, come co-nascita, diventerà possibile nella misura in cui la madre, regredendo ad una situazione neonatale — cioè nell’inconscio fantasmando di nascere essa stessa parallelamente alla nascita della propria creatura — ricuperà il proprio Sè neonatale, che diventa la premessa indispensabile per poter attuare una identificazione integrale con il proprio bambino neonato. L’accontentamento del terapeuta con le esperienze regressive dello schizofrenico trovrebbe perciò il suo modello originario nell’accontentamento della madre — tramite la regressione al Sè neonatale — con la condizione della propria creatura neonata. Nella osservazione clinica condotta in collaborazione con Miraglia ho potuto anche rilevare che nel momento del parto nella co-scienza della madre si mobilizzano le due angosce psicotiche di base: l’angoscia paranoide e l’angoscia depressiva.

Nella prima fase del parto, quando il periodo dilatante viene visato dalla madre come qualcosa da cui si stenta aggredita e che subisce passivamente la madre vive soprattutto ansie relative alla integrità del Sè e si fantasia in pericolo di essere distrutta da parte della propria creatura. Nella seconda fase del parto invece, quando nel periodo espulsivo la madre si pone in modo aggressivo come quella che deve attivamente spingere il proprio bambino fuori di sè, il carattere attivo-aggressivo, che un tale atteggiamento implica, mobilità nella madre intese ansie relative alla possibilità di far del male e di distruggere la propria creatura. Nel periodo dilatante la madre si preoccupa cioè della propria integrità come se percepisse nei dolori del parto una minaccia vera e propria al sè, mentre nel periodo espulsivo i dolori del parto vengono vissuti nell’animazione di fantasie deterioranti nei riguardi del proprio bambino come oggetto d’amore.

Come vedete il nostro discorso sembra andare fuori tema. Avevamo cominciato a parlare dell’Io dello schizofrenico e ci troviamo invece a parlare della regressione della madre a Sè neonatale e della mobilizzazione della madre stessa delle angosce psicotiche di base nel momento del parto.

Per quanto tutto ciò possa apparire una divagazione, il filo conduttore che ci lega al nostro tema è ancora il tema dell’accontentamento. Ora ciò che ci preme di rilevare è il modo armonico di descrivere l’esperienza che non viene comunicata dagli schizofrenici e quindi l’Io stesso degli schizofrenici ci appaiono diversi a seconda che noi li assumiamo all’interno di un accontentamento o li assumiamo invece dall’esterno, come un qualcosa di dato, nei riguardi del quale ci sentiamo estranei. Così se oltre che come sede della conoscenza definiamo l’Io come la sede della comprensione e della comunicazione, e che ha luogo nella situazione relazionale paziente-terapeuta che a sua volta ha il suo paradigma originario nel rapporto bambino-madre, siamo portati alla possibilità di descrivere le operazioni dell’Io se non attraverso le modalità relazionali nelle quali l’Io stabilisce i rapporti con gli oggetti. E poiché tali rapporti dell’Io con gli oggetti acquistano il loro significato concreto in base agli investimenti istintivo-affettivi da cui sono sorretti, sorge il problema di stabilire se vi sia una costellazione affettiva di base che possa farci comprendere in termini relazionali le modalità operative dell’Io schizofrenico. Se la funzione dell’Io di mediatizzazione tra il mondo interno e il mondo esterno vengono decise e fondate dalle esperienze affettive originarie di conoscenza, comprensione, di comunicazione, intese in senso etimologico e concreto come vicende relative a un nascere insieme, a un prendere insieme, e a un donare insieme (minus come radice di communis, da cui deriva comunicazione), come vicende concrete che si realizzano nel rapporto bambino-madre, il problema dell’Io dello schizofrenico non sembra dissoziale da contenuti istintivo-affettivi che si generano in occasione del mancato nascere insieme, del mancato prendere insieme e del mancato donare insieme nei quali essenzialmente si traduce ciò che siamo abituati a chiamare frustrazione infantile precoce. Per descrivere gli effetti della frustrazione infantile precoce Racamier ha parlato di personalizzazione, che può rendere molto bene, sul piano genetico, il disastro originario che sarebbe da sfondo alla destrutturazione schizofrenica. Ora è ormai accettato dalla maggior parte degli studiosi il far risalire la destrutturazione schizofrenica alla eccedenza di angosce distruttive
determinate dalla frustrazione. Ma d’altra parte non possono essere in 
adun modo sottovalutate le funzioni della aggressività stessa nella 
formazione dell’Io, in quanto l’aggressività mette in moto funzioni anti-
nettiche all’accomunamento: funzione cioè di separazione dall’altro co-
me momento altrettanto essenziale della costituzione del Sé di quanto 
lo è l’acomunamento. A questo proposito vorrei di nuovo fare una di-
vagazione linguistica a proposito del termine comunicazione». Ho già 
accennato la etimologia di communis da manus. Per i glottologi l’et-
imologia di communis risale a due radici moeia e muun, dalle quali deri-
verebbero moeia e muun, per cui oltre che il simbolo dello stesso 
dono la parola communis integrerebbe il simbolo delle stesse mura, al 
quale si collegerebbe la dimensione sociologica della parola stessa.

Quindi se da una parte la comunicazione come funzione dell’Io si 
colla per l’uomo al tema dell’accomunamento e del dono nel rap-
porto madre-bambino dall’altra la suggestione linguistica, con il sim-
bolo delle mura, ci porta al tema della separazione, a sua volta colle-
gato ai movimenti aggressivi originari nel rapporto con il mondo. Se 
ell’accostamento originario madre-bambino è implicita una vicenda di 
dono reciproco e quindi di scambio, un tale scambio non sembra con-
cepibile che nel momento in cui i partners dello scambio si costitui-
scono come separati.

La suggestione linguistica delle mura come simbolo che si integra 
nel comunicazione ci porta quindi al problema dei confini dell’Io nel 
senso di Federn.

Proprio in quanto rappresenta una funzione di mediazione, l’Io si 
trava quindi a mediare una coincidenza di oppositi, nell’antitesi diale-
tica di cui parlava Benedetti nella magnifica lezione di ieri.

La necessità per l’Io umano di continuamente integrare situazioni 
antitetiche sembra in definitiva il risultato di un suo essere fondato 
sulle antinomie intistivo-affettive di base.

Nel tentativo di dare una sistemazione teoretica a tali antinomie, 
ho cercato di ricavarle partendo dalle evidenze interne che il soggetto 
esperisce nell’ambito del rapporto oggettuale di amore e di odio (1). 
Ho cercato cioè di definire il rapporto d’amore e il rapporto di odio 
come reciprocità simmetrica e come reciprocità antitetica. Ognuno di 
noi può constatare che allorché siamo in un rapporto d’amore le vicen-
de dell’oggetto si trascrivono in noi in modo simmetrico alle nostre. 
È anzi da tale reciprocità simmetrica che noi possiamo prendere co-
scienza del nostro rapporto come rapporto d’amore. Mentre è per il 
fatto di accorgerci che viviamo la vicenda dell’altro in una reciprocità 
antitetica che possiamo accorgerci che stiamo vivendo un rapporto di 
odio.

Per sviluppare ora tali evidenze della nostra vita affettiva in riferi-
mento al problema dell’Io nello schizofrenico vorrei riferirmi al 
concetto di intenzionalità enunciato da Brentano come prerogativa 
della coscienza, in quanto « la coscienza è sempre coscienza di qualche 
cosa ». È noto che il concetto di intenzionalità è passato nella fenome-
nologia husserliana dove ha trovato il suo sviluppo più completo. Hus-
serl stesso negli inediti ha esteso il concetto di intenzionalità al domi-
nio affettivo e parla di intenzionalità affettiva e di intenzionalità insti-
tiva. La formazione filosofica per cui il cogito può essere concepito 
sole come in rapporto ad un cogitatum si incontra così nell’ambito 
della intenzionalità affettiva, con l’enunciato freudiano della libido che 
investe gli oggetti: enunciato condotto alla sua radicalizzazione estrema 
dalla scuola kléiniana per cui l’esperienza instistivo-affettiva si dà 
dall’inizio come rapporto oggettuale, sotto forma di originari rapporti 
dell’Io con oggetti fantasmatici.

Nella prolusione al Congresso di Barcellona del ‘62 Pasche ha fatto 
riferimento alla celebre formula di Brentano « la coscienza è sempre 
coscienza di qualche cosa » considerandola come versione astratta e 
generalizzata del postulato fondamentale della natura umana per cui 
« l’amore (o l’odio) è sempre amore (o odio) di qualcuno ». Pasche 
riente che la « intenzionalità affettiva precede l’intenzionalità in gene-
rale che questa sia fondata da quella. Per Pasche tutta l’opera di Freud 
sarebbe la esplorazione esaustiva del postulato sopra riferito. Par-
tendo dunque dalla celebre formula per cui la coscienza è sempre co-
scienza di qualche cosa e collegandola con l’altra per cui l’Io in senso 
psicoanalitico è l’istanza attraverso la quale la vita affettiva passa per 
collargli ai suoi oggetti, come cogitata della intenzionalità affettiva, 
siamo portati a vedere nella intenzionalità affettiva negativa espressa 
come rapporto di reciprocità antitetica tra soggetto e oggetto l’origine 
de la crisi della intenzionalità stessa e quindi l’origine della crisi del-
l’Io.

Se il nostro Io è essenzialmente, come la coscienza per Brentano, 
un fenomeno relazionale — (Freud definisce l’Io come un precipitato 
di oggetti) —, nel momento in cui l’Io è portato dalla intenzionalità
affettiva a vivere i problemi della ambivalenza verso gli oggetti noi troviamo che in seno all'Io stesso e quindi all'interno dell'intenzionalità si viene creando una situazione drammatica. Una tale drammaticità può essere collegata alle angosce psicotiche di base nella misura in cui nel vivere tali angosce l'Io si trova a vivere come minacciato la sua necessità relazionale sotto forma di minaccia per uno dei due termini del rapporto: per il Sè nell'angoscia persecutoria e per l'oggetto d'amore nell'angoscia depressiva. In altri termini l'Io può esistere solo come intenzionalità rivolta ad un oggetto, nel momento in cui l'oggetto intenzionato si pone come persecutore, (cioè distruttore del Sè) l'Io sarà indotto dalla intenzionalità affettiva originaria a negare l'oggetto intenzionato; indotto cioè a negarsi come intenzionalità. O ancora: l'Io può esistere solo come intenzionalità rivolta verso un oggetto, nel momento in cui l'oggetto si costituisce come oggetto d'amore minacciato dal Sè cattivo, l'Io può essere indotto a distruggere il Sè cattivo (nasca del Super-Io, sentimento di colpa) ponendo di nuovo in crisi l'intenzionalità come rapporto tra il Sè intenzionale e l'oggetto d'amore intenzionato.

In tale situazione, i meccanismi di difesa che l'Io adopera per fronteggiare le angosce psicotiche, che vanno dai meccanismi di negazione ai meccanismi di splitting, per non parlare del rinforzo dei meccanismi di identificazione introiettiva o proiettiva, operanti su rappresentazioni fantasmatichie di oggetti o del sè, possono farci comprendere molti degli aspetti della esperienza schizofrenica.

In modo particolare la crisi della intenzionalità portata nell'Io dello schizofrenico dalla irruzione nel mondo dello schizofrenico delle originarie presenze persecutorie, dopo un primo periodo di produttività delirante nella quale il soggetto cerca di controllare animandole in modo esasperato, non potrà che tradursi in un deterioramento del l'Io stesso, determinato dal fatto che ciò che viene intenzionato al limite deve essere anche negato. Al limite cioè se il fatto stesso di rappresentarsi il mondo significa presentificare il proprio essere distrutti dal mondo, la soluzione può consistere nel negare le stesse facoltà che presiedono alla rappresentazione del mondo: situazione che può condurre all'improverimento di tipo demenziale dello schizofrenico come forma di legittima difesa.

Chiarita questa situazione generale di crisi della intenzionalità in rapporto all'universo distruttivo al quale lo schizofrenico si trova esposto in relazione a ciò che siamo soliti chiamare frustrazione infantile precoce, vorrei ora orientare l'indagine verso un aspetto del tutto par
ticolare che assume il problema dell'invidia nello schizofrenico, soprattutto in rapporto alla reazione terapeutica negativa. Poiché abbiamo ricondotto i fondamenti dell'Io alle situazioni affettive di base e ai rapporti di amore e di odio che si instaurano nel primitivo rapporto del bambino con la madre, sorge ora il problema se sia possibile individuare una situazione affettiva particolare che possa essere considerata come specificamente implicata nel vissuto profondo dello schizofrenico.

A tale proposito ritengo anche che l'approfondimento dei contenuti inconsci della situazione invidiosa, attuato dalla Klein, possa essere un contributo prezioso che può essere utilmente impiegato per la chiarificazione di alcuni aspetti sconcertanti della psicoterapia della schizofrenia.

Per la Klein l'invidia è un sentimento che insorge in un rapporto duale e trova la sua origine nelle primitive fantasie del bambino rivolte verso il seno. Mentre la gelosia si sviluppa in un rapporto a tre nel quale esiste un rivale che minaccia il nostro rapporto con l'oggetto amato, l'invidia farebbe oggetto di attacchi aggressivi l'oggetto d'amore stesso. La gelosia sembra cioè in qualche modo un sentimento che si sviluppa nell'ambito dei processi affettivi che tendono alla conservazione del proprio oggetto d'amore. L'attacco invidioso invece tende a deteriorare l'oggetto d'amore stesso.

Per la Klein dunque il primo oggetto ad essere invidiato è il seno della madre: il seno non come entità fisica, naturalmente, ma come entità fantasmatica. Un enunciato di questo genere può essere difficile da cogliere nella nostra esperienza soggettiva.

La prima volta che mi sono trovato di fronte al problema della invidia, pur riconoscendola come uno stato affettivo comune mi era difficile rappresentarmi l'invidia del seno. Proprio in quanto il seno si costituisce come la fonte di ogni soddisfazione, riesce difficile accettare l'affermazione kleiniana secondo la quale il primo oggetto invidiato è la madre, o meglio la madre come oggetto parziale, (il seno della madre). Per questo, oltre che servirai eventualmente di alcune situazioni cliniche, che appaiono soprattutto nel transsformativo, in materia di sogni, vorrei riferirmi a un brano letterario che voi tutti conoscete, cioè il miracolo di Fra' Galdino descritto dal ManzonI ne I Promessi Sposi. Ne I Promessi Sposi Fra' Galdino racconta ad Agnesi Lucia, presso cui era andato per la questua delle noci, che in tempi antichi c'era un contadino che stava abbraccianto un noce, perché non dava più frutti. In quel momento passa Padre Macario che dice:
telo e vedrete che farà tante noci ». Il padrone accetta il consiglio del
frate e promette che nel caso che la previsione si avveri metà del rac
colto di noci sarà per il Convento. E il miracolo avvenne. Con il nuovo
anno il noce era carico di noci « a bizzarze ». Ma nel frattempo il vec
cchio padrone era morto. E quando i frati si presentarono dopo la rac
colta delle noci, per avere la metà pattuita, il Manzonii racconta che il
figlio tralì le promesse del padre e rifiutò le noci al convento. Avven
ze poi che, durante una festa, il figlio che era diventato proprietario
delle noci, voleva portare i suoi amici a vedere l'enorme mucchio di
noci che la pianta miracolata da Padre Macario aveva prodotto, ma con
suoi stupore scopri che le noci erano diventate un mucchio di foglie sec
cche. Vorrei adoperare questa vicenda del miraco le delle noci per illu
strare ciò che la Klein descrive come attacco-invidioso nel vissuto fan
tasmatico nel primitivo rapporto bambino-madre. E noto che la frutta
è un simbolo classico del seno materno. Le noci sono però un frutto un
po’ particolare. La noce non è come la mela, che può essere mangiata
direttamente, può essere sbocconcellata anche con la buccia: le noci
hanno un involucro legnoso che suggerisce l’immagine di una specie
de seno che si nega nel momento stesso in cui si dà. Dalla favola rica
viamo inoltre il simbolo della pianta sterile che non dà più frutti e
della pianta che è abbondantissima di frutti, ma il cui padrone vuole
tenere tutti i frutti per sé. La chiarificazione del tema dell’invidia può
essere desunta da questo apolofo se si considera che i frati stanno qui
al posto del bambino. I frati che vivono di questua si trovano in una
particolare dipendenza dai benefattori come il bambino dalla madre.
Essi cioè non hanno una possibilità di vivere da soli, e devono vivere
d’elemosina, allo stesso modo in cui il bambino non avendo una sua
autonomia può vivere solo nella dipendenza della madre. Ora il mira
colo delle noci, nel suo momento negativo, quando le noci si trasfor
mano in foglie secche rappresenta l’attacco-invidioso dei frati delusi
nella loro aspettativa di ricevere le noci. Questa trasformazione delle
noci in foglie secche può essere cioè paradigmatica per descrivere l’at
tacco invidioso del bambino al seno nel momento in cui la sua aspettativa è delusa. In altri termini quando il bambino non ha il buon
latte, fantastica che il buon latte è nel granato di una madre maschino
ed egista che lo tiene tutto per sé. Nel momento della frustrazione
acuta, la soddisfazione del bambino di prendere il latte, viene proiet
tata e divenire la soddisfazione della madre, da cui il bambino si sente
escluso. Di qui l’attacco invidioso e deteriorante verso il seno. Come
documentazione di una fantasia del genere, vorrei citare un sogno di un
paziente neurotico con nuclei psicotici che aveva tra l’altro fenomeni di impotenza. Si tratta di un sogno in cui la rappresentazione del
seno che nutre se stesso invece di nutrire il bambino, è particolarmente
evidente. Il paziente racconta un sogno in cui ci sono due gemelle: una
molto bella, una molto brutta. Egli va verso la gemella bella per
avere un rapporto sessuale, ma il rapporto sessuale non può aver luogo
in quanto la gemella bella prende il proprio seno, se lo porta alla boc
ca e lo succhia lei stessa.

È noto che nei sogni i gemelli rappresentano molto spesso i seni:
la gemella brutta e la gemella bella rappresentano in questo caso, il
seno cattivo e il seno buono. Questa precisazione è di una importanza
particolare perché mostra come l’attacco invidioso non è rivolto verso
la gemella bella, ma viene rivolto verso la gemella bella. Il paziente
era infatti impotente con le donne belle mentre era potente con le
donne brutte. L’attacco invidioso, come attacco sadico deteriorante,
come è anche indicato nella parabola di fra’ Baldino relativa alla tra
formazione delle noci in foglie secche si rivolge, verso un seno partico
larmente ricco di latte che non si dà. Per questo la situazione diventa
veramente drammatica in quanto l’attacco invidioso tende a deteriora
tre non più l’oggetto persecutore ma l’oggetto d’amore, cioè la fonte
della soddisfazione. L’invidia dunque deteriora l’oggetto che è costi
tutivo dell’Io stesso in quanto fonte di soddisfazione. Dal momento in
cui si attua un attacco invidioso, la possibilità di costituzione dell’Io
viene quindi messa in crisi in quanto viene deteriorato l’oggetto di
identificazione. Con tale attacco viene inoltre a mancare la possibilità
di distinguere il seno buono dal seno cattivo, perché il seno buono at
traverso l’attacco invidioso viene trasformato in cattivo. Poiché per
questa situazione il successivo progetto di identificazione introiettiva
conduce in fantasia al mettere dentro di sè delle parti del seno buono
deteriorate, il processo di identificazione stesso viene ostacolato.
La prevalenza interna di oggetti cattivi tende allora a produrre necessità
difesa, attraverso l’esasperazione del processo di splitting e l’esas
perazione del processo di identificazione proiettiva attraverso un met
tere le parti cattive di sè nell’altro che viene vissuto come il ricettacolo
delle parti invidiose del sè. Di qui una situazione di deterioramento
sempre più grave delle possibilità di intrattenere rapporti gratificanti
con l’oggetto d’amore per cui il rapporto di base tende a configurarsi
come rapporto con un oggetto persecutorio che deve essere control-
lato attraverso processi di splitting, di identificazione proiettiva, di negazione, di idealizzazione e di controllo sadico onnipotente. Questi meccanismi che la Klein ha descritto nella posizione schizoparanoide, costituiscono in realtà le modalità difensive dell'Io dello schizofrenico paranoide che, in parte, possono essere sovrapposti ai meccanismi di difesa che il Prof. Benedetti vi ha così brillantemente illustrato nella lezione del pomeriggio.

Ciò che però mi preme di portare nell'evidenza clinica è il problema dell'invidia, cercando soprattutto di coglierlo nella dinamica del transfert. La Klein ha particolarmente messo in rilievo il problema dell'attività ponendolo in rapporto con la situazione di reazione terapeutica negativa. Ciò è particolarmente significativo, anche se la Klein esamina un materiale clinico che si riferisce a dei nevrotici con dei gravi tratti paranoidi, anziché casi di schizofrenia paranoia.

Il ricordare il problema dell'invidia alla reazione terapeutica negativa in casi di nevrotici con tratti paranoidi mi pare decisamente significativo in quanto la sindrome schizofrenica potrebbe essere definita come reazione terapeutica negativa tout court, cioè la situazione terapeutica negativa per eccellenza. La impressione più abituale che lo schizofrenico suscita è quella di incomprensibilità e di non transitabilità del rapporto come se la definizione della schizofrenia come incomprensibilità significasse appunto una situazione tipica essenziale del l'Io dello schizofrenico. La psicoterapia moderna della schizofrenia ha smontato il mito dell'incomprensibilità, però è fuori di dubbio che tutta la psicoterapia della schizofrenia parte da questa situazione di base, così che non sembra possibile capire l'evoluzione della psicoterapia della schizofrenia se non partendo proprio dalla impressione fondamentale di incomprensibilità. La possibilità di dare un senso cioè viene dopo. Effettivamente non credo che sia utile per noi distaccarci troppo presto dalla situazione di partenza; da quella situazione di partenza per cui lo schizofrenico ci appare primitivamente come la incomprensibilità. E' stata proprio la constatazione di questa incomprensibilità, che si traduce nella impossibilità di conoscere, cioè nella impossibilità del nascere insieme, del prendere insieme o di comunicare, di avere un dono comune, è stata dunque l'incomprensibilità che, ponendo in crisi le nostre conoscenze intellettuallistiche ci ha riportato al significato profondo relazionale della conoscenza. E' stata proprio la nostra impressione di intransitabilità del rapporto che ha messo in crisi la nostra modalità di conoscenza intellettuallistica, e ci ha condotti a riscoprire in noi stessi su nuove basi i nostri fondamenti, i fonda-

menti del nostro Io, della nostra conoscenza, come un prendere insieme, come un dono reciproco, nella nostra esperienza cosiddetta normale rischiamo di occultare o di intellettualizzare.

Siamo stati cioè costretti a ritornare alle origini e poter riscoprire la conoscenza non come mero processo constatativo o intellettivo ma come processo di rapporto, come processo affettivo profondo.

Per cercare di cogliere nell'evidenza clinica il problema dell'invidia vorrei accennare molto di sfuggita a situazioni che considero tipiche, a proposito di due casi di schizofrenici. In un caso l'inizio della psicosi era avvenuto due anni prima del trattamento. C'erano stati ricoveri, cure di shock ecc. L'inizio della produttività delirante era avvenuto in una situazione tipica a cui ha accennato anche il prof. Benedetti nella lezione di ieri: la crisi di un rapporto di amicizia. Il rapporto di amicizia si era stabilito fin dalla preadolescenza attraverso modalità affettive che rivelavano in modo particolarmente intenso dei processi di identificazione proiettiva, ed era entrato in crisi nel momento in cui l'amico non aveva più accettato un ruolo di dipendenza. Il paziente descrive il rapporto pre-psicotico con l'amico come un rapporto in cui l'amico era il bambino e lui era grande. L'amico viene cioè descritto come un bambino pieno di ammirazione per lui e il poter fruire, nel rapporto affettivo, di ammirazione da parte dell'amico bambino per il Se grande era la condizione indispen-

sabile per il rapporto. Il rapporto era cioè completamente dominato dalla identificazione proiettiva nel senso che la immagine buona di sè, la immagine grande di sè che l'amico portava dentro di sè, era la condizione per poter vivere il rapporto in modo normale. Il fatto che l'inizio psicotico si è verificato nel momento in cui l'amico gli aveva detto che era sfufo di ammirarlo e che negli esami all'Università si proponeva di batterlo, si collega sia alla possibilità di mantenere le parti buone di sè nell'altro ammirante che ad un entrare dentro l'altro e controllarlo in modo sadico, in una dipendenza passiva. Il contenuto omosessuale di questa situazione è evidente. Per ciò che riguarda i meccanismi dell'Io dello schizofrenico ciò che risulta essen-

ziale è però l'utilizzo del meccanismo d'identificazione proiettiva per cui le parti buone di sè vengono messe nell'altro come ricettacolo delle parti buone di sè sia la implicita necessità di controllo sadico onnipotente, cioè di mantenere il ricettacolo delle parti buone al sè in una dipendenza passiva assoluta. Dal momento in cui l'amico passando ad un atteggiamento congenitivo, aveva detto che avrebbe battuto il paziente agli esami, tutto il rapporto si è rotto ed è emersa.
la situazione delirante. Da quel momento il processo di identificazione proiettiva relativo al mettere nell'amico le parti buone di sè e nello stesso tempo implicante la fantasia di controllarlo attraverso un procedimento sadico viene vissuto nella modalità alienata. Poiché era anche avvenuto in realtà che, con l'inizio dei suoi disturbi psicotici il paziente aveva avuto un insuccesso all'esame mentre l'amico aveva avuto un successo, tutta la situazione delirante si andò organizzando sulla persuasione che l'amico avesse carpitato al paziente (facendogli delle domande sulle modalità in cui egli studiava), il proprio modo di studiare e lui ne era privo.

Il processo di identificazione proiettiva, vissuto nella modalità alienata, si collegava inoltre ad allucinazione cenestesiche per le quali ogni volta che il paziente cercava di studiare avvertiva sensazioni intrusive di di dentro di sè, che lo paralizzavano. Sulla base di questo vissuto l'amico era ora fantastizzato come una onnipotenza persecutoria da cui si sentiva controllato. Le parti di sè primitivamente espulse ritornavano ora contro di lui, in una continua persecuzione intrusive. Oltre al tema persecutorio esistevano altre elaborazioni deliranti di tipo redentoristico per cui il paziente si identificava con Prometeo che aveva dato il fuoco agli uomini. Sentiva se stesso come portatore di un dono ma, nello stesso tempo, viveva questa sua posizione di offerta come una situazione che era intimamente collegata alla situazione persecutoria in quanto appunto Prometeo era stato punito per il suo dono. Su quanto Prometeo è punito per il dono, la identificazione del paziente con Prometeo si riferiva anche a fantasie di essere stato egli stesso l'oggetto di un attacco invidioso. Le fantasie di essere oggetto di attacchi insidiosi da parte dell'amico si collegava inoltre ad una sua identificazione con il senso invidiato.

Si pone qui il problema sorto da un intervento di ieri relativo ai rapporti tra contenuti depressivi e i contenuti paranoïds. Questo tema però ci porterebbe un po' troppo lontano. L'elemento redentoristico come elemento riparativo nasce di solito da un senso di colpa. Nel paziente la identificazione con Prometeo era sorta in rapporto al fatto che una volta che il paziente aveva portato a casa un trenta e lode il padre gli aveva detto: « Sì, va bene la scuola, ma dovresti pensare a un po' anche alla famiglia! » Da qui era sorto un senso di colpa nei riguardi del suo rapporto affettivo con la famiglia. Pensò di non aver mai fatto alcun bene per la famiglia. Da tale sentimento di colpa ebbe origine cioè la tendenza riparativa che sfocia in un periodo redentoristico. Una elaborazione di questo genere sembra appartenere alla tematica depressiva. Nella misura, però, in cui questa posizione redentoristica è sentita come punita dagli dei attraverso la identificazione con Prometeo, il nucleo depressivo tende ad evolvere di nuovo nella situazione paranoïd persecutoria.

Ritorneremo ora al problema dell'invidia, vorrei dire che questo caso si era presentato all'analisi sotto le prospettive migliori: fin dalla prima seduta c'era stato un rapporto di tipo particolarmente felice, un particolare agio nel mio incontro col malato e un particolare agio del malato nell'incontro col terapeuta. Partendo da queste pressioni di comunicazione iniziale così felice, avevo appunto posto una prospettiva positiva. Dopo un periodo di « luna di miele » il rapporto entrò però inaspettatamente in crisi. Il paziente venne da me improvvisamente scuro. Mentre per una quindicesima di sedute la verbalizzazione era stata ottima, con una possibilità di scambio sia di comunicazione del paziente che interpretativa da parte mia, il paziente inaspettatamente, e incomprensibilmente venne alla seduta in una situazione di rallentamento e con l'espressione di una certa minacciosità. Nella seduta precedente, il paziente mi aveva parlato del fatto che gli aveva telefonato l'amico e che questi gli aveva comunicato che il padre aveva avuto un infarto. La telefonata dell'amico, così come me l'aveva raccontata nella seduta, era stata vissuta positivamente. Il sapere che il padre dell'amico aveva avuto un infarto era stato per lui una specie di umanizzazione dell'amico. Il sapere di un dispacciare dell'amico glielo rendeva più umano. Collegandomi al problema accennato dal Prof. Benedetti nella lezione del mattino, come cioè una nuova integrazione possa dare origine ad una successiva disintegrazione, mi domandavo se, per caso, il problema dell'impoverimento di strutture fosse derivato dall'episodio di sofferenza dell'amico che mi aveva purtuttavia raccontato nella seduta come un episodio che gli aveva dato sollievo, cioè aveva diminuito la sua tensione persecutoria verso l'amico. D'altra parte è evidente che il fatto che il paziente si sentisse contento per il fatto che il padre dell'amico aveva avuto un infarto, implicava una tipica situazione del tipo di quella che abbiamo chiamato « reciprocità antidettica », per cui il male dell'altro era sentito come un bene per il sè. Fin qui, però, siamo ancora nella dimensione dell'oggetto persecutorio, quindi in qualche cosa che non è incomprensibile appunto perché è tipico dell'uomo quando vive un rapporto non dico di odio ma anche di rivalità, avere reazioni del genere. E' abbastanza facile capire come la rivalità possa far sentire l'insuccesso dell'altro come un successo proprio. Verso la fine della
seduta, però, il paziente mi comunicò che la vera ragione per cui era così rannuvolato. E la ragione era che lui era persuaso che io non fossi affatto contento che lui fosse stato così bene. Mi dichiarò cioè che aveva visto in me dei segni di delusione per il fatto che lui stesse bene. Ora questo fatto, non era riconducibile ad una mia evidenza, in quanto il paziente era uno di quei casi in cui il vedere che le cose marciano bene crea una situazione ottimistica. La situazione di incomprensibilità che il vissuto del paziente mi presentava, mi ha persuaso che, nella misura stessa in cui il paziente viveva una soddisfazione, nella misura stessa cioè in cui tendeva a ricostituire nel rapporto analitico il rapporto con l'oggetto d'amore, si riattivava in lui la vicenda di frustrazione subita nei riguardi del seno materno.

Il riattualizzarsi, nell'ambito del transfer, dell'aspetto negativo del rapporto con il seno, mobilitava l'attacco invidioso verso l'analista diventato ricettacolo del seno buono. Questo attacco invidioso, però, era subito stato vissuto in un ambito di colpevolezza e trattato con un processo di proiezione, per cui l'attacco invidioso da parte mia nei suoi riguardi era appunto il suo attacco invidioso scissa da sè, e messo — attraverso un processo di identificazione proiettiva — dentro di me. L'andamento del trattamento confermò questa impressione della misura in cui tutto il transfer fu essenzialmente sottolineato dalla sensazione che quando lui stava bene, diventava grande lo diventava piccolo, cioè diventava bambino. Tutto questo si traduceva in una concretizzazione percettiva dei miei caratteri, per cui effettivamente mi vedeva grande, in certi momenti piccolino. In tal modo tutta la vicenda dell'amico che si costituiva come rapporto possibile in quanto amico era bambino e il paziente era grande, si trasferì nella situazione transferale per cui il diventare lui grande faceva diventare me bambino. La vicenda dell'amico bambino che a un certo momento disse di volerla battere, si rinnovò nel transference come attacco invidioso da parte mia nei suoi riguardi. A tale attacco invidioso proiettato collegati la reazione terapeutica negativa che, nello schizofrenico, si può definire come normale. Sembra questa cioè la ragione per cui la psicoterapia dello schizofrenico può essere pagarossa ad una specie di tela di Penelope in cui continuamente si ha la sensazione di aver costruito e contemporaneamente ci si trova a dover ritornare daccapo.

La difficoltà maggiore che l'Io dello schizofrenico incontra nel cammino dell'integrazione sembra essere il riuscire a superare il processo di splitting (che si contrappone al processo di rimozione del nevrotico). Quando determinati contenuti cattivi del sè, collettati agli attacchi invidiosi, tendevano ad essere elaborati nell'ambito della colpa, la colpa stessa veniva scissa ed elaborata dal paziente in un modo persecutorio, per cui essenzialmente il processo di guarigione di questo caso mi è passato continuamente interferito dalla esperienza degli attacchi invidiosi che tendono a deteriorare l'oggetto buono e a rimettere in crisi la situazione costruttiva.

Il visso invidioso nello schizofrenico tende ad essere fronteggiato essenzialmente con meccanismi di splitting e di proiezione per cui l'analista stesso viene percepito come una istanza invidiosa che continuamente si oppone e deteriora i miglioramenti del proprio malato. Un'altra paziente in occasione di un peggioramento sopravvenuto dopo un periodo di benessere mi disse in modo ironico: "Volevo ben dire che mi lasciate stare bene?..".

L'esasperazione dei meccanismi di splitting e di proiezione porta no lo schizofrenico ad impoverire sempre di più il proprio Io che viene sciso simultaneamente all'oggetto interno che viene messo nel ricettacolo esterno, per cui il problema della debolezza dell'Io dello schizofrenico sarebbe secondario a questi meccanismi. L'intervento psicoterapeutico deve però tendere a far riconoscere questi continui processi di splitting e identificazione proiettiva che possono essere riconducibili alla deroga all'altro, descritto nel pomeriggio dal Prof. Benedetti. Può essere cioè necessario analizzare continuamente il processo di splitting come continua tendenza alla alienazione di parti di sè sia buone che cattive, che conduce a sua volta all'impoverimento dell'Io sia delle parti buone di sè che vengono messe nell'altro sotto forma di oggetto protettore idealizzato, che le parti cattive di sè che tendono a privare l'Io di quelle tendenze aggressive, che hanno la funzione nel determinare un senso di forza e di sicurezza.

Il processo psicoterapeutico che mira a far fronteggiare e risolvere le angosce primarie, nell'ambito della situazione drammatica di crisi dell'Io nel rapporto con i suoi oggetti in riferimento agli attacchi invidiosi dovrebbe quindi riconduci attivamente il paziente alla riaffrontazione di queste parti di sè che tende continuamente a scindere e a espellere. Un tale procedimento espone lo schizofrenico stesso a degli abbozzi di crisi depressive, che il paziente tende di nuovo a scindere e a mettere dentro il terapente (Segal). La continua e graduale ripetizione di processi di integrazione delle parti scisse del sè sembra cioè un passaggio obbligato per arrivare alla soluzione del problema dello schizofrenico.

(Applausi)
DISCUSSIONE

GABURRI:

Io desidererei chiedere al dr. Fornari una precisazione a proposito di quell'esempio che ci ha fatto dei due amici dei quali uno era schizofrenico; il rapporto tra questi due amici così come è stato descritto in quanta parte è condizionante e in quanta parte è condizionato dalla personalità del malato?

FORNARI:

Credo che questi incontri siano reciprocò, cioè c'è un certo fondo sadomasochistico che viene sublimato in queste amicizie. Ciò uno dei partner si costituisce come dipendente, l'altro partner si costituisce come dominante. Ognuno dei due riceve delle gratificazioni da una situazione del genere. È evidente, perciò, che nella misura in cui l'età, il superamento dell'adolescenza, cioè il periodo universitario, porta a delle nuove esigenze, cioè è l'inizio, praticamente, della conquista della donna, l'amicizia non riesce più a saturare queste esigenze affettive. E' abbastanza tipico che, senza che intervengano situazioni diaboliche, molte amicizie che erano iniziate nella nuova adolescenza e sono andate avanti poi sino al periodo universitario, perdano della loro importanza o almeno della loro esclusività, per cui un problema che si pose in questo caso non è tanto del rapporto in sé e per sé, ma delle modalità di tipo rigido in cui il soggetto la poteva vivere. Ciò il soggetto poteva vivere questo rapporto solo in quanto c'era, anche se era un rapporto affettuoso, era un rapporto di dominazione, era un certo rapporto colonialie, diciamo così. Ciò possiamo dire che per quanto erotizzato, questo rapporto era fondato su una situazione di « mortua vita mea », cioè fondamentalmente su una situazione sadomasochistica, declinata prevalentemente nel rapporto anale di recezività; passività anale di attività anale, implicante il mettere dentro l'altro delle parti buone di sé, cioè che poi entra in crisi, evidentemente, nel momento in cui l'altro non accetta il ruolo tendenzialmente perverso, anche se sublimato. Ciò una amicizia ha un carattere autentico solo nella misura in cui esiste una reciprocità simmetrica, in cui sia l'uno che l'altro possano assumere alternativamente un ruolo dominante e dominato; cioè un ruolo di reciprocità simmetrica in cui ognuno possa esprimere totalmente la propria vicenda affettiva, essendo accettato dall'altro in questa duplice modalità della vicenda affettiva, questo scambio in cui il rapporto non sia una posizione rigida di dominazione da parte dell'uno e di dominazione da parte dell'altro.

GABURRI:

Io chiedevo proprio quel tipo di rapporto, esattamente quel tipo di rapporto. Se nella sua struttura, così come Lei l'ha descritta, è necessariamente condizionante quando esiste. Condizionante nell'evoluzione dissozivativa dell'io.

FORNARI:

Direi di no. Ciò è, come sempre, non è possibile ricondurre una struttura affettiva a qualche cosa di specifico. Cioeò è sempre un problema di quantità. Ciò una esperienza affettiva di questo genere credo che non sia nuova per nessuno di noi. Quindi dipende dalla rigidità e dalla intensità in cui una determinata struttura deve essere giocata per essere possibile al soggetto e la normativa deriverrebbe essenzialmente dalla mancanza di lucidità, dalla possibilità di abbandono da un meccanismo quando se ne presenta l'occasione nell'ambito del rapporto e da una diminuita intensità nel dispositivo del meccanismo stesso, soprattutto poi dalla intensità della partecipazione dei processi di identificazione proiettiva. Evidentemente se esiste un rapporto affettivo esiste sempre un mettere parte di noi negli altri altrimenti non credo sia possibile un rapporto affettivo. Però se il meccanismo di identificazione proiettiva è dominante, è prevalente non è compensato dal meccanismo di identificazione introiettiva che è appunto la possibilità di una evoluzione schizofrenica. Probabilmente anche se il meccanismo di identificazione introiettiva è esclusivo, Cioè direi che la normativa è in uno scambio tra questi due meccanismi in cui parti del sé vengono messe nel mondo e parte del mondo vengono messe in sé in un continuo e mutuo scambio, con possibilità di crisi, evidentemente, ma sempre con possibilità di riparazione.

NAVARRO:

Io volevo qualche delucidazione circa il concetto di intenzionalità, e precisamente sulla nascita di questa intenzionalità. Come si genera una intenzionalità?

FORNARI:

Lei parte del cognito, dell'evidenza del soggetto, dell'evidenza della coscienza? Cioè la fenomenologica è come fondazione rigorosa scientifica, no? Fondazione scientifica rigorosa e quindi, in qualche modo, ripercorrendo la strada di Cartesio del cogito ergo sum, cioè parte dell'evidenza del soggetto. Io posso dubitare di tutto, meno che nel soggetto che pensa e che sta pensando; solo che alla intenzionalità, che è un concetto enunciato da Brentano, porta il cogito in rapporto al cognitatum, cioè la coscienza è sempre coscienza di qualche cosa. Ma in quanto la coscienza è sempre coscienza di qualche cosa, nasce la intenzionalità come il fatto per cui si stabilisce che la coscienza è un fatto transizionale, direi tanto per intenderci; è un fatto che esce continuamente da sé perché il fenomeno della coscienza è l'unico fenomeno per definire il quale bisogna fare riferimento a qualche cosa d'altro. Cioè questo microforno non è microforno di qualche cosa d'altro, mentre la coscienza è sempre coscienza di qualche cosa d'altro e quindi il concetto di intenzionalità è questo continuo trascendersi della coscienza, del cogito nel cognitatum. Tutto questo sul piano direi psicologico è riconducibile all'investimento libidico degli oggetti.

NAVARRO:

Quindi nel caso dello schizofrenico dobbiamo presupporre che egli abbia la coscienza di essere incosciente, insomma?
Fornari:
Nello schizofrenico si può arrivare alla caduta dell'intenzionalità proprio perché l’oggetto intenzionato è un oggetto persecutorio che viene negato come tale. Ciò se il cogito esiste solo in quanto c’è un cogitatum, ma il cogitatum, cioè l’oggetto intenzionato, è l’oggetto nemico ed io — sulla base dell’intenzionalità istintiva, affettiva — tendo a distruggerlo, pongo necessariamente in crisi l’oggetto intenzionante in quanto l’intenzionalità affettiva lo porta a distruggere il cogitatum che gli è indispensabile per vivere il processo di coscienza.

Hautmann:
Vorrei rinforzare Fornari dello sforzo che ha fatto e del denaro che ha fatto a noi circa questo tentativo di comprensione dell’Io schizofrenico. Nell’ultima parte, cioè nel tentativo di interpretazione dei meccanismi del suo paziente, mi sono rimasto un po’ oscuri alcuni punti. Per es., quello della elaborazione nel senso della colpa dell’attacco invidiaio da parte dello schizofrenico e dello splitting e del mettere dentro all’altro le parti colpevoli di sé, le parti colpevoli invidiose. Questo punto lascia un po’ perplessi inquantoché sembrerebbe che s’introduce a questo punto un elemento depressivo come fenomeno più tardivo; laddove ci si aspetterebbe l’angoscia depressiva come fenomeno successivo più tardivo; invece qui si sembra addirittura un punto di partenza.

Fornari:
Proprio nel lavoro della Klein che abbiamo visto ieri c’è questo problema per la Klein ammette dei nuclei depressivi più nell’ambito della situazione schizoparanoide, solo che non possono essere elaborati in un ambito depressivo. Ciò, il momento in cui l’invidia attacca l’oggetto buono, è in una situazione per cui, in quanto l’oggetto buono contiene anche parti del sé, viene coinvolto un rischio di sofferenza per se stesso. Solo che questa sofferenza nel percepire se stesso come quello che distrugge il proprio oggetto d’amore è intollerabile per lo schizofrenico e allora viene trattato in modo paranoide. E la Klein insiste molto in « Invidia e Giudizio » sulla tendenza, quando i sentimenti di colpa si mobilizzano precoceamente nel l’ambito della posizione schizoparanoide, ad essere vissuti persecutoriamente.

Questo è molto evidente. Ricordo un’altra schizofrenica che aveva appunto delle modalità di colpa evidenti; queste modalità di colpa non erano mai vissute come un sentirsi lei stessa colpevole, cioè lei non sapeva niente che se mangiava succedeva che era crollata una casa, stava sul giornale che era crollata una casa; attribuiva il crollo di una casa a un poveretto che era vittima giù dal tetto o non venuta più dal tetto, era rimasta a letto. Però questa situazione di colpa nei riguardi della distruzione della casa come madre era subito proiettata per cui in casa, o al di fuori nel tram, tutti la guardavano accusando; tutti ciò pensavano che lei fosse la responsabile della distruzione della casa vivendo ormai questa colpa come una tensione persecutoria; ed in quanto percepita come tensione persecutoria, si rinforza la situazione sadica verso l’oggetto persecutore: in definitiva è qualche cosa che diventa sensibile nell’evidenza clinica anche nel sadismo del super-Io.

Basaglia:
Cioè quando c’è una situazione di sadismo del super-Io, benché nell’ossessivo ci sia una certa erotizzazione del rapporto col super-Io sadico, è fuori di dubbio che nell’ambito di questo rapporto perverso, di questo rapporto morale perverso che c’è nell’ossessivo, è implicito un elemento persecutorio, per cui il super-Io viene evocato come sadico, ma continuamente attaccato come persecutore. Da qui questa continua vicenda di ribellione-sottomissione, sottomissione-ribellione; perché — in definitiva — il super-Io sadico, nella misura in cui il sadismo, come erotizzazione di un rapporto aggressivo, implica alla sua radice un’ansia di tentativo di scoprire, un’ansia persecutoria, mobilita continuamente il rapporto persecutorio e quindi sempre nuovi attacchi, nuove erotizzazioni, poi di nuovo situazioni persecutorie, nuovi attacchi ecc. Qualche cosa che, in fondo, può essere riscontrato anche nella dinamica dell’alchimia, come erotizzazione e in parte sublimazione di un rapporto sadomaschistico nel caso che ho citato. Entro certi limiti c’è una certa possibilità di impiegare il rapporto perverso per negare delle angosce psicotiche. Questa è ormai una concezione abbastanza accettata anche nella teoria della perversione freudiana: lo stesso Freud, nel « Feticismo », parla di Spaltung e di negazione, cioè di meccanismi diversi dal meccanismo di rimozione; Freud avvicina prima, poi la Klein e ampliarono la concezione di come la perversione tenda a coprire una realtà, e in parte — in realtà — espriamo una realtà psicotica.

Fornari:
Non so, non ho mai riflettuto su questo. Rispondo estemporaneamente e quindi può darsi che non abbia molto senso, ma ciò che io ho associato all’inconvenire è che l’inconvenire presuppone un conoscere. Ciò Io non posso inconvenire qualche cosa se non ho un’idea di qualche cosa. Ciò il primo inconvenire, parliamo di inconvenire in quanto visto dall’esterno, non mi sembra suscettibile di essere visto come inconvenire. In altri termini, per me il problema dell’inconvenire lo troverei più nell’innumoramento, incontrare l’anima gemella diciamo così, nell’innumoramento, in cui la sensazione è piuttosto quella del ritrovamento di una cosa che si era già conosciuto, e lo era smarrito; ciò — di fatto — è il ritorno all’esperienza d’amore originaria. Non so se ho capito la domanda, però.

Basaglia:
Dico una brutta parola, ma insomma sarebbe secondo l’inconvenire? Ciò presuppone il conoscere che è una situazione primaria?

Fornari:
Esatto, andare incontro a qualche cosa. Mentre il conoscere, come un
nasce insieme, è qualche cosa che implica una simultaneità nel rapporto, che non implica un movimento verso qualche cosa.

MONTEFOSCHI

Volevo chiedere al professore: questo meccanismo di alienazione da sé dei propri vissuti interiori è un meccanismo tipico anche della nevrosi, in quanto i propri vissuti vengono ad un certo punto oggettivati; il sintomo stesso viene vissuto come qualche cosa di oggettivo, non viene accettato dal soggetto, e questo qui determina appunto questa autonomia, ad un certo punto, di questi vissuti che interferiscono con l’Io. Ora volevo sapere la differenza con lo schizofrenico, cioè è solo una questione di maggiore quantità di vissuti alienati da sé, è in rapporto a una maggiore intensità invece di negazione del primo oggetto d’amore, cioè dell’amore? Io ho una paziente, che non è una schizofrenica, in cui questo punto emerge della problematica dell’invidia, e quindi ad un certo punto della negazione dell’aggressività contro la madre è molto forte; tipico è il sogno che la fatica di torta, cioè l’appartenere a lei, a un certo punto se la mangia la madre perché appartiene alla madre. Però non è una schizofrenica, pur avendo una problematica molto grave e una nevrosi molto grossa. Ora direi qui è questa differenza, è questa maggiore debolezza dell’Io dovuta a questa maggiore quantità di contenuto alienabile da sé? E’ un fatto quantitativo, è un fatto di intensità?

FORNARI:

Sopportatissima di esclusività, di dominarsi. Ciò è concettuale, non è definito come “un meccanismo normale”. E’ definibile come plasticità, è definito come elasticità, è definito come un darsi a un meccanismo di difesa, poterlo abbandonare, adottare un altro. Ora è innegabile che in ogni nevrotico ad un certo momento emergono delle reazioni negative, emergono delle formalneologie invidiose. Però il nevrotico ha una disposizione molti altri meccanismi di difesa. Non solo, ma nel nevrotico l’incontro del mondo invidioso determina abitualmente depressione: cioè il riconoscimento che le parti invidiose del se deteriorano proprio l’oggetto d’amore espone il nevrotico ad una crisi depressiva, crisi depressiva che è destinata proprio a risolvere questo problema del deterioramento del proprio oggetto d’amore attraverso propri attacchi invidiosi; nello schizofrenico questo avviene nella misura in cui lo schizofrenico è esposto a percepire se stesso come quello che distrugge l’oggetto d’amore attraverso i propri attacchi invidiosi; tende a far uso del processo di splitting come processo dominante e questo è un punto che credo molto importante perché si parla molto spesso della situazione di rimozione, di non rimozione nello schizofrenico. Lo schizofrenico non riesce a far uso del processo di rimozione: far uso del processo di splitting per cui la situazione è completamente diversa che in un nevrotico, ed è solo dopo che sono stati superati i processi di splitting, solo dopo che le parti cattive per sé tendono a suscitare minori angosci per persecutore, che l’individuo o può tenere al di dentro di sé e cominciare a smuovere. Per quello che riguarda la scissione in genere che il nevrotico fa nei riguardi del proprio sintomo, sono d’accordo che deve essere interpretato come un processo di alienazione, dal momento che deve ricapitare il se che ha alienato nel sintomo.

SELVINI:

Io adesso vorrei chiedere, Fornari, se Lei sarebbe contrario a poter reinterpretare questo caso, cioè se questo che ci ha raccontato non potrebbe anche essere reinterpretato in un altro modo: magari possiamo discutere un momento, pur tenendo validissima la interpretazione in termini Kleiniani. E reinterpretare questo caso in termini di rapporto all’oggetto considerato nella realtà dell’oggetto. Mi spiego: in questo caso io considererei l’oggetto il padre, la realtà dell’oggetto la realtà di quel padre, e partirei precisamente da quell’enigma che il Fornari ci ha detto: in una seduta il malato mi ha raccontato che tornando a casa con il trenta e lode il padre gli ha detto: “E’ una bellissima cosa, ma devi pensare alla famiglia!”. FORNARI:

Non ho capito.

SELVINI:

Partirei da quella frase che Lei ha riferito detta in seduta dal paziente. Ciò il padre, tornato a casa col trenta e lode ha detto: “Benissimo, ma devi pensare alla famiglia!”. E di qui è cominciata questa situazione patologica, o perlomeno è andata sviluppandosi. FORNARI:

Non era iniziata la situazione patologica. È un ricordo che riaffiora nel paziente, nel quale poi ha un senso di colpa elaborato sul piano redentorico, però persecutorio.

SELVINI:

Essa, soprattutto, ora quando dopo alcune sedute, 15-20 sedute cliniche, il paziente viene da Lei, rannuvolato in volto, e finalmente le rivelà: io sono così perché penso che Lei è scontento che le cose vadano bene, rinno la situazione del suo rapporto col padre. Il padre non era contento che le cose andassero bene. Quindi l’invidia è una esperienza, d’un’invidia rimossa del padre. Questo padre doveva avere un rapporto di assoluta, grandissima ambivalente aggressività con questo ragazzo, per cui — da un altro punto di vista — questa psicosi poteva essere una restituzione di queste esperienze, cioè esperienze di essere invidiato dal padre il quale era, forse, in un punto di rivalità con questo figlio. E, terzo episodio: il ragazzo ha un amico: vediamo bene che il suo problema è il problema del nana e del gigante. Lui è il nana, il padre è il gigante che non vuole lasciarlo crescere. Allora lui attiva l’amico in modo erotico, perché certo il rapporto col padre non può essere che erotico in questo senso, lo passivizza e lo rende omosessuale e lo domina. Quando crolla questo sistema? Quando l’amico dice: agli esami ti batterò? E allora abbiamo di nuovo la inversione della dialettica istigante lo pseudo-gigante; diventato pseudo-gigante nell’amicizia, ritorna nana perché l’amico lo batterà agli esami; per cui su questo altro verso, cioè il versante dell’interpretazione secondo cui il delirio della schizofrenia è la realtà vissuta del paziente, cioè è l’ingigantimento di ciò che il paziente realmente ha esperimentato nel suo rapporto familiare e vedendo quindi la schizofrenia come una situazione di teoria di apprendimento, egli ha appreso ad agire così ed a difendersi così, perché così si
difendeva contro il mio crescere mio padre. Vorrei sapere che cosa ne pensa Fornari.

Fornari:
Sono pienamente d’accordo nella impostazione generale dell’invidia del padre verso il figlio. Ritengo però che questo movimento, in quanto appartiene più alla situazione ternaria, appartenga più a una certa situazione di gelosia. Comunque è possibile che questo padre avesse invidia. Però per la crescita del bambino, credo che ogni bambino sperimenti qualche cosa del genere. Il problema è di stabilire in che misura il mondo interno e il mondo esterno partecipano all’impostazione dell’Io, cioè a quello che l’individuo diventa di fatto. Ora io ritengo che come psicoterapeuti sarebbe erroneo rifiutare quello che ha detto Lei, però quello che ritengo molto danno è adoperare un aspetto di realtà per negare un altro aspetto di realtà. Cioè, la soluzione del problema che Lei pone, appartiene a un filone della psicoterapia che tende a solidalizzare con il malato in quanto invidioso; io invidio perché sono stato invidiato. Questa è una conquista radicale della psicoterapia che ho portato ormai non più solo nel piano delle psicosi, ma anche sul piano delle neurosi, a responsabilizzare la realtà, quindi non solo il padre, ma il terapeuta stesso, perché quello che Lei dice si fonda su questa fantasia terapeutica: se il male dipende da me, padre cattivo, invidioso, al momento in cui io non sono più invidioso metto le cose a posto. Solo che, purtroppo, le cose non stanno così. Cioè, almeno nella mia esperienza. Questa formulazione è valida solo nella misura in cui non ne nega un’altra, per cui chi guidasse il paziente a credere in questa situazione, non gli farebbe un gran bel servizio, anche se arrivasse ad un relativo integrazione: però una integrazione che io lascerebbe sempre nell’incertezza che quando le cose vanno male è stato qualcun altro a farle andar male e quindi devono essere gli altri a metterle a posto, il che significa una situazione psicoterapeutica indefinita. Ora è vero che sono stati gli altri a farle andar male, ma questo non deve servire a negare che anche lui le fa andar male; appunto l’Io nasce in questa necessità di assunzione degli opposti e di riuscire ad integrarli. Direi che tutte le volte che in sede di consapevolezza si adopera una conoscenza per negarne un’altra ci troveremo di fronte ad una perversione della conoscenza. E’ un rapporto di odio epistemologico, ecco.

Selvini:
Perfettamente d’accordo: una cosa non deve servire a negarne un’altra, tanto è vero che ho detto «un’altra interpretazione», no? Su un altro piano, su un’altra visione. Quindi su questo sono perfettamente d’accordo. Quando poi invece al colpibizzare la realtà, a colpibizzare l’ambiente, io penserei che al paziente l’interpretazione è produttiva in questo senso: che lui è così dipendente dal padre, che ha dovuto usare tutti questi meccanismi per non rendersi conto dell’invidia del padre. E soltanto quando l’invidia del padre gli arriva alla coscienza, lui potrà poi fare un’altra evoluzione, comprendere il padre, perdonare il padre e non essere più dipendente dal padre. Ed allora, in tal caso, la fase della responsabilizzazione della realtà in psicoterapia si chiuderà, e comincerà la fase della autoconoscenza e della autonomia di non essere più dipendente.

Fornari:
D’accordo, ma il vivere il padre come invidioso è direttamente proporzionale alla propria invidia originaria. Cioè il padre è invidioso, però la intensità con cui percepiamo l’invidia del padre dipende dalla mia invidia. Quindi non si tratta di negare l’invidia del padre, si tratta però di non adoperare l’invidia del padre per negare la mia invidia.

Selvini:

Riboli:

Vorrei chiedere al prof. Fornari qualche delucidazione di ordine generale, forse importante per noi che viviamo negli ospedali psichiatrici, a contatto di centinaia di schizofrenici, in cui naturalmente non ci sfuggano le mutazioni spontanee del modo di essere schizofrenico, al di là non soltanto di ogni sforzo psicoterapeutico, ma anche in condizioni del tutto negative, deprimenti, come può essere ancora in alcuni ospedali psichiatrici. Tenendo presente questa considerazione generale, vorrei sapere appunto se questa sua sottile e molto brillante interpretazione della psicodinamica centratà sul valore dell’Io, nella proiezione di parti cattive di sé in chiave invitante, possa essere estesa come interpretazione nei processi schizofrenici generali, cioè di tutti gli schizofrenici, o debba avere valore per casi particolari; precisione meglio: cioè si debba ammettere un particolare tipo costituzionale di intelligenza, di affettività e di una dinamica tra sfera intellettiva e sfera affettiva legata a elementi costituzionali oppure questo può non aver valore. Cioè se il processo schizofrenico inizia lo si deve imputare a una particolare funzione di questi elementi dinamici esaminati così brillantemente da Lei, oppure si debba ammettere che esisteva una particolare condizione predisponente nelle strutture psicologiche? D’altro canto, tenendo presente che questo viene ammesso, e naturalmente io ho una esperienza di attacco della schizofrenia sempre su due fronti (lato biologico e lato psicoterapeutico) se cioè non si debba tener sempre conto, sempre ben presente, che anche la nostra azione psicoterapeutica abbia valore soltanto quando si determinino delle particolari condizioni di equilibrio biologico sul piano neurale, e se questo naturale equilibrio biologico oggi può essere favorito, col progresso della psicoterapia; naturalmente, secondo noi, nella nostra esperienza, noi vediamo che l’attacco migliore è sempre bivalente, bilaterale, al livello somatico e al livello psicoterapico.

Fornari:
Ha toccato vari problemi: l’uno, quello dell’attribuire guarigioni: tema già discusso. A questo proposito, implicherei anche un’altra risposta. Cioè realistamente esistono delle modalità diverse costituzionali o di reagire alle frustrazioni. Esistono delle modalità diverse di vivere il sadismo, cioè la vita pulsionale non è eguale in tutti. Ci sono bambini che accettano la frustrazione più facilmente di altri e quindi l’elemento costituzionale è un dato di fatto; ma il parlarle di elementi costituzionali non è la stessa cosa che parlare di equilibrio biologico delle pulsioni. Le pulsioni sono un’entità che tendono ad avere una storia diversa a seconda dell’incontro. In altri termini io non vorrei cadere nell’errore di adoperare un’evidenza per negarne un’altra. Cioè non vorrei adoperare l’evidenza biologica per negare l’evidenza psicologica. E quindi il problema è piuttosto di comprendere le modalità in cui
una determinata situazione biologica si traduce in una fenomenologia psichica. Dal momento in cui una fenomenologia biologica si traduce in una modalità psichica, cioè praticamente in un incontro, noi entriamo in una sfera specifica che è quella non solo della psicoterapia, ma anche della psichiatria in senso specifico, perché appunto la psichiatria ha un senso, ha una sua specificità, proprio in quanto è qualcosa di paradossalmente rispetto alle altre modalità di medicina. Ritengo che la psichiatria a sua volta può determinare una certa risonanza nell'ambito stesso somatico. Abbiamo visto nella lezione di Mueller, che c'è parlato di definizione della debolezza dell'io in epoca romantica; poi gli ho chiesto anche l'anno e mi ha detto che era in epoca pre-krueppeliana, cioè in epoca pre-krueppeliana sulla base di due intuizioni umane c'era già in mezzo quello che è il senso della psichiatria oggi. Krueppel dire che ha un po' oscurato questa evidenza e la ha oscurata nella misura in cui si è creata un successo della medicina, o si andava orientando un successo della medicina in una determinata direzione, e l'appassimente del concetto di costituzione degenerativa, soprattutto se trasportato nell'ambito del rapporto, ritengo che possa avere uno sbocco molto pericoloso. Sto pensando nientemeno che al razzismo, che non è senza significato che i Tedeschi siano stati grandi assertori del costituzionalismo e della costituzione degenerativa, e che anche i Tedeschi, ad un bel momento, si siano trovati, proprio attraverso una certa misurazione di certi valori biologici, come il metro per giudicare la realtà e governare addirittura il mondo. Il concetto della psicoterapia nel momento in cui inserisce un rapporto, entra di colpo in quelli che sono i valori culturali umani, come i valori della responsabilità, essenzialmente. Per cui, come dicevo prima, il terapeuta deve finire per responsabilizzarsi del male del malato. Ora questo sembra un paradossale, il medico lo ignora, però lo vive. Anche il medico somatico, quando c'è, po-tiamo, un exitus non dovuto a lui, se l'exitus avviene secondo scienza e coscienza, se lui ha operato secondo scienza e coscienza è difficile che non si senta coinvolto. Come se il fatto che l'altro muore mettesse in moto determinate fantasie inconscie in cui effettivamente l'io, a danno dell'altro, può essere un elemento di cattivo e distrutto. Ciò è la concezione della teoria moderna del controtrasferimento nasce da queste domande: perché curiamo gli ammalati. E si risponde: perché innecessiamente ci sentiamo colpevoli della loro malattia. Leip capisce che un discorso del genere è un discorso che coinvolge un sacco di problemi. Che cosa è la responsabilità, da cosa nasce, in che rapporti è con i sentimenti di colpa inconsci, in che modo questi sentimenti di colpa inconsci devono essere portati all'evidenza dell'Io e cosa l'Io ne deve fare; le deve buttare via? Se lì buttassimo via credo che la nostra vita diventerebbe senza senso. Quindi il problema psichiatrico, in modo particolare il problema psicanalitico, psicoterapeutico, è un problema il cui significato è ancora in evoluzione ma che certamente ha degli aspetti in un certo senso rivoluzionari. E noi stessi, in fondo, non stiamo ancora capaci di estrarre il vero significato della nostra posizione. Quando parlava di alcuni malati che guariscono; d'accordo. Ma anche quando facciamo la psicoterapia, so di non essere io a farla. Se il malato guarisce è perché bene o male il rapporto dà la possibilità al malato di adoperare una guarigione che ha in sé, una possibilità di guarigione che ha in sé. Quindi non c'è poi tanta differenza da una guarigione di tipo spontaneo e una guarigione di tipo psicoterapeutico nella sua essenza di processo riparativo. Posso dire che ci sono alcuni che hanno in sé a un determinato momento una possibilità riparativa da una certa esperienza, che io penso debba sempre avere un qualche significato non a caso. La psicoterapia è il tentativo più o meno riuscito di cercare di creare queste condizioni di integrazione, ma le condizioni di integrazione non vanno confuse con il processo riparativo, che non può evidentemente appartenere al processo curativo; l'antibiotico partecipa al processo di guarigione, ma senza le tendenze spontanee riparative dell'organismo non vedo a cosa serva, anzi ad un bel momento saltano fuori le intossicazioni da antibiotici. Questo per dire come il problema, il meccanismo della guarigione, il processo riparativo è qualche cosa che non va troppo unito al procedimento medico psicoterapeutico. (Applausi)

Relazione del dr. Norman Elrod sulla «Fenomenologia della guarigione in psicoterapia».

SIVELNI: Faccio i miei complimenti al dottor Elrod per questa bellissima lezione e chiedo solo un piccolo chiarimento: nel quarto punto (integrazione sociale) c'è un passo di Abraham, e non sono riuscita a capir bene; alla fine di ciò che Abraham dice, mi sembra che ci sia questa frase: Non stiamo facendo la reclame alla mediocrità dei rapporti fra gli uomini.

ELROD (trad. Codignola):

La frase è questa: «Dovremmo più di tutto evitare l'errore di stabilire una norma circola nel rapporto nel quale le svariate qualità psiciche dovrebbero essere combinate, in qualsiasi persona. Non è necessario dire che non stiamo propagandando l'ideale dell'aura mediocrità in ogni rapporto del l'umore col prossimo...»

SIVELNI: Ecco, benissimo. Volevo dire questo: che ho letto questo argomento in un articolo di Burton sul volume «Psychoterapy of the Psychoses» intitolato 'The Quest for the Golden Mean' bellissimo articolo, dove invece proprio viene sottolineato nella terapia dello schizofrenico questo, che io tradurrei in italiano «la ricerca dell'aura mediocrità» proprio perché in questo bisogno comune di assoluti che è dello schizofrenico, questo ricerca dell'aura mediocrità può essere anche questo un segno favorevole, un punto importante nella psicoterapia. Vorrei sentire l'opinione del dr. Elrod. È possibile tradurre?

ELROD (trad. Codignola):

Sta dividendo la risposta in due parti: sta dicendo, cioè, che nei casi di schizofrenia, dovrebbe essere importante che se il terapeuta ritiene che l'aura mediocrita sia realmente uno scopo della sua terapia col paziente, egli, il paziente, non dovrebbe sentirlo; non dovrebbe sentire in alcun modo quel che il terapeuta ha impostato con lui, perché altrimenti potrebbe
percepire questo scopo in modo compulsivo, solamente per potere compiacere il terapeuta.

La prima risposta era questa: che se anche il terapeuta pensa con lo schizofrenico che il raggiungimento dell’aurea mediocritas sia uno degli scopi della terapia, il paziente non dovrebbe mai sentire che il terapeuta pensa questo, altrimenti il paziente si sentirebbe costretto a ricercare questo stesso scopo che il terapeuta persegue, in modo compulsivo, per potere compiacere il terapeuta a farsi accettare da lui. Il dr. Elrod ha poi suggerito che questo richiama anche un problema generale della psicoterapia, e cioè al paziente non dovrebbero mai essere formulate, negli schizofrenici sempre questo, delle directive precise, perché il paziente ha una enorme difficoltà, almeno quando è molto regredito, nel perseguire degli scopi senza farlo in modo ossessivo, in modo compulsivo. Vorrebbe dare un es. di questo. E l’es. è questo: prima di diventare schizofrenico un suo paziente aveva una personalità caratteriale ossessivo-compulsiva; poi diventò schizofrenico e da schizofrenico fu assunto in psicoterapia che adesso è durata già per tre anni. Adesso divide la sua stanza con un altro paziente e la stanza è in un assoluto disordine: ci sono sigarette dappertutto, cenere, caciehie sbattute qua e là, sul letto ci sono delle scarpe; insomma lo stato di quella stanza è caotico. Se una infermiera o un medico arrivano nella stanza rimangono veramente toccati da questo quadro di disordine; lo stesso dr. Elrod ha studiato la situazione ed ha scoperto che ciò non significa che il paziente è diventato incapace di soppportare il disordine. E solamente un disordine compulsivo, cioè potrebbe essere diventato capace di sopportare il disordine, ma invece in realtà non è così; non è quindi un disordine genuino quello in cui il paziente vive, ma è un caos compulsivo, un caos ossessivo. Lo sforzo del paziente è diretto proprio a rendere la camera caotica. Questo paziente sta migliorando, però il suo problema è proprio questo: come riuscire a migliorare smettendo un atteggiamento compulsivo nel suo miglioramento.

PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

ENZO CODIGNOLA

Di solito si espone un caso clinico per che presenta particolari poco noti od aspetti rari, oppure per documentare con il successo ottenuto delle nuove tecniche di ricerca o di terapia. Il caso clinico di cui discuterò oggi, però, non presenta dettagli rari o sconosciuti nella sintomatologia, né può essere considerato un successo perché la psicoterapia è iniziata da un periodo talmente breve che non si può, a mio avviso, fondare delle previsioni circa il suo ultimo esito. Non sono quindi questi i motivi per i quali l’ho scelto. Ho invece pensato che alcuni aspetti dell’andamento del lavoro terapeutico con la paziente siano interessanti, poiché documentano in modo chiaro, talvolta paradigmatico, la natura dei problemi che l’inizio di un trattamento di psicosi può porre. Mi riferisco qui specialmente al problema del rapporto tra paziente e terapeuta, a quello dell’ingresso di quest’ultimo nel mondo del paziente e alla possibilità che il terapeuta, diventando poi la prima persona il cui significato sia diverso da quello di coloro che H. S. Sullivan chiama « adulti significativi », possa costituire, per il paziente, il ponte fra la realtà « interna » e quella « esterna ». Di conseguenza, sarà possibile porre in discussione anche le difficoltà che il terapeuta deve affrontare per poter accettare, ed anzi aiutare il paziente a sviluppare le sue proiezioni su di lui, senza tuttavia prendervi parte attiva negandone la validità « obiettiva » o, al contrario, mostrando di condividerle e identificandosi, quindi, con il paziente stesso.

Poiché ho parlato di questi problemi riferendomi al campo della psicoterapia delle psicosi, mi sento qui di fronte al compito di chiarire la diagnosi della paziente; gli ascoltatori, infatti, potrebbero attenersi la descrizione di una schizofrenia processuale. E’ bene quindi discutere preliminarmente il problema diagnostico, non tanto perché abbia importanza in sede di psicoterapia — come ho già detto, credo che i problemi terapeutici di questo caso siano analoghi a quelli di una
terapia di psicosi — quanto perché la storia clinica non è univocamente chiara sotto il profilo della diagnosi psichiatrica. Come vedremo più oltre, sono state date diverse definizioni diagnostiche della paziente, e le due principali sono state di psicosi ciclica l'una, e di sindrome schizofrenica l'altra. Occorre ricordare che queste due interpretazioni diverse degli episodi acuti di eccitamento, talvolta accompagnati da depressione, che la paziente presenta, sono state poste in periodi differenti di malattia. Più precisamente, in una fase precoce, quando la paziente aveva avuto tre episodi di scompimento, essi vennero interpretati come episodi depressivi i primi due, e maniacale il terzo. Il miglioramento clinico ottenuto con la terapia elettroconvul- sivante era appunto interpretato come una conferma a posteriori della diagnosi. Più tardi invece, quando la storia della « malattia » non risaliva più a tre-quattro, ma a dieci anni, si osservò che in realtà la paziente era praticamente sempre in stato di « eccitamento acuto », con i sintomi che più oltre discuteremo in modo dettagliato, tranne che nei pochi mesi successivi ad un ciclo di elettroshock. Inoltre si rilevarono segni clinici che prima non erano forse presenti, quali molte stereotipie, molti manierismi tra cui quello chiamato « parlar en bébé » e fu sospettata più volte la presenza di allucinazioni uditive. Questi caratteri di continuità e di gravità contribuiscono, insieme alla osservazione che nei periodi fra una « crisi » e l'altra lo stato della paziente non poteva considerarsi profondamente mutato, a fare modificare la diagnosi e a far considerare la paziente come una schizofrenica.

Non è mia intenzione approfondire qui ulteriormente il problema diagnostico. Ritengo sufficiente esporre solo un altro aspetto di esso: come vedremo, date l'obesità che la paziente presenta, fu più volte affacciato il dubbio di disturbi ormonali primari. Un'osservazione, correlata di tutti gli esami endocrinologici del caso, compiuta presso una clinica neuropsichiatrica universitaria con la collaborazione della clinica medica universitaria, esclude questa possibilità.

Ho voluto anticipare la discussione sulla diagnosi, che solitamente è posta alla fine dell'esposizione del caso, per chiarire in anticipo qualche dubbio che poteva insorgere nell'ascoltatore e per lasciare posto, in seguito, alla discussione di problemi più propriamente psicoterapeutici. Per poterli affrontare, ritengo ora che la strada migliore sia quella che ci conduce direttamente alla paziente, che ci lascia comprendere chi essa è e come si comporta. Vediamo dunque la sua storia clinica, poi il decorso di questi primi mesi di esperienza terapeu-
manifestò una ostilità sempre più violenta verso la madre, con scenate durante le quali, fra i singhiozzi, la incolpava di non permetterle una vita come quella delle sue coetanee, di non concederle alcuna libertà, di farle di ogni cosa una colpa, di essere la causa dei suoi disturbi.

In quest’epoca, e dunque al quindicesimo anno di età, fu consultato il primo della lunga serie di medici che in seguito dovevano occuparsi di Carla. Dalle mani di questo internista, la paziente passò poi a quelle di endocrinologi, cardiologi, fisiologi, psichiatri. La madre fu specialmente impressionata dal sospetto di diabete, affacciato da un endocrinologo riguardo all’obesità, di disturbi ormonali. A tutt’oggi essa sembra ritenere che il disturbo principale della figlia sia uno squilibrio ormonale, e che essa dovrebbe esser curata con innesti sottocutanee di ormoni femminili.

Dello stesso parere, tuttavia, non furono i medici ed i consulenti che si occuparono di Carla. Pur attribuendo, in parte, l’aumento del peso corporeo che incominciava ad essere evidente ad una componente disendocrinica — peraltro mai documentata — essi diedero un’importanza molto maggiore ai disturbi psichici della paziente. Essa fu dapprima considerata come una neurotica, ed alcuni tentativi di cura farmacologica fallirono. L’insonnia si dimostrò refrattaria a farmaci anche potenti; l’excitament dismioso aumentò e la paziente cominciò a piangere molto spesso e a dire che se le cose fossero andate ancora avanti così si sarebbe forse uccisa. A sedici anni fu ricoverata in una casa di cura per malattie mentali, e da allora i ricoveri, dei quali alcuni in una clinica neuropsichiatrica universitaria ed altri nella stessa casa di cura, si succedettero con il ritmo di uno o più all’anno (1952, 1954, 1955, due ricoveri), 1956, 1958, 1959, 1960, 1961 (due ricoveri). Ciascun ricovero durava da uno a tre mesi. Gli avvenimenti seguivano sempre la medesima sequenza: la paziente si mostrava eccitata, insonne, il suo discorso si faceva gradualmente così sconnesso e concitato da riuscire praticamente incomprensibile, comparivano manierismi e stereotipi verbali e mimiche (ho già ricordato il suo tipico “parler en bébé”). Vi erano numerose interpretazioni dell’identità della realtà, compariva un’aperta, violenta ed apparente immotivata aggressività verso la madre e verso altri familiari. La madre e lo zio, persona che si sente investita, nella sua duplice veste di clemente e di fratello del padre, di responsabilità paterna verso la paziente, la facevano ricoverare. In casa di cura o in clinica universitaria, come già abbiamo visto, i primi episodi vennero interpretati come fasi di una psicosi distimica; in seguito il giudizio pressoché unanime fu di
sindrome schizofrenica. Qualiasi fosse la diagnosi, talvolta veniva praticato un tentativo terapeutico con farmaci, che sempre falliva; ed ogni volta la paziente veniva trattata con elettroshock. Alla dimissione essa era più calma, serena e non presentava piùinsonnia. La durata di questo relativo benessere, peraltro spesso interrotta dalla ricomparsa di qualcuno dei suoi disturbi, era però al massimo di un certo numero di mesi. Poilostori si ripeteva. Ad un altro ricovero seguiva un nuovo ciclo di elettroshock, e poi la dimissione, e così via.

Nel momento in cui mi fu richiesto di vedere la paziente, essa era ricoverata in casa di cura e stava per essere sottoposta ad elettroshock. Il direttore intendeva impostare un tentativo terapeutico che non offrisse solo la speranza di far regredire temporaneamente i disturbi acuti, ma che si proponesse di affrontare in modo più radicale il problema che la malattia di Carla rappresentava. Io vidi la paziente due volte, prima che il trattamento elettroconvulsivante iniziasse. Dopo che fu terminato, ebbe un colloquio orientativo con la madre, che fu a tutt'oggi l'unico contatto fra me e lei, ed infine iniziò una psicoterapia con la frequenza di tre sedute settimanali. Queste sedute si svolgono presso la casa di cura, in una stanza che è stata riservata esclusivamente al mio lavoro terapeutico, e durano circa cinquanta minuti l'una. Dopo il secondo mese di terapia la paziente è stata trasferita nel reparto aperto, e dopo due mesi e mezzo è stata sospesa ogni somministrazione di farmaci. Non mi sono mai occupato direttamente di provvedimenti come i trasferimenti o le cure farmacologiche, incompensin che preferisco lasciare ai colleghi che dirigono la casa di cura.

Nel momento in cui scrivo queste note, Carla è al suo quarto mese di psicoterapia. Come ho già detto, non intendo quindi impostare un discorso sui « risultati » della terapia stessa, discorso evidentemente impossibile. Mi limiterò quindi ad una descrizione dei fenomeni accaduti durante la psicoterapia fino ad oggi. Farò precedere alla storia della psicoterapia un breve resoconto del mio unico incontro con la madre della paziente.

Parlai con la madre di Carla per un'ora circa. Le chiesi dapprima cosa pensasse di sua figlia, ed essa cominciò a parlarmi delle difficoltà che lei — la madre — incontrava con Carla quando quest'ultima si mostrava più ribelle e scontrosa. Mi chiese cosa pensassi del caso, ed io risposi a mia volta che mi era stato detto trattarsi di una paziente gravemente ammalata, i cui problemi avrebbero forse richiesto molto tempo per essere approfonditi. Da questo momento — era passato circa un quarto d'ora — alla fine del colloquio ascoltai la madre della paziente che, singhiozzando, si lamentava del proprio destino avverso e delle sventure che aveva avuto nella vita. Essa non parlò più della figlia, ma solo di sì, tra l'altro chiedendomi cosa poteva fare per trovare un modo qualsiasi di passare le sue giornate quando Carla non era a casa. Il colloquio terminò con l'accettazione, da parte della madre, della prospettiva di un soggiorno della paziente in casa di cura per la durata ritenuta necessaria da parte dei medici. Fu importante avere ottenuto che la madre venisse a parlare con me, mi dissi i colleghi. Essi aggiunsero che solitamente la signora veniva in clinica solo quando era sicura che non vi fossero medici, e che sfuggiva sistematicamente il loro incontro.

In modo diverso, però, si comportò Carla. Essa arrivò sempre puntualmente alle sedute, e si disse convinta di avere molto bisogno di parlare delle sue difficoltà con qualcuno. Fin dalle prime volte, la paziente mi espressero ripetutamente la sua « fiducia » in me e la sua convinzione che io poteva aiutarla a guarire e che ero persona di cui si poteva fidare. Le sembravo competente e comprensivo, essa mi disse, e mi chiese se pensavo che fosse ammalata, e come. La mia risposta fu che ritenevo possibile che avesse dei disturbi riguardanti i suoi sentimenti, e questa risposta trovò Carla molto pronta ad accettarla. Era proprio così, mi disse. Aveva un grande bisogno di affezionarsi a qualcuno, anzi il suo bisogno era esagerato, poiché la portava a pensare notte e giorno a persone cui « immaginava » di essersi affezionata. Questi erano i principali disturbi dei suoi sentimenti. Se, per esempio, frequentava per più di una volta un ragazzo, non poteva impedirsi di pensare continuamente a lui, pur desiderando allo stesso tempo di potersi « affezionare » a due o tre altri. Era come se fosse cresciuta con un grande, insoddisfatto bisogno di affetto, mi disse — poi improvvisamente aggiunse: « già, cerca di saziarlo in tutti i modi. Aha, forse è per questo che mangio tanto, cosa ne dice lei? » La mia risposta fu un altro « aha » esclamativo. Soggiunsi che trovavo convincente la sua ipotesi, e le invitai a parlarmi più ampiamente del suo bisogno di affetto.

Carla faceva risalire il suo bisogno di affetto alla storia della sua vita precedente, ed in particolare al rapporto fra lei e sua madre. Per potermi chiarire il suo pensiero, essa cominciò così a raccontarmi ciò che ricordava della sua esistenza.

I suoi primi ricordi risalivano a quando aveva quattro anni circa, e cioè subito dopo la morte del padre. La paziente affermava di ricor-
dare con chiarezza tutto quello che era accaduto dopo, e di non saper rievocare assolutamente nulla di ciò che era avvenuto prima di quel periodo. La prima cosa che disse fu che dopo la perdita del padre, sua madre aveva cominciato a volerla accanto a sè, nel suo letto. Da allora fino ad oggi; sua madre — mi disse Carla — le aveva sempre chiesto di dormire abbracciata con lei, senza mai staccarsi. Quando appunto la bambina aveva quattro anni, la madre si faceva anche accarezzare il seno da lei; Carla ricorda vivamente questo fatto, e giustifica la madre parlando di bisogni sessuali insoddisfatti dopo la morte del marito. In seguito non vi furono più manovre di questo tipo fra madre e figlia, disse la paziente; tuttavia la madre continuò sempre, come ho detto, ad esigere dalla figlia una notevole vicinanza fisica, specialmente durante il sonno.

Più che di questa intimità, che giudicava eccessiva, Carla tuttavia si lagnò con me delle pretese di sua madre di interferire in ogni cosa che la riguardasse. Fino dall’infanzia, la madre cercava di controllarla e di imporre la propria, spesso contraddittoria, volontà, anche nelle cose più banali e quotidiane. Essa pretendeva di essere l’unica compagna della figlia, e le impediva di avere delle amicizie e di uscire liberamente con altri bambini. Più tardi la metteva molto spesso in guardia, con discorsi che non erano mai diretti ma sempre allusivi, contro i pericoli del matrimonio e le delusioni della vita coniugale. Essa faceva questo citando continuamente alla figlia esempi di coppie infelici.

Del resto, aggiungeva la paziente, la madre non era solita affrontare un argomento in modo diretto ed inequivoco. Questo anzi rappresentava per Carla uno dei motivi di preoccupazione più grande: in effetti, la madre le tendeva continuamente delle trappole, le faceva spesso dei traneli, parlava alle sue spalle con parenti, amici e conoscenti e dava alla paziente la continua impressione di stare tramandando ai suoi danni. Ad esempio, ogni volta che Carla si ribellava alla madre ed incominciava a mostrarsi più stanza ed eccitata, iniziavano subito «segni» conciliabili alle sue spalle tra la madre, lo zio e la zia materna. Al termine di queste discussioni «segni», la paziente veniva portata in clinica, con i più svariati pretesti: una volta era un’innocente passeggiate nel corso della quale ci si imbatteva in due infermiere che trascinavano la paziente in casa di salute, un’altra volta si trattava di accompagnare in clinica, per una visita, una parente che si sentiva male — salvo poi a scoprire che si trattava di un piano architettagato per ricoverare Carla — e così via. La paziente non esitava ad attribuire a questo clima di continuo sospetto e diffidenza la causa principale dei suoi disturbi, e diceva che la sua malattia era dovuta all’«ambiente familiare». Sua madre la trattava come se fosse ancora una bambina, cercava di fare in modo che lei restasse bambina, e ciò era la causa delle sue sofferenze. Io chiesi, a questo punto, alla paziente che cosa, a suo avviso, sua madre volesse da lei. Ed essa rispose che negli ultimi anni aveva visto sua madre tranquilla solo quando lei passava tutta la giornata nel suo letto, oppure quando era in clinica. Ogni segno di attività, ogni iniziativa della paziente metteva la madre in allarme, ed il giro vizioso dei traneli e delle disparate razioni di Carla ricominciava subito.

In questa, che chiamo una prima fase della psicoterapia, durata circa un mese e mezzo, la paziente mi ripeteva molto spesso di avere una grande fiducia in me, di sentirsi finalmente padrona di raccontare la sua esistenza e di discutere i propri problemi senza timore di traneli, di credersi molto diverso da sua madre. Io non feci mai alcun commento a queste sue frasi. Le cose, tuttavia, cominciarono a cambiare in quella che chiamerei la seconda fase del trattamento, durata circa un mese.

Dopo il primo mese di terapia, infatti, la paziente cominciò ad esprimermi il desiderio di ritornare a casa, poiché il suo soggiorno in casa di salute stava superando i precedenti in lunghezza. Essa chiese la mia opinione, ed io le risposi che, pur non essendo responsabile della sua dimissione — si trattava di una decisione di competenza del direttore — ero, personalmente, d’opinione sfavorevole al suo rientro a casa. Essa stessa, aggiunsi, mi aveva spiegato ampiamente come ed in che cosa i rapporti che aveva con la madre e con gli altri familiari la obbligassero ad una condotta inadeguata, infantile e provocassero in lei delle sofferenze gravi ed acute. La paziente si dichiarò allora decisa a farmi mutare opinione. Non le interessava tanto, disse, che il direttore le desse il permesso per la dimissione, quanto piuttosto che la mia opinione cambiasse. Essa era ormai forte abbastanza: se la madre e gli altri facevano il doppio gioco con lei, lei lo avrebbe fatto con loro, poiché ormai sapeva come fare. Era in grado di combattere con le stesse armi degli altri, e me ne avrebbe convinto certamente. Io feci notare alla paziente che stava in quel momento progettando una condotta simile a quella della madre, ed essa rispose che, appunto, ormai si sentiva in grado di attuare con efficacia maggiore ancora.

In questo periodo le sedute di terapia ebbero un andamento piut-
tosto monotono, pur nella loro vivacità: Carla continuava ad esporre i suoi argomenti, tentando di « convincermi » della sua buona salute e dell'opportunità di rientrare a casa con la madre. Ovviamente, una volta espressa la mia opinione, evitavo di discutere con la paziente; cercavo piuttosto di aiutarla ad esprimere ed a formulare in modo più compiuto e chiaro ciò che sentiva. Dopo qualche settimana, il suo atteggiamento verso di me cambiò. Visto che la mia opinione non mutava, Carla cominciò dapprima ad esprimere il sospetto, poi la certezza che io mi fossi messo d'accordo con sua madre per la sua insaputa, per farla restare in clinica. Poi essa affermò che certamente avevo dei colloqui segreti con la madre. Ancora una volta, mi limitai ad aiutare la paziente ad esprimere sempre meglio ciò che sentiva, riformulando spesso alcune sue frasi. Inoltre le chiesi perché, secondo lei, io mi stessi comportando così. Essa affermò di non stupirsi per questo: ciò che era accaduto era che anch'io, come tutti gli altri, ero passato dalla parte della madre. Lei si era illusa che io potessi parteggiare per lei; in realtà, la madre era riuscita ad affascinare me come riusciva a fare con tutti. Anche io, ormai, ero suo nemico. In queste sedute, Carla aveva un'espressione meno attonita ed opaca del solito. Essa esprimeva la sua ostilità con frasi allusive e sorrissetti sarcastici; solo la discussione con me poteva aiutarla ad assumere atteggiamenti più scopertamente aggressivi.

Ma anche questa ostilità non durò a lungo. Verso la fine del terzo mese di trattamento, Carla arrivò un giorno alla seduta con un largo sorriso sul volto. Si era ricreduta, mi disse subito: era ormai evidente che io non avevo parlato con sua madre, non avevo fatto sotterfugi, le avevo solamente detto quello che pensavo quando mi ero dichiarato di opinione contraria alla sua dimissione. Io le chiesi come mai aveva cambiato idea, e la paziente mi spiegò che il giorno prima la madre, nel corso di una delle sue visite settimanali, si era espressa in modo ironico, offensivo ma soprattutto molto ostile nei miei riguardi. La scoperta dell'ostilità materna rappresentava per Carla la prova migliore della mia « innocenza », e quindi ristabiliva, disse, l'iniziale buon rapporto fra noi due.

Su questo rapporto, tuttavia, io cercai in quel momento di indagare in modo più approfondito. Domandai alla paziente come mai, secondo lei, la fiducia iniziale che mi aveva con tanta enfasi dichiarato aveva ceduto il posto ad una diffidenza così marcata. Sia Carla che io concludivamo, dopo una discussione che impegnò due sedute, che non vi era stata in realtà alcuna fiducia della paziente in me: si era trattato di una pseudofiducia, sotto la quale si nascondeva la più profonda sospettosità, che, alla prima occasione, si era manifestata in modo aperto. Solamente l'atteggiamento materno l'aveva convinta della mia « innocenza »: ma allora, che cosa provava Carla realmente per me? La paziente ammise di non saperlo. Nel corso della discussione che occupò le sedute successive, Carla ed io avemmo modo di stabilire che essa non sapeva quali fossero i suoi sentimenti e le sue idee. Si sentiva meno insicura di sè, mi disse, solamente in presenza di sua madre: in questa condizione, infatti, lei era possibile attribuire a sè atteggiamenti, opinioni e sentimenti diametralmente opposti a quelli di sua madre. Ma quando questo termine di riferimento le veniva a mancare, Carla si sentiva profondamente disorientata, tanto da non sapere più quello che lei stessa sentiva o pensava.

La paziente disse, a questo punto, che ora si rendeva conto di « non essersi potuta formare una personalità » a causa dell'oppressione materna, che la costringeva a « restare una bambina » e le impediva di esprimere ciò che sentiva. Essa scopri che la cura cui si stava sottoponendo aveva precisamente lo scopo di aiutarla a scoprire chi essa in realtà era. Da parte mia, ritenni che la discussione dei suoi sentimenti, seguita al periodo in cui avevo cercato di aiutare la paziente ad esprimerli, con speciale attenzione alla sua ostilità verso di me, avesse condotto sia Carla che me a scoprire l'ampiazza della sua identificazione con l'immagine materna. Ciò mi sembrò particolarmente importante sotto due principali aspetti. Da una parte, prendere coscienza della sua identificazione con la madre significava per Carla l'inizio di un riconoscimento di sè come di una persona in qualche modo contrapposta alla stessa madre, e quindi l'approccio al problema denominato da Carla « formarsi una personalità » D'altra parte, l'essere arrivata a questa presa di coscienza attraverso il rapporto con il terapeuta significava che diventava possibile per la paziente anche cominciare a percepirlo come un altro individuo, al di fuori della situazione proiettiva che si ripeteva stereotypicamente per « gli altri », sempre percepiti da Carla come « la madre ».

Dopo che la lotta condotta per farmi mutare opinione sul suo rientro a casa l'aveva portata ad una migliore comprensione del suo atteggiamento emotivo nei miei confronti, Carla smise le sue insistenze, ed anzi si mostrò convinta dell'effetto disastroso che un suo rientro a casa avrebbe avuto su di lei. Essa si riconobbe troppo debole per potersi opporre alla madre, perfino restando in clinica, e in seguito mi dimostrò quanto era difficile la sua posizione con un altro esempio.
La madre, mi disse, si era preoccupata sempre quanto e più di lei per la sua obesità, nel senso che diceva continuamente alla figlia che era troppo grassa, che ciò era un segno di malattia, e che avrebbe dovuto dimagrire. Però, in ogni visita settimanale, la madre portava a Carla grosse scatole di cioccolatini o vassoi di paste, e, se la figlia non ne mangiava moltissimi, diceva che la sua disappetenza era certamente un sintomo di malattia. A tavola, poi, si preoccupava che Carla mangiasse molta pastasciutta e molto pane, pur continuando a rimproverare alla figlia la sua grassezza.

Di fronte a questo e ad altri aspetti simili del comportamento materno, Carla si sentiva troppo debole, come si diceva, soprattutto perché era indispensabile per lei vedere sua madre tranquilla, se non proprio contenta. Nello stesso tempo, però, la paziente si rendeva conto di quanto poteva essere difficile per lei anche il distinguersi dall'immagine stessa della madre. Ciò accadeva anche perché Carla, come abbiamo detto, poteva vagamente cominciare a sentire che il mondo non era più rappresentato dalla madre, in perenne antagonismo con lei e capace di trascinare tutti gli altri dalla sua parte, dai parenti ai medici. Stava entrando nel suo mondo, seppure in modo ancora incerto e confuso, un'altra persona: il suo terapeuta.

La paziente mi espressse solamente alcune di queste cose in modo diretto, verbale. Il suo stato d'animo fu però chiarito, e l'esame dei suoi sentimenti poté essere grandemente approfondito, quando, in questo momento della terapia, essa mi parlò di un sogno. Ciò non era mai avvenuto prima, e d'altra parte io avevo solo detto una breve frase, nella prima seduta orientativa, concernente la possibilità di discutere i sogni. Il sogno di cui Carla mi voleva parlare era stato, però, talmente vivido e chiaro da farsi sentire dalla paziente come un avvenimento importante. Ecco, come mi fu raccontato:

1° sogno

Mi trovavo in casa, e c'erano le solite discussioni e litigli fra me e mia madre. Non so di che cosa si discutesse, ma ricordo che mia madre e mia zia mi davano torto. Entrò nella stanza mio zio, con una mia compagna di scuola. Mi dissero di uscire con loro, ma io rifiutai. Però mi ritrovai in strada. Mio zio era davanti a me e correva. Subito dopo, mentre lo stavo chiamando, cadde a terra e vi restò; io pensai che era quello, certamente, uno dei soliti trucioli. Le discussioni con mia madre l'avevano convinta che fosse necessario ricoverarmi, ed ora mio zio, d'accordo con lei, incalzavano un malore per farsi accom-
linea di possibile interpretazione lasciandola poi sviluppare dalla paziente. Ecco la serie di sogni che seguirono davvicino il primo:

2° sogno


3° sogno

Vengono a prendermi per portarmi in clinica. Un mio conoscente mi dice di stare calma, perché faremo quello che mia madre ha deciso. Nonostante la mia opposizione, mi portano in una clinica, ma io dico che non ci voglio stare perché non c’è il dr. Codignola.

4° sogno

Sono a casa: esco per fare una passeggiatina con una compagna. Una scorciatoia mi porta, senza che me ne accorga, da una prozia con cui, nella realtà, mia madre mi ha proibito di parlare. Sento che in casa la zia e la figlia litigano, e mi nascondo. Però escono e mi vedono, così si salutano. Mia cugina mi dice che io non dormo alla notte, ed io rispondo che non è vero. Lei ribatte che questo è un avviso che mi dà: tutti i parenti sanno che non dormo, lo ha detto mia madre; devo cercare di dormire o c’è sarà un altro ricovero.

5° sogno

C’è una festa. Da un grande terrazzo sopra di me dei giovanotti buttano della minosa; io ne chiedo e ne faccio un bel mazzo, poi penso che sono in dovere di ricompensarli, tanto più che era una festa di beneficenza. Dò loro 1500 lire; si stupiscono ma io sono contenta. Poi però arriva mia madre, e litighiamo perché mi accusa di voler sempre fare di testa mia.

I due sogni precedenti sono stati fatti nella stessa notte.

6° sogno

Sono con la mamma, e temo che mi voglia riportare in clinica. Poi arriva la mia amica del primo sogno, che si è appena sposata. E’ carina, contenta, soddisfatta, mi racconta la sua vita e mi fa vedere la sua camicetta che mi piace molto. Mia madre arriva, guarda la camicetta e dice che è tutta fantasia, tutto finirà male. Io le chiedo di lasciar essere contenta la mia amica, ma lei dice che sa come vanno queste cose, lei c’è già passata ... Poi dobbiamo andare ad un funerale.

di una signora molto ricca e famosa. Mia madre si arrabbia, tanto che io la prego di venire anche lei per evitare di renderla gelosa; ma non vuole. Noi andiamo, e vediamo molte altre persone che fanno le prenotazioni per assistere al funerale.

7° sogno

Eramo un gruppo di studenti che seguivano un corso di studi di tutte le materie; questo corso lo dirigeva la mia maestra delle elementari. Eramo tutti molto studiosi, e questo corso mi impegnava molto, e ciò mi faceva molto piacere, però di tanto in tanto lo sospendevo per andare a fare la psicoterapia. I colleghi continuavano col mio dr. Codignola, e ancor più delle altre volte desideravo trovarmi a colloquio con mio dottore, perché dovevo trattare degli argomenti molto interessanti (che non ricordo). Lo studio della psicoterapia si trovava in mezzo ad un bosco bellissimo, e per andarvi bisognava attraversare molta campagna. Ricordo, come fosse adesso, che attraversai di corsa tutta quella campagna (perché non vedeva l’ora di arrivare allo studio della psicoterapia, per parlare con mio dottore) ma quando vi arrivai rimasi tanto e tanto male, perché il dottore Codignola non c’era, al suo posto c’era un altro psicologo, che appena mi vide, con modi molto gentili, mi invitò ad entrare. Io rifiutai di affrontare la psicoterapia con lui e lo guardai smarrita. Lui ritenne di farmi entrare ed io allora mi misi a piangere accoratamente. Questo dottore allora mi disse « Signora, coraggio, abbia fiducia in me, è il dr. Codignola che mi ha mandato a lei, perché è andato a fare una crociera, ma tornerà, e vedrà come sarà contento se al suo ritorno gli faremo sapere che la nostra psicoterapia è andata bene ». Io, a queste parole, mi misi a piangere ancor più, in un pianto dirotto (e creda, dr. Codignola, se penso che lei era andato via ancora adesso mi vengono le lacrime agli occhi). Il dottore continuò ad insistere per farmi entrare, e poi mi disse: « Ma signorina, venga, sia tranquilla, non parleremo degli argomenti delicati che trattavate col dr. Codignola, né di altri argomenti, però si ricordi che oggi doveva fare un colloquio con suo dottore, ma è partito, perciò venga signorina, abbia fiducia ». Quando mi svegliai avevo il cuscino tutto umido. Il lacrime.

— Questo sogno è stato scritto dalla paziente, ed è riportato con i commenti pure scritti da lei.

Non è mia intenzione esporre qui l’interpretazione che la stessa paziente e il dottore hanno di questa serie di sogni, per due principali ragioni: la prima è che mi sembra che il linguaggio onirico di Carla
ILLUSTRIS, SENSIBILE DI PARTICOLARI COMMENTI, LA PROBLEMATICA EMOTIVA CHE HO ACCENNATO. LA SECONDA È CHE UNA DISCUSSIONE DEI
SOGNI IMPREGHEREBBE, SE APPROFONDITA FINO AI DETTAGLI, MOLTO DEL TEMPO CHE INVECE PREFERISCO LASCIARE AL DIBATTITO CRITICO CON GLI ASCOLTATORI.
Quello che ho espresso è la storia di una paziente e di un approccio terapeutico: come dicevo prima, mi sembra che essa offra molti spunti per poter discutere le difficoltà ed i problemi dell’avvicinamento psicoterapeutico allo psichiatrico. Invece di impostare teoricamente il problema, lo abbiamo accostato concentrando la nostra attenzione su una persona e sulla sua situazione individuale: ed è per questo che la serie di sogni, che ci ha avvicinato più di qualsiasi descrizione, credo, al clima emotivo in cui Carla sta vivendo, conclude l'esposizione di questo caso clinico.

**D I S C U S S I O N E**

**UN PARTECIPANTE**

In primo luogo desidererei chiedere al Dr. Codignola se l’annalista sapeva di quel suo unico colloquio con la madre, o se ne era stata avvertita prima o se lui presume che gliene abbia parlato la madre stessa.

Secondo questo: questa è un annalista maggiore e nella sua indipendenza economico rispetto alla famiglia. Se ciò, morto il padre, lei è proprietaria di qualcosa di suo.

**CODIGNOLA**

Al primo quesito rispondo così: la paziente non sapeva del colloquio che ho avuto con la madre, perché il colloquio è avvenuto durante il ciclo di elettroschock, e lo non aveva in quel momento alcun contatto con la paziente, e non sapeva neppure se avrei cominciato la psicoterapia. La paziente ha saputo del colloquio con la madre, che io le ho riferito in modo dettagliato, nella prima seduta di terapia che ho avuto con lei. Si è poi riproposta il problema in un’altra forma, cioè io ho dovuto parlare con lo zio. Questa volta, però, la paziente era già in terapia. Allora io ho preavvertito la paziente che mi era stato chiesto di parlare con lo zio, e le ho chiesto cosa ne pensasse. Lei mi ha detto che avrebbe voluto essere presente. Io ho accettato, io ho parlato con lo zio in presenza della paziente e ancora oggi, a distanza di due mesi, la paziente ed io molto spesso rielaboriamo le cose accadute in quel colloquio a tre. La paziente sente lo zio come una immagine paterna, in modo molto chiaro.

Quanto alla seconda questione, la situazione è molto complessa, dal punto di vista dell’indipendenza economica. In realtà la paziente, io credo almeno, che non possa non avere niente nel senso che non le è intesa nessuna delle proprietà, però la condotta della madre in questo caso è tanto evidentemente patologica, che non solo alcuni colleghi avevano già parlato di inabilitare la madre (colleghi che la conoscevano prima) o di internarla, ecc., ma praticamente è lo zio che cerca, fino a quando può, o è tenere in mano la direzione della situazione. Se però la domanda è diretta a saper le possibilità di sviluppo futuro della situazione sotto questo profilo, io questo non lo so ancora, mi mancano ancora informazioni sufficienti su questo punto.

**TARASCHI**

Chiedo al Dr. Codignola anzi tutto un chiarimento sulla condizione dell’annalista precedentemente la psicoterapia. C’è che lei ha detto che questa malattia da tempo era stata di un medico all’altro, da una clinica all’altra, aveva fatto cicli di cure, però mi pare che abbia accennato a periodi intervallari in cui stava bene. Ecco io vorrei sapere un po’ più precisamente cosa intendeva dire con «stava bene», cioè aveva ripreso la sua attività? So che lei aveva studiato, non so quale attività svolge prima della malattia. L’aveva ripresa? C’è che si era rinserita nella società in qualche modo, sia pure limitatamente alle sue condizioni sociali, che potevano essere talmente favorevoli da non impegnarla in necessità di lavoro? In secondo luogo, è da quello che lei ha detto subito dall’inizio, quando ha accennato all’inizio della psicoterapia, sembrerebbe dedursi che la possibilità di comunicazione in senso lato con la madre era buona, fin dall’inizio della psicoterapia. Ora siccome prima aveva sentito parlare di momenti in cui il quadro era assai grave, con bizzarrie, stereotipie, quasi anche, mi pare di ricordare, allucinazioni, le condizioni al momento dell’inizio della psicoterapia erano riconoscibili ancora come chiaramente psicotiche, ben inteso al di fuori dall’interpretazione del terapeuta, al di fuori di questo come erano le condizioni?

**CODIGNOLA**

Dunque, alla prima domanda risponderai in questo modo: nei periodi intervallari tra un episodio e l’altro veniva ripetuto a medico che la paziente stava bene. In pratica, però, l’impressione che si ha è questa: che lo star bene della paziente, a giudizio della madre e della sua, consistesse nel non far nulla. C’è che nell’essere in uno stato di passività e nel passare le sue giornate al letto. Dico questo perché c’è sono alcuni dati sicuri sul piano della realtà obiettiva. I dati sono questi: la paziente non ha mai lavorato da quando è malata; non solo, ma praticamente non è mai uscita di casa, se non accompagnata da qualcuno; come dice la paziente, la madre interpellava il medico solamente quando vedeva che la paziente incominciava ad alzarsi dal letto e a voler uscire. Quindi questa è la risposta alla prima domanda: nessuna attività lavorativa, nessun inserimento sociale in senso in cui normalmente si intende questa parola, perché non possiamo dire che stare in casa propria sia un inserimento sociale. E’ un uscire dalla clinica, ma non è un inserimento sociale. Per quanto riguarda la seconda domanda, le condizioni della paziente erano queste: aveva appena finito da
Tra parentesi però volevo dire questo: gli esempi non mancano anche se qui non sono stati discussi. Quello che io ho letto stamattina, traducendo il lavoro del dr. Efrof, è il primo capitolo di un intero libro nel quale la psicoterapia di un paziente, sicuramente schizofrenico da molti anni, ospedalizzato, sofferente di continue allucinazioni uditive, con deliri paranormali, era stato curato con insulinizzazione e con un centinaio di elettrochoc, la psicoterapia di questo malato è portata fino alla fine, fino alla conseguente dimissione ed è stata espressa dal dr. Efrof come paradigma per illustrare i miglioramenti in psicoterapia. Quello che ho letto stamattina era il primo capitolo di questo libro. 

GALLI

Voglio dire un attimo una cosa che forse risponde proprio alla domanda di Montanari perché riguarda l’aspetto organizzativo; ricordi, noi l’avevamo anche discusso questo fatto, se era opportuno presentare questo tipo di caso o no, e si era convenuto di presentarlo lo stesso, per certi aspetti di approccio che aveva presentato, affrontandolo invece al secondo caso che presenterà la Neumann domani sera, che è un caso completo, dove c’erano allucinazioni, dove c’era la diagnosi fatta già da parecchi anni da altre persone, e che è stato affidato alla Neumann in extremis dopo diversi anni di malattia. E’ un caso completo e anche curato con successo. Questo potrà porre anche molte domande tecniche perché la Neumann è molto particolare nella sua tecnica. Il caso presentato dalla Neumann l’altra volta era un caso in evoluzione e con quel caso li volevamo mostrare proprio un po’ lo sviluppo della situazione, più che presentare un panorama dettagliato. Quindi la critica che ha fatto Montanari è molto giusta, tanto più che abbiamo già pensato a questo ed avevamo detto: presentando un caso finito della Neumann, presentiamo anche un caso in cui ci sia l’approccio di uno che è agli inizi della terapia con psicostatici, qual è Cogidona, caso d’altra parte che è stato rubricato come schizofrenia, naturalmente non da te, già 4/5 anni fa.

CODIGNOLA

Non solo, ma appunto io non so se sia una schizofrenia e in che senso lo sia sembra. Quello che importa che si tratta di una paziente gravemente ammalata, costretta da più di dieci anni praticamente a una immobilità in casa: oppure a ricoveri in clinica con cicli di elettrochoc, che non è capace di alcuna attività in senso lavorativo e che non è assolutamente integrata in senso sociale. Questo è quello che io so della paziente.

GALLI

Forse il punto principale di questo caso era proprio il fatto che tu lo tratti vis à vis con interventi diretti, e che la paziente ti pone moltissime domande dirette ed implica una serie di azioni da parte tua. E il punto che abbiamo discusso è stato appunto quello del tuo intervento in risposta alla paziente su: « voglio uscire dalla clinica » e « voglio il tuo parere ».

CODIGNOLA

Questo è molto ben scelto perché è evidente che, nel caso dellanevrosi, io non avrei mai preso un atteggiamento di questo tipo. Se un nevrotico
mi fa una domanda analoga; per es. mi chiede: « secondo Lei, io devo prendere il tranquillante stasera oppure no? » io gli chiedo: « Lei cosa ne dice? Come mai ha bisogno del tranquillante? Come mai pensa di averne bisogno, a cosa le serve? » e così via. Ma non dico « secondo me, Lei lo deve prendere », o « secondo me, lei non lo deve prendere ». Intendo dire che questo caso è stato scelto ancora prima che noi conoscessimo le ultime fasi di questa evoluzione che ho illustrato, perché ci sembrava che la natura dei problemi, anche sul piano tecnico terapeutico, che si incontravano con questa paziente, fosse molto simile alla natura dei problemi con cui si ha a che fare con gli schizofrenici.

GALLI

Cioè un po' proprio per sottolineare l'aspetto fra non direttivo e direttivo, e tra non agire e agire nella terapia; diversità di approccio, proprio per centrare la discussione su questo punto, in rapporto alla descrizione tecnica di una terapia che farà la Neumann domani sera.

CARLONI

Io sono, in fondo, del parere di Montanari, cioè che non mi pare che questo caso sia esemplare nemmeno da questo punto di vista o che, almeno, non sia stato sufficientemente reso esemplare. Nel senso che se parlando di questa malata si intendeva dare ai presenti qualche indizio sul come comportarsi in casi analoghi, non mi pare che la trattazione sia stata esemplare a questo riguardo. Ciò io non ho tratto, come del resto quelli che son qui vicino a me (chiedevano tutti la stessa cosa) nessun elemento utile. Ciò mi persuade che un caso trattato per troppo poco tempo (e questo l'ho premesso), e non abbastanza illustrato sul piano psicopatologico perché noi ci si potesse fare una idea di che malato si trattava. S'intende, se il relatore ci dice che è una schizofrenica, noi ci crediamo senz'altro. Però perché la trattazione sia utile bisognerebbe che ci avesse dato con più chiarezza queste impressioni, che fosse schizofrenico o che appartenesse a qualsiasi altro gruppo di malati. Ora, per noi, questa resta una annalata certamente poco significativa, trattata per poco tempo, molti di quelli che non hanno mai praticato psicoterapia e che hanno ascoltato potrebbero dire: beh, e la psicoterapia, in questo caso, in che cosa è consistita?

CODIGNOLA

Forse si può rispondere a queste domande qui: « E' possibile che io abbia trascurato dei particolari significativi? » Io credo di poter rispondere in due modi: uno accennando ad alcune cose che ho tralasciato per non far diventare la descrizione una cosa troppo lunga, perché avevo altre cose — a mio avviso — molto importanti da dire. E cioè questo: quando io ho visto la paziente la prima volta, la paziente era non solamente nel reparto chiuso della clinica, ma nel reparto di vigilanza, in pratica, « di sicurezza » e vi era perché in condizioni di estremo eccitamento. Rideva, molte volte piantava improvvisamente, parlava con estrema velocità e le stereotipi verbali consistevano veramente nel ripetere stereotypicamente le stesse frasi arrivando sempre a dei circoli viziati verbali, per cui incominciava a dire: « per farla in breve, Le dico che mia madre mi ha assassinato... » Aveva dei deliri di questo tipo, cioè mia madre è mia persecutrice, mia madre è quella che mi vuol male e così via, espressi veramente in chiave dilirante. Ripeteva una serie di queste frasi qui, ritornava dappoco, al punto di partenza e ricominciava a dire: « per farla in breve... ». Questo per farla in breve puntualizzava l'inizio e la fine di ogni stereotipia e questo poteva accadere anche per 20/30 volte. Personalmente io avrei preferito poter accostare la paziente in questo periodo, però non ho potuto farlo. Non ho potuto farlo perché i colleghi mi hanno detto che la famiglia si sarebbe opposta a questo. La famiglia voleva prima di tutto che la paziente fosse calmata, e allora sono stati fatti gli elettrochoc. E' evidente quindi che io ho accostato la paziente in un momento nel quale questa sintomatologia era spenta; io quindi non conosco direttamente solo per averla vista mezz'ora in quella fase. E, d'altra parte, le descrizioni che ho accettato nelle varie cartelle cliniche, non mi hanno soddisfatto, perché non erano descrizioni, sul piano fenomenologico molto accurate: erano le cartelle cliniche un po' obbligatorie che si fanno in pratica, per cui si dice: va bene, la paziente è così, così e cosi; non si descrive il fenomeno, ma si fa un'istituzione diagnóstica diretta.

Quanto poi al come mai abbiamo parlato di questo caso il punto è questo. E vero che la paziente è in terapia da questo periodo molto breve, io ne sono consciente per primo, tanto è vero che non ho impostato il discorso sui risultati. Tuttavia io penso che si possa documentare anche con i sogni questo fatto essenziale, cioè che, partendo da una situazione di completa identificazione con l'immagine materna, e di conseguente isolamento di tipo perimeno vagamente autosupportivo, io ci metto anche il « vagamente » perché c'erano solamente lei e la madre come oggetto introiettato, quindi questo è un'asserzione dinamico, tutto sommato, o perimenon possiamo fare l'ipotesi che io sia o che ci avvicini, la paziente — nel giro di quattro mesi — è entrata in quello che io direi che possiamo chiamare un rapporto transferale con me. Alcuni dei sogni io credo che qualsiasi collega analista li considererebbe sogni di transfer. Mi pare. Questo era il punto essenziale. Ora non tanto il fatto che ci sia entrata, quanto il come ci è entrata, e in che cosa la tecnica, l'attestamento, la presa di posizione del terapeuta ha influito sul farci entrare questa paziente, differendo radicalmente (almeno in alcuni punti) dalla tecnica psicoanalitica con il paziente neurotico. Questo era il punto di discussione che noi volevamo; il nostro scopo era questo.

GALLI

Vorrei dire una cosa pratica capitata mentre stavamo organizzando il corso. Doveva venire anche un collega dalla Finlandia che aveva dei casi molto avanzati di schizofrenia paranoide trattati e che poi non ha potuto venire. Parlavamo con Codignola dicendo se lui poteva presentare un caso che rispondesse al nostro scopo. Lui disse: sì, avrei qualcosa. E' un caso che ho istituito da poco, comunque per maggio senz'altro potrò farlo, e mi descrive il caso. Io dissi: puoi presentare degli aspetti interessanti, seguito e presentarlo senz'altro. E rimanemmo d'accordo così. Dopodiché ci rendemmo conto che lui aveva capito che era per maggio dell'anno venturo! CODIGNOLA

In un primo tempo io pensavo di presentarlo fra un anno...
GALLI

Poi abbiamo deciso di farglielo presentare lo stesso, sia pure in questi termini, proprio per esporre un po’ il criterio della tecnica, senza grosse pretese.

MONTANARI

In fondo giustamente Codignola precisava che lui non ha visto la paziente in fase florida di malattia; l’ha vista probabilmente in una fase remissiva, quindi in una fase buona, relativamente allo stato globale della paziente. Resta sempre un po’ quello che l’interrogativo da porli come iniziare, invece, con una ammalata che si presenti in una fase più florida, perché credo che sia stato abbastanza facile entrare in contatto...

CODIGNOLA

... non solo facile, ma anche sotto un certo aspetto nocivo. La paziente potrebbe restare con l’impressione che io l’ho accettata solamente perché ero cosi e potrebbe temere di venire rifiutata da me se è in altro modo, se è acutamente ammalata. Vorrei però aggiungere qui qualche cosa. Secondo la mia personale esperienza, questo fatto è anche da imputarsi alla struttura esistente oggi in Italia, in questo senso: io ho osservato che, nonostante molti colleghi possano avere una grossissima apertura verso la psicoterapia, un atteggiamento di fiducia tale da darmi pazienti ecc. ecc. tuttavia sono estremamente cauti, fino ad arrestarsi, quando si tratta di iniziare la terapia con un paziente in queste fasi di eccitamento. Di solito lo psichiatra clinico dice: prima calmiamo il paziente e poi eventualmente contacchiamo. Questo è anche un ostacolo pratico perché, in realtà, è molto difficile con un paziente che ha delle continue allucinazioni, per es., che ha un delirio florido, riuscire a entrare in contatto solo con l’aiuto dei farmaci. Non difficile perché ci sono delle difficoltà tecniche: queste ci sono, ma difficili perché proprio è difficile che ci venga permesso, qui in Italia. Questo volevo dire.

NAVARRO


— 188 —

RUOSI

Non so se si è detto qualche cosa sulla figura del padre della ragazza e quali erano stati eventualmente i rapporti anche in questi pochi quattro anni che era vissuto...

CODIGNOLA

Questo è un punto molto oscuro per due motivi. Il primo è che io non ho potuto ottenere che pochissime notizie sul padre, e direi proprio quasi insignificanti, dalla madre nell’unico colloquio che ho avuto con lei. Il secondo motivo è che la paziente non ricorda nulla: c’è un black out, come direbbero gli Inglese, sul periodo precedente alla scomparsa del padre. La paziente mi ha detto però che altri membri della famiglia le hanno detto che il padre era un uomo molto buono e piuttosto sottomesso alla moglie, piuttosto riservato e piuttosto timido, e questo è praticamente tutto quello che io so del padre della paziente. Non parla del padre neppure nei sogni o nelle fantastiche: non ricorre la figura del padre. Però in certe fantastiche dell’uscita non posso parlare perché la paziente me lo ha impedito, ricorre una figura che ha una importanza molto grande per la paziente, di “umano anziano” che sta con lei. Questo umano anziano non ha un volto, cioè la paziente non lo riconosce per niente, non dice che è suo padre e non è nessuna persona che lei conosca. E ricorre non nei sogni, ma nelle fantastiche. Però ricorre molto di sovente, sempre nella stessa situazione e da quando la paziente aveva 12/13 anni fino ad adesso. Questo è tutto quello che io posso dire in due parole sull’immagine paterna. E’ morto in un incidente sul lavoro. Era un ferriero, morto tra volo da un treno.

RUOSI

A questo proposito, rapporti della figura paterna e dell’eventuale trau ma per la morte del padre, vorrei ricordare un caso che ho visto proprio poco tempo fa per un soccorso psichiatrico, nel quale momentaneamente io non prestavo servizio. Comunque mi pare il caso, piu che altro per ragioni didattiche, di presentare una ragazza che si è presentata per due tentativi di suicidio; una ragazza che sta in uno stato di completa apatia già da qualche tempo, incapace di continuare il suo lavoro di impiegata; una ragazza di 23 anni che ha tentato due volte il suicidio, ed è poi ricorsa al soccorso psichiatrico. In seguito a terapia farmacologica si è ridotto questo stato di autoaggressività, la ragazza è apparsa un po’ più tranquilla e ad un certo momento è uscita. Sono stato interrogato successivamente, privatamente, per sapere cosa si doveva fare di questa ragazza, se doveva tornare in ufficio o meno, accompagnata da un assistente sociale. Ebbe, di questa ragazza non si sapeva nulla, fino al momento in cui era ricoverata, perché non aveva detto nulla, era rimasta piuttosto muta in tutto il periodo di ricovero; a un certo momento, facendo l’analisi, ho saputo che il padre era morto quando la ragazza aveva sei anni; cioè non era sicuramente morto. La ragazza era di Trieste, e quindi probabilmente era collegato ai fenomeni della guerra, del dopoguerra ecc. allorché, ad un certo momento, essa stessa mi ha raccontato, i partigiani portarono via il padre. Se lo portarono via in un preciso momento il padre: il padre doveva essere stato fascista, — 189 —
come tutti più o meno erano stati fascisti, e passeggiava per una strada di Trieste con la figlia, senonché ad un certo momento il padre aveva capito che qualche cosa di nuovo dovesse succedere, cioè che potesse essere arrestato o fermato da qualcuno, ha lasciato la ragazza alla mamma e le ha detto: tu allontanati con tua mamma e non preoccupatevi di me. Punto e basta. Da quel momento egli è stato messo in carcere, ha avuto qualche incontro qualche volta con la famiglia nel carcere e poi non si è saputo più niente, è stato dato come disperso. Poi, in seguito, per ragioni forse amministrative, hanno dato la comunicazione di morte dalla Jugoslavia. Ora questa ragazza ricorda questo: che era preoccupata del fatto soprattutto che dice: chissà che forse, io stavo assieme a mio padre, non l'avrebbero preso, per il fatto che io, bambina, stavo insieme a lui. Comunque chiedo alla ragazza se per caso potesse tornare il padre, se il padre tornasse dalla Jugoslavia ancora perché non sì sa se sicuramente è morto, che cosa lei farebbe, come l'accettarebbe. La risposta della ragazza è stata questa: ma no, io non lo preferisco questo, perché ormai sono abituata a questo modo di vita, ormai mi sono assuefatta a questo modo di vita; non so come potrei accettare mio padre che tornasse dopo tanto tempo. E anche probabile che mio padre si sia rispostato e che non abbia fatto sapere più nulla ai suoi per questo. Ora, noi medici si vede subito in questo caso tutto il peso di situazioni drammatiche vissute fin dall'età di sei anni, e poi rivissute probabilmente dopo, con le crisi di coscienza, nelle varie tappe della vita evolutiva, con questa specie di dubbio continuo che è rimasto su questa figura perduta. Non so che interesse potrebbe avere anche per lei saperlo in questo momento. E a proposito del padre sempre, forse si dà più importanza al rapporto con la madre, ma anche il padre naturalmente aveva la sua importanza. Ricordo un nostro caso, visto per ragioni peritali, solamente per stabilire se era capace di intendere e di volere, cioè se era capace di provvedere ai propri interessi per interposizione, in una di queste cliniche private, manicomici privati dove gli ammalati restano per anni ed anni, ed acquistano tutti, come voi ben sapete, quella floride figura di ebetismo, di indennitamento che a volte, è un indennitamento vero dovuto appunto alla deteriorazione mentale grave, avanzata, a volte è un indennitamento più apparente dovuto alle condizioni di vita nelle quali purtroppo vivono in alcuni ospedali. Ora di quest'uomo, il quale non parlava, ho chiesto all'infermiere: ma come mai non riferisce niente, non dice niente. Sta sempre davanti al nasso e non parla mai, diceva l'infermiere. Veramente l'infermiere sembra più ammalato dello stesso malato. Ora ad un certo momento, facendo l'anamnesi, questo uomo si ricorda del padre, (poi dovetti accertarmi che era morto veramente quando lui aveva 4 anni) comincia col dire: «ricordo quando camminavo insieme a mio padre...» E incomincia tutta una storia che riguardava la figura del padre. Questo per richiamare ancora appunto l'importanza di questi stress emotivi, di queste situazioni emotive collegate alla figura paterna.

Poi a proposito della questione se è schizophreno o non è schizophreno, io non voglio dichiarare che il caso ricercato dal collega Codignola sia senz'altro schizophreno. Soprattutto bisogna vedere come classificarlo, se secondol la classificazione Kraepeliniana, se secondo classificazioni più moderne, ecc. Però vorrei dire, in linea generale, che se l'atteggiamento della vecchia psichiatria, della psichiatria classica, è stato quello in generale di rifiutare come schizophrenia tutti quei soggetti, quelle forme che vanno verso la guarigione spontanea oppure provocata dalla terapia, io credo che noi dovremmo essere più aperti non dico a considerare schizofrenici anche i nevrotici, ma dopo che la psicoterapia, sia pure breve, sia pure di un certo periodo di tempo ha portato notevoli miglioramenti, non dovremmo essere portati instintivamente, inconsapevolmente a non considerare schizophrenia un caso del genere, perché forse questo è il pericolo dei vecchi psichiatri, che non dovremmo rinunciare noi che ci chiamiamo « giovani »!

CODIGNOLA

Alla seconda parte di questo intervento non rispondo perché mi pare che non esista risposta. Alla prima parte, invece, rispondo questo: effettivamente la figura paterna potrebbe sostenere un ruolo molto importante nella dinamica della paziente. Anzi io mantengo, e penso che manterrà per molto tempo, l'ipotesi di lavoro con la paziente che sia proprio così, cioè che la figura paterna abbia sostenuto un ruolo veramente importante, anche se io non so quale, nella psicodinamica di questo caso. Per dire questo io ho un altro argomento, oltre all'argomento di ordine generale che evidentemente quella del padre è una figura significativa. L'altro argomento è questo: la paziente non dice di non ricordare nulla del padre. La paziente dice: io ho una memoria fotografica e ricordo tutto quello che è avvenuto nella mia vita, però solamente da tre anni e poi. Dai quattro anni in poi io ricordo assolutamente tutto, prima dei quattro anni io non ricordo assolutamente nulla, non solo di mio padre, ma anche di mia madre e di tutto il resto. Quindi questo fatto assomiglia molto a un fenomeno di rimozione, perché è per lo meno strano che una paziente dica questo, che si sia questa cortina di ferro, che abbia questa rappresentazione del suo passato. Quindi io lavoro personalmente su questa ipotesi in questo caso: che probabilmente il padre abbia un ruolo molto significativo nella dinamica profonda della paziente, ma che però sia troppo presto, e un troppo presto forse di un anno o due, per potere impostare la discussione sul padre. Ciò ocorre veramente un sviluppo della cosa, per potere poi arrivare a vedere il ruolo del padre. Io non mi preoccupo della nosografia, cioè è schizofrenico, non è psicoterapia, non è schizofrenico, perché mi pare proprio che per la pratica corrente, per uno che si sia interessato di psicoterapia, questi schemi debbano essere distrutti proprio perché può essere viceversa. Ci sono dei nevrotici che sono talmente strutturati nelle loro nevrosi che sono resistenti a qualsiasi psicoterapia e viceversa. Ma la preoccupazione era solo che, se la paziente è una schizophrena come la intendono io da un punto di vista strutturale schizophrenico, come era possibile entrare in contatto. Era solo questa la mia preoccupazione.
PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO
BERTA NEUMANN

Al «Secondo Simposio Internazionale di Psicoterapia della Schizofrenia», in Brestenberg, presso Zurigo, nell’anno 1959, ho presentato un caso di schizofrenia. Nel breve tempo che mi era stato concesso (10 minuti) ho comunicato solo i dati più salienti della psicoterapia, senza entrare nella psicopatologia della paziente. Si trattava di una studentessa di architettura, la quale da circa tre anni aveva lasciato gli studi. In casa di cura le fu praticata una energia terapia insulina, ma la paziente rimaneva muta e chiusa in sé, ed era sempre ricoverata in reparto chiuso. Dopo sei mesi di cura farmacologica, il Prof. V. Porta mi affidò la paziente affinché tentassi una psicoterapia.

Cominciai subito a studiare con lei, nonostante le sue allucinazioni, le sue resistenze e le sue violenze e la portai da un’esame ad un’altro, finchè in tre anni tutti i 34 esami non furono terminati. Nel primo anno la paziente ha presentato tre episodi dissociativi di breve durata (3-4 giorni) e nel secondo anno periodi di grave depressione. La paziente ebbe successo, prese fiducia in se e negli altri, divenne intelligentissima ed affettuosa. Ora lavora in uno studio di un architetto e nessuno potrebbe mai sospettare il suo travagliato passato.

Vorrei descrivere alcune sedute burrascose:

Trovai la malata per la prima volta in una camera del reparto chiuso: era seduta sul letto, rigida, muta, guardava fisso il muro. Essa era piccola, senza petto, magra e pallida, ma aveva bellissimi occhi grigi;

Le domandavo: «Che cosa odi?»
Lei: «Il “disco” lo sento tutto il giorno e anche di notte!»
Le domandavo: «Non vuole terminare i suoi studi?»
Dice: «Volentieri, ma da sola non posso più studiare; se io avessi qualcheduno, allora studierei di nuovo.»
Le dico: «Allora prenda il suo libro e cominciamo.»
La malata si alzò lentamente dal suo letto, prese il libro dall’armadio e cominciò a leggere la storia dell’architettura. Ma, dopo alcune frasi, buttò il libro per terra e cominciò tremendamente a gridare che essa non voleva studiare, voleva un’altra strada nella vita e precisamente quella dell’amore. Quando si calmò, le dissi «Verrò domani di nuovo a trovarti».

Il giorno dopo, la paziente era vestita, il libro sotto braccio, e mi aspettava per la lezione. La scena del primo giorno si ripeté di nuovo, dopo una pagina di lettura, di nuovo il libro volava per terra e la malata gridava le stesse frasi. Finalmente dopo due settimane, la paziente mi chiese di intervenire presso i genitori affinché essa potesse tornare a casa. Mi mostrai favorevole a questo proposito, però la sottoposi ad una condizione e cioè che venisse due volte alla settimana nel mio studio per preparare i suoi esami. Il contratto fu concluso con una stretta di mano.

Quanto la paziente mi ha confidato in questi tre anni di psicoterapia, quanto mi è stato riferito dalla madre sul passato della figlia, e quanto ho potuto leggere nel suo diario, è stato da me raccolto e riordinato in una specie di «Racconto delle sue umane sofferenze». Ella incominciò a scrivere quando sentì il bisogno di comunicare i contenuti interiori che intensamente sorgevano in lei e, di fronte ai quali si sentiva del tutto impotente ed inerme, così da essere costretta ad accettarli senza sapere il perché.

Nel corso della successiva esposizione dei suoi racconti, le parole della paziente vengono riferite letteralmente senza nessuna modificazione da parte mia.

La paziente racconta:

«Nasco in una casa di Torino, il 7 Gennaio 1931, con levatrice, piangevo sempre, non dormivo mai, mangiavo molto, però latte artificiale. Disturbavo molto i miei; a quanto dicono, ero viziata. Ho gli occhi più grandi del solito e sono molto pelosa. M’annеббьо se non c’è nessuno con me. Nessuna malattia, però soffro di prurito. A due anni voglio fare tutto quello che fa mia madre e sapere tutto di mio padre e mia madre. Io adoro la mia attuale malattia e la sfrutto per mantenere mia madre legata a me come desideravo in questo periodo di primissima infanzia.

Io da piccola pensai di avere perso l’attenzione di mia madre, pensai che la nascita di mio fratello fosse un attentato contro di me. Io ero nata prima, Paolo le qualità che contano aveva avuto da mia madre; quindi la colpa era di mia madre se io sbagliavo, poiché non potevo fare quello che volevo; mia madre ha pianificato la mia vita.»
Così la sospettosità mi è rimasta nel corpo, l’idea di essere qualitativamente inferiore mi è rimasta in corpo come persuasione interna di essere inferiore per una ingiustizia usatami dai miei genitori. Avevano tolto qualcosa da me per darlo al fratello e così lui aveva il valore che era rappresentato dalla capacità di mente. I miei genitori mi hanno condannata ad una vita di mutilazione; pensavo di essere condannata, ma non accettavo il verdetto. Sono l’oggetto di un complotto, la vittima della cattiveria e dell’invidia altrui.

L’idea che ho avuto da bambina era cioè di non essere sufficiente a soddisfare mia madre e perciò lo chiamo « non essere all’altezza degli altri ». Ne segui che la colpa del mio fallimento non era mia, ma della mamma, che ingiustamente non mi aveva dato le qualità necessarie.

La mia vita non si spiega se non si tiene conto di quello che è successo a 8 anni a scuola. Questo perché mi era rimasta fissa in mente la frase della mamma: secondo la quale ciò che contava era la medaglia, ossia il pendaglio e non la coccarda. Per me non aveva senso o interesse la spiegazione di mia madre, mi interessava sapere perché mio fratello era stato premiato con la medaglia ed io con la coccarda. Quello non era un titolo di merito ma solo un organo di sesso. Nella vita scolastica la medaglia stabilisce un titolo di distinzione, nel campo anatomico quello che ho visto pendere al corpo di mio fratello è solo un organo di sesso e in ogni caso non sta affatto a designare un particolare segno di distinzione. Io non ho nulla che pendere, quindi restavo priva di un distintivo che sarebbe toccato a me. Io avevo quello che non contava e se non avevo il segno, non avevo valore perché me lo aveva detto la mamma.

Anche un altro episodio accadde nello stesso tempo: una sera i genitori uscirono, noi due bambini giocavamo a « madre e padre »: in quell’occasione mio fratello mi ha violentata. Così da allora ho la persuasione di essere stata mutilata fisicamente e moralmente perché diventassi una « serva » (= donna di strada).

Questi problemi dell’infanzia li ho pensati anche nei rapporti con i miei compagni di scuola e di politecnico. Pensavo sempre che loro volessero prendere a me qualche cosa per potere beneficiare loro stessi, e che togliessero a me la medaglia e la capacità di meritarla.

L’episodio di 8 anni con mio fratello, mi ha fatto sìttare verso il periodo a 21 anni con il ragazzo Cesare.(*) Questo episodio mi ha portato il « Discos », con risultati e conclusioni disastrosi.

Che cosa è il disco?

Il disco è un’aggancio di episodi dal mio passato e personaggi contemporanei in una posizione mentale di rabbia. Contiene tutte le mie sofferenze di tradimento, di abbandono, di colpe e sbagli, ma soprattutto la mia rabbia. Il disco in ogni suo racconto è come un soggetto scenico, a tesi, in cui i personaggi sono quelle persone con le quali ho avuto a che fare al politecnico, mentre le tesi si riferiscono a quegli episodi della mia infanzia. Questi ultimi io li ho impacchettati in una serie di ragionamenti e spiegazioni arbitrarie e questo reticolo costituisce « Io stare nella prigione » nella quale mi sono messa io. Il problema è assurdo, perché io non sono totalmente superiore a quello che dice il disco così da imporre completamente a lui la mia volontà senza interpretarlo. Contro la mia volontà, il disco si difende, dicendomi: « Io voglio che tu mi voglia bene », è sempre la voce del personaggio attuale, la voce che penetra in me e mi fa rabbriodire perché non sono capaci di sottrarmi a lei.

Dico al disco: « Chi è più nemico di chi agisce da nemico e nasconde la mano che agisce ?

Io ho bisogno del disco per superare questa crisi attuale, perciò mi ostino a non credere ai suoi racconti (che sono poi i miei racconti che inventavo io); d’altronde devo difendere il disco per poter continuare a stare al riparo, ed evitare così di dover prendere su di me la responsabilità del mio agire con le conseguenti possibilità di successo o di insuccesso come accade a tutti. Ma anche oggi, come da bambina, non desidero eventualizzare le possibilità dell’insuccesso. Così mi nascondo al riparo del disco, dicendo a me e agli altri che è lui a non permettermi di vivere come gli altri. Io so benissimo che mi consumo l’esistenza su ragioni che non esistono.

Io so benissimo, quando faccio muovere il disco con i personaggi tratti dalla mia vita del politecnico: lo faccio sempre in modo da far risalire a loro la responsabilità di una particolare ingiustizia, in tutto identica a un’altra ingiustizia che ho creduto da bambina mi fosse stata fatta dall’ambiente familiare.

Se ciò non fosse avvenuto tutta la mia vita sarebbe stata diversa per il mio non sarebbe stata indotta a dare una interpretazione arbitraria a ciò che avevo vissuto e visto: oggi il disco non esisterebbe. E anche per giustificare me stessa di fronte ai miei occhi, in quanto mi rimpinsero di pensare in un modo ed agire in un altro.

Quello che io capisco è mio, quello che gli altri mi hanno detto, ma cui io non corrispondo, non è mio. Il disco mi spinge a torturarmi;
Io vengo il disco con la concentrazione, mentre se riesco a fare quello che desidero, allora: «Ti allontani da dove ti porta il disco!»

Natale 1954 - Dicembre 1955

Mi sento poco bene durante tutto il tempo delle vacanze di Natale. Ho come un velo sugli occhi, mi siedo continuamente sul sofà. Non riesco a lavorare e per la quinta volta tento l’esame di caratteri distributore. Lavoro nell’aula piccola e progetto un impianto di soccorso. «Pazzo!» Questo è un periodo di inquietudine e penso di dare fastidio perché pazzo. Mi sento malissimo! A scuola fermo Remo e gli domando se mi ha mai toccato. Sento il disco!

Al politecnico non concludo niente, mi fermo e no, non studio niente. Io penso che dovrei essere curato da una donna, poiché io non conosco neppure gli inizi di un rapporto con gli uomini. Non dovrei frequentare gli uomini, magari preferirei senza loro, dato il mio temperamento vile che non si sa spiegare che mi rovinano, perché mi disprezzano.

Mi digano e ridono continuamente, ridi scioccamente anche di notte delle stupidaggin.

Tutti sanno ormai il mio difetto, perché quella sera che sono stata da Cesare, ero finita, mi tremavano le gambe e mi muovevo come un’automa e quel difetto (flatulenza) si notava. Mi ossessiona, è il peggio di tutto. Anche Maria mi pianta, perché sto affondando, ed è pericoloso mettersi dalla parte dei rifiutati, si rischia di fare la stessa fine. In tutta questa crisi mi sono trovata molto infelice, tutta sola come un’orfanella. Io pazzo, sono una ladra e metto le mani addosso ai giovani.

Confesso che ho picchiato mia madre, ho morso i miei fratelli, ho alzato la voce in presenza di mio padre. Ho discusso con gli altri le mie faccende e ho chiesto e preteso aiuto. Ho rotto un vetro, ho sbattuto le porte anche in presenza di estranei: tutto questo senza ragione, ma per invidia. Mi guardo nello specchio, mi siedo di giorno, ho tenuto un linguaggio sconnesso in presenza dei miei fratelli. Io desidero picchiare gli altri! Ho detto a mio padre che vorrei ucciderlo con un rasoio. Non lavoro e non aiuto i miei. Ho originato, senza ragione, all’uscio. Non chiedo mai perdono, ma offendo e getto calunnie. Sono dubbiosa, indecisa, sono ignara e molesta e mi faccio sopportare dagli altri. Sono avvilita e desidero ascoltare il disco.

Scrive, su dettato del disco:

Puzzare come una fagna - sporerà un marito?
Mandare in paradiso e poi all’inferno - discorsi sugli figli di uccisi
Hai perso un manto per il modo di camminare - amore per la natica
Prostitutes e donne sante - chi credi di essere?
Triste e stanca - incubo - tanto va storto - fucilare nella schiena -
Sei innamorata? mi trovi bella? hai una bella figura!
Se un difetto così disgustoso capitato a una persona giovane, non può essere che un fenomeno nervoso - ti capita proprio in momenti critici - prendi purghe e jogurt - sei noiosa e puzzo.
Vorrei fare con te e intanto ti bacerei sugli occhi - Maria ti muoiono tutti dietro - non mi muoiono tutti dietro perché non hanno altro da fare.
Se ti sposerei, sposerei per forza un boia.
E batte sempre sulla selezione della specie.
Dicono che sono ombrosa e le cavalline ombrose non si montano.
Remo un giorno mi ha detto che era proprio vero che puzzavo, che era una cosa che lo ossessionava. Adriana va a abbaia con tutti che io soffro di flatulenza.
Io so che pochissimo è vero quando sono debollissima, ma non ho il coraggio di dire che non è vero, così sto zitta, perché questo è peggio di tutto. Soffrire per uno scopo umano, soffrire senza scopo fa impazzire soffrire per le proprie vigliaccherie è atroce. Il nuorevole ad un altro è sempre delinquenza, anche se è fatto a fin di bene. Papà aiutami tu! Non c’è pietà per i vinti!
Il disco: Per una donna voler essere un uomo è come dire voglio la luna!
Per una donna con un difetto come dicono di me, non la sposevò neanche se fosse Ava Gardner, e anche se non lo avesse, basterebbe che gli altri lo dicessero.
Ora so che cosa dicono quando si parla di me al politecnico:
«Quella che soffre di flatulenza.»

La persecuzione

Ora vedo tutti nemici! Dicono che ho tendenze alla mania di perse-
cuzione! Io non posso più fidarmi di nessuno, neanche dei miei, fanno tutti i loro gioco, anche loro. In casa nostra si nasconde gente conti-
nuamente e non era bisogno. La madre non mi ha dato che inferiorità e i nemici mi hanno sfruttato in modo ignobile. E’ un mostro di mal-
vagità, io sono stata derubata e calunniate.
Mi hanno rovinato completamente, mi hanno tolto ogni tratto
caratteristico del viso: Tanto, per la vita che faccio... Avevo il naso bello hanno detto i maschi, «da noia che in una faccia così volgere come la sua ci sia un tratto più da signora». Mi hanno dato la notte un colpo sul naso, una cipolla anche per il cervello, poi mi hanno passato una rotella sulle guance per spionarle. Mi hanno tolto tutto quanto poteva attrarre e piacere, ora come dicono loro non hanno rimorsi se resto fuori. Il partito è una banda di gangsters!

Io avevo qualche cosa secondo loro, e mi hanno tolto tutto: ora io soffro, e loro vivono la mia vita.

Perciò io sono maledetta di Dio! perché me la sono lasciata togliere! Mi rinfacciano continuamente un mestiere infame, perché avere una padrona (amica) significa fare un mestiere infame: si intende, che lei si prende tutti i miei fidanzati e mi adopera per i lavori di pattumiera.

Vogliono che nuocia crocifissa e piazza da parte mia!

Il disco racconta che c’è chi ha interesse a farmi gridare per arrochirsi la voce e farmi rientrare il petto. Sono arrogante quando grido. E’ stato un vero attentato: il primo che incontro per le scale mi aveva assegnato un ruolo. Ogni uomo incontrato in salotto o in comitiva ha impoverito la mia vita a favore di un’altra donna! Io mi trovo in situazione di ricevere clienti.

Faccio di tutto per non muovermi, perché ho deciso di non desiderare, perché desiderare mi porterebbe a fare, il fare mi porterebbe a sbagliare, io sbaglio sarebbe irrimediabile. Mi freno continuamente nel desiderio per la paura di sbagliare. Perché grido? Per convincermi di una cosa di cui non sono convinta. E’ come chi grida al buio per farsi coraggio. Io a gridare ho sbagliato, perché desideravo gridare con lui (fratello · Cesare · ecc.).

Se io penso di essere una serva e mi comporto da padrona mi scendo. Se penso di agire o non agire e non riesco semplicemente ad agire mi scendo.

Non devo mai domandarmi se è giusto o non giusto, né se è bene o male. Mi ammollo per il ricordo, mi ammollo fuori tempo e posto! La vita del disco è legata alla coscienza della natura (corpo) che si ritrae dall’amore si ritrae dalla vita. Il disco mi invita a abbandonare le strade che mi interessano, perché sono le strade dell’amore e poiché l’amore mi ha portato da bambina alla delusione, devo evitarlo per non essere nuovamente delusa. Io amo qualche cosa soltanto se sono disposta a pagare il prezzo che mi costerebbe a raggiungere.

Se io non ascolto dentro in me cosa desidero e non desidero, io sono nessuno e mi comporto come nessuno e non produco nessun'azione nell'ambiente, perché non provo nessun sentimento per nessuno. Io sono così, ne bene ne male, mi sono ritirata dal vivere con gli altri. Gli altri vivono e io non mettendo i miei argini, costringeva gli altri di invadermi loro malgrado. Io non partecipavo ne partecipavo, ma davo semplicemente apporto.

Come si ritira dagli altri:

Le idee che suggeriscono gli altri conducono ad essere un’altra persona. Io non reggo il confronto con un altro, vado a zero. Devo vivere in modo mio, non accetto discussione, io voglio allontanare la responsabilità del vivere. Io devo vivere a modo mio accettando le conseguenze e facendo le critiche al mio agire, devo farmi pesta perché significa che vivo, non devo avere paura di affrontare il rischio ed il insuccesso. In realtà è che io do la colpa agli altri perché non faccio niente. Il mio disco è un autodifesa: se non mi sento stare con gli altri significa che non è per me. Devo intrattenermi rendendomi conto di ciò che voglio o non voglio.

INTERPRETAZIONE

Questo caso offre un materiale prezioso per lo studio della psicopatologia clinica, e soprattutto dimostra che la psicoterapia rappresenta un validissimo contributo alla conoscenza del fenomeno della alienazione in tutte le sue varie manifestazioni cliniche. Basandosi sulle dichiarazioni della malata e sui contributi bibliografici, cercherà di interpretare quella malattia dello spirito che chiamiamo « schizofrenia » come fenomeno dell’autismo dinamico e, d’altra parte, del problema esistenza.

La paziente stessa ci rivela che già da bambina è stata al centro delle persone e degli avvenimenti sia nell’ambiente familiare che in quello scolastico. Ella rappresentava il fulcro, attorno al quale gli altri ruotavano con movimento centripeto per danneggiarla e per mutilarla fisicamente e moralmente. Non è difficile seguire il narcisismo autistico nell’infanzia, e poi l’autismo presplicerico come un filo conduttore che lega logicamente i singoli episodi e le diverse persone in un dramma, in cui la protagonista descrive le sue sofferenze. Nei momenti più intensi della malattia gli altri diventano un gruppo sociale, una « banda di gangsters » minacciosa e persecutrice. La qualità persecutiva appare ancora più esplicita nei momenti di completo autismo, e si
manifesta particolarmente come un « essere costretto a stare con qualcuno ».

Con singolare acutezza psicologica, la paziente ci descrive il suo problema al Politecnico: non riuscendo ad inserirsi nella dimensione intersoggettiva del gruppo universitario, si distacca dai compagni e dalla realtà. Ella motiva il suo comportamento con queste parole: « Voglio ottenere senza umiliazioni e senza contrattamperi ostacoli quello che amo, altrimenti soffrire troppo nel cercarlo e nell’accettare le fatiche che sono necessarie a raggiungerlo, come fanno tutti ».

C’è da notare che la paziente attribuisce tutta la responsabilità agli altri: in questo fatto esiste una regressione al livello prediallettico. La malata ha dimenticato la propria biografia, si è staccata dalla dimensione della sua storicità personale, non riconosce gli altri e quindi neanche sè medesima, non vive in prima persona se non per affermare se stessa con atteggiamenti egocentrici (dice: « faccio solo quello che mi piace »).

La malata descrive in maniera passionale il bisogno dell’isolamento e il rifiuto degli altri, in quanto nel tentativo di autoaffermarsi giunge alla falsificazione della realtà sia passata che presente. La coscienza di questa falsificazione — coscienza prediallettica — è causa sia di un restringimento della dimensione spaziale (« io sto in prigione »), sia di un profondo sentimento di colpa. Tale sentimento, che si concretezza in violenti autopunizioni (la paziente si sottrae a ciascun mezzo di meccanico — il disco — che permette la facile ed immediata soddisfazione delle sue esigenze.

1. La paziente, in realtà, non riusciva ad impostare un rapporto autentico con un altro, essendo vissuta in una casa dove la parte dominante della famiglia era rappresentata dalla bella e simpatica madre, mentre la figlia brutta era considerata una serva. Il concetto « serva » costituisce uno dei motivi principali del disco, perché come serva non poteva mai essere all’altezza delle altre donne e non poteva essere presa seriamente in considerazione dagli uomini.

2. La malata metteva in luce nei suoi racconti che essa poteva esistere quale « individuo amante » solo a prezzo di una grave devalizzazione (serva) lontana dalla dimensione intersoggettiva e dalla situazione convenzionale (la paziente proviene da ottima famiglia). Esso non riusciva a provare piacere erotico nei riguardi di nessuna persona che le stesse vicino in carne ed ossa, perché la sua capacità di amare era ridotta alla componente somatico-impulsiva. Il visso di questa situazione di vicinanza fisica si collega con sentimenti di ripugnanza, di schifo, di disgusto, i quali vengono ad interessare il senso dell’olfatto (« io puzzo come una faglia »; « gli altri notano il mio difetto di flatulenza »): la sua esistenza intera è raffigurata in queste espressioni di sofferenza.

La malata provava piacere erotico solo quando la voce del disco toccava le sue orecchie: « Io voglio che tu mi voglia bene ». Allora sentiva i brividi d’amore percorrere tutto il suo corpo, e amava attraverso la voce l’uomo che si presentava (il fratello, Cesare, Remo, ecc.). Con sufficiente chiarezza, la paziente descrive nella voce del disco il partner amoroso, ma in realtà si tratta soltanto di una illusione di totalità d’amore, alla cui base c’è innegabilmente un grave elemento dissociativo.

3. Nei momenti più gravi della sua malattia, del suo estraniamento dalla realtà e cioè dalle relazioni intersoggettive, la malata doveva obbedire a un oscuro « sistema di idee » (il disco), il quale dirigeva tutti i suoi pensieri e tutte le sue azioni.

Ella dice: « Contro la mia volontà il disco si difende, perché io non sono capace di imporre completamente la mia volontà ».

A questo punto si verifica che l’unica modalità di contatto umano disponibile alla paziente può essere solo quella della « attrazione attraverso la superficie ». Essendo lei nel fulcro dell’autismo dinamico, le manca completamente la seconda modalità, quella della ripulsione. Solo in base alla dinamica attrazione-ripulsione si possono sviluppare simpatia, amicizia, amore, ecc.. Il terreno dell’autismo dinamico non permette più al soggetto di nutrire sentimenti per gli altri, e fa sì che egli si senta in completa libertà, mentre gli altri dipendono da lui. Dunque la libertà che la paziente si è assicurata (come ella stessa confessa nei suoi racconti) è una libertà distruttiva, nociva per sé e per gli altri.

Riassumendo la nostra analisi: abbiamo rilevato e sviluppato il fenomeno dell’autismo dinamico schizofrenico, il quale sin dalla nascita stava alla base dell’esistenza della paziente. Il mancato sviluppo del contatto intersoggettivo, venne nella psicosi sostituito con il disco. Il disco appare come un sistema di idee di carattere giustificativo, e prefigura una esistenza falsa.
DISCUSSIONE

UN PARTECIPANTE:

Io volevo complimentarmi, e nello stesso tempo non osavo chiedere altro, se nel caso non c'è stata la possibilità terapeutica, attraverso la soluzione di un complesso di castrazione; o poi, da quello che ho sentito, non so dove abbia letto di quel complesso di Cenerentola.

Dico: la soluzione del caso, che è inquadrato molto molto bene, penso che si sia potuta verificare attraverso la risoluzione di un complesso di castrazione che è legato a quel complesso di Cenerentola.

NEUMANN:

Il successo, è dovuto anche al fatto che lei era molto ambiziosa, perché lei diceva sempre che non voleva umiliazioni, ed io potevo aiutarla perché era molto intelligente, e la aiutavo per poter fare questi esami.

SELVINI:

Il successo negli esami corrispondeva a conquistare la medaglia, quindi il pendaglio, quindi il valore, perché il pendaglio era eguagliato al valore.

RUOSI:

Rimasto ammirato dalla bellissima esposizione di un caso studiato e trattato in modo magnifico, penso che questa sia proprio la continuazione di quel discorso di stamattina a proposito della sintesi, del pericolo della sintesi, e della necessità di preoccuparsi per quanto riguarda la ricerca; a parte il fatto pratico, soprattutto di continuare su questo settore, che è quello dello studio dinamico di questi casi, senza preoccuparvisi delle varie eziologie e delle varie proposizioni che fanno altri calci dell'esperienza, di diversa concezione. A proposito di questo caso che è stato trattato da una terapista, io credo che si propone la questione se in qualche caso è preferibile scegliere, al momento di instaurare la terapia, la terapista di sesso maschile o femminile; cioè si tratta di casi piuttosto complessi, in cui stanno difficoltà sia con la figura femminile, la figura della bella mamma, e sia difficoltà insorte successivamente con la figura maschile, fratello o, non so, anche padre. Quindi ci sono due problemi di difficoltà, due problemi di ostilità, e appunto bisogna vedere quale soprattutto è il caso di risolvere; cioè, risolvere la mitigazione del complesso nei rapporti con la madre o quello dei rapporti con la figura maschile; quindi non lo so che cosa si propone, che cosa, ad un certo momento, bisogna proporre di più, al momento di instaurare una terapia. Ciò penso che come si fa per i caratteriali nella psicoterapia, esattamente anche al semplice livello sociale dei caratteriali, per es., se ad un certo momento stabilire se è il caso di instaurare rapporti con una figura maschile o femminile fosse la stessa cosa da fare. Domando.

NEUMANN:

Secondo noi non ha importanza.

GALLI:

In genere si procede empiricamente; in questo caso la dottoressa era l'unica disponibile, e ha affrontato direttamente lei la paziente, ma in cliniche con organizzazione psicoterapica, in genere il paziente non viene affrontato direttamente da uno che dovrà essere il suo terapista, se ne provano in due o tre; perché il problema dinamicamente in fondo non si pone, in quanto essendoci problemi in rapporto a due e due le figure, dipende da come il terapista riesce poi ad elaborare, a farle vivere, a farle elaborare al paziente la soluzione; quindi ad un certo momento la dinamica non ha più troppa importanza; il problema è quello del contatto iniziale, o di un eventuale rifiuto molto accentuato, per cui empiricamente si procede con due o tre persone, e chi riesce a stabilire il contatto va avanti. C'è la scelta mutua del paziente e del terapista, in ambienti organizzati.

UN PARTECIPANTE:

Due domande brevi: il dischetto è vissuto come reale, cioè è una allucinazione? Questa è la prima domanda.

Secondo: vorrei che la dr. Neumann ci dicesse due parole sul suo contro-transfer per fare il quadro completo, come ha detto Galli.

NEUMANN:

Non si capiva, è molto difficile rispondere: delle volte si, delle volte no. Delle volte mi diceva: ma sono delle storie! Allora non era vissuto come reale ma quando ero molto infelice allora viveva, allora proteggeva il dischetto. È molto difficile la situazione. Secondo il suo stato d'animo, quando era più tranquilla, sì, perché era l'amico il dischetto. Ha detto anche: sono molto infelice, vado a sentirlo il dischetto!

Per quanto riguarda il contro-transfer ero abbastanza indifferente in principio, e questo è molto bene. Non pensavo neanche di guardarlo, questo non mi mette mai in mente. Tento, lavoro, tocco l'ammalata, molto tempo e molta pazienza: aspetto che si pronunciano perché avrete sentito era cattolica, muta, chiusa. Quando abbiamo studiato in principio i temi, abbiamo cominciato con l'Igiene, allora quella volta andava bene avanti. Lei leggeva e poi mi dava il libro; io leggevo nel libro e lei raccontava quello che aveva letto. Alle volte si interrompeva, guardava un quadro e allora io aspettavo, finché lei ha ascoltato il suo dischetto che agiva. Poi ho cominciato a racchiardarmi la gola; lei non mi sentiva. Poi tossivo ancora, non andava! Una volta ho contato: erano 20 minuti che aspettavo. Guardate quanta pazienza! Allora avevo un mezzo; sì, volevo una sigaretta? Allora con una sigaretta potevo tirare dritto, perché lei dice: con un altro mi si prendono, anzi con una sigaretta si poteva. Ma era intelligente perché si vedeva subito quando leggeva che capiva, che doveva avere una guida. Ma aveva molta pazienza: nei primi mesi, molto. Naturalmente in architettura a me interessava molto l'architettura, io lo facevo anche egoisticamente: volevo sapere, giacché stavo con questa ragazza muta, almeno approfittare un po' di questi libri. Erano bellissimi libri di architettura. Allora cominciai a interessarmi sempre di più, e questo mio interesse era un transfert, era subito allegro quando si cominciava e io depressa quando

MONTANARI:
Volevo semplicemente sapere l’atteggiamento attuale della ex-paziente nei riguardi della malattia pregressa, cioè come la vive, se la ricorda oppure è tutto passato.

NEUMANN:
L’ultima volta l’ho vista un anno e mezzo fa quando sono stata in clinica con la frattura della gamba. Io ero ingessata e lei è venuta a trovarmi. Quando mi ha visto non ha detto niente, ha cominciato a piangere, e per almeno 5/7 minuti singhiozzava davanti al mio letto. Non abbiamo dato niente nè l’una nè l’altra, ma io la capivo che è guarita fino in fondo, perché aveva questa umana passione per me vedendomi a letto immobile, e io che ho aiutato e lei non mi può aiutare: insomma era molto bello questo. Avevo l’impressione che fino in fondo è guarita, perché come Benedetti dice, quando ci sono questi sentimenti così profondi di compassione con il prossimo, allora si può veramente capire che un cambiamento è stato fatto. Non solo in superficie, ma anche in profondità. Adesso lavora in uno studio di un architetto. Ha cominciato prima con un africano: è un ingegnere elettronico, una persona molto intelligente. Di lì ha incominciato, è andata sempre ai cocktail, molto elegante e bella! Adesso è diventata bella.

MATARAZZO:
Potei chiedere a che stadio della malattia la ragazza disse: «io mi rifugio nella malattia» e quindi accettava la terapia?

NEUMANN:

SELVINI:
Non ha capito bene la domanda. Volevo chiarire questo: questo diario che la dr. Neumann ha letto non è un diario scritto durante la terapia o ricostruito durante la terapia: sono veramente dei vecchi quaderni ritrovati in casa che portano le date dei diversi anni e che riportano quindi la situazione dell’ammalato nel momento in cui scriveva il diario. La prima parte del diario si riferisce agli inizi della malattia. Poi vedono che c’è un diario in cui comincia la questione della puzza, quindi comincia la concretizzazione paranoia. Questo è stato rinconfermato in terapia con la dottoressa, ma la dottoressa aveva in mano i diari. Quelle frasi sono tolte dai diari più vecchi, cioè all’inizio, quando era ancora una situazione pre-psicoterapica, cioè quando dice: io mi rifugio nella malattia. Mentre invece, quando è diventata veramente psicoterapica, dice: io ascolto il disco, faccio l’amore col disco. Mentre invece la realizzazione di malattia e l’accettare una terapia non ha mai dovuto essere espressa verbalmente, in quanto la terapia passava attraverso lo studio di queste materie in comune.

MATARAZZO:
Appunto per questo, perché uno psichiatrico — che io sappia — non accetta mai di essere un ammalato. Questo lo posso affermare, perché chi vive in un ospedale psichiatrico e ha dei pazienti da diversi anni, anche colti al primo inizio della malattia, hanno sempre questo atteggiamento. Appunto io ho fatto questa domanda per sapere se era in uno studio precoces.

GIANNINI:
Sono uno psichiatra e non uno psicoterapeuta, però veramente mi ha colpito della dottoressa Neumann non tanto una tecnica particolare, quanto una profonda umanità, un accostamento umano col malato, e direi che questa è una cosa meravigliosa. Si sente anche da come la dr. Neumann parla, che riceve queste situazioni e le percepisce profondamente. Mi dà l’idea di una saggia, di una che la vita profondamente conosce e soprattutto conosce l’amore, e questa mi sembra la cosa meravigliosa, dà la sensazione che conosce l’amore: un amore che non ha senso, non è legato ad oggetti particolari, ma è un amore universale; è questo amore che lei ha saputo infondere praticamente nell’ammalato, e l’ammalato ha riacquistato il suo amore indipendentemente da una tecnica particolare. Mi sembra questo il grande ammiramento che ci ha dato. Non so se io ho interpretato quello che lei ci ha voluto dire, indipendentemente dai meccanismi psicodinamici: è proprio questo, che si può fare a meno certe volte di tecniche specializzate usando l’accostamento umano, questo amore che è un po’ difficile oggi, è un amore grande, insonnambulato. Volevo chiedere ultimamente quale sono state, secondo lei, le forze che hanno agito beneficamente? L’amore verso questa paziente, cioè la dedizione che lei ha fatto come madre e come amica, ecc. oppure il senso di autostima che lei è venuto quando lei ha avuto il successo per gli esami; cioè, l’ho sì è formato quando lei ha visto che poteva fare qualche cosa, oppure quando è nata in lei una sensazione che poteva ancora amare qualche persona?

NEUMANN:
Se uno stima se stesso, allora anche gli altri lo stanno. Allora comincia anche a vestirsi meglio ed a comportarsi meglio, ma prima si taglia i capelli fino in fondo e imbruttiva. Ha sentito che comportamento aveva? Metteva le mani addosso ai colleghi. Naturalmente i colleghi al politecnico erano un po’ seccati e anche le ragazze, si capisce. (risate in sala). Così non aveva stima di loro, loro non stimavano lei. Ma quando il suo comportamento era ordinato l’accettavano tutti e lei vedeva che fu accettata
GIANNINI:
Per quanto riguarda l'autostima e l'amore, se io amo me stesso io mi stimo e stimo gli altri; se io posso amare, indubbiamente, io ho questa capacità meravigliosa di sentirmi pienamente sintoni con tutto quanto l'universo, e con gli altri uomini, e quindi mi sento grande. Nella depressione, in fondo, che cosa si perde se non l'amore, se non la possibilità di legarsi da affetti, e questo profondo senso di colpa, di disistima di se stesso. Son due cose, mi sembra, che sono strettamente parallele. E lo si trova nella melanconia: la melanconia è quando uno uccide se stesso, si annienta unicamente perché non sa più amare, ed è cosciente perfettamente di questa situazione. Mi sembra che siano molto paralleli. Ecco perché la forza psicoterapeutica è una forza veramente grande, che è indipendente un po' da certe tecniche, almeno mi sembra questo; è una lezione.

FONDAMENTI DELLA TEORIA DELLA COMUNICAZIONE

ENZO SPALTRO

Cercherò di esporre il più sinteticamente possibile alcuni concetti che possono essere raggruppati sotto la dizione che rappresenta il titolo della lezione, e cioè « fondamenti teorici della comunicazione ». Cercherò di esporre questo problema non mirando a dare un panorama completo dei concetti che ne fanno parte, ma cercando di arrivare — come dirò più tardi — a delle formulazioni teoriche generali. Lo sviluppo logico parallelo di diverse discipline, tutte centrali sull' uomo come perno di interesse, ha fatto sì che il problema delle comunicazioni, cioè del passaggio di informazione tra uomo e uomo, diventasse un problema cruciale, nel significato etimologico della parola, in tutte le scienze dell'uomo. Tale problema appare subito anche in psicoterapia come possedere i caratteri della coercitività e della interdisciplinarietà essendo, da un lato, impossibile affrontare un qualiasi problema umano senza incontrare l'impasse della comunicazione, di qualunque tipo essa sia, ed essendo — d'altro lato — un tal genere di problemi non catalogabile sotto l'esclusività etichetta di nessuna delle scienze dell'uomo, inadeguate come sono state finora all'esigenza di formulare una teoria generale della comunicazione che fosse nello stesso tempo psicologica, sociologica ed economica. Il tentativo di arrivare a delle formulazioni generali si impone, d'altronde, in questo campo, perché le difficoltà di lessico, di punti di vista disparati, di esigenze concrete diverse, tendono inevitabilmente a disperdere le formulazioni in una serie infinita di rivoli di pensiero in cui l'estensione logica, le premesse metodologiche ed in definitiva la stessa validità vengono ad essere fortemente probabilì. In psicoterapia le formulazioni teoriche generali di una teoria della comunicazione hanno di anno in anno acquistato sempre maggior interesse, anche se mancava spesso la consapevolezza della coercitività e della interdisciplinarità di questa teoria. Una serie di contatti mancati, l'impossibilità di assimilare produttivamente i contributi di altre discipline, ha fatto
sì che sulla comunicazione in psicoterapia manchi a tutt’oggi un sistematico tentativo di teorizzazione. Ed in questo senso lo sforzo che il prof. Benedetti ha fatto nella sua relazione inaugurale del presente corso, mi sembra meriti un’attenzione che va oltre la semplice ammissione o il semplice piacere estetico che essa ci ha dato, perciò — per me, almeno — ha rappresentato uno dei pochi tentativi a cui ho assistito, e che ho seguito, di dare una formulazione teorica ai problemi della comunicazione per ciò che concerne il dialogo psicoterapeutico. Io tenterò di dare qui alcuni cenni di quelle che potrebbero essere le possibilità di una teoria generale della comunicazione. Non è possibile fare questo senza tener conto di quanto è già stato detto, affermatamente, nelle più disparate discipline, su questo argomento delle comunicazioni.

E’ noto, infatti, che nella matematica, nella statistica, nella sociologia, nella metodologia, nella psicoterapia, nell’economia, nella psicologia, nella cybernetica, è stato trattato questo argomento della comunicazione ed è ovvio quindi che non si può comprendere o concepire di strutturare un contesto generale o concepire di un contesto generale dei problemi della comunicazione, neanche quindi in psicoterapia, senza tener conto — sia pur sommariamente — di quello che le altre discipline pensano sul processo di comunicazione in genere. Un primo elemento teorico comune, che è forse quello che determina la coercitività del problema delle comunicazioni in ogni disciplina, consiste nello schema generale dei processi comunicativi, che è esposto in alto sulla lavagna. Esiste cioè un gruppo di quattro fattori, un comunicante, una comunicazione, un canale comunicante ed un ricevente.

Questo schema generale, che ha subito soprattutto dalla teoria matematica della comunicazione una serie di elaborazioni, è tuttora valido e può servire come punto di partenza per il nostro discorso. La scienza che per primo si è occupata dei problemi della comunicazione e ne occupa più approfonditamente è stata la matematica, e connessa con la matematica, la tecnologia delle comunicazioni. L’ingegnere che si è dovuto occupare di problemi di comunicazione, è arrivato a una formulazione generale della teoria delle comunicazioni semplicemente tentando di capire quello che stava facendo. Per l’ingegnere il centro della teoria è l’informazione; i tecnologi infatti definiscono l’informazione come l’insieme di tutti i messaggi che possono essere spediti. Non vi è informazione se l’informazione non è comunicabile. Ne viene, di conseguenza, che ogni attenzione deve essere data alla necessità di spedire messaggi i più numerosi possibili nell’unità di tempo, e fin dai primi tempi i mezzi di comunicazione che concentrassero il massimo di informazione nel minimo di tempo è stato il problema n. 1 della tecnologia. Ne sono venute di conseguenza una serie di esigenze, e vorrei ricordare qui la prima formulazione di una quantizzazione della informazione nei processi di comunicazione: fu fatta proprio qui a Milano, intorno al 1830, da Cicco Simonetta, il quale tentò di esaminare la frequenza delle lettere dell’alfabeto nella lingua italiana. Lo stesso procedimento fu effettuato subito dopo da Morse, quando si pose il problema del limitare al minimo l’impiego di tempo nella trasmissione dei messaggi telegrafici. Calcolando la frequenza delle lettere nella lingua, si trattava di dare alle lettere più frequenti i segni, i simboli di minore durata temporanea, e Morse cercò di risolvere la cosa, anzi risolve la cosa, mediante la costituzione dell’alfabeto Morse, basato proprio sulla scelta dei messaggi, dei segni impieganti il minor tempo per le lettere che avevano la massima frequenza.

Lo schema di Morse, che io ho riportato per brevità soltanto nei due estremi, aveva catalogato infatti le diverse lettere con la frequenza su un numero globale di 100.000 lettere prese dal linguaggio scritto; la frequenza delle lettere era risultata essere la seguente: la lettera E compariva 12.000 volte su 100.000; la lettera T, 9.000 volte; la A, 8.000 volte e via dicendo. Naturalmente Morse diede alla lettera E il segno del punto, che è il più ristretto come limite temporale; diede alla lettera T la linea, alla A il punto e la linea, alla I i due punti, e diede alle lettere le cui frequenza era minima i simboli e i segni che rappresentavano un impiego di tempo. Ne è derivato appunto l’alfabeto Morse tuttora utilizzato.

Da questa prima formulazione telegrafica si è arrivati poi ad altri tipi di trasmissione, ad altri tipi di comunicazione come le comunicazioni audiovisive in genere, e il problema centrale era quello delle correlazioni tra informazione e tempo. Nel 1928 un ingegnere americano, Hardy, formulò una legge che definiva matematicamente i rapporti ottimali tra informazione e tempo. Hardy aveva trasformato tutte le possibilità di informazione in un codice binario in cui le alternative erano semplicemente la presenza o l’assenza: codice binario che poi ha dato luogo a quasi tutte le tecniche di elaborazione elettronica; la legge di Hardy ha dato luogo a quella formula che ha permesso di calcolare per la prima volta la quantità di informazione. L’unità di informazione era il « bit » ed è tuttora il « bit ».

Vorrei fare un esempio di bit. Noi abbiamo sulla destra della lavagna 8 lettere dell’alfabeto: ognuna di queste lettere può avere un
significato che può essere complicato sempre di più se diamo tre serie di divisioni binarie al sistema di interpretazione delle lettere. Se io avessi semplicemente da esprimere una informazione del tipo 1 o 0 a me basterebbero due lettere: A e B e avrei un bit, cioè avrei una unità di informazione. Se invece adatto una seconda ripartizione, evidentemente suddivido le quattro lettere che mi rappresentano il valore 1 e le 4 lettere che rappresentano il valore 0 in altrettanti valori 1 e 0, cioè in questo momento ho 4 segni che mi indicano 4 fenomeni diversi e quindi ho 2 bit, perché ho due possibilità di scindere il fenomeno binariamente; qui abbiamo un sistema di otto lettere congregate in modo da veicolare 3 bit di informazione, perché suddividendo ancora abbiamo la A che significa 111, la B che significa 110, la C che significa 101, la D che significa 100 e così via con tutte le combinazioni possibili. Questo sistema viene quantitativamente calcolato veicolante 3 bit. Se posso utilizzare questo sistema 100 volte in un secondo o 100 volte in un minuto primo, dico che il mio canale di comunicazione veicola 300 bit al minuto. Questa è una delle conseguenze della legge di Hardly, che ha dato poi luogo alla teoria matematica delle comunicazioni.

Un certo periodo di crisi si è avuto quando è stato formulato da Gabor nel 1946, sotto la spinta del principio di indeterminazione di Heisenberg, il principio di indeterminazione nelle comunicazioni. Egli si è accorto, e lo non posso riferire qui, anche perché non ne avrei la competenza, esattamente i passaggi matematici con cui sono arrivati a queste formulazioni, si è accorto che informazioni e tempo erano correlate fra loro e quindi non era possibile parlare così deterministico senza introdurre la nozione di probabilità di quantità di informazione, in quanto moltiplicando il fattore tempo si modificava anche il fattore informazione; cioè non era possibile accelerare il processo di trasmissione di questa quantità di informazione all'infinito. Gabor faceva l'esempio classico del grammofono o del registratore, dicendo: se per sentire più velocemente un certo numero di parole accelero la velocità del disco o del nastro, aumenta la frequenza, e fino ad un certo punto riesco a seguire; poi l'informazione sfugge, e oltre un certo livello non posso andare: quindi vi è una netta indeterminazione, simile a quella del principio di indeterminazione di Heisenberg in cui si calcolava la posizione o si calcolava il movimento della particella; Gabor dice: o si calcola l'informazione o si calcola il tempo. E fu necessario introdurre il concetto di probabilità.

Nel '51 esce il volume di Shannon sulla teoria matematica delle comunicazioni, che rappresenta un fatto notevole perché introduce il concetto di probabilità, cioè che ogni comunicazione viene ad essere trasmessa non deterministicamente ma probabilisticamente. E' sempre connessa con la trasmissione di qualsiasi informazione la probabilità che questa informazione passi e la probabilità che questa informazione non passi: cioè non è concepibile una informazione che venga deterministicamente e sicuramente trasmessa. Lo schema di Shannon, naturalmente, porta a una modifica del schema generale cui ho fatto cenno in partenza. Lo schema generale diventa lo schema posto nella parte inferiore di questa lavagna: siamo sempre al livello di teoria matematica, e questi principi sono stati applicati alle telecomunicazioni. Secondo Shannon la sorgente non è più semplicemente un comunicante, ma vi è una sorgente e un trasmettente: fra sorgente e trasmettente vi è una codificazione. Ecco l'elemento fondamentale: la codificazione determina il livello di probabilità attraverso cui si può concepire il passaggio dell'informazione. Vi è un canale, un canale che ha sempre presente un disturbo però: il concetto di « noise » è derivato dal fatto che i primi studi sono stati effettuati in acustica; poi è stato ampliato e diffuso anche alla percezione visiva e alla percezione in generale, ed è sempre presente a livello del canale. Attraverso il canale passa l'informazione che arriva al ricevente che la deve decodificare e la deve portare a destinazione. Questo è lo schema di Shannon.

Lo schema di Shannon, la teoria matematica delle comunicazioni, è importante perché introduce il concetto probabilistico a livello delle comunicazioni. Ciò l'informazione non arriva « tout court » per il fatto stesso di essere inviata, anche attraverso un canale sicuro, ma appunto perché ha necessità di essere codificata e decodificata ha una probabilità di arrivare. Infatti la formula di Shannon, se non sbaglio, è proprio basata sulla probabilità del materiale informativo. Questo per ciò che riguarda la teoria matematica dell'informazione.

Vediamo ora in un'altra disciplina, in statistica, come i problemi della comunicazione e la teoria dell'informazione siano stati affrontati. Questi problemi hanno dato luogo in gran parte a quel grosso capitolo della statistica che si chiama statistica di decisione, in cui si agisce sempre a livello di probabilità. Bisogna avere abbastanza chiara la differenza fra un processo matematico e un processo statistico, anche se sommariamente, tenendo presente che una variabile matematica non诱导e il concetto di frequenza, mentre una variabile statistica include il concetto di frequenza. Una variabile statistica è una variabile matematica con attaccata insieme una frequenza. Se prendo un processo

— 210 —

— 211 —
Il contrario di ridondanza si chiama entropia. L'entropia è infatti, basandosi analogicamente sul secondo principio della termodinamica, la energia esistente nell'interno di un messaggio, in teoria della comunicazione.

Ci fermiamo qui per ciò che riguarda il contributo della statistica, per passare ad un particolare capitolo della logica, denominato semiotica, che ha studiato anche la teoria delle comunicazioni. La teoria delle comunicazioni, esaminata dal punto di vista logico, può essere chiamata in diversi modi: è stata denominata semiotica da Locke e quindi si prende ancora il vecchio termine Lockiano, però, la si può anche denominare « teoria del linguaggio », in generale.

La teoria del linguaggio dice che in ogni processo di comunicazione esistono tre livelli semiotici cui dobbiamo fare attenzione: non vi è linguaggio, non vi è comunicazione, se non si scinde in tre livelli che sono: il livello sintattico, il livello semantico e il livello pragmatico. Il livello sintattico riguarda il problema dei segni e dei rapporti fra i segni, cioè le differenti modalità con cui i segni si articolano ed entrano in rapporto fra di loro. La ridondanza è un tipico esempio, trasferito in termini di teoria del linguaggio, di problema sintattico. Il problema semantico è il problema che riguarda il rapporto tra i segni e i loro determinati, cioè tra i segni e gli oggetti, i fenomeni, le informazioni che veicolano. Il livello pragmatico è il livello a cui si pongono i problemi di coloro che usano i segni, cioè riguarda la tecnica della comunicazione, cioè il rapporto tra i segni e coloro che li usano, colori che li trasmettono e li ricevono.

Arrivati a questo punto, possiamo passare a un primo esame della teoria della comunicazione in psicologia e vedere come la teoria dell'informazione diventa in psicologia il problema della misura. Ormai è scomparso il concetto di misura in psicologia come quantizzazione dei dati, ma è apparso e si è sempre di più affermata la concezione della misura come l'ha definita Stevens, cioè come quel processo di appaiamento di simboli o segni ai fatti empirici allo scopo di ottenere una maggiore trattabilità di questi; quindi vi è il problema della trattabilità, e il problema della trattabilità pone automaticamente un problema di linguaggio, per cui la misura è qualcosa che permette la trattabilità dei dati e dei fatti empirici, e quindi è un problema di passaggio, di informazione. Si dovrebbero dire molte cose sul processo di misura, ma voglio ricordare soprattutto i due fondamenti centrali del concetto di misura, chesono l'isomorfismo e l'invarianza, perché sono concetti nettamente connessi col processo di trasmissione dei
dati e quindi con i processi di comunicazione. L’isomorfismo dice che deve esistere una relazione 1:1 tra i simboli e i fatti empirici, quindi pone — da un punto di vista più psicologico — il problema semantico; l’invarianza dice che nel variare delle diverse variabili che vogliamo misurare ve ne deve essere almeno una che non varia, altrimenti non possiamo misurare nulla. Questo pone un problema pragmatico, e ci porta in termini di teoria del linguaggio al livello pragmatico. In psicologia, quindi, le diverse forze di comunicazione sono state studiate non tanto dal punto di vista della effettiva quantità di comunicazione passata da un individuo all’altro, quanto dal punto di vista del vissuto soggettivo di comunicazione. La psicologia, come tutti noi sappiamo, è una scienza che riguarda i fatti soggettivi riferiti all’individuo, e quindi per essa importa meno l’effettivo passaggio della comunicazione, rispetto al vissuto di comunicazione; da questo punto di vista, l’osservatore, il ricercatore, non si colloca sul processo, ma sul singolo, sull’individuo singolo. Il punto di vista della soggettività permette di distinguere alcuni vissuti di comunicazione che, a mio avviso, possono essere elencati in questa maniera: possiamo avere un vissuto di trasmissione intrapersonale, e mi riferisco a tutto il problema della propria soggettività intesa come modificazione volontaria e consapevole di determinati stati intrapersonali, in genere; possiamo concepire anch’essi processi di ricezione intrapersonale. Evidentemente il processo della comunicazione, siccome siamo centrati sul singolo, si basa sull’intragruppale, sul ricevente. Quindi possiamo immaginare due vissuti diversi: del comunicante e del ricevente; il processo è lo stesso, ma psicologicamente abbiamo due vissuti diversi.

Abbiamo una trasmissione interpersonale 1:1, abbiamo una ricezione interpersonale 1:1, abbiamo una trasmissione interpersonale 1:molti, abbiamo una ricezione interpersonale 1:molti; e abbiamo una trasmissione temporale, e una ricezione temporale. Con questi vissuti, se vogliamo riportarci al livello del processo e quindi incominciare ad affrontare il problema delle comunicazioni in sociologia, ci portiamo dalle trasmissioni e recezioni interpersonali 1:1 (livello individuale), alle trasmissioni e recezioni interpersonali 1:molti, a livello del gruppo; trasmissione e ricezione temporale, situata nel tempo, a livello della cultura, a livello della società. Abbiamo delle caratteristiche del vissuto ricevente e del vissuto trasmittente. Le caratteristiche del vissuto ricevente possono essere elencate come: processo di identificazione, consapevolezza della trasmissione, mutamento dell’informazione presente nell’individuo. Alla base di tutto questo vi è sempre una coscienza di appartenenza, cioè un valore, una utilità che vedremo meglio come definire.

Il vissuto trasmittente ha delle caratteristiche che sono anch’esse identificazione, consapevolezza della ricezione, mutamento dell’informazione. Qui si aprirà un lungo e grande capitolo su tutti i contributi dati dalla psicologia in sede experimentale a una chiarificazione di questi vissuti. Io cercherò di ricordarli velocemente. Innanzitutto la psicologia ha affrontato il problema della percezione come processo di codificazione. Se esaminiamo lo schema di Shannon, in cui è fondamentale la codificazione e la decodificazione, dobbiamo concepire tutti i processi percettivi come un sistema di codificazione e decodificazione che deve essere congruo; se i processi di codificazione e decodificazione non sono congrui, evidentemente vi sono alterazioni della percezione. Se esistono poi valori che rappresentano una ridondanza, cioè una informazione precedente rispetto ai processi di comunicazione, occorre individuare questi valori. Quali sono i valori che la psicologia ha studiato? Un valore è il concetto di desiderabilità: la desiderabilità modifica la trasmissione dell’informazione e modifica la ricezione. E’ stato dimostrato, dalla psicologia sociale, che è soprattutto la cosiddetta desiderabilità sociale a modificare il sistema di trasmissione e di ricezione dell’informazione; ci si porta qui a livello dei sistemi di aspettative, cioè non è tanto quello che si desidera che modifica l’informazione trasmessa e ricevuta, quanto quello che si ritiene che la società, il gruppo a cui si appartiene, desideri.

A livello della trasmissione dell’informazione e dei vissuti di ricezione e trasmissione, si struttura tutta la dinamica dell’incertezza; poiché agiamo sempre a livello della probabilità, un messaggio che arriva non sicuramente, sempre avviene, ci spiega tutta la gamma delle incertezze e dell’operazione mentale e logica dell’incertezza, che è definita appunto dalla presenza di una pluralità, di una probabilità e di una gradualità del fenomeno o del messaggio che arriva. Quando il messaggio o l’informazione in arrivo ha queste caratteristiche della possibilità, della probabilità e della gradualità ci troviamo al livello della dinamica dell’intervento, perché questa è appunto, per definizione, la dinamica dell’incertezza.

Il passaggio dall’incertezza alla certezza, cioè la risoluzione degli stati di incertezza mediante la scelta, la decisione, cioè la trasformazione degli stati che consistono nella pluralità, in una possibilità e in una probabilità in stati che invece hanno come caratteristica la necessità, l’unicità e la mancanza di gradualità, si chiama appunto decisione.
ed è alla base dei processi di trasmissione e di ricevimento dell'informazione, perché quando la informazione arriva viene ad essere spiegata lungo livelli probabilistici e viene ad essere scelta una certa informazione probabile, la più probabile. Si può dire che, in definitiva, alla base del ricevimento, della trasmissione di qualsiasi informazione, vi è sempre un processo di decisione, cioè ad un certo momento l'individuo deve decidere e deve passare da stati di incertezza a stati di certezza. Evidentemente è ovvio che dietro questi processi psicologici esistano una serie di processi affettivi, che sono abbastanza caratteristici e sui quali non mi dilungo. Da questo punto di vista la ridondanza, questo concetto scoperto dai matematici, cioè questo legame tra le probabilità dei singoli eventi componenti una serie di informazioni, acquista un carattere di aspettativa, in psicologia. Noi possiamo dire che una aspettativa in psicologia non è altro che una ridondanza. Qui basta citare qualche esperimento, fatto sulle aspettative: si presentano delle serie di grandezza ed a un certo momento l'individuo si attende un'altra grandezza per essi anche se gli viene passata una informazione che non corrisponde alla grandezza attesa, l'individuo tende a distortare la percezione, facendosi trascinare dalla grandezza attesa e non dalla grandezza reale. Questi sono fenomeni abbastanza conosciuti e che sono espressione, in termini psicologici, del concetto di ridondanza scoperto in matematica. Se esaminiamo questi processi di aspettative e le distorsioni percettive, che rappresentano, in definitiva, dei deficit di comunicazione, dobbiamo anche considerare, come altro punto di passaggio verso la comunicazione in sociologia, il problema dei ruoli. I ruoli che l'individuo svolge nell'interno del gruppo sociale di appartenenza sono definiti come la percezione individuale del sistema di aspettative della società nei confronti dell'individuo. « Ruolo » sociologicamente è il sistema di aspettative della società nei confronti dell'individuo; ruolo psicologico è la percezione che l'individuo ha dei sistemi di aspettative della società su di sé. Questo ruolo evidentemente influenza nettamente, perché è un sistema di aspettative, i processi di comunicazione o, se non altro, i vissuti comunicativi sia in partenza che in arrivo.

Il problema delle comunicazioni non poteva non esser studiato anche dalla sociologia. La sociologia ha affrontato però esclusivamente o quasi esclusivamente il problema delle comunicazioni istituzionalizzate, cioè i processi di comunicazione potevano essere istituzionalizzati, resi parte della società e resi definiti in partenza nella possibilità di veicolare informazioni o di trasmettere determinati contenuti. Il problema coercitività della trasmissione non aveva grande importanza, perché era importante soprattutto il vissuto comunicativo: mi riferisco qui alle comunicazioni di massa, alla radio, alla televisione, a tutti i processi di comunicazione istituzionalizzati che fanno parte della sociologia che della psicologia, e mi riferisco soprattutto al problema delle comunicazioni nella organizzazione industriale moderna. Il problema delle comunicazioni è affrontato dal punto di vista psicologico, ma soprattutto sociologico, in quanto si tende a istituire dei canali sociologici, cioè istituzionalizzati, in cui il massimo di informazione possibile sia consentito, e i vissuti di ricezioni o di trasmissione delle informazioni siano possibili al massimo livello. Un particolare tipo di informazione è quello che si sta studiando adesso e che rappresenta una parte di quel grosso capitolo che va sotto il nome di « human engineering » o ergonomia; è il problema delle comunicazioni non tra uomini, ma tra macchine e uomini, e qui veramente il problema è molto complesso, e lo accenno soltanto, perché evidentemente dei vissuti comunicativi vi sono: il pilota che vede dal radar che il proprio aereo sta andando in un certo senso e che riceve questa informazione, vive un processo di comunicazione, e lo vive anche al livello della identificazione, al livello proprio delle macchine o dei calcolatori elettronici. Se parliamo con i tecnici di questi calcolatori elettronici, si vede che essi vivono la identificazione con la macchina: amano la macchina, addirittura. Questo è un problema nuovo, ancora non facilmente affrontabile, ma comunque da tener presente. Vi è un problema di comunicazione tra macchina e uomo, non tanto tra uomo e macchina, che è più facilmente comprensibile, ma tra macchina e uomo. E i vissuti comunicativi hanno le caratteristiche dell'identificazione, della consapevolezza della trasmissione, del mutamento dell'informazione cui accennavo prima.

Mi resta da dire ancora qualche cosa su come il problema delle comunicazioni è stato affrontato in economia, perché anche l'economia ha dato un contributo notevole alla teoria generale delle comunicazioni. In economia il problema delle comunicazioni si denomina « teoria dell'utilità ». La teoria dell'utilità, che per noi psicologi ha un grosso interesse perché ci consente di esaminare dal punto di vista economico, cioè dal punto di vista dell'utilità, quelle che sono le motivazioni nel comportamento umano, la teoria dell'utilità ha le caratteristiche della comunicazione in quanto l'individuo che deve scegliere un proprio comportamento economico agisce sempre al livello di incertezza, cioè agisce ricevendo delle informazioni che hanno quelle
caratteristiche di probabilità che sono state descritte da Shannon: la comunicazione probabilistica è quella che determina poi le scelte dei comportamenti economici degli individui, ed è quella che fa parlare di rischio, cioè di decisioni in stati di incertezza motivati. Ciò se devo decidere se accettare un’informazione oppure se accettare una informazione veridica o per falsa, quindi commettere un errore di primo tipo o di secondo tipo se concludo di aver scelto per vera una cosa falsa o di aver scelto per falsa una cosa vera, mi pongo in una situazione di rischio: non sono in rischio se mi trovo a non essere motivato, e cioè da questa mia scelta non deriva un mio possibile vantaggio o un mio possibile danno; ma se da questa scelta che è motivata non deriva un possibile vantaggio o un possibile danno mi trovo a scegliere in condizioni di rischio. La economia ha trattato il problema della comunicazione essenzialmente in termini di rischio, e più passa il tempo e più passa il tempo più questo approccio e quegli vanno acquistato valore e significato.

Mi resterebbe da dire delle comunicazioni in psicoterapia e che trattazione esse hanno avuto, e vorrei ricordare qui come alcuni autori hanno pensato di esprimere addirittura una teoria generale dei rapporti interpersonali basata sul concetto di comunicazione. Mi riferisco, per es., al concetto di congruenza di Carl Rogers, il quale afferma che la congruenza sta alla base delle relazioni interpersonali, basate appunto sulla congruenza tra i vissuti di esperienze, di trasmissione, di comunicazione e di consapevolezza di esse. Non è qui da discutere quale legge si possa utilizzare in psicoterapia: sarebbe estremamente difficile, ma certamente dobbiamo tener presente, quando studiamo i processi psicoterapeutici e le comunicazioni che essi avvengono, che altre discipline hanno dato dei contributi in questo senso, contributi che non possono essere ignorati nella psicoterapia. Dobbiamo tener presente che alcune interpretazioni in sede di psicopatologia, alcune interpretazioni della teoria delle comunicazioni, come l’interruzione o la distorsione della comunicazione, possono dare luogo a delle ipotesi abbastanza avvincenti, abbastanza interessanti. Così qualcuno ha parlato del fatto che il bisogno di un vissuto trasmissibile che può venire ad essere interrotto, ma che può permanere come bisogno se la ricevente, può portare a una strutturazione interna di un ricevente, mentre il bisogno del vissuto ricevente può portare alla strutturazione interna di un trasmissibile. L’interruzione dei processi comunicativi, in quanto vissuto, o la distorsione di questi processi comunicativi in quanto vissuto, possono portare al blocco completo del vissuto comunicativo. Il problema è qui vedere qual è stato il contributo della psicoterapia alla teoria della comunica
cazione. Le astrazioni fatte sulla differenza fra significato logico e significato affettivo dei messaggi hanno un valore puramente tecnico. Secondo me, il contributo che la psicoterapia ha dato alla strutturazione della teoria delle comunicazioni è nell’avere affermato un problema semantico e pragmatico come teoria del linguaggio, con diversi livelli di comunica
cazione.

L’utilizzazione di tali livelli in sede psicoterapeutica può strutturarsi proprio tenendo conto della presenza di questi due vissuti, trasmissiente e ricevente, e indubbiamente se si tiene presente questo, che secondo me è il contributo maggiore della psicoterapia alla teoria delle comunicazioni, non possiamo pretendere di risolvere a livello sociale il problema delle comunicazioni, cioè istituzionalizzando una serie di circuiti di comunicazione che permettano il passaggio di grandi quantità di comunicazione sia in senso trasmissente che in senso ricevente. Non possiamo risolvere il problema dei livelli comunicativi, perché le comunicazioni in massa non ci danno una soluzione del problema dei livelli comunicativi, ed è in questo senso che la psicoterapia può dare, e già da, un notevole contributo.

E’ arrivato il momento di concludere questo mio tentativo di dare una teoria generale ai processi di comunicazione. Vorrei sintetizzare qui quelli che possono essere, secondo me, alcuni concetti di base, riassuntivi di quanto detto finora. Innanzitutto, il problema delle comunicazioni non può essere affrontato da una sola disciplina.

2) lo stato di comunicazione rappresenta un vissuto individuale che è necessario all’individuo per la soddisfazione dei suoi bisogni fondamentali di identità e di differenziazione.

3) il vissuto di comunicazione, trasmissiente o ricevente, include sempre i quattro concetti di incertezza, decisione, mutamento ed insicurezza.

4) Il vissuto di comunicazione ha come condizione indispensabile una consapevolezza di esso. Qui si apre il grosso problema delle comunicazioni inconscio, comunque possiamo parlare (in senso di discussione).

5) Si deve distinguere il vissuto di comunicazione dalla comunica
cazione affettiva, dal processo di comunicazione. Tale distinzione si situa non nell’antitesi più ovvia che viene subito in mente tra sog
ggettivo ed oggettivo, ma in un puro e semplice problema di codifica-
zione e decodificazione, perché se la codificazione e la decodificazione sono congruenti il vissuto si identifica col processo.

6) Perché una comunicazione avvenga occorre che vi sia il sorgere in un individuo di una consapevolezza, di un vissuto di comunicazione trasmessa o ricevuta, in presente o in passato, cioè deve essere ristrutturata quella comunicazione temporale di cui parlavo prima.

7) La comunicazione agisce a differenti livelli, per cui non è possibile affermare che l'istituzionalizzazione della dinamica delle comunicazioni sociali di massa aumenta la quantità di informazione circolante in una società.

8) Si ostacola la comunicazione ogni volta che il prodotto informazione trasmessa per informazione ricevuta tende a zero. Questo vale anche per le comunicazioni interpersonali.

Per finire vorrei leggere alcune parole di Sullivan dal volume «Teoria impersonale della psichiatria», che mi sembrano particolarmente interessanti per dare l'idea del vissuto di informazione trasmessa o ricevuta. E' quel punto in cui Sullivan parla della disattenzione selettiva. Sullivan dice: «credio che sia per ora sufficiente la seguente formulazione. Qualunque cosa che disturbi seriamente l'individuo, qualunque evento che tenda a provocare una modifica di fondo in una configurazione già stabile di rapporto con gli altri, produce la tensione dell'ansia e azioni per diminirla. Tale tensione e le attività richieste per la sua riduzione, o sollievo, attività che chiamiamo — come ben noto — operazioni di sicurezza, perché sono dirette a mantenere una situazione di sicurezza relativamente alla stima di sé, interferiscono sempre con ogni altra tensione o trasformazione di energia che si trovi a coincidere con esse. E — prosegue Sullivan — mi riferisco a quel processo chiamato disattenzione selettiva: si tratta di qualcosa di molto diverso da una semplice svista o negligenza. Una buona osservazione ed analisi di una massa di incidenti selectivamente inosservati, espanderebbe il sistema dell'Io che di solito controlla il contenuto della coscienza e la ampiezza dei processi mentali di riferimento utili per comunicare con gli altri. Il continuo miracolo della disattenzione selettiva spiega la nostra tesi e i numerosi pregiudizi, atti verbali, razionalizzazione su noi stessi e sugli altri, e spiega in parte la caratterizzazione umoristica del Borbone come di quel tale che non dimentica mai niente e che non impara mai niente».

(Epplausi).
di studiare scientificamente come questa viene accolta dal soggetto. Non è mai stata fatta una ricerca motivazionale, non è mai stata fatta una ricerca psicologica seria, direi di mercato; a un certo momento, se una ditta per propagandare un formaggio, ha bisogno di spendere centinaia di milioni per far rimanere l’immagine di una determinata marca, dobbiamo renderci conto che anche noi, per trasmettere i nostri concetti, dobbiamo adoperare non solo gli stessi sistemi, ma anche lo stesso impegno sul piano finanziario, anziché fare appello a della generica bontà o a generici valori etici enunciati in un qualche modo.

SPALTRO:

E’ inutile che ti ringrazi. Volevo dire questo: c’è un capitolo di questo nuovo volume sulla comunicazione umana che mi ha profondamente colpito: si tratta di uno psicologo, ed è intitolato « Semeiotica o igitre mentale ». Ciò il problema della semeiotica a quei tre livelli, sintattico, semantico e pragmatico che sono noti ormai da un sacco di tempo ai filosofi della scienza e ai logici, vengono considerati dal punto di vista dell’igiene mentale come elementi fondamentali. Ciò, la sintassi intesa come rapporto tra i segni, la semantica come rapporto fra segni e fenomeni e la pragmatica come rapporto tra i segni usati e gli individui che li usano; sembrano cose essenzialmente teoriche, però agli effetti di quello che diceva Galli dell’impostazione per la campagna d’igiene mentale, sono elementi fondamentali.

ROVERA:

Desideravo sapere, per favore, che cosa ne pensa il prof. Spalтро sugli studi che ha fatto in tema di comunicazione nel linguaggio degli schizofrenici il prof. Callieri, il quale nel ’59 a Roma, appunto, si è occupato di questo argomento.

SPALTRO:

Io non conosco molto bene questi studi. Conosco Callieri e ne abbiamo parlato, non ho letto nulla, però: debo confessare la mia ignoranza. Dall’idea che mi aveva dato, mi sembra che Callieri fosse sulla linea della antropologia e della psicologia sociale americana. C’è quel libro di Ruesch, che è un classico della teoria della comunicazione applicata alla psicoterapia, che mi sembra Callieri seguisse in un certo senso. Non posso dare però una risposta a questa domanda, perché devo confessare la mia ignoranza: non li conosco dettagliatamente, quindi mi scuso se non rispondo.

NAVARRO:

Io sono molto compiacuto di questa relazione del prof. Spalтро, che ritengo sia validissima per la psicoterapia degli psicotici, e tengo a far rilevare come un punto importante sia quello della consapevolezza. Noi infatti sappiamo che è possibile avvicinare l’ammalato mentale, appena diventa consapevole di essere un ammalato, e quindi creare una possibilità semantica nel rapporto interpersonale.

SPALTRO:

Posso dire una cosa: io ho scelto il termine consapevolezza non a caso. Non ho scelto coscienza, proprio per non entrare nel problema della coscienza, dell’inconscio e via dicendo. Ho messo consapevolezza, perché secondo me, perché esiste comunicazione, deve esistere la consapevolezza che un processo sta avvenendo. Ciò, non ci sarebbe comunicazione mai verso di voi in questo momento, se non avessi la consapevolezza che io sto trasmettendo qualcosa.

VOLterra:

Io forse non sono stato molto attento, volevo chiedere un chiarimento: ciò cosa si intende esattamente per vissuto comunicante, vissuto ricevente e vissuto informante e sotto quale significato è stata usata la parola vissuto.

SPALTRO:

Premetto che vissuto informante non l’ho mai detto; ho detto solo vissuto comunicante o vissuto trasmettente, anzi — scusate — trasmettente e ricevente. E’ il solito problema dei termini: io forse ho usato dei termini imperfetti e chiedo venia per questo, ma è estremamente difficile esprimere la sensazione e la consapevolezza, il significato logicamente ed affettivamente nello stesso tempo, che si ha quando si trasmette e quando si riceve.

D’altra parte, il termine vissuto è ormai entrato negli usi del linguaggio psicologico, e per vissuto si intende proprio la fenomenologia dell’esperienza umana nei confronti di un qualsiasi fenomeno. Non si può andare oltre? Si, possiamo analizzare il vissuto. Io ho cercato di analizzarlo dicendo che è composto da una identificazione, da una... adesso non mi ricordo più, ma alla sua domanda io non posso rispondere altro che: e’ quello stato, fenomenologicamente descritto come vissuto, in cui un individuo si trova quando trasmette, e la consapevolezza che egli ne ha. Non so se sono stato chiaro.

Loprieno:

Vorrei sapere, professore, se il problema del vissuto ricevente è il problema dello studio dei motivi funzionali che agiscono sul percepire; cioè, in altre parole, di quei fattori che sono alla base di una aspettativa, una aspettativa che proprio dai funzionalisti è stata chiamata probabilistica, e che conferisce una certa significazione allo stimolo. Ciò, in altre parole, il percepire — in questo caso il ricevente — vive la comunicazione in funzione di una certa aspettativa probabilistica, in cui si raccogliano e si condensano le esperienze passate di una ridondanza, forse, ed anche fattori motivazionali, che hanno una importanza enorme specialmente in psicoterapia, e allora in questo caso egli percepisce selettivamente la comunicazione, ed è la comunicazione delle cose che sono in accordo con la aspettativa probabilistica, e dà a questi segni la significazione che è appunto in rapporto alla aspettativa probabilistica. Il problema, come questo caso, mi pare che si ponga sul piano di studio della motivazione del percepire e, nella situazione psicoterapica, del paziente.

SPALTRO:

E’ giustissima la domanda. Infatti, prima dell’avvento della teoria
tutto il grosso problema delle percezioni interpersonali, per esempio, e li non ce la caviamo più, perché ad un certo momento su di me agisce la percezione che io credo che gli altri abbiano di me; agisce tutta la gamma delle relazioni interpersonali che strutturano il rapporto sociale, e c'è il problema di appartenenza, il livello di relazione, il concetto di valore, che io avevo rimandato per poi trattarlo nel contributo che l'economia ha dato alla teoria della comunicazione; poi mi ho saldato per cercare di mettere tutto il problema del concetto di valore, perché il concetto di valore influenza strettamente il problema della comunicazione, perché l'utilità non ha senso senza il valore. Se non vi è il concetto di valore non vi è il concetto di utilità, come se non vi è concetto di valore non ha senso quel fenomeno che diceva Lei. Cioè è chiaro che determinati valori sono valori sociali: il sorriso per strada ha un valore sociale e in questo mi comunica qualche cosa, ma se io abibo il concetto di valore sociale questa comunicazione se non altro è distorta.

E' un valore che in termini di codificazione è eguale per me ed è eguale anche per chi lo ricerchi.

LOPRIENO:

Non esiste una percezione ricevuta, cioè non esiste un trasmittente ma esiste soltanto un vissuto del trasmittente, cioè esiste un percepente. Non possiamo distaccarci dal percepente che da sempre, costantemente, in ogni momento, significazione a quel certo senso.

GALLI:

Questa è una astrazione a mio parere, perché non è che esista il percepente. Noi possiamo studiare solo quello che il percepente ci comunica di quello che ha vissuto. Cioè questo è quello che dice Sullivan: noi possiamo conoscere soltanto attraverso il rapporto. Non possiamo conoscere l'altro in sé. Al momento in cui Lei fa l'affermazione che esiste solo l'altro in sé, fa l'astrazione dell'individuo conoscibile come tale e non attraverso il rapporto.

LOPRIENO:

Ma io non mi riferivo qui soltanto al rapporto sociale. Mi riferivo per es. all'in sé che è nel trapezio rotante. Perché non lo possiamo conoscere? E' l'obiettività di fronte a noi. Però noi siamo che in certe particolari condizioni experimentali viene vissuto non come un trapezio ma come una finestra: abbiamo quindi un dato obiettivo e un vissuto soggettivo; e il vissuto soggettivo è conoscibile come soggettivo e come vissuto proprio in funzione del confronto con l'obiettivo.

GALLI:

Mi sarebbe dire che cosa è l'obiettivo, se non il vissuto di qualcuno che soggettivamente ha descritto quel qualche cosa come obiettivo, e che lo presenta, per una accettazione comune, sociale, come obiettivo, di fronte all'altro, che deve sperimentare questa situazione e che ce la descrive?

LOPRIENO:

D'accordo; allora è una questione di convenzione. Su una certa obiet-
tività ne conveniamo e conviene lo stesso soggetto sperimentato, nella situazione del trapezo ruotante, se viene posto in condizioni sperimentali. Allora quella convenzione che tutti accettiamo è l’obiettivo.

GALLI:

Comprende quanto è relativo, però, sul piano epistemologico, questo concetto, e quanto a un certo momento il problema è quello strumento di studio? L’unico strumento di conoscenza che noi abbiamo è l’osservazione del rapporto: dell’individuo in rapporto alle cose e dell’individuo in rapporto ad altri. Questa è la ragione per cui, per es., nella teoria interpersonale, Sullivan tende a riflettere il concetto di transfers e controtransfer come di qualcosa che avvenga nell’ambito di un individuo e che sia conoscibile come tale, e adoperare quello di distorsione paratassica del rapporto, perché l’unico strumento di conoscenza è quello dello studio del rapporto tra persone.

SPALTRO:

Vorrei dire una cosa: il problema dell’obiettività e del soggettivismo è stato definito il cancro della cultura contemporanea. Tutti i filosofi esistentzialisti l’hanno definito il cancro perché non ne tiriamo fuori un ragno in un buco. Infatti, non so se voi avete notato, non ho mai nominato il problema del soggettivismo, e l’unica volta in cui ero obbligato proprio ad andarci dentro, quando si doveva trattare della differenza fra i vissuti e il sistema, cioè, quando c’è una differenza, si esamina tutto il sistema o si esamina il vissuto in parziale o in arrivo, invece di proporre un problema della distinzione fra oggettivo e soggettivo, ho riferito una differenza fra codificazione e decodificazione. E questo credo che sia il sistema tecnico per affrontare il problema, cioè il trapezo ruotante è informazione, nel momento che vi è qualcuno che veicola questa informazione. Se non c’è nessuno non c’è informazione, non veicola niente.

TARASCHI:

La domanda che pongo si riferisce per lo più a situazioni che si osservano nella psichiatria perché interfessa un po’ in questo problema della comunicazione. Premetto che io non conosco questa scienza come andrebbe conosciuta e quindi il mio linguaggio sarà forzatamente superficiale: ad ogni modo una cosa che a noi interessa moltissimo è quello che può riguardare il rapporto tra la possibilità di comunicazione, o la comunicazione in sé e per sé, e il problema della artificiosità. Ora, ad un certo momento lei ha preteso che ci vuole la consapevolezza perché si abbia comunicazione e, nel caso specifico, adesso mi riferisco alla comunicazione verbale che può intervenire tra il medico e il paziente: a un certo momento è chiaro che si hanno delle manifestazioni, delle espressioni che noi riteniamo artificiosi, cioè diciamo: diletto a questo modo di esprimere, diletto a questa comunicazione in senso letterale c’è un altro sentimento, è evidentemente qualcosa che a noi sfugge. Ora in questo caso qual è la vera comunicazione? Dobbiamo attenersi a quella che è la comunicazione verbale oppure è possibile studiare anche quella che probabilmente è la vera comunicazione, cioè quella che sta sotto l’apparenza e si nasconde nell’artificiosità?

SPALTRO:

Io volevo dire una cosa in questo senso: il fatto che Lei non conosca la materia non significa niente perché neanche lo conosce la psichiatria, eppure ne parla. Quindi il problema è un problema proprio di scambio di opinione. Quello che Lei dice, di una vera comunicazione distinta da una falsa comunicazione per me non ha molto senso. Non ha molto senso perché la comunicazione, in definitiva, è un processo in cui si realizzano dei vissuti caratteristici, e questi vissuti non avvengono a caso: si dà uno stadio di identità e di differenziazione dell’individuo. Anche se la comunicazione è artificiosa, questi stadi fondamentali sono soddisfatti. Al livello del terapista, il problema è riuscire a soddisfare questi bisogni. Che poi capisca o non capisca quel che vuol dire sotto, non ha grande importanza. Quello che ha importanza è che il paziente viva la propria comunicazione come trasmessa come ricevuta. Questo è un po’ il problema secondo me. Non riesce a concepire una differenza tra vera comunicazione e falsa comunicazione, perché anche la menzogna è una comunicazione.

GALLI:

Credo che Taraschi volesse riferirsi al problema della comunicazione verbale e non verbale, però.

SPALTRO:

No, Taraschi si riferiva al problema dell’artificiosità. Per es. delle stereotipie verbali.

TARASCHI:

Ad un certo momento per es. uno malato, prendiamo il caso di un isterico oppure magari anche un schizofrenico in una forma iniziale, in cui non ci sia ancora una grave disintegrazione della personalità, può manifestare dei bisogni, delle aspirazioni. Può anche esprimere la propria situazione, ma in una maniera artificiosa. Per es. con un compiacimento di manifestare un problema che magari non vive. E qualcosa del genere mi dicono che avvenga presso gli orientali, dove dicono che in fondo cercano di parlare non già per esprimere qualche cosa che veramente sentono, ma per commuovere quello che l’ascolta per cui ad un certo momento questo viene falsato. Dicono che in realtà ci si trova malissimo presso di loro, perché non si riesce mai a capire bene cosa è, pensano, perché hanno questo atteggiamento che, diciamo così, è l’opposto di quell’altrò dove viceversa, una parola solo per se stesso.

SELVINI:

Sì, lo penso che qui ci troviamo proprio nei termini di quel fenomeno che è stato sviluppato bene in un articolo intitolato « Il sintomo schizofrenico come comunicazione », per es. per la schizofrenia o per altri malattie. Quindi è l’artificiosità stessa la comunicazione. Per es., il fatto che nell’incontro con uno schizofrenico questo schizofrenico ci rispugna, è il suo modo di comunicare, il suo modo di trattare. Non so se mi sono spiegata. Quindi è sempre una comunicazione. Io credo che la cosa diven- terà più chiara quando oggi possiamo sviluppo, in continuazione
a questa lezione così difficile, in modo molto noioso ma probabilmente un pochettino più facile questo modo di comunicazione patologico, e allora magari forse, sviluppendolo con esempi e parlando a diversi livelli dei modi di comunicare, può darsi che diventi più chiaro. Speriamo, almeno!

SPALTO:

Volevo aggiungere un'altra cosa. Scusatemi, perché il problema è piuttosto importante. Cioè, il problema dell'artificiosità lo si può scoprire in quel rischio a cui avevo accennato di trasmettere e in quel rischio di ricevere. Se noi consideriamo il rischio di un vissuto tramite, noi dobbiamo capire, per es., da questo punto di vista, delle formazioni anche a tipo paranoide o alle allucinazioni: possiamo interpretarle come dei rischi di un vissuto ricevente, proprio perché l'individuo si identifica e si differenzia nell'allucinazione. Quello che è importante è, da questo punto di vista, tener presente che il problema base non è quello del soggettivo-oggettivo, o del vero e del falso, ma è un problema di codificazione, perché quello che è saltato nella comunicazione artificiosa è la congruenza tra il codice di trasmissione e il codice di decodificazione, cioè il codice di ricezione, ma i vissuti restano, se c'è comunicazione. Poi abbiamo i casi in cui non c'è neanche questo vissuto, e allora l'individuo non si identifica, non si differenzia più. Non so se ho reso più chiaramente l'idea.

RUOSSI:

Per cortesia, vorrei chiedere al relatore che valore possono avere in psicologia della comunicazione i cosiddetti saggis visivi dei primi anni di vita, e parlo soprattutto della fase pre-edipica, in rapporto alle perversioni specialmente di tipo voyeristico e di tipo esibizionistico, e cioè, praticamente, se hanno importanza questi fatti, come distorsione dei vissuti comunicativi e come fenomeni che poi prediligono a queste future manifestazioni in fase eruttiva. E questi elementi possono avere tanto più importanza anche per questo nostro tema di discussione sulla schizofrenia, se si pensa appunto al valore che viene dato ai complessi di omosessualità latente.

SPALTO:

Domanda molto centrata, anche se richiederebbe più tempo per trattarla, perché il messaggio comunicativo, e cioè il vissuto di comunicazione in arrivo o di comunicazione in partenza, è nettamente connesso con la dinamica dell'incertezza, la dinamica dell'insicurezza, e con la modificazione dell'informazione, è come un problema di scelta; evidentemente noi sappiamo quanto questi fatti siano importanti nel determinismo della sicurezza di base, per es., della dinamica dell'incertezza e quindi della capacità di decidere. La decisione, secondo questo schema, è un passaggio da una incertezza a una certezza, e quindi è un problema di tempo: ci si può passare in un secondo e ci si può passare in un anno. Le prime percezioni e le prime abitudini a questi passaggi, portano con sé il processo irreversibile, che automaticamente poi determina le capacità comunicative, sia in partenza che in arrivo nell'individuo. Qui c'è il grosso esempio del "Piccolo principe", di cui sia la collega Selvini che io siamo ammiratori, quando
LA COMUNICAZIONE NELLA FAMIGLIA DELLO SCHIZOFRENICO
L’IPOTESI DEL DOPPIO RAPPORTO (1)
MARA PALAZZOLI SELVINI

Uno dei più interessanti contributi allo studio dell’etologia della schizofrenia viene dalla teoria della comunicazione.

Insoddisfatti della terminologia psichiatrica convenzionale, gli autori che operano in questo filone di ricerca hanno posto le interazioni fra genitori e figli entro un quadro provvisoriamente definito come teoria della comunicazione umana. E’ necessario, a questo punto, definire l’elemento essenziale di questa teoria. L’elemento essenziale della teoria della comunicazione si basa sul principio che tra le persone esiste non una forma di comunicazione soltanto, ma contemporaneamente un’altra comunicazione che qualifica l’andamento, lo stile, lo scopo, la significatività della comunicazione stessa. La comunicazione fra due persone è dunque costituita:

1) dal contesto in cui essa ha luogo
2) dai messaggi verbali
3) dai modelli vocali linguistici o cinetici i quali, in qualche modo, qualificano la comunicazione verbale.

Noi non ci scambiamo soltanto messaggi verbali, ma ci inviamo anche dei segnali i quali, su un livello così detto metacomunicativo, qualificano questi messaggi.

Di una comunicazione, possiamo in tal modo schematizzare diversi livelli:
- livello verbale
- livello cinetico-motorio, costituito da particolari movimenti corporei
- livello mimico-facciale
- livello espressivo-vocale.

Già in studi meno recenti si era notato come anche i mammiferi inferiori comunicassero a livelli multipli; ad es. essi giocano e nel contemporaneamente segnalano che stanno giocando.

* * *

Leggiamo ora quanto ci dice Weakland.

Gli studi sulla comunicazione umana si concentrarono sulla schizofrenia allorché si osservò che lo schizofrenico costantemente confonde i suoi livelli di comunicazione, qualificando ciò che sta dicendo in maniera incongrua. S’impose allora il seguente problema: quale fosse la situazione di apprendimento che aveva indotto l’individuo schizofrenico a presentare tale incongruenza fra i suoi livelli di comunicazione. Sorse così l’ipotesi di Bateson del doppio rapporto. Egli suggerì che lo schizofrenico doveva essere cresciuto in una situazione di apprendimento nella quale gli veniva costantemente richiesto di rispondere a messaggi di diversi livelli i quali si squalificavano l’un l’altro. La teoria di Bateson considera pertanto ipoteticamente la schizofrenia come una forma di adattamento secondario ad un tipo di comunicazione appresa, e duramente mantenuta, in rapporto ad un tipo costante di interazione e comunicazione familiare che, per quanto importantissimo, può essere poco appariscente. Questa teoria è del tutto diversa non solo da quell’orientamento intra-personale che considera la malattia mentale come « un disordine del pensiero » considerato come qualcosa di astratto, individualistico, ma anche da quel tipo di orientamento inter-personale che presuppone l’esistenza di qualche trauma dramatico, acuto e precoce. Per comprendere il difficile concetto della ipotesi del doppio rapporto è necessario scomodernare brevemente la storia.

Agli inizi la ipotesi fu così presentata:

1) L’individuo (destinato a divenire schizofrenico) è coinvolto in un rapporto interpersonale intensamente sentito, cioè in un rapporto nel quale egli sente che è di importanza vitale per lui discriminare accuratamente quale specie di messaggio gli viene comunicato, in modo da poter rispondere adeguatamente.

2) L’individuo è coinvolto in una situazione nella quale l’altra persona esprime nel rapporto due tipi di messaggio, di cui uno è la negazione dell’altro.

3) Inoltre l’individuo non è in grado di criticare i messaggi espresi per decidere a quale tipo di messaggio deve rispondere.

Come si vede questo modo di descrivere la situazione di comun-

nicazione a doppio rapporto tende a concentrarsi sulla descrizione di un tipo di messaggio inviato da uno solo dei partecipanti al rapporto. Si dipinse cioè la situazione nel modo seguente: una persona trasmette ad un’altra due messaggi in relazione tra loro, ma contradditori e incongruenti, i quali costituiscano ordini vitali contrastanti, cercando nel contempo di impedire la fuga, la consapevolezza e i commenti sulla loro incongruenza da parte della «vittima».

Questo punto di vista, tuttavia, è viziato sotto due importanti aspetti. Questo quadro a senso unico di «persona che crea il legame» e «persona che lo subisce» non può essere considerato staticamente: la «vittima» presto impara schemi di comunicazione simili o reciproci, consistenti nel dare a sua volta messaggi incongruenti, o nel rispondere ad ognuna o a tutte le comunicazioni che riceve come se fossero incongruenti e vincolanti (anche quando, per caso, non lo fossero).

Ciò contribuisce fortemente a far sì che gli schemi generali di comunicazione e interazione trovati nella famiglia di schizofrenici si perpetuino e rendano difficile la psicoterapia con tali pazienti. Persistenti messaggi di questo tipo forzano il terapista a stabilire rapporti patogeni analoghi con il paziente schizofrenico.

Perciò è importante definire la situazione della comunicazione al doppio rapporto in relazione ai due poli opposti, quello di chi riceve e quello di chi risponde.

Il più recente concetto di doppio rapporto si chiarisce perciò come una situazione.

1) nella quale una persona si trova di fronte a messaggi contradditori,

2) che non sono immediatamente evidenziabili come tali (a causa dei numerosi tentativi di nasconderlo o negarlo, o perché i messaggi sono a livello diverso, ad es. verbale e mimico),

3) e di cui essa non può né notare né commentare efficacemente le contraddizioni.

Questa illustrazione del doppio rapporto può essere ampliata come segue per assicurare la massima chiarezza:

1) in una situazione di doppio rapporto una persona si trova di fronte ad una significativa comunicazione che include un paio di messaggi di diverso livello o tipo logico, che sono in rapporto l’uno con l’altro, ma senza coerenza tra di loro.

2) la via di uscita è bloccata. La possibilità di evidenziare e di
criticare la incoerenza o la contradditorietà dei messaggi è altamente ostacolata da una situazione di dipendenza di solito dalle persone che trasmettono il messaggio contraddittorio. Quando la dipendenza è intrinseca alla situazione (come per es. durante l’infanzia o durante una malattia) questo fatto è normale. Più complesse tuttavia sono le situazioni importanti dove la dipendenza (o l’effettivo credere in essa) è incoraggiata da altri messaggi di comunicazione a doppio rapporto, in una misura che va molto al di là delle «realità» fisiche ed emotive della normale situazione di vita.

3) Sarebbe perciò molto importante rispondere adeguatamente alla situazione di comunicazione a doppio rapporto, il che dovrebbe comportare una risposta alla sua duplicità ed alla sua contraddizione. Due messaggi significativi, in contraddizione fra loro, significano due incoerenti ingiunzioni di comportamento. Il non riconoscere ed il non rispondere alla duplicità ed alla incongruenza dei messaggi ricevuti porta ad ulteriori difficoltà da parte del ricevente nei suoi diversi livelli di comportamento: incapacità nel discriminare il tipo di messaggio che si riceve, conseguente confusione soggettiva e distorsione di idee e di affetti, discorsi o azioni che manifestano confusione e scissione, sia direttamente, sia con una reazione estrema ad un solo aspetto del messaggio. Inoltre tali risposte incomplete e inadeguate tendono a provocare un ulteriore messaggio che condanna la risposta, per es.: «Perché sei così silenzioso quando ti parlo?» oppure: «Ti ecciti sempre così facilmente!» La sequenza totale, quindi, ha la forma di un più vasto, più vincolante doppio rapporto, e la situazione ne è ulteriormente aggravata.

Risulta perciò chiaro che tali comunicazioni incoerenti potrebbero essere neutralizzate solo da una risposta che ne riconoscesse e ne facesse notare l’incoerenza. A questo si può arrivare:

a) col criticare apertamente l’incoerenza come tale,

b) col dare una risposta apertamente dupliche,

c) col dare una risposta spiritosa, poiché lo spirito implica sempre, e finemente, livelli multipli di messaggio.

Ad esempio: «Non vorresti aprire quella finestra?» detto in un modo o in un contesto che suggerisca che in realtà è chi domanda quello che desidera la finestra aperta, e tuttavia non se ne rende conto.

Risposta:

a) «Parli come se mi chiedessi quello che io desidero, ma in realtà sembra che tu mi imponga quello che devo fare.»
b) « Non vorrei aprirla, ma se proprio ci tieni lo faccio ».

c) « Grazie di preoccuparti di me, cara, ma da che parte devo dirigere l'aria? ».

4) Una risposta adeguata è difficile da dare a causa di dissimulazioni, rifiuti, inibizioni inerenti o aggiunti al messaggio fondamentale già contraddittorio. I modi di comunicazione che possono servire a limitare la consapevolezza, delle dualità e della contraddittorietà del messaggio sono molti: alcuni sono rossi, altri molto sottili; alcuni espliciti ed altri impliciti; alcuni espressi con parole o col tono di voce, coi gesti o con il contesto di un discorso, alcuni positivi, altri negativi. E' probabile che questa varietà e sottigliezza abbia oscurato per molto tempo tanto per i pazienti che per gli psichiatri, l'esistenza dello schema di comunicazione a doppio rapporto, ed il suo significato nella eziologia della schizofrenia. A ciò ha contribuito anche l'importanza eccessiva attribuita dagli psichiatri al trauma specifico e la scarsa valutazione degli schemi ripetuti nelle situazioni basali elementari (3).

a) Dissimulazione: due ostacoli importanti, che si oppongono all'aperto riconoscimento della basilare inconsistenza delle comunicazioni a doppio rapporto, sono inerenti alla natura stessa di questo tipo di comunicazione. In primo luogo i messaggi, essendo su diverso livello metacomunicativo e di diverso tipo logico, non si trovano direttamente l'uno di fronte all'altro (sia che un messaggio verbale ne qualifichi incoerentemente un altro, o gli sia in contrasto col tono di voce o col gesto. No c'è un chiaro confronto — « A è vero, No, A è falso » —, anche se i due messaggi trasmettono ingiunzioni di comportamento differenti o incompatibili. A questo proposito è importante tener presente che segnali obiettivamente molto lievi, o brevi, e perciò facilmente ignorati o negati, possono drasticamente modificare, o anche invertire, il significato di messaggi molto più lunghi. Inoltre il fatto che una sola persona si indirizzi all'altra che riceve il messaggio, implica che tale messaggio sia unico, o almeno l'unico coerente in quella data situazione. Questo è reso anche più grave dal fatto che questa persona è importante per chi riceve il messaggio; non solo essa non può essere sfuggita o ignorata, ma è anche difficile mettere in dubbio o sollevare obiezioni ai suoi messaggi.

Questi vari fattori compaiono tutti in un esempio semplice, come quello della madre che dice: « Vieni qui da me, caro », con una leggera nota di ostilità nel suo tono di voce, oppure con un leggero ritirarsi del corpo. L'incongruità è reale, ma è ben nascosta e non è facile chiedere alla propria madre delle spiegazioni sulla base di una tale prova apparentemente secondaria.

b) Diniego: ovviamente l'azione dei fattori appena menzionati può essere rafforzata aggiungendo ai due messaggi incongruenti altri messaggi che nevicolano apertamente la contraddizione e che forse diano la colpa a chi riceve il messaggio, assicurando che egli non ha capito bene, o sottolineando la linearietà di chi ha inviato il messaggio, o la sua posizione di prestigio rispetto a chi ha ricevuto il messaggio e così via. Per continuare l'es. precedente, se il bambino dovessi spingersi sino a fare un'osservazione sul tono della madre, potrebbe apprestarsi una risposta come: « L'hai soltanto immaginato, caro; sai quanto bene tua madre ti vuole ».

c) Inibizione: un rinforzo simile a quello ottenuto con la negazione può anche verificarsi attraverso l'assenza di un messaggio; cioè con l'ignorare assolutamente le incongruenze del messaggio comportandosi come se esse fossero fuori questione. Si dà anche il caso di un diretto divieto al fare qualsiasi commento o con minacce, o con l'allontanarsi o con un silenzio minaccioso (anche il silenzio è una forma di comunicazione) o con l'agitarci ad ogni tentativo di discutere. Tutti questi fattori sono ulteriormente rafforzati quando, come avviene comunemente in una situazione a doppio rapporto, « chi stabilisce il rapporto » accentua la sua posizione di benevolenza e la sua preoccupazione per il bene dell'altro. In accordo con queste possibilità, la nostra ipotetica madre potrebbe comportarsi come se la sua incoerente dichiarazione fosse perfettamente semplice e chiatta; se ciò fosse messo in dubbio, ella potrebbe rispondere: « Non voler vedere delle difficoltà dove non ci sono, caro; lascia solo che ci pensi la mamma ». Oppure potrebbe essere confusa ed urtata da un attacco ingiustificato al suo amor materno ed al suo prestigio; oppure potrebbe sembrare assolutamente incapace di veder sollevata una questione del genere, reazione questa che può essere psicologicamente una delle più rovinose. Ogni qualvolta un simile messaggio di dissimulazione, rifiuto o inibizione, è aggiunto a rafforzare una primitiva forma di comunicazione a doppio rapporto, la combinazione produce un'altra struttura a doppio rapporto su scala più ampio. Per esempio, quando un paio di messaggi incongruenti è seguito da un ulteriore messaggio che nega ogni contraddizione presente in essi, questa combinazione comprende un altro paio di messaggi incongruenti, di livelli diversi, la cui incongruenza è difficile da scoprire e da neutralizzare.
Tale processo può ripetersi diventando ogni volta più vasto. Se il figlio discute ancora il ribreto materno, la madre allora può dire: « Ti deve aver disturbato qualche cosa perché tu ti comporti così nei riguardi di tua madre che ti ama tanto ». Il potere patogeno dei tipi di comunicazione a doppio rapporto, e le difficoltà di modificarli, sembrano connessi in modo preminente con questa tendenza progressiva ed accumulatrice.

L’HOTESIS DEL DOPPIO RAPPORTO
E L’INTERAZIONE A TRE NELLA SCHIZOFRENIA

La concezione primitiva di una situazione a doppio rapporto si concentrava sul caso in quale una persona riceve da un’altra due messaggi, in rapporto tra di loro ma contrastanti su livelli diversi, senza possibilità di elusione alcuna, ed ai quali è importante rispondere adeguatamente, ma che tuttavia presentano gravi difficoltà sul come scoprire l’incongruenza e criticarla. Già nella prima fase di questi studi gli autori notarono l’esistenza di possibilità più complesse e riconobbero che la situazione di doppio rapporto non era necessariamente originata dalla sola madre, ma poteva essere creata da una combinazione di padre, madre e figli. Se noi ora consideriamo il padre e la madre in rapporto col figlio, come quella particolare situazione che è probabilmente, in pratica, molto importante per la schizofrenia, è evidente che la maggior parte dei fattori elencati per la situazione a due possono allo stesso modo presentarsi in quella a tre.

E’ chiaro che i genitori possono, su un dato argomento, trasmettere messaggi contrastanti al figlio. Ed è chiaro che il bambino, che dipende in senso assoluto e collettivo più da entrambi i genitori che da uno solo, dovrebbe sapersi destreggiare tra le contrastanti influenze di comportamento derivante dal dovere far fronte all’incoerenza di questi messaggi. Ed è ugualmente chiaro che uno o entrambi i genitori possono anche trasmettere messaggi che nascondono, negano o impediscano di mettere in luce quella incoerenza. Ciò può verificarsi abbastanza facilmente quando due individui sono in comunicazione separata con un terzo, raggruppando questi due in una apparente unità. Le forme del linguaggio aprono la possibilità dell’uso di pronomi plurali (noi vogliamo che tu faccia così e così) e dei nomi collettivi come « genitori ». Un’altra via consiste nella identificazione esplicita di due messaggi come se fossero uno solo (tuo padre ed io siamo d’accordo che tu non stai ancora abbastanza bene per tornare a casa).

Naturalmente queste infondate affermazioni di unità, e queste
pretese di accordo e di identità di messaggi, non dipendono da una reale somiglianza o differenza nei due messaggi, possono cioè essere false. Perciò la situazione a tre offre la possibilità che la «vittima» si trovi di fronte a messaggi contrastanti, tali che la loro inocenza è difficilissima da rilevare, allo stesso modo di quanto avviene nel caso a due.

Per ricorrere all'esempio concreto, sempre chiarificatore, ho pensato a trascrivere sulla lavagna una delle lettere pubblicate in un interessante articolo di Weakland e Fry, apparso recentemente sul Journal of Orthopsychiatry e intitolato: «Lettere di madri di schizofrenici» esprimendo l'acuta analisi fattene dagli autori, i quali sono fra i più abili collaboratori del Bateson nella ricerca orientata su questa linea di pensiero.

Cara Gianna,

solo poche righe.

Ho parlato con tuo babbo al telefono e mi ha detto che non hai risposto alla sua lettera. Sarebbe meglio che tu gli scrivessi. Mi piacerebbe che tu venissi a trovarmi uno di questi giorni, e forse potrai andare a trovare anche lui.

E, tra parentesi, non hai scritto neanche a me (mi hai telefonato).

Sai, Gianna, non posso neppure pensare a Cleto, mi innervosisce. Non si deve proprio pensare a lui.

E non prendere l'abitudine di fumare più di quanto già fumi. Il fumo è un vizio che tende ad aumentare.

Se mi capiterà l'occasione, ti prenderò una stecca di sigarette. Ma fumare troppo è una brutta cosa.

Desidero anche tanto che tu mi venga a trovare il più presto possibile, perciò fa la brava e scrivimi.

Tuo babbo ha detto che non hai risposto alla sua lettera, così dovresti farlo, ma non dirgli che l'ho detto io.

Bene, è meglio che smetta. Spero poter venire presto.

Bacioni e bacioni

Mamma

A prima vista questa lettera sembra banale, vuota e poco importante. Ma, proprio a causa del suo aspetto immediato, questa lettera è adatta a sottolineare l'effetto influenzante della comunicazione nonché la sottigliezza dell'influenzamento quale si osserva non di rado nel modo di comunicare delle madri di schizofrenici.

Osserviamo che la comunicazione ha in genere due funzioni coesistenti:

1) quella informativa
2) quella direttiva.

Infatti ogni messaggio ha due sorti di significati:
a) una esposizione di fatti, cioè un racconto di avvenimenti precedenti: comunicazione informativa;
b) un comando, o stimolo di avvenimenti che seguiranno: comunicazione diretta.

D'ordinario, in una lettera, la informazione ha, o dovrebbe avere, il primo posto. Nel nostro caso, dedichiamo particolare attenzione all'aspetto direttrice e influenzante, essendo questo il punto centrale della relazione interpersonale fra questa madre e la paziente.

La lettera incomincia con un tono velato di auto-disapprovazione: «poche righe soltanto» che può:

1) riflettere un leggero disprezzo del destinatario: «non vale la pena di scriverti a lungo» oppure
2) qualunque sia la tua reazione alla lettera, magari negativa, sarà colpa tua, perché non sono e non vogliono essere che poche righe scritte in fretta.

In seguito la madre bonariamente ricorda alla figlia il dovere di scrivere al padre, benché i genitori siano separati ed evitino di incontrarsi. L'influenza è rafforzata nel suggerire la possibilità di andarlo a trovare. Ma, nel contempo, la scissione tra i genitori è sottolineata dal possessivo: tuo babbo.

Insieme, appaiono, è però espresso il desiderio che Gianna possa andare a trovare anche lei, la madre. Ciò sembra positivo, ma l'apparizione può suscitare delle difficoltà in Gianna. In primo luogo, l'asserzione di visitare il padre è quasi giustapposta ed espressa con le stesse parole, ma intrinsecamente è diversa; l'una è un suggerimento concernente un'altra persona, l'altra esprime un desiderio personale della scrivente: per di più le due persone si trovano in insanabile disaccordo. Questa combinazione di somiglianza e differenza è di per sé causa di confusione.

Inoltre, l'invito a visitare la madre, è vago e casuale (suggerisce
indifferenza) «uno di questi giorni »... Ed anche questa debole apertura di contatto è immediatamente seguita da un rimprovero battuto a caso e subito dopo svalutato: « tra parentesi, neanche a me hai scritto », seguito subito dal suo opposto « (mi hai telefonato) », che però è nuovamente svalutato dall’esser posto effettivamente tra parentesi. La lettera continua ricordando alla figlia il marito Cleto, da cui la paziente è divisa, che non si occupa di lei e che neppure contribuisce alle spese. Un ricordare del tutto gratuito e inutilmente perturbante, posto che subito dopo si afferma: « non si deve pensarci », impersonalmente. La frase sembra messa lì solo per disturbare.

Dopo questo breve, ma esaustivo rimescolamento delle relazioni familiari, la madre passa alla cattiva abitudine di fumare. Qui essa mette in guardia la figlia, accusandola di debolezza nei riguardi del fumo. Ma subito l’accusa personale è oscurata dalla impersonalità del sentenziare successivo: « Il fumo è un vizio, ecc... » Così dopo aver indirettamente detto a Gianna: « non fumare tanto », svaluta tutto promettendo una stecca di sigarette. Ma anche qui l’offerta è casuale: « se mi capiterà l’occasione » e viene nuovamente svalutata dalla dichiarazione: « Fumare è una brutta cosa ».

Bruscamente si ritorna ai temi familiari. La speranza di una visita a casa è subito seguita da un ricatto implicito: « fa la brava, scrivimi » cioè « desidero vederti se ti comporti come voglio io ». Ma anche questo è vago e insolito.

Si ritorna di nuovo al « tuo babbo », stavolta suggerendo una cospirazione per nascondere l’influenza della madre, ed infine un positivo, ma troppo indefinito « spero poter venire presto » e « bacioli e bacioli ».

Questo dettagliato recitativo di alternative incongruenti: « sì, però no — fa, però non fare — vieni, però aspetta » può non essere visibile alla paziente a cagione del tono vago e generico, l’aria di buttar lì, svalutando in sordina, in un contesto ingannevole perché genericamente benevolo.

La questione della comunicazione informativa rispetto a quella diretta, nella analisi di questa lettera, è pure importante. E’ chiaro che la comunicazione informativa in questa lettera è minima, giacché anche ciò che sembra informativo, in realtà non lo è. La madre dice a Gianna ciò che Gianna già sa: non ha scritto, ha telefonato, ecc.

In compenso ogni riga, direttamente o indirettamente, dice alla paziente cosa deve fare o indica in qualche modo come deve pensare o sentire.

Non conosciamo le reazioni di Gianna a questa lettera, ma dai rapporti con altri pazienti e dalla pratica quotidiana di ospedale psichiatrico sappiamo come questi messaggi siano possenti nel produrre disturbo e confusione. Il fatto che i messaggi direttivi siano frequentemente capovolti e contraddetti dal loro stesso autore, non diminuisce la loro influenza, che anzi è cumulativa, indipendentemente dal segno più + o meno — della loro direzione.

L’alternarsi nella direzionalità dei messaggi tende infatti a cancellare la possibilità di risposte effettive alle influenze ricevute, lasciando solo un accumularsi di stimoli e inibizioni. Di conseguenza sembra logico aspettarsi nel ricevente pochissimi o frenetica attività, ed in più confusione generale, o sospettosità, in risposta ad un’influenza così sottilmente invadente e incompatibile.

Da tali osservazioni vennero le ricerche centrate sull’intero gruppo familiare del paziente schizofrenico. L’accento di queste ricerche è posto non sulle idee, convincenti, credenze o comportamenti dei membri della famiglia, ma invece sulle modi di rispondersi l’un l’altro (responsive behavior), su come cioè essi interagiscono l’un l’altro. La famiglia dello schizofrenico viene considerata come un sistema il quale differisce da molti altri tipi possibili di sistema familiare. Ci si astiene perciò dal considerare quella famiglia come qualcosa di sbagliato in contrasto con « la famiglia normale ».

Nelle importanti ricerche di Haley le osservazioni su questo tipo di famiglia hanno luogo in una situazione terapeutica. Si osserva in qual modo le famiglie aventi un membro schizofrenico comunichino nelle sessioni psicoterapeutiche dove l’intera famiglia è riunita come gruppo. Le sessioni sono registrate, ed inoltre l’uso del film permette un più esatto studio dei movimenti corporei come delle parole e del tono di voce. Per studiare come i membri della famiglia reagiscono l’un l’altro essi devono essere riuniti tutti insieme. Ciò appare molto importante giacché i vari membri della famiglia si comportano in modo assai diverso quando sono visti individualmente. Madre e padre possono esprimersi in una maniera quando sono visti da soli in una seduta, ed in maniera del tutto diversa quando coniuge e figlio sono presenti. Allo stesso modo quando essi sono visti in una seduta iniziale essi non si comportano come probabilmente faranno dopo un lungo periodo di osservazione, quando le loro interazioni saranno divenute più intense. Un aspetto utile dell’osservazione a lunga scadenza è la opportunità di convalidare le ipotesi. Infatti,
quando si è potuto osservare un certo modello di comportamento, e sì vede che esso tende a ripetersi continuamente, tale modello diviene effettivamente prevedibile. L’osservare le famiglie in sede terapeutica sembra assai più produttivo per varie ragioni. E’ invece assai dubbio che si possa osservare la inter-azione di queste famiglie senza essere coinvolti nella terapia.

Classificazione dei dati ottenuti

Per classificare i dati ottenuti la comune terminologia psichiatra è completamente inadeguata allo scopo. La teoria psichiatrica infatti si limita a descrivere ciò che avviene nel paziente, e non è ad occuparsi delle interazioni delle persone considerate come un sistema. Si è pensato perciò di ipotizzare tutti i possibili tipi di comportamento che i membri di qualsiasi tipo di famiglia potrebbero presentare allorché si trovano insieme. Se padre, madre e figlio sono riuniti insieme in una stanza, i loro modi possibili di comportamento potrebbero essere descritti come segue:

a) se una famiglia di tre persone è riunita insieme in una stanza, i membri devono inevitabilmente comunicare l’uno con l’altro. Benché sembri cosa ovvia, è particolarmente importante notare che i membri di questa famiglia non possono evitare le interazioni e le comunicazioni reciproche. Se uno di essi parla, e l’altro non risponde, anche questo non rispondere è pure un modo di inter-are.

b) ciascuna di queste persone non soltanto comunicherà, ma anche qualifierà la sua comunicazione. Qualsiasi cosa una persona dica, il suo tono di voce, o il movimento del suo corpo, o il contesto stesso della frase, indicheranno qual sorta di dichiarazione sia la sua. Un uomo può sorridere e uccidere mentre sorride; entrambi i livelli del messaggio devono essere valutati quando si descrive il comportamento umano. Se noi semplifichiamo il complesso comportamento di un individuo, possiamo dire che la persona comunica almeno a due livelli, e che egli può qualificare le sue proprie dichiarazioni sia rinfon- zandole che squalificandole. Un tizio può affermare che desidera qualcosa con un tono che insinua « non prendermi sul serio ».

c) ciascuna delle tre persone presenti nella stanza inevitabilmente dovrà non solo qualificare le sue proprie dichiarazioni ma dovrà anche qualificare le dichiarazioni degli altri. In tal caso, ciascuno potrà sottolineare la dichiarazione dell’altro in modo affermativo, o squalificare in modo più o meno aperto. Così, per esempio, un padre può fare un complimento alla madre ed essa può accettarlo, confermando in tal modo il complimento, ma contemporaneamente squalificarlo, insinuando che esso poteva essere più opportuno in un’altra occasione.

d) è pure possibile che due persone si comunichino direttamente l’un l’altra con espressioni inviate direttamente fra di loro, ma si dà anche il caso che essi si parlino attraverso la terza persona presente, con l’intenzione di raggiungere in tal modo anche la seconda persona.

e) quando tre persone si trovano insieme, deve formarsi una sorta di leader-ship, anche semplicemente nel decidere chi debba parlare per primo. Ciascuno dei tre deve presentare qualche iniziativa e gli altri debbono seguirlo, oppure cercare di contrastarli prendendo essi stessi l’iniziativa.

f) è inoltre possibile, quando tre persone si trovano insieme, che si formino delle allestimenti. Due di loro possono formare una coalizione contro il terzo, oppure tutti e tre possono allestirsi contro il mondo esterno, oppure uno di loro può allearsi contro il mondo esterno contro gli altri due.

g) infine, qualcosa dovrà inevitabilmente « andare per traverso » quando tre persone si trovano in una stessa stanza. Vi sono allora infinite possibilità, per i membri di una famiglia, di discutere, di muoversi rimpiccioliti, o di rinfacciarsi qualcosa.

Le limitazioni comportamentali nell’ambito di una famiglia

Stabili la serie dei possibili comportamenti di interazione tra tre membri in un sistema familiare, possiamo allora studiare ciascun sistema familiare caratterizzandolo secondo uno di quei possibili tipi di comportamento. In una famiglia, i membri non interagiscono in tutti i modi possibili, ma sviluppano modelli piuttosto limitati di interazione. Tali modelli vengono elaborati da ciascuno dei membri della famiglia quando essi interagiscono l’uno con l’altro. Se- condo questo punto di vista, ciascun membro di una famiglia governa il comportamento degli altri membri indicando quale comportamento è accettabile e quale no. Le regole a cui i membri di una famiglia si attengono, quando interagiscono tra loro, possono venire descritte come le regole di quel sistema familiare. Per esempio, quando una coppia si sposa, il marito potrebbe comportarsi in maniera assoluta: 
mente inaccettabile per sua moglie. Subito questa si mostrerà indignata o piangerà, così che il sistema di quel matrimonio si svilupperà escludendo quel dato tipo di comportamento.

La esclusione di certi tipi di comportamento in una famiglia rende possibile di descrivere una famiglia come un sistema ristretto.

Si può osservare i membri di una famiglia, mentre comunicano l'un l'altro fino al punto di determinare quali siano le regole di quel sistema familiare, notando ad esempio quali azioni si sviluppano quando una proibizione è stata infranta. Un membro della famiglia può comportarsi in una maniera che non è approvata dagli altri, se che le loro risposte irrose, o i loro silenzi, indicano che quel tipo di comportamento è proibito in quella famiglia. Per es. il padre ed il figlio possono entrare in alleanza contro la madre. Quest'ultima rimane turbata, o diventa addirittura incoerente, finché quell'alleanza non ha termine. Una sequenza del genere potrà mettere in evidenza che in quella famiglia vige il divieto di aperte alleanze fra padre e figlio contro la madre. In questo senso la famiglia è studiata come un sistema attivato dall'errore (error-activated system). Cominciamo a credere che nella famiglia dello schizofrenico ciò che più comunemente è considerato «errore» è il comportamento del paziente tendente ad affermare la propria autonomia e la propria iniziativa. Infatti un comportamento del genere riattiva nei genitori la tendenza a rinforzare le regole del sistema.

Come si vede un tale approccio è di tipo cibernetico. La famiglia è vista come un sistema che si autoregge, mantenendo una serie limitata di comportamento. Tale operazione viene condotta dai tre membri regolatori che stabiliscono le regole e le proibizioni per quel sistema.

A questo punto cerchiamo di enumerare una serie di restrizioni e di regole che si osservano nella famiglia dello schizofrenico. Esse sono di natura generale; alcune di esse appaiono più grossolane, mentre altre appaiono più sottili, allo stesso modo di come i sintomi schizofrenici appaiono a volte più o meno manifesti.

a) Benché sia possibile che ogni persona possa esprimere verbalmente qualcosa, e contemporaneamente qualificarla rinvergandola o rimaggiandola, i membri di questo tipo di famiglia, quando dicono verbalmente qualcosa, raramente la confermano o la rinforzano. Ad es.: ciascuno di noi può svalutare quanto va esponendo, ad es. quando è sarcastico o quando si mostra educatissimo mentre è enormemente arrabbiatò. Ma mentre ciò avviene, per solito, eccezionalmente, nella famiglia dello schizofrenico la incongruenza tra i diversi livelli di un messaggio è un fatto costante.

b) Benché sia sempre possibile e del tutto normale affermare o negare ciò che un altro va dicendo, i membri di questo tipo di famiglia raramente confermano ciò che un altro di loro dice. Ciascuno di essi tende a squillificare le comunicazioni dell'altro. Con questo non è che essi siano sempre e obbligatoriamente in disaccordo con ciò che l'altro va esprimendo; piuttosto tendono regolarmente ad escludere il diritto che l'altro ha di parlare, o i suoi motivi. Questa dichiarazione di carattere generale è comprensiva di molte descrizioni contradditorie apparse nella letteratura riguardanti i membri di questo tipo di famiglia. Per es. alcuni autori ci dicono che la madre è iperprotettiva, altri invece che tende a respingere. In verità essa può essere l'uno e l'altro ed in entrambi i casi tendere a svalutare le comunicazioni del figlio. Se essa è iperprotettiva indicherà in tal modo che il figlio non è all'altezza di ciò che sta facendo. Se respinge, indicherà che egli non sta facendo ciò che dovrebbe. Allo stesso modo il padre può essere dispettoso e così svalutare regolarmente le comunicazioni della moglie; oppure può essere passivo ed assente, svalutando in tal modo tutti i tentativi della moglie di andargli incontro e di essere affettuosa con lui.

c) Inevitabilmente accade che in queste famiglie non vi sia mai una chiara leader-ship, la possibilità cioè di individuare un capo, una guida. Ciò consegue al fatto che i membri di questa famiglia non solo svalutano ciò che essi stessi affermano, ma tendono a svalutare anche le affermazioni degli altri.

d) In questo tipo di famiglia non sono mai permesse aperte alleanze né al di dentro, al di fuori della famiglia. Se appare una coalizione, essa si disintegra all'atto in cui viene denunciata. Ad es. qualora la madre ed il padre si alleassero contro il bambino, basterebbe che questi dicesse «siete tutti e due contro di me» che subito l'uno o l'altro dei genitori si affrettassero a rinnegare la cosa.

e) Benché si ammetta normalmente che ciascun membro, in una famiglia, possa venir sottoposto a biasimo o a rimpicciolimento, in questo tipo di famiglia la madre non è mai biasimata in maniera che essa possa accettarlo. Anzi, quando essa viene biasimata, ciò accade in modo che essa può facilmente dimostrare che la sua innocenza è ovvia. Molte delle interazioni sono addirittura dedicate a provare la sua innocenza.
Questa regole ipotetiche che governano un sistema familiare diven-
gono evidenti solo quando l’osservatore analizza intensamente il tipo
di comunicazione di una famiglia. La verifica di tali fenomeni dipende
in larga misura dalla acuzione dell’osservatore.

**Conclusione**

Come si vede, questa ipotesi del doppio rapporto tendente a spie-
gare in termini di apprendimento i seri disordini di comunicazione
del paziente schizofrenico, che verrebbe in tal modo sospinto in una
condizione di confusione e progressivo isolamento, è certamente molto
affascinante.

Arieti, in un commento critico, considera i meccanismi del doppio
rapporto non specifici per la schizofrenia o per la neurosi. Secondo
lui gli esseri umani sono costantemente esposti a queste situazioni
di doppio o multiplo rapporto. Egli paragona questa situazione a
quella di colui che deve dividere la sua lealtà e la sua obbedienza
tra due padroni, per cui pensa che il meccanismo non sia in sé pato-
logo, ma che lo diventa a causa dell’uso che i genitori ne fanno.
Ma a me pare che le cose non stiano così. L’elemento specifico e pato-
genico in questa situazione di comunicazione tra l’individuo schizo-
fenico e sua madre è non già che il bambino è esposto a due messa-
ggi mutualmente contraddittori a cui obbedire, ma piuttosto al fatto
che la contraddizione dei messaggi ha luogo su un livello metacon-
mattivo. Si ha cioè a che fare con questo: che il bambino può oscura-
mente sperimentare l’inconsistenza propria della situazione di doppio
rapporto, ma allo stesso tempo non può esplicitamente riconoscerlo
crittarla e controfatturare, e resta nella confusione emotiva e razionale.

Eccoci dunque alle conclusioni. L’ipotesi del doppio rapporto
provoca in noi una gran quantità di altri problemi. Innanzitutto
quello dei motivi profondi che sottendono questi meccanismi. Si
osservi come l’indagine o anche la semplice ipotesi di lavoro su tali
motivi è espressamente lasciata da parte dai ricercatori che vogliono
per ora limitarsi all’osservazione pura dei fenomeni e ad una raccolta
il più ampia possibile di dati concreti.

Un altro problema è questo: fino a che punto la presenza di una
situazione di doppio rapporto è caratteristica della famiglia del pa-
ziente schizofrenico? Se meccanismi del genere sono presenti anche
nelle famiglie di pazienti neurotici, quali differenze dovremmo aspet-
tarcì? Saranno differenze di qualità o di quantità? Queste domande
attendono ancora le risposte. Ma in ogni modo le osservazioni fatte
da Bateson e collaboratori hanno certo il grande merito di avere

introdotto la teoria della comunicazione come sistema concettuale
nella ricerca contemporanea sui problemi etiologici della schizofrenia.

**Disscussione**

Schon:

Io vorrei chiedere alla dr. Selvini se si è posto il problema di indi-
viduare se esiste un rapporto, un nesso, tra questo modo di comunicazione
della madre dello schizofrenico e quella situazione abbastanza frequente
di modo di essere già schizoide, o perlopiù orientato in senso schizofrenico,
modo di essere che si rivela molto spesso a un esame del genitore, in
generale.

Selvini:

Effettivamente, dal punto di vista diciamo della disposizione delle
lezioni, questa lezione, questa chiacchierata, avrebbe dovuto seguire a quella
di domani: sono state. D’altra parte abbiamo voluto farla oggi per
seguire a quella di Spaltro che, avendo parlato della comunicazione in seno
psicologico generale, io dovevo seguire per parlare della comunicazione nella
famiglia dello schizofrenico. Quindi nella lezione di domani svolgeremo pro-
prio questo tema, cioè la patologia del genitore dello schizofrenico non più
visto in termini solo di comunicazione, ma visto in tema proprio di patologia
di gruppo, unitamente alla patologia individuale; allora vedremo tutti questi
temi di patologia della personalità, di dissimulazione dell’infanzia ecc., quindi
sarà meglio rimandare, per non ripetersi poi domani.

Lanzavecchia:

Un problema pratico di comunicazione: il problema del come ordinare
le comunicazioni o di visite o epistolari fra familiari, conoscenti e pazienti
o viceversa; problema che a me sembra trattato sempre molto brevemente
e risolto varieamente da pochi autori. Desidererei sapere dall’oratore se
questo problema lo risolve sia stato trattato sufficientemente, con sufficiente
ampiezza, e il suo parere personale.

Selvini:

E un argomento interessantissimo. Questo problema dello schizo-
fenico ricoverato, del malato mentale — in genere — ricoverato, il quale
ha un enorme bisogno di rapporti e, nello stesso tempo, deve essere isolato
dai rapporti patogeni. Io penso che su questo punto ci sia un unico modo,
purtroppo per ora ancora ideale, di soluzione, ed è precisamente il tratta-
mento di gruppo delle famiglie in presenza del paziente. Con questo tratta-
mento di gruppo delle famiglie, si riesce ad intuire l’atteggiamento, patogeno
della famiglia nei riguardi del paziente; questo trattamento, consiste in
questo: nel trattamento individuale del soggetto schizofrenico e nel trata-
mento di gruppo dei genitori presente il soggetto schizofrenico. Natural-
mente qui siano nella stratosfera dei trattamenti psichiatrici. Sono comparsi
proprio in questo mese, ne riferirò domani, degli articoli bellissimi, che già
stabiliscono le leggi di questi trattamenti e di queste varie tecniche di terapia.

Quindi proprio diminuire, se possibile, la patologia del genitore; mezzi ne sono stati studiati moltissimi. Un mezzo adoperato negli ospedali americani è quello di far intervenire lo psicologo esterno, per es. il medico di famiglia, alle riunioni ristrette dei medici che trattano del paziente, in modo da dare un aiuto di necessità e diminuire di conseguenza la possibilità di innescare e promuovere la patologia dei genitori. Altro modo di poter ovviare a questo grossissimo problema è per ora non se vedono.

MATARAZZO:

Quello che ha chiesto il collega Lanzavecchia può essere risolto in certo qual modo da ciò che avviene in Inghilterra, cioè a dire in alcuni ospedali inglesi si ricoverano tutti assieme i genitori dell'ammalato nello stesso posto.

SELVINI:

Ecco riferirò domani le ricerche di Bowen. Questi ha ricoverato 17 famiglie di schizofrenici nell'ospedale psichiatrico, insieme con i figli e genitori consegnito, ricostruendo la famiglia nell'ospedale: proprio nel suo domestico. Non dico che portasse la mobilia, ma — insomma — comunque la famiglia ricostruita nell'ospedale, con uno staff di 20 osservatori che se alternavano nell'osservare del comportamento di queste famiglie. L'esperienza, durata per 5 anni, su 17 famiglie ci ha dato dei dati interessantissimi.

NAVARRO:

Nella sua conclusione lei poneva un motivo di ricerca se, tra nevrotici e schizofrenici, ci sia una differenza di qualità o di quantità. Questo è un problema che apre una discussione che finirebbe in tre anni, insomma, perché in questo caso il prof. Spaltro forse potrebbe dirci qualche cosa dei rapporti tra qualità e quantità.

Io non so la quantità quando comincia a diventare qualità e viceversa. Non posso fare un riferimento hegeliano, ma siamo proprio così.

SELVINI:

Certo, siamo perfettamente d'accordo che è un problema veramente difficilissimo e ben lontano dalla soluzione. Cioè lo stesso problema se la schizofrenia sia una ulteriore evoluzione della neurosi, o se siano due cose perfettamente diverse: non abbiamo assolutamente risposta. Che comunque io nei miei pazienti nevrotici oppure in anorexiche ho trovato frequenti esempi di comunicazione a doppio rapporto, è un fatto. Io trovo che questo concetto, almeno forse perché me ne sono occupato, sono cioè un po' lanciato, un po' entusiasta, però io lo trovo un concetto estremamente affascinante, questo di questo tipo di comunicazione, e queste volte proprio noi osserviamo questa comunicazione patologica. Io per es. sono convinta, e l'ho già accennato prima, che possa fare delle comunicazioni altamente patologiche il terapista, e quando? Proprio quanto finge un atteggiamento benevolo nei riguardi di un paziente verso cui è aggressivo.

L'altro giorno, quando ha parlato il prof. De Maria, io ho accennato a quel caso di malattia che avevano bisogno di punire e che il prof. Bendetti mi ha permesso di punire, dicono così, con l'elettroshock; grosso modo, il caso andrebbe spiegato per esteso. Comunque è istruttivo questo caso perché è un caso che mi ha frustrata, proprio riducendomi alla sensazione personale di essere una idiota. È veramente terribile. Quando un ammalato riesce a comunicare al terapista che lui è il più perfetto idiota del mondo, è veramente una situazione terribile, e io da tre anni ero correto a questa malattia facendomi frustrare economicamente, anche! Anche questo era sbagliato, perché c'erano degli errori, evidentemente. Quando questa ragazza finalmente sì è decisa a uscire dalla sua malattia, io naturalmente conservavo un pesante bagaglio di aggressività e questo fattore è accaduto non molto tempo fa. Un giorno viene in seduta, era mezzogiorno, mi dice che non sa dove andare. Io, di slancio: perché non ti fermi a colazione con me? A cui è seguita questa frase: e poi siamo fortunati, è giovani, non c'è mio marito; potrebbe seccarsi! E formidabile. Invece di dire: potrebbe seccarsi, naturalmente ad una ammalata venire a tavola della dottoressa presente il marito, ho detto chiaramente: potrebbe seccarsi, il che significa non ti posso vedere, ti tengo a colazione per mostrarti la mia benevolenza, ma contemporaneamente ti do un caleo sotto il tavolo dicendo che a mio marito secca molto di vederti a tavola con lui. Veramente è spaventoso! E questi esempi potremmo moltiplicarli all'infinito. Mentre invece in questi casi è meno dannoso una aperta dichiarazione aggressiva che una aggressione verbale di questo genere. (Applausi).

VANZELLI:

Volevo chiedere una spiegazione pratica: cioè avevo visto che in molti casi c'erano delle aggressività notevoli dei parenti verso i pazienti, perché a un certo momento naturalmente a questi parenti sfuggiva la causa del disturbo del paziente, quindi lo prendevano come un rifiuto, come una insubordinazione, ecc. In questi casi non bastava alleggerire come potevano essere appianate le cose, perché i parenti — pur volendo comportarsi meglio — non ci riuscircano. È adesso me lo spiego anche il fatto perché non ci riuscircano. Allora delle volte ho tentato di fare delle sedute con pazienti e parenti. Ecco, volevo appunto chiedere qualche cosa su queste sedute, cioè quanto in media è bene farne, perché si arriva arrivare un po' al controllo emotivo del parente con queste sedute. È una cosa difficilissima. Si tratta anche di attaccamenti che può prendere il terapista anche per agire solamente così sul piano dell'espressività, dell'espressione del viso, dell'approvazione o meno, così su un piano molto poco scoperto, di quello che il parente può dire bene, può dire male, ecc. Proprio un giudizio del terapista nei confronti del parente, non diretto ma molto indiretto. Più anche da parte del terapista nei confronti del parente una cosa di quel genere lì, soltanto forse diretta un po' meglio; e allora appunto volevo chiedere se questo è bene farlo, in quale maniera è opportuno farlo, se ci sono delle modalità particolari che lei mi potrebbe suggerire.
SELVINI:

Prima di tutto io personalmente, e quindi modestissimamente, sono convinta che una causa di questa comunicazione a tipo di rapporto abbastanza evidente è questo: i genitori, non accettano assolutamente di rendersi coscienti della loro aggressività verso il malato. E perché? Perché sono dei soggetti deboli, poco integrati, con un bassissimo livello di tolleranza all'ansia. Quindi dico a questi genitori: Lei è aggressivo verso il suo figlio, genera un attacco ansioso intollerabile! Quindi sono delle situazioni, chi mi guarda verso la mia malattia: la caduta, ma non lo volevo assolutamente riconoscere; la invitavo a pranzo e poi facevo quello che ho detto. La stessa cosa si ripete nel terapeuta con una puntualità incredibile, perché provvede l'ammalato a fargliele ripetere, e lui le ripete. Ora quanto alla tecnica, secondo gli autori che più si occupano modernamente di questa terapia, il ritmo sarebbe di una volta alla settimana e la seduta dovrebbe essere fatta così: il terapeuta deve usare esattamente la tecnica della psicoterapia di gruppo, avere un atteggiamento piuttosto attivo e cioè fare in modo di far parlare questo gruppo (poi, se loro vorranno, ho qui le ricerche di Hale su come si comporta un gruppo di 3 persone, e sono veramente illuminanti queste ricerche) e farli parlare ed osservare, perché subito gli viene in mano del materiale formidabile, su come avvenga questa comunicazione; evitare di solito di criticare e fare in modo che la critica avvenga fra di loro, cioè che riescano a criticarsi fra loro. Si ricordino, cosa di una difficoltà notevole, del gruppo della famiglia dello schizophrenico: perché lo schizophrenico o non critica, o fa una critica che non è quella giusta. Loro vedranno nella pratica che la madre dello schizophrenico non è mai criticata per le colpe che veramente ha, ma per altre colpe di cui il paziente non si rende conto, se ne renderà conto poi in terapia. Comunque, questi autori hanno osservato che, se si riesce a far sì che il malato stesso arrivi a criticare i suoi in presenza del terapeuta, si hanno dei risultati molto rapidi e molto importanti. L’altro elemento che è venuto fuori da questa esperienza, che ha solo, naturalmente, pochi anni, di terapia di gruppo della famiglia dello schizophrenico presente il paziente, è questa: cioè che non è che porti il malato a guarigione. E evidente, specialmente se fatta in un grande ospedale psichiatrico dove si può fare al massimo una ventina di sedute; però può dare una forte previsione prognostica di quello che avverrà quando il malato si rimetterà nella famiglia, all’uscita, perché tutti loro conoscono la ricaduta all’uscita. Queste sedute di gruppo sono la preparazione alla rimissione del malato in famiglia, perché vengono catalizzate molte di queste reazioni favorevoli. Un’altra cosa è questa: sono stati stabiliti anche dei punti, cioè che cosa avviene al malato schizophrenico in questa riunione di gruppo. Guardate, per me è una cosa importantissima: viene rotta la disperazione dello schizophrenico. Perché secondo questi autori, per me è vero, lo schizophrenico ha dentro di sé, del resto anche l’anorexia, la convinzione che lui non riuscirà mai a cambiare il suo tipo di rapporto con la famiglia, che con suo papà e con sua mamma non c’è niente da fare perché loro non cambieranno mai. Quando nei rapporti di gruppo i pazienti si rendono conto che il terapeuta ha coraggio di analizzare ciò che lei, la grande madre o lui, il grande padre, ha detto, si apre un spiraglio di speranza per il paziente «dunque se il terapeuta, lo può fare allora — forse — anch’io lo posso fare e in modo centratò».

VANZELLI:

Volevo parlare un po’ delle conseguenze che si possono avere a causa di questo miglioramento dei rapporti con i genitori. Ho notato che delle volte questi pazienti attraversano delle fasi di questo genere. «Allora, effettivamente, lo sbaglio non era fuori di me, ma era più che altro in me.» Cioè c’è poi una situazione quasi di ripiegamento su sé stessi, e poi è da fronteggiare anche questa, naturalmente. Appunto, volevo chiedere se è opportuno eventualmente proseguire anche durante questa fase, oppure non sia meglio interrompere, ad optare per altri sistemi durante questa fase in cui il paziente dice: allora molti errori che erano fuori, invece li porto dentro. Ecco, non tutti, ma alcuni possono arrivare a questo ragionamento.

SELVINI:

Certamente. La tecnica ideale è che questo trattamento sia iniziato in ospedale psichiatrico, perché possa continuare ambulatorialmente, e perché ad un certo momento anche la famiglia, nel rapporto trasferito col terapeuta e nel gruppo, dirà: ma noi torniamo, dottore, torniamo, una volta alla settimana, una volta ogni quindici giorni, torniamo col nostro ragazzo, con la nostra ragazza! Ma se si vuole arrivare veramente a una soluzione, bisognerebbe parallelamente condurre l’individuale. E qui sorgono molte difficoltà. Condurre l’individuale da parte dello stesso terapeuta del gruppo, ovvero non si deve mai contaminare il materiale del gruppo con il materiale dell’individuale: il materiale ricavato in gruppo resta discusso in gruppo, il materiale individuale resta individuale; non si deve mai contaminare, è un errore gravissimo! Chi è capace di farlo, auguri!

MONTANARI:

Vorrei chiedere alla dr. Selvini se ha una esperienza su di trattamenti bifocali perché, per quel poco di esperienza che ho io, quando per es. noi ricontrolliamo gli ammalati, parliamo sempre di schizophrenie in fase di remissione, ed è in questo momento che, a mio avviso, sembra che possono essere meggiore suscettibilità e maggiore recuperabilità, sempre nei limiti relativi, in limiti relativi dal punto di vista psicoterapeutico; a me sembra che se si parla di terapia, psicoterapia bifocale, sia forse più difficile fare una psicoterapia ai genitori che allo schizophrenico in fase di remissione, perché nello schizophrenico in fase di remissione arriva a riaffiorare la coscienza, diciamo pure, di malattia — molto spesso — al punto che lui arriva a capire che per reintegrarsi o integrarsi nella società deve fare qualcosa. Ma il familiare ha sempre l’aria di dire: è lui il malato, lo sto benedetto! E allora credo che sia proprio molto più difficile, come è molto più difficile fare una psicoterapia a un individuo che abbia una infanatura, tanto per dire, di psicanalisi teorica, perché ha dei preconcetti da cui è poi difficile smuoverlo.
SCELVINI:

Pienamente d’accordo. Ora è sempre molto meglio non impostare colloqui con i genitori dicendo: adesso voi dovete entrare in psicoterapia di gruppo. Stiamo freschi! Quelli ci scaraventano chissà fin dove. Quindi dobbiamo dire: vorresti entrare a fare qualche colloquio di gruppo, come collaboratori della terapia che sto facendo al figlio? Non si dimentichino tutte le colpevolenze di averlo ricoverato, di averlo fatto ammalare... Quindi è una questione difficilissima, però io proporrei a questo punto che, siccome oggi il discorso era sul doppio rapporto e domani sulla famiglia, sulla psicoterapia della famiglia, forse sarebbe meglio che ci tenessimo in tema. Comunque su questa difficoltà sono d’accordo: certamente è più facile il malato che la famiglia.

VANZELLI:

Volevo appunto dire che qui non si tratta di curare i familiari, ma si tratta semplicemente di portarli a una maggiore comprensione verso il paziente. Quindi nè si tratta di adoperare termini tecnici particolari, nè di impressionarli, nè di metterli in allarme in nessun modo, perché — anzi — proprio questo è un ruolo controindicato che aumenterebbe quel comportamento incoerente. Invece si tratta appunto di discutere insieme i problemi per cercare, si potrebbe dire ai genitori, ai parenti, per cercare un maggiore accordo familiare, ma senza porre mai neanche lontanamente nel parente il dubbio che venga li perché debba essere modificato in qualche modo. Dopo, la modificazione viene da sola, ma non bisogna partire da questo, quando si ha l’approccio con il parente.

SCELVINI:

Senz’altro, specialmente nel nostro ambiente, che non è certo un ambiente preparato, il nostro ambiente italiano, a cose del genere.

ROVERA:

Scusi, desideravo domandarle: dato che lei prima ha definito l’ipocrisia come una piaga inammissibile, che cosa ne pensa circa la metodologia che usano determinati psicoterapisti di scuola sarristiana, quando ammettono la malafede come primo passaggio verso l’indifferenza al proprio stato psicologico e come una situazione estremamente esistenziale e quindi naturale. Oltretutto, secondo questi psicoterapisti (io non appartengo a questi), si ha una scarsa d’ansia eccezionale: il malato non può ad un certo punto ammettere determinate situazioni, la malafede lo difende anche se è una situazione estremamente negativa, comunque è una situazione esistenzialmente positiva. Che cosa ne pensa lei? Grazie mille.

SCELVINI:

Non so assolutamente niente di questi terapisti di scuola sarristiana; proprio non so nulla. Se comunque ipocrisia, per questa scuola, in senso generale, sia una difesa in certo senso utile, d’accordo. Ma che poi possa generare situazioni come queste di questa lettera è altrettanto vero. Comunque non posso darte un’opinione su questa scuola perché non conosco nulla. Se qualcheduno ha qualche competenza...

VOLterra:

Vorrei chiedere dove ha attinto le sue informazioni il dr. Rovera e come le ha interpretate, perché non mi risulta assolutamente che sia così.

ROVERA:


VOLterra:

Voglio dire: non mi risulta affatto che il prof. Torre sia uno psicoterapeuta, perciò la sua interpretazione può essere del tutto personale. Comunque a Torino, lui parlò nelle giornate psichiatriche, se io ben ricordo ed ero presente, e mi sembra che sia intervenuto anche Chiodi; assolutamente la condotta di malafede vuol dire tutti’altra cosa, e non si riferisce poi neanche a pazienti neurotici, tanto per cominciare, per cui abbia un valore esistenziale. Poi per quello che riguarda le interpretazioni successive di Torre, io non le conosco personalmente, comunque sono del tutto personali, eventualmente, e non basate neanche su esperienza propria.

GALLI:

Vorrei sapere se è il prof. Torre o se sono psicoterapisti di scuola sarristiana; insomma: se è lui il caposcuola oppure se...

ROVERA:

Prima di tutto devo dire che il prof. Chiodi è intervenuto sulla seconda relazione, mentre io mi riferivo alla prima, in cui è intervenuto il prof. Paci, e quindi non mi riferivo a quella. Ne ha tenuta una la mattina precedente in cui è intervenuto il prof. Paci. Successivamente, c’è il il prof. Torre con alcuni suoi assistenti, il quale è su questo indirizzo. Quindi, senz’altro vorrebbe essere permesse il caposcuola. Secondo, se permette, il prof. Torre è esistenzialista.

UN PARTECIPANTE:

A proposito della malafede, e della psicoterapia come analisi esistenziale, con tutte le applicazioni sarristine: ora noi possiamo vedere questo problema soltanto se teniamo presente che aver coscienza della realtà può soltanto avvenire attraverso una dialettica, cioè attraverso la costornazione del male, non so se rendo l’idea. Cioè avere coscienza della realtà significa accorgersi che c’è qualcosa di male, qualcosa di negativo e che potrebbe quindi non esserci. Il non esserci potrebbe presupporre un esserci e quindi, automaticamente, quello che viene interpretato come ipocrisia, malafede, non so, cattiveria, quello che potrebbe essere intenzionalità nel senso più lato della parola, potrebbe essere incanalato verso una intenzionalità positiva.

SPALTO:

Vorrei dire qualche cosa a proposito di questo problema della ipocris-
sia che mi sembra abbia sollevato un po' un vespas. Evidentemente il problema dell’ipocrisia è anche qui un problema puramente semantico, tanto per esprimere l’esistenza di un determinato fenomeno. La collega Selvini ha parlato di ipocrisia senza dare connotazioni etiche o moraliistiche alla cosa, invece quello che è particolarmente interessante, che poi è alla base della trattazione che la dottoressa Selvini ha fatto del doppio legame, è il problema della comunicazione, che viene ad essere resa contraddittoria, e quindi viene a entrare nell’ambito di sistemi di aspettative che vengono ad essere delusi; cioè, è tutto un susseguirsi di sistemi di aspettative che vengono ad essere delusi. Questo cosa significa? Significa un intralcio nella comunicazione; significa un intralcio nella comunicazione sia come processo sia come viene vissuta dalla persona. Il fatto di dire che è alla base l’ipocrisia, significa niente altro che sottolineare l’esistenza di questi sistemi d’aspettative contraddittori che, alla fine, determinano una interruzione. Ora c’è anche il problema della scelta. Perché la scelta viene resa difficile? Perché siccome il sistema di aspettative viene ad essere deluso, a un certo momento c’è la crisi dei valori, ma valori non intesi in senso morale, ma in senso di una utilità. Cioè che cosa è utile, che cosa non è utile; che cosa scelgo, che cosa mi conviene fare? Fumare o non fumare? Questo è il problema. Cioè il sistema di aspettative diventa contraddittorio, e allora uno si aspetta il nesso da un lato, poi lo aspetta dall’altro lato, e non sa da che parte arrivarà. Evidentemente la percezione, la comunicazione e tutti gli stati connesi con questi processi, vengono ad essere se non altro disturbati, se non impediti. Questa è l’ipocrisia.

GALLI:

Io volevo dire questo: a me pare che il problema, dal punto di vista psicoanalitico, psicoterapico — in genere — potremmo vederlo anche come avvenuto già accennato tu. Cioè l’ipocrisia come una struttura dinamica difensiva, e il poter mantenere un equilibrio mantenendo questa struttura. L’altro concetto, cioè quello che faceva cenno Rovera e la concezione quindi di Torre, significa prendere una concezione base dell’uomo come valida e voler riferire a questa il metodo di cura; ciò non è valido, nè che lo faccia lo psicanalista ortodosso freudiano, nè che lo faccia nessun altro, e tanto meno chi si qualifica come psicoterapista di scuola sartoriana. Quindi in un senso noi possiamo adoperare un modello operativo che clinicamente è risultato valido: è una struttura di difesa, rientra fra le tante strutture di difesa, ognuna delle quali può essere mantenuta per mantenere l’equilibrio. Nell’altro senso non significa assolutamente niente.

SELVINI:

Siamo pienamente d’accordo. Adesso, se nessuno vuol più chiedere la parola, io vorrei fare un altro esempio di una mia esperienza clinica, perché penso proprio che qui la cassistica sia la cosa migliore.

Un caso che mi è accaduto con una paziente che era stata mandata dal prof. Mussati come una schizophrenica, c’è proprio questa enorme difficoltà a capire la comunicazione, per cui queste sedute sono sempre sempre delle sedute estremamente interessanti. In una di queste sedute ho notato come questa ammalata, dopo poco tempo che l’avevo in terapia, non badi assolutamente al messaggio verbale. A lei non interessa minimamente quello che io dico. Di solito lo storta, lo fraintende o non ne prende conto. Mentre invece sta attentinissima ai miei atteggiamenti, a girare, a esprimere, a esprimere congiungendo il mio corpo a quello della paziente, dovesse essere a portare un doppio golfo, cioè un golfo con sopra una giacchetta, e a calare i tamburi nel discorso, congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiungendo con il mio corpo a quello della paziente, nel corpo o in una posizione, per esempio congiun...
diffidente sensitivo o schizofrenico, ecc; in fondo tende sempre a cogliere le cose nascoste, dubitando di quelle apparenti: potrebbe trovare alimento proprio da un atteggiamento particolare di non fiducia nei riguardi dell’interlocutore.

SELVINI:
Certo, però lei sa benissimo come questo atteggiamento diffidente sia proprio ciò che mina il rapporto umano, quindi diffidenza è eguale a solitudine, perciò torniamo a richiedere il cerchio, che una difesa è poi una patologia, una patologia è poi una difesa. Non le pare? (Applausi).

---

LA FAMIGLIA DELLO SCHIZOFRENICO

MARA PALAZZOLI SELVINI

Questa lezione si propone di valutare e di sintetizzare gran parte della letteratura psicodinamica pubblicata tra il 1956 ed il 1960 concrentemente l’ezioologia della schizofrenia. Essa espone in larga misura un saggio di Foudraine apparso su Acta Psychotherapeutica nel 1961 nonché numerosi brani di Lēz Beow. Vi si tratta esclusivamente dei lavori compiuti da quegli autori che seguono l’ipotesi che la reazione schizofrenica è l’ultima fase di una serie unitaria di eventi che hanno come causa primaria relazioni interpersonali seriamente patologiche tra il bambino (il futuro paziente) ed i suoi genitori. In breve, secondo questa ipotesi, la schizofrenia sarebbe prodotta da errori nell’allevamento e nella educazione del bambino da parte dei genitori. Tuttavia, citando letteralmente Lēz, è opportuno precisare, fin dall’inizio, che non si intende imprimere un indirizzo di ricerca ambientale-interpersonale in contrapposizione all’indirizzo biochimico o genetico. Noi osserviamo, registriamo ed interpretiamo ciò che si svolge all’interno della famiglia. La disorganizzazione e l’irrazionalità che noi troviamo in queste famiglie possono anche essere segno di una anomalia dei genitori che è trasmessa geneticamente, con un meccanismo endocrino, biochimico o neuronale. Se esistono fattori genetici, i nostri mezzi di indagine attuali non sono in grado di identificarli, né di modificare, salvo che in modo del tutto generico. Ma le anomalie psichiche dei genitori, a loro volta, esercitano un’influenza di tipo interpersonale ed ambientale sulle loro famiglie. L’analisi di queste influenze fornisce materiale altamente significativo, nello studio della schizofrenia, sulla difettosa integrazione della personalità e sulla dinamica familiare.

 Io penso che queste osservazioni possano contribuire a spiegare l’ezioologia della malattia, altri autori invece preferiranno considerarla come fenomenologiche. Tuttavia, le limitazioni imposte dall’idea, del resto ancora ipotetica, che deve essere un interessamento genetico od organico, rischiano di indurre a trascurare del materiale che
permette di approfondire nuovi aspetti dello sviluppo della personalità umana e dell’importanza della famiglia.

Il tratto più caratteristico della schizofrenia, come è noto, sta nella distorsione dei processi di formazione dei simboli. Il riconoscimento del ruolo importante e plurifunzionale che la formazione dei simboli ha nell’adattamento mentale dell’uomo, permette di comprendere come la malattia possa essere l’esito di una evoluzione che si sia svolta in modo errato; essa è quindi correlata col processo di sviluppo generale, piuttosto che dipendente da un alterato funziona-mento cerebrale. Lo sviluppo di un cervello che permette la formazione di simboli astratti, ha dato all’uomo un metodo ed una gamma di adattamento diversi da quelli di ogni altro essere vivente; lo ha liberato dagli schemi fissi, innati e distintivi come i riflessi, organizzando anche questi ultimi in complesse attitudini finalistiche, per cui le necessità biologiche fondamentali costituiscono uno stimolo per un’azione motivata, invece che la costrizione ad atti predeterminati. Ogni agglomerato umano ha formato, in innumerevoli secoli, tipi di azione e di reazione che vengono considerati mezzi per costruire la civiltà. Questi mezzi comprendono il linguaggio, con la possibilità e le limitazioni che esso pone per l’attività mentale, la percepibilità, che è espressione tipica dell’attività degli organi di senso, i modi di pensare e di ragionare che liberano ed asservono i sentimenti connessi a tutto ciò che ha un significato emotivo, come pure gli stru-menti concreti o astratti con cui l’uomo opera sulla natura e gradualmente progredisce nel controllarla.

Questa acquisizione fondamentale non sono, ovviamente, trasmessi per via genetica. Se non comprendiamo che l’uomo trasmette da una generazione alla successiva due diversi patrimoni ereditari separati e tuttavia interdipendenti, non potremo mai comprendere corretta-mente il suo comportamento e le sue attività fisiologiche.

Ogni società umana deve mettere il bambino in grado di apprenderne il modo di comunicare, di pensare e di agire, e deve proteggerlo nei lunghi anni in cui egli, ancora immaturo e quindi dipendente, possa. Il modo di vivere, la necessaria maturità affettiva, il corredo morale che gli è utile non sono compresi nella maturazione fisica, ma sono dovuti all’apprendimento ed in particolare all’interazione con le figure dei genitori. Il processo può svolgersi in modo adeguato e normale solo se questi modelli non sono impossibili da seguire, non ostacolano la via con i loro segnali contraddittori, non si annullano reciprocamente, e forniscono al giovane mezzi strumentali adatti per la vita sociale in cui egli deve alla fine emergere.

Bisogna perciò tener presente il rischio nel modo di adattarsi dell’uomo o forse, meglio, nei modi della società di adattare il bambino a se stessa. La civiltà affida soprattutto alla famiglia il compito di trasmettere le sue abitudini e la sua strumentalità ai figli. Ma la famiglia ha i suoi bisogni, talvolta patologici, che possono avere la precedenza sulle sue funzioni educatrici. Essa può agire come un elemento deviante dal resto della società, presentare al bambino richieste mutualmente incompatibili, offrire inconsistenti esperienze emotive, comunicargli atteggiamenti paralogici, ed errati insegnamenti in molti altri settori. Sebbene la famiglia non sia l’unica ad influenzare l’ego che si sviluppa, essa può agire tuttavia sul bambino con la più coerente o con la più incoerente serie di influenze. La personalità cresce e si differenzia entro la sfera del gruppo familiare. La famiglia è la matrice della personalità in accrescimento. Ma quando noi ci chiediamo in quale modo la famiglia funzioni come un’unità, ed in quale modo essa provochi il processo primario di socializzazione dell’individuo, arriviamo alla stupefacente conclusione che le nostre conoscenze sono ben lungi dal poter rispondere a queste domande.

Vi sono molti fattori che hanno contribuito a questa lacuna nel nostro sapere. Spiegel e Bell ci danno un elenco delle molte difficoltà che gli studiosi hanno incontrato nel loro tentativo di affermare il concetto di famiglia come sistema a sé stante. E’ vero che tutti i ricercatori hanno mostrato un grande interesse alla famiglia del paziente psichiatrico. Tuttavia, allorché si tratta di applicare il concetto di famiglia come un tutto, si avvera una grande resistenza. E’ più facile limitarsi ad analizzare aspetti isolati, mentre è assai difficile mantenere a fuoco la famiglia come unità.

La teoria psicoanalitica certo riconobbe la grandissima influenza della struttura familiare e del modo reale seguito dai genitori nell’allevare il bambino sullo sviluppo finale di quest’ultimo. Ma l’atten-zione fu specialmente concentrata sull’inconscio, sulle sue fantasie e sui suoi modi di concepire la realtà.

Ferenczi fu uno dei primi ad attrarre l’attenzione su un punto molto importante. Egli chiese che si portasse maggiore attenzione sull’oggetto reale, sulla « realtà della realtà ». E’ la realtà — egli disse — che reca un danno reale al bambino; le fantasie inconsci ne sono l’espressione simbolica. E’ mia convinzione che questo sforzo
di mettere a fuoco la realtà sia una delle più importanti conquiste nella ricerca psicodinamica contemporanea. Nell'epoca pionieristica dello studio dei pazienti psichiatrici eravamo impressionati dallo aspetto minuzioso delle fantasie dei nostri pazienti. Ma ora siamo stupefatti dalla scoperta che ciò che i nostri pazienti ci dicono è parte di ciò che fu un tempo una realtà minacciosa».

Accettando il fatto che fin dai suoi primi momenti di vita il bambino è costantemente rivolto all'oggetto, molti psicoanalisti moderni tendono a riformulare le loro basi teoriche in termini di relazione all'oggetto (veggansi i lavori di Fairbairn).

Un tipico esempio di questa tendenza a rivedere la primitiva teoria psicoanalitica, formulando nuove concezioni teoriche e verificando queste nuove concezioni con l'osservazione diretta dei rapporti interpersonali fra gli individui, può essere ritrovato nel lavoro di Bowlby. Noi troviamo in queste opere la tendenza a porre l'accento sui dati dell'osservazione diretta. Ed è proprio in base a questi dati direttamente osservabili che Sullivan caratterizzò la nuova psicoterapia come scienza delle relazioni interpersonali e sociali. Il fatto che queste relazioni possano essere studiate per mezzo della osservazione parte-
cipe (psicoterapia) significa che lo psicoterapista continua per ora a sostenere un ruolo di primo piano nel campo della ricerca psicoterapia.

La psicoterapia combinata del paziente e dei membri della famiglìa cui egli appartiene, specialmente riguardo al problema della schizofrenia, suscitò un interesse ed inoltre una comprensione più viva delle interazioni che si svolgono fra i genitori e i loro figli. In questi studi divenne proprio evidente quanto poco noi sapessimo dei processi di comunicazione fra persone. Divenne evidente che noi non possiamo formulare in modo adeguate processi di tale complessità in termini semplicistici come « giudice frustrante, gratificante, severo, che viva, ecc. ». Dobbiamo piuttosto chiarire come i genitori si trattano l'uno l'altro e come traggano i loro bambini e perché e quando. Vogliamo cioè sapere di più sui modi che i genitori hanno di comunicare fra loro e con il loro bambino e come essi gli comunicano il loro patrimonio culturale. Ciò comporta un interesse più acuto nella realtà dei genitori e lascia piuttosto in secondo luogo l'aspetto soltanto teorico di inferiorità costituzionale della struttura dell'ego. Ferenci sottolineò questo concetto molto chiaramente quando scrisse: espe-
razioni insufficientemente profonde dei fattori endogeni portano al pericolo di attaccarsi prematuramente a spiegazioni, spesso troppo facili e comode, in termini di disposizione e costituzione. Gravi diffi-

coltà sono sorte dall'attuare una separazione artificiosa fra « istinti » e « fattori esogeni ».

Questa distinzione ha portato a discussion senza fine intorno ad un problema che appare in se stesso mal presentato. L'attuale orientamento mostra finalmente una chiara tendenza ad integrare psicoanalisi, sociologia, etnologia, psicologia sociale, antropologia culturale; in questa integrazione potremo alla fine trovare la costruzione di un sistema concettuale che ci renda più trasparenti le interazioni fra indi-

vidui.

Le ricerche recenti sulla eziologia della schizofrenia negli ultimi sei anni si sono concentrate assai sull'ambiente familiare del paziente schizofrenico. L'accento sulla famiglia come una unità funzionale ha aperto un fertile campo di ricerca. Il lavoro di Ackerman e di Parson-Bales rappresenta una pietra miliare di questa ricerca. Ma in uno studio dell'ambiente del paziente schizofrenico è preferibile rivol-

gere in primo luogo l'attenzione al concetto della simbiosi madre-

bambino. L'idea, originariamente formulata da Lewis Hill, che una simbiosi patologica madre-bambino abbia un significato eziologico per uno sviluppo schizophrenico, mantiene un posto preponderante nella letteratura più recente. Il concetto si è dimostrato fruttuoso e la psicodinamica di questa simbiosi è stata elaborata in molte ricerche. Il concetto di una precoce frustrazione orale sembra — secondo gli studi più recenti — sempre meno probabil. Anzi, secondo Lewis Hill, tale fase sembra essere stata eccezionalmente gratificante. Tale aspetto della fase orale è considerato normale in un certo stadio di sviluppo, ma quando essa non ha fine evolve in una simbiosi pato-

logica la quale ostacola gravemente lo sviluppo dell'ego, priva il bambino di ogni possibilità di sviluppo individuale di integrazione e formazione del sentimento della propria identità. Questa simbiosi patologica statica ha luogo in una struttura familiare che ovviamente vi contribuisce (il padre, come si vedrà, ha pure importanza) viene descritta come una intensa interdipendenza la quale viene ac-

tratata dal bambino sotto la minaccia di un completo isolamento. Molti psicoterapisti ci hanno descritto la fanatica fedeltà del bambino a una madre psicologicamente molto ammaltata. Sterlin ci parla di un « orientamento verso la realtà del più forte », mentre Searles ci descrive « il sacrificio amoroso che il bambino compie della propria autentica individualità per il benessere della madre ». I pazienti schizofrenici, infatti, hanno una incredibile sensibilità per i bisogni emotivi ed i conflitti materni i quali acquistano per il bambino straordi-
naria profondità e significato. Secondo Searles non è rara nello schizofrenico la convinzione vissuta che se egli dovesse migliorare o star bene nel senso della maturità, sua madre verrebbe distrutta.

Nella letteratura più recente, la madre del paziente schizofrenico è stata frequentemente oggetto di studio. La letteratura pioneristica era caratterizzata dalla descrizione di tipici tratti caratteriali e tipiche forme di comportamento della cosiddetta « madre schizofrenogenica » (Kasanin, Reichard e Tillman, Tieze).

La letteratura più recente rivela invece la tendenza ad attaccare il problema dal punto di vista della interazione. Ma anche qui eccoci nuovamente di fronte al problema di una precisa concettualizzazione di ciò che si intende per interazione. Ad esempio, il termine « rifiuto » (reject) perde molto del suo valore giacché praticamente tutto ciò che ostacola la crescita dell’ego e la sua differenziazione rientra nel suo significato. Ackerman dice infatti: « Ove ci sia rifiuto, esso deve venire specificato in termini di: intensità, forme di espressioni, specificità relativa per un determinato bambino; in termini, inoltre, del significato e del ruolo che motiva il rifiuto nella economia della personalità materna e nella totale economia psicosociale della vita familiare ».

Prima di iniziare la revisione della letteratura concernente la famiglia del paziente schizofrenico, sarà saggio specificare, sia pure brevissimamente, in quell modo l’informazione è ottenuta e ci rende capaci di ricercare l’ambiente familiare nel quale il paziente è cresciuto. Ricordiamolo: non si potrà penetrare in ciò che realmente accade in queste famiglie, se il nostro approccio con i genitori e con gli altri membri della famiglia è limitato a fare delle domande. Come già si disse, le informazioni più valide si ottengono per mezzo della relazione psicoterapica con il paziente, con i genitori o con entrambi simultaneamente. E’ lo psicoterapista, il quale, come osservatore partecipe, può penetrare profondamente nella struttura della famiglia così impregnata di paura, colpevolezza e difesa.

Ritorando alla revisione della letteratura concernente la struttura familiare del paziente schizofrenico, il primo articolo che ci interessa è lo studio dedicato da Beckett e collaboratori al significato dei traumi esogeni nella genesi della schizofrenia.

Uno studio intensivo di 27 pazienti schizofrenici e dei loro genitori mostrò una patologia intrafamiliare molto severa. Questi autori descrivono in queste famiglie l’uso massivo dei meccanismi di integrazione, l’apprendimento di ipertrofici meccanismi difensivi, incorag-
comunicazione interumana hanno dato importanti contributi alla costruzione di una struttura teoretica.

Il termine « transaction » viene frequentemente usato e viene definito come quel processo di comunicazione a carattere reciproco, riecheggianti dall’uno all’altro partner e continuamente rinforzato dallo scambio, che si instaura in ogni situazione a due o più membri. Esso pone l’accento sul carattere continuo della comunicazione fra gli individui in un dato campo e ne sottolineano il costante « feedback » che modifica la risposta susseguente di ogni individuo.

Spiegel descrive la famiglia come un sistema di relazioni di ruoli con differenti gradi di complementarietà. La stabilità dipenderebbe dal grado di complementarietà del comportamento del ruolo dei vari partecipanti. Molti autori che studiano la famiglia schizofrenogenica impiegano questo metodo di approccio che tende a concettualizzare i ruoli reciproci e le « transazioni » multiple che hanno luogo nel gruppo familiare. Al concetto genitore schizofrenogenico si è sostituito quello socio-dinamico di famiglia schizofrenogenica.

Il lavoro di Wynne e collaboratori dimostra ciò molto chiaramente. Essi coniaronno il concetto di « pseudomutualità » che essi definiscono come « accomodarsi l’uno all’altro » a scapo della propria autonomia e della propria identità originale ». I partecipanti di tale sistema evitano ogni aperto conflitto (cioè non complementarietà dei ruoli) giacché ogni divergenza farebbe insorgere forti cariche ansiose. L’autore descrive la rigida organizzazione di ruoli fortemente stereotipati che gravemente costringono o addirittura sostituiscono l’identità individuale.

Questo sistema sociale statico, depersonalizzante, negatore dell’autonomia, agente come una sorta di arcaico superego familiare, è un ostacolo persistente a quelle necessarie sintesi e resintesi dell’ego che debbono sottendere l’evoluzione della identità individuale. Questa infatti deve essere un processo, e non un’acquisizione statica. Wynne fa pure notare l’isolamento culturale di questi gruppi familiari i quali si comportano in qualche modo come piccoli sistemi autosufficienti: appare perciò che la famiglia schizofrenogenica ha, sotto vari aspetti, una cultura tutta propria. Ciò espone il bambino, allorché vара i confini dell’ambiente familiare, a un vero e proprio disorientamento. Come si esprimeva un paziente di Stierlin « Avrei potuto vivere nel mondo se fosse stato come la mamma me lo aveva presentato. Ma, crescendo, mi accorsi che era tutto diverso. Così, crollai ». Ma gli studi più importanti della recente letteratura sulla famiglia degli schizofrenici sono quelli svolti da Lidz e collaboratori alla Università di Yale. Il materiale di studio fu ottenuto con un’osservazione prolungata per 4 anni di 16 pazienti schizofrenici e delle loro famiglie ospitalizzate nell’istituto psichiatrico di Yale. La maggioranza di queste famiglie mostravano una patologia impressionante tale da costituire per gli autori un argomento di più nella ipotesi che la schizofrenia possa essere una forma di sviluppo difettoso della personalità nell’ambito di un sistema familiare difettoso. Nelle loro argomentazioni teoretiche gli autori definiscono la schizofrenia come una forma estrema di ritiro sociale che può condurre il paziente, alla fine, ad abbandonare la logica della propria cultura cambiando le percezioni di sé e degli altri. La formazione di un mondo autistico, il sacrificio del controllo della realtà e la creazione di processi simbolici aberranti hanno il proposito di abbandonare un mondo intollerabilmente ansiogeno e di mantenere una qualche forma di autostima per mezzo di una nuova rappresentazione della realtà internamente privata. Secondo questi autori il ritiro dalla realtà è la primaria strategia dello schizofrenico. Le ragioni per questa manovra strategica sono date dalla realtà stessa. La regressione è vista come un arrestamento da una realtà minacciosa ed enigmatica (con cui l’individuo deve confrontarsi nell’adolescenza) per riscoprire la sicurezza delle onnipotenti e gratificanti fantasie della prima infanzia. Anche il lavoro di Lidz pone l’accento sulla famiglia come un tutto. E’ purtroppo impossibile trattare estesamente del vasto lavoro di Lidz nei limiti di questa lezione. Darò un breve accenno dei punti più importanti. Il quadro dei rapporti che vengono più frequentemente incontrati in queste famiglie è rispettivamente definito come « scisma contiguo » e « asimmetria contigua ».

Lo scisma contiguo è caratterizzato da gravi conflitti fra i genitori che praticamente dividono la famiglia in due campi nemici (gelosia dei bambini, seduzione, disprezzo del partner, uso del bambino per propria compensazione emotiva, ecc.). La asimmetria contigua si verifica invece quando un genitore passivamente accetta la psicopatologia del genitore dominante. La scomparsa del margine di sicurezza, che normalmente separa le generazioni, sostiene un ruolo decisivo per l’insorgere di intense angosce di incerto e di castrazione, particolarmente acute durante il periodo edipico. Le considerazioni di Lidz concernenti la questione del panico omosessuale come momento provocatorio di un acuto episodio schizofrenico sono del più grande interesse.
Questo autore ci fa presente che non è tanto il panico omosessuale, quanto il più frequente panico dell’incesto che deve attrarre la nostra attenzione. Dalle sue descrizioni appare chiaro come vi siano padri e madri così seduttori verso i loro figli che questi ultimi devono attivamente difendersi per prevenire l’incesto. Ciò si riallaccia ad interessanti punti di vista dei ricercatori della Clinica Mayo riguardanti il problema della formazione delle idee deliranti. Essi mostrano che il nocciolo di verità contenuto nelle idee deliranti merita più attenzione di quanto non sia stato concesso finora. Parte delle esperienze deliranti sono infatti cristallizzate intorno a trami massivi fisici e psicologici che hanno costituito un tempo per il paziente una « minacciantrealtà ».

Il padre, che fu per lungo tempo una figura un poco dimenticata in questi studi, appare invece severamente disturbato quanto la madre. Questi padri, presi dai loro problemi non risolti, sono totalmente incapaci di adempiere al loro compito, consistente essenzialmente nel guidare il bambino verso la comunità, nel provvedere sicurezza sociale ed emotiva, nel costituire un oggetto di identificazione. Parson e Bales pongono fortemente l’accento sul fatto che la combinazione di un padre debole e inefficiente e di una madre fredda ed emotivamente impervia provoca infinitamente più danno al bambino che non un padre freddo, ma efficiente, ed una madre debole, ma affettuosa. Questo tipo di padre debole e inefficiente è quello che più frequentemente si incontra nella famiglia degli schizofrenici.

A volte egli appare apparato, totalmente isolato ed estraneo alla famiglia; a volte egli pone continuamente richieste di soddisfazione dei suoi enormi bisogni narcisistici, il che lo porta a rivalità competitive con i suoi propri figli e a cancellare in tal modo la necessaria linea di demarcazione fra le due generazioni.

E veniamo ora alla fondamentale ricerca di Bowen. Il suo studio è basato su una ricerca iniziata nel 1954 e continuata per 4 anni. Un totale di 14 famiglie di pazienti schizofrenici vennero ricoverati nel suo istituto (nell’ordine di 4 per volta) e seguite da una equipe di 20 persone (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri) che le osservavano a giornata piena. Questa ricerca pone soprattutto l’accento sulla famiglia come singolo organismo, mentre il paziente è visto come quella parte dell’organismo familiare (così detta parte presentante) attraverso il quale si manifestano apertamente i sintomi della psicosi del gruppo. In questo studio ci troviamo di fronte all’enorme sforzo di concettualizzare in termini dinamico-funzionali la vita interna della famiglia, ed al tentativo di liberarsi dei concetti più individualistici della psicologia e della psicoanalisi. L’idea concepita da Lewis Hill che occupano tre generazioni perché si sviluppi una schizofrenia è sviluppata in questo studio in dettagli elaborati.

Quanto all’atmosfera familiare essi descrivono come caratteristica frequente di queste famiglie la distanza emotiva tra i genitori, che essi chiamano divorzio emotionale. Essi potevano usare fra di loro i termini affettuosi usuali, ma riusciva loro molto difficile condividere i sentimenti personali, i pensieri e le esperienze.

All’altro estremo vi erano famiglie che procedevano esclusivamente attraverso discussioni e minacce. In tutte le famiglie i genitori avevano determinati schemi di funzionamento per quanto riguardava la situazione « divorzio emotionale ». Entrambi i genitori erano equalmente immaturi; uno negava l’immaturità ed agiva con un’apparenza di superadeguatezza, l’altro accettava l’immaturità ed agiva con un’apparenza di inadeguatezza. La superadeguatezza dell’uno è in rapporto complementare all’inadeguatezza dell’altro. Nessuno dei due è capace di funzionare in una posizione intermedia fra superadeguatezza e inadeguatezza. Si noti che ora i termini di « superadeguato » e « inadeguato » si riferiscono a situazioni dinamiche di funzionamento interpersonale e non a situazioni statiche. Entrambi questi fenomeni, inoltre, sono irrealistici; il superadeguamento si riferisce ad una apparente di forza maggiore di quanto non sia in realtà; l’inadeguamento si riferisce ad una apparente di debolezza che è altrettanto falsa quanto quella di forza lo è in senso inverso. Le famiglie descritte operano sulla base della « pace ad ogni costo » a causa del loro bassissimo livello di tolleranza dell’ansietà. Vi è una accurata descrizione della proiezione dei propri sentimenti rinnegati (disassociati) e delle proprie paure sopra il bambino, il quale è costretto ad adattare se stesso alle tendenze proiettate, considerandole come se fossero reali. Bowen ci offre un esempio molto illuminante. La madre rinnega i propri sentimenti di impotenza ed i suoi bisogni di essere protetta. Essa proietta i bisogni rinnegati sul bambino. In tal modo essa percepisce il bambino come impotente e bisognoso di essere sovrapportato.

Il bambino, e spesso l’intera famiglia, accettano la percezione della madre come una realtà. Così una situazione, iniziata nella madre come un sentimento, diventa una realtà nel bambino. In tal modo il desiderio di crescere, nel bambino, viene inibito da meccanismi automatici dei genitori che tendono a fissare il bambino al suo ruolo di
impotenza. In tal modo il bambino viene fissato in un determinato ruolo che è funzionale per la famiglia, ma deviante per lui stesso come individuo.

Accenno per completezza bibliografica alle ricerche di Johnson e Szurek che ricavavano materiale altamente istruttivo da analisi condotte contemporaneamente coi pazienti e coi loro genitori.

Vogel e Bell a proposito di dinamica di gruppo familiare sviluppano anche il concetto del meccanismo del capo espiatorio come operazione difensiva del gruppo. I gravi conflitti fra i genitori sono proiettati su un particolare bambino che serve come capo espiatorio per la sopravvivenza del gruppo. Il fissare un componente del gruppo in un ruolo stereotipato (lo stupido, il cattivo, il malato), ruolo in qualche modo rassicurante per gli altri componenti, si presenta come tema frequente nella letteratura. Qualcosa di simile appare anche nelle ricerche di N. Mailoux sulle famiglie dei delinquenti.

Dobbiamo ora concentrare brevemente la nostra attenzione sulle implicanze che la letteratura in campo eziologico può avere su non l'approccio psicoterapeutico al paziente schizofrenico. Prima di entrare in questo argomento è opportuno soffermarsi sul lavoro di Ackerman che si occupò ripetutamente dell'approccio terapeutico con la famiglia in toto. Ackerman centra l'attenzione su due conseguenze che sono il risultato inevitabile dell'orientamento unilaterale della psicoanalisi sull'individuo e sui suoi fenomeni interiori. Esse sono:

1) La relativa trascuratezza dei processi dinamici di gruppo resero più difficile il compito di concettualizzare gli aspetti complementari dello sviluppo individuale e dei processi familiari.

2) Gli psicoterapisti concentrarono i loro sforzi sopra l'individuo e sopra la sua struttura intrapsichica, mostrando di conseguenza un interesse relativamente limitato alle realtà sociali del paziente.

Ogni contatto intimo con i membri della famiglia del paziente era considerata un'interruzione con l'andamento dell'analisi. Ackerman sottopone molti di questi tabù a severa analisi e ad un processo di revisione. Egli mostra convincentemente che il terapista può aggiungere una dimensione più vasta alla comprensione del suo paziente per mezzo di interviste dirette con i membri della famiglia e per mezzo di sedute terapeutiche con l'intero gruppo familiare.

La conoscenza oggettiva delle interazioni familiari, ottenuta con osservazioni dirette, migliora grandemente nel terapista la capacità di confrontarsi alla realtà. Questo confronto con la famiglia come unità vivente controbilancia inoltre la tendenza ad isolare l'esperienza intrapsichica dalle relazioni interpersonali. Non si deve poi trascurare il fatto che, nell'approccio terapeutico con la famiglia, forme di equilibrio familiare patologico possono venire direttamente attaccate favorendone una omeostasi più favorevole. Per tradurre le parole stesse di Ackerman: «Nella intervista con la famiglia il teraputa mobilita quelle forme di interazione che intensificano e correggono percezioni di sé e degli altri distorte, per risolvere confusione e chiarire l'essenza dei conflitti più acuti. Il terapista risveglia risorse latenti e sospiro la famiglia a ricercare soluzioni migliori e più realistiche. Così facendo egli scala le difese patogene e rinforza quelle sane. Egli dice letteralmente: » trattare lo schizofrenico isolato vuol dire andare in cerca di guai. » Anch'io penso infatti che sia sufficientemente provato come il comportamento del paziente schizofrenico abbia un grande significato funzionale per l'equilibrio psichico delle figure parentali. I sintomi patologici e del comportamento del paziente, inseriti nel piccolo campo sociale della famiglia, sono fattori importanti nel mantenere quello status quo che è funzionale per quel gruppo. Nei loro sforzi di accelerare l'accrescimento e lo sviluppo dei loro pazienti, molti terapisti debbono fare i conti con questo punto veramente cardinale. Il cambiamento del paziente, il suo sforzo di trovare nuovi modi di adattamento, si confronta con la resistenza massiva del gruppo con egli appartiene. La maturazione del paziente è esperimentata come una influenza distruttiva sull'equilibrio prevalente della famiglia, e può avere un effetto disturbante sul precario equilibrio psichico di uno o entrambi i genitori. Ciò può manifestarsi nella espressione di una pesante psicopatologia come malattie psicosomatiche, suicidio, o anche psicosi manifesta in qualche membro della famiglia.

Non è improbabile che l'aver insufficientemente realizzato l'importanza del ruolo funzionale che il paziente sostiene nell'economia psico-sociale del suo gruppo familiare possa essere la causa primaria di non pochi fallimenti riportati da terapisti che tentarono psicoterapie intensive con pazienti schizofrenici (e non solo schizofrenici!) L'essersi reso conto di ciò sembra essere il risultato più interessante di queste recenti ricerche e ci promette importanti conseguenze pratiche.

Sempre più si raccomanda l'introduzione dell'approccio terapeutico centrato sulla famiglia come un contributo essenziale alla psicoterapia individuale del paziente schizofrenico. La relazione psicoter-
può essere utile non solo come misura preventiva contro interventi dannosi che questi potrebbero fare nel corso del nostro lavoro terapeutico con i pazienti, ma anche in quanto allarga senza alcun dubbio la nostra possibilità di comprensione dei problemi del nostro paziente.

**DISCUSSIONE**

**GALLI:**

Io sento il bisogno di intervenire subito, in risposta all’applauso che ha salutato il tuo intervento che incolla i padri; perché fin quando rimandiamo su un livello di descrizione di fenomeni, di tentativi di interpretazione delle patologie, ecc. va tutto bene; al momento in cui, però, questo assume in voi donne che parlano di questo argomento, la tendenza a gettare la colpa su uno dei membri della famiglia e dire: eravamo colpevoli noi e sono colpevoli anche i padri, ad aggiungere l’uno o l’altro, rispondere questi, rifacendomi anche al caso di Fornari e a tutti i casi consimili. La colpa, se di questo vogliamo parlare, può risalire soltanto alle donne, perché fin da quando esistono donne con questa « invidia » e con questi problemi di rivendicazione verso di noi, ci saranno sempre più uomini insicuri e sempre più figli schizofrenici, è evidente. Quindi, in ultima analisi, dato che stiamo andando verso il matriarcato, potremmo spiegarcì perché, dopo le neurosi del secolo scorso, ci orientiamo verso forme sempre più regressive, verso forme di neurosi sempre meno strutturate e sempre più orientanti verso le psicosi; in culture tipicamente matriarcali, qua è quella statunitense, abbiamo l’aumento delle psicosi, ecc. ecc. per cui se di colpa vogliamo parlare la colpa rimane sempre vostra.

**SELVINI:**

E’ verissimo, in questo senso. Io so che l’accusato sia l’applauso e non quello che ho detto, che voleva essere una battuta che naturalmente era in netto contrasto con tutto quello che ho detto in sede scientifica. Voleva essere una battuta, tanto più che è falso perché le accuse paghieri alle madri sono state fatte proprio dalle donne, da Klein, da Anna Freud, ecc.: sono state proprio le donne psicanaliste che hanno fatto le peggiori accuse alle madri. Quindi voleva essere uno scherzo per risvegliare l’ambiente, ma spero che tutti abbiano afferrato invece quello che è la verità, peraltro la verità provvisoria di questo momento, cioè il concetto di gruppo dinamico, e non certo né di padre né di madre. Quindi teniamo ben presente che il concetto esatto è questo, ed il resto lo ricevo per scherzare.

**NAVARRO:**

Innanzi tutto, vorrei rispondere all’amico Galli parlando di diverse aree culturali. Sì, è vero che in America c’è un matriarcato, ma è vero pure che in Italia c’è un desiderio formidabile degli uomini di tenere la donna sotto posizioni decisamente inferiori, e allora, in questo caso, c’è un certo balanciamento. E innanzitutto ritengo che sia venuto il momento di superare queste diversità interse come disuguaglianze, inferiorità è soltanto una diversità in una simiglianza. Poi, per quanto riguarda la relazione, vorrei dire che è giustissima l’osservazione che quando il paziente va verso la guarigione c’è l’esplosione di fatti psicopatologici in famiglia. Io ho avuto l’anno scorso un caso che mi era stato mandato dal prof. Bernard, e questo giovane apparentemente ha ripreso l’attività universitaria, appena si è cominciato a reinserire, il padre che era colonnello dei carabinieri si è suicidato. Per quanto riguarda la famiglia in senso stretto, ieri si parlava della famiglia allusiva, perché genera quella famosa distorsione simbolica che ritengo sia un elemento determinante nell’esplicita di una forma schizofrenica nel vero senso della parola: le forme acute, tanto per solamente accennare non mi permetto una nosografia, le forme acute possono essere delle forme schizofrenomani, reattive ecc. ecc., ma quella che noi in fondo poi diciamo che è una vera schizofrenia è quella malattia lenta, lenta, lenta, che presuppone la distorsione simbolica, e nella quale è ritengo che abbia un contributo patogenetico realmente importante la famiglia allusiva, cioè la famiglia sottile; ad esempio quelle sottigliezze di quella poca da dover mantenere a tutti i costi per gli occhi del mondo, al contrario invece della famiglia dove ci può essere una esplosione di contrasti anche violenti dei genitori che genera una carica ansiosa ma, come vissuto, il bambino rivede dopo la pace di nuovo tra i genitori, e quindi c’è una esplosione di ansia la quale viene vista come un fatto temporaneo, facilmente poi il bambino impara per esperienza che è un’ansia di tutto tratto transitoria, che se ne verificheranno delle altre ma senza ness’un’altra possibilità di nocemento.
es. quel bellissimo caso della Neumann: se si legge, per es., quella pagina (perché naturalmente non si è potuto affermare tutto così bene) cioè il dettato del disco, ci sono delle frasi come: «oh, i figli di uccisi!». I figli di ucci vuol dire che la paziente voleva ammazzare i genitori, ma non lo dice apertamente. Lei, la paziente, era una figlia di ucci, perché avendo voglia di ammazzare i genitori li aveva in effetti in fantasia uccisi, ma lo dice allusivamente perché questa è una abitudine culturale della famiglia di alludere, e ritorneremo al concetto del doppio rapporto.

MORI:

Vorrei semplicemente dare una partecipazione emotiva a quello che è stato detto finora. Mi pare che sia stato veramente messo il dito sulla piaga, e cioè il parlare della famiglia, dei rapporti della famiglia schizofrenica fra tutti i loro membri, sia la maniera migliore e la maniera più importante che abbiamo appreso in questo convegno, di interpretare la situazione. Nel sentire la bella e chiara relazione della dr. Palazzoli Selvini è passata ai miei occhi tutta una galleria di famiglie di schizofrenici che ho trattato in questi lunghi anni, e veramente mi sono passate davanti casi singoli che ho potuto più chiaramente interpretare, e mi sono anche dispiaciato che uno solo ora ho potuto vedere chiaramente queste faccende. Per questa ragione pregio la dr. Palazzoli Selvini di darci la bibliografia dei lavori che ha fatto e di pubblicare quanto prima questa relazione che per me è stata la cosa più importante.

LANZAVECCHIA:

Desidererei sapere se risulta sia stata studiata la differenza tra una situazione di base di dipendenza o dipendenza economica del paziente dalla famiglia, che si riflette ovviamente anche di fronte agli oneri della cura, come causa essenziale, determinante, di due modi diametralmente opposti di relazioni tra ammalato e terapeuta, famiglia e terapeuta, famiglia e malato.

SELVINI:

Non mi risulta nessun lavoro dedicato specificatamente a questa situazione economica del paziente. C'è invece un lavoro molto bello su uno degli ultimi numeri di American Journal of Orthopsychiatry, dedicato proprio invece alla situazione economica della famiglia, cioè sono stati presi gruppi di famiglie economicamente a posto e gruppi di famiglie economicamente disorganizzati, per vedere se vi era della differenza. Si è visto che non c'era differenza sostanziale: in genere i conflitti venivano da altre fonti; mentre invece, per quello che riguarda la dipendenza economica del paziente dalla famiglia, è pratica di tutti che ci aggravino enormemente la situazione; specialmente nella cura degli adolescenti si vede come bisogna stare attenti a non urtare la famiglia perché la famiglia tronca la terapia. L'atto che noi eccitiamo troppo il figlio contro la famiglia, o suscitiamo troppi gelosie nella madre, la famiglia che ha in mano i quattrini tronca la psicoterapia e il figlio non può fare niente, e noi non possiamo continuare neanche gratis perché si tratta di un minorenne; quindi è mia abitudine, e lo sarà sempre di più in avvenire, prima di prendere in terapia un minorenne o una persona economicamente dipendente, di fare diverse conversazioni con la famiglia: guardare che non ci scateni contro, guardare che la cosa durerà a lungo, guardare che diventerà geloso; gli dà la nota di tutto quello che potrà succedere, in maniera che possibilmente non ci danni, perché mi è capitato dolorosamente molte volte, per degli errori che, perché l'aspetto è così, figlia di una madre tremendamente bigotta, che voleva fare la suorina, d aver detto stupidamente alla madre, proprio non so se in 20° o 25° seduta, in modo critico, che io non credevo alla sua vocazione. La ragazza non è più venuta, si è fatta suorina ed ha saputo per caso oggi in una ricerca catamnestica, che l'ha sbattuta fuori, e, dunque una ragazza rovinata. Questo perché con indelicataggine incredibile da parte del terapeuta durante le conversazioni ho smontato questa storia della vocazione. Ecco come bisogna stare molto attenti perché poi non è il fatto tanto dei pazienti, i pazienti sono buoni, ti perdono, hanno delle maniche larghe così, poveretti; questo non lo dico per incoraggiare l'impreparazione, tutt'altro. Noi dobbiamo metterci tutto quello che possiamo di preparazione. Son molti meno buoni i genitori, ti perdono molto meno! Nella prefazione del libro sulla ansesia, avevo messo nella introduzione, questo lo dico per alleggerire un po' l'ambiente e per far ridere un po', avevo messo come frase finale: ringrazio tutte le mie pazienti ansiose per quello che mi hanno insegnato, ma soprattutto per tutto quello che mi hanno perdonato. E Feltrinelli ha severamente cancellato la frase dicendo che l'esibizione dei miei sentimenti era retorica e non doveva interessare nessuno. Naturalmente ha fatto benissimo. Comunque questo dico appunto per dimostrare un po' di cura terapeutica, tenendo però ben fermo il principio che il paziente è buono, ma noi dobbiamo essere preparati: questa è la cosa più importante.

LANZAVECCHIA:

Io desideravo sottolineare che in quel caso di dipendenza della famiglia, in fondo noi chiediamo a quella famiglia di dare, quando la famiglia ha dimostrato di non aver mai saputo dare.

RIVA:

Io mi riallaccio a quello che la dr. Selvini diceva a proposito della mancanza di barriera fra le due generazioni. Questo mi sembra un elemento importantissimo. La battuta di Galli sulla progressione verso la schizofrenia dovuta al disagio familiare ha un po' anche una base culturale che esseriamo anche in altri campi; i genitori non tollerano l'ansia di trovarsi di fronte al mondo del bambino, che è difficile. Questo è un carattere della famiglia preschizofrenica, preschizofrenogena oppure è piuttosto un carattere culturale che, in particolari condizioni di presa di posizione, influisce sulla famiglia e sullo schizofrenico futuro? Perché noi ci troviamo di fronte effettivamente a una errata pedagogia della nostra società. Questi bambini che devono ragionare troppo, a cui si fan delle prediche chilometriche che

— 272 —

— 273 —
naturalmente non ascoltano, non è piuttosto una impostazione errata di tutta la nostra civiltà e di tutta la nostra pedagogia? Indubbiamente noi dovremmo fare una profila si pedagogica, perché se no si va verso forme se non proprio schizofreniche, schizoidi di atteggiamenti personali che preoccupano molto, perché effettivamente siamo in una regressione sociale di tutte le personalità, con una mancanza di autonomia notevole, e quindi tutti i riflessi che noi possiamo riscontrare nelle personalità deboli. Io vorrei pregarla proprio di dirci qualche cosa in questo campo.

SELVINI:

Qui si possono dire delle cose, secondo me (almeno io posso dirle, poi saran quel che saranno) molto interessanti. Questa faccenda della caduta della barriera fra le due generazioni lo la vedo non tanto nel senso che al bambino con lunghe prediche, col portarlo a ragionare, viene richiesto di diventare precocemente adulto; ma proprio nel senso contrario, che il genitore si fa bambino; che il genitore strutta emotivamente il bambino; che la madre della ragazzina vuol sapere che cosa ha fatto col suo boy-friend, come facevano e se la porta a letto: vuol sapere tutte queste cose. E una generazione grande che torna indietro e sfrutta emotivamente la successiva generazione. Mentre invece il richiedere che il bambino preocu-REntemente diventi adulto, ragioni così, può essere patogeno, ma nevrotizzante, secondo me, soltanto nevrotizzante: può farne un ossessivo, un piccolo perfezionista. Difficilmente ne farà uno schizofrenico. Non so se loro sono d'accordo, questa è la mia impressione terapeutica.

GALLI:

Per me è giustissimo, perché è proprio l'espressione del fatto che la generazione adulta, non avendo più valori sicuri da darci, ha bisogno di venirci incontro per cercare di capirci. È proprio questo il punto, è giustissimo.

SELVINI:

E proprio questo il grande bisogno che lo psicotico ha in terapia, di sentire una persona che non ha niente da prendergli.

BOSAGLIA:

Vorrei chiedere alla prof. Selvini se è possibile, anche per la schizofrenia tardiva, risalire ad una situazione di patologia del gruppo familiare. E poi vorrei chiedere se ci sono delle situazioni di ingresso della schizofrenia, se può dirsi qualche cosa di quelle situazioni in cui manca un gruppo familiare, al di fuori di questa patologia descritta.

SELVINI:

Dunque, per quello che riguarda la schizofrenia tardiva non conosco dei lavori fatti, per es., su gruppi di schizofrenici tardivi. Però io penso che sia intuitivo fare l’ipotesi che sia veramente la stessa situazione tran- ne, probabilmente, come diceva il prof. Benedetti, meno grave e che quindi ha permesso a questo Io relativamente debole di resistere agli stress fino ad una età relativamente tarda. E di cedere soltanto a quello... del deca- dimento fisico che veramente vediamo: noi stiamo diventando vecchi, è veramente uno sforzo molto, molto pesante adattarsi.

Poi l’altro problema era la situazione d’ingresso. Per quanto riguarda la situazione d’ingresso nella psicosi di individui che non hanno vero e proprio gruppo familiare, anche questo sarebbe uno studio interessantissimo. Per es., si pensi ai bambini di brefetrofo. Non è mai stato fatto uno studio cattaneostico sui bambini di brefetrofo. Questa è una cosa che assolutamen- te bisogna fare: prendere questi bambini che sono legati di notte, per es. a 14 mesi, perché non si scoprano; fino all’anno, all’anno e mezzo stanno legati dentro il lenzuolo e non conoscono, non sanno di avere le gambe: non le hanno mai viste, credo! S’imaginino queste situazioni l’esive, e non è mai stato studiato questo argomento. Però una psicologa di Bologna, la Grilli, che vorrebbe occuparsi di questo argomento, mi diceva che sarebbe importissimo questo studio perché la cosa è interessante, interessante in un modo enorme, ed è unio bambini i quali esaminati con i test dopo tre anni di brefetrofo appaiono patologici eppure per il pediatra sono dei bambini disciplinati, carini, relativamente intelligenti, i quali sembrano bambini che stanno benone. E hanno distorsioni tali che, pensate, mi raccontava la Grilli che un bambino di 3 anni, considerato il più intelligente del brefetrofo (non ve l’avete a male se dico queste cose, no?) quando final- mente entra nel gruppo famiglia che hanno finalmente costituito, e gli per- misero di uscire, andò ai giardini pubblici e si accorse che le donne avevano i petti! Ed con enorme scandalo delle suore gli venne questo problema dei petti! Pensate che lui conclude dicendo alla sua vicemadre che il petto l’avevano soltanto la vice madre, le signore dei giardini pubblici che portavano i bambini con la carrozzella, e il direttore del brefetrofo (risate in sala). Ed è rimasto misterioso perché il direttore del brefetrofo do- vesse avere questo segno, per lui evidentemente di potenza; ma pensate quali distorsioni! Veramente una cosa incredibile! Questi qui sugli individui che non hanno un gruppo familiare è comunque certo e sicuro che hanno avuto dei rapporti dello stesso genere con altre persone significative: una suora, una vice madre, una maestra, un direttore di collegio, un precettore; quelli che hanno costituito un gruppo familiare simbolico.

RUSSI:

Poche parole per sottolineare che questi servizi psicologici scolastici fatti da psicologi e psichiatri, che poi hanno lo scopo di fare il dépistage di queste situazioni dinamiche, molto importanti veramente, siano estesi quanti più sia possibile non solo in Milano, ma cercare di proporre agli organi governativi di estenderli il più possibile nella penisola. E poi anche, sempre in tema di igiene preventiva, e questo riguarda anche i centri prematrimoni- niali che certamente funzionano benissimo a Milano: quando le madri, i padri insomma, quando si va a un matrimonio con una forma di schizofrenia latente, poi dopo il problema è di mettere d’accordo, di risolvere il conflitto, di cercare di calmare queste forze io credo che poche psico- terapie possano più guizzare, ed allora il problema è di cercare di distin- guere bene queste tipologie prima del matrimonio, e cercare di orientare quanto meglio sia possibile in questo senso.
SELVINI:

Io sono un membro del consultorio pre-matrimoniale e matrimoniale di Milano ormai da 12 anni e abbiamo in mano una casistica che conferma quanto ha detto il collega.

DISCLICH:

Desideravo domandare qualche chiarimento su due punti della relazione della Signora. La Signora parlava di schizofrenia come distorsione dei simboli: se ne è parlato ieri, se ne è parlato anche negli altri giorni. Però così chiedeva proprio in chiarimento maggiore sopra questa espressione.

Il secondo punto riguarda quella che Lei ha tradotto come dissimmetria coniugale: anche qua vorrei chiedere, se è possibile, una esemplificazione di questa situazione.

SELVINI:

Per quello che riguarda il processo di distorsione dei simboli si fa riferimento specialmente al concetto del Sullivan della consensuale validation of symbols, cioè un determinato simbolo viene inseguito dalla madre come colere per tutti allo stesso modo. Ciò è una determinata parola, che è sempre un simbolo, per es. microfono, vuol dire per me microfono, per lei microfono, per tutti microfono, mentre invece in questa famiglia alcune volte vengono dati significanti un po' distorti, un po' falsati, un po' proiettivi, un po' magici fino a che lo schizofrenico arriva a un patrimonio simbolico personale, privato: proprio suo personale, privato e non solo dei simboli, ma anche dei segni. Perché non bisogna confondere simbolo con segno. Segno, per es., quando io faccio così (gesto di aprire la giacca) non è un simbolo, è un segno, è un segno di allattamento per quella ammalata cui accennavo ieri. Quindi diventa tutto un patrimonio di simboli e di segni totalmente privato.

Per quanto riguarda la dissimmetria, lo scisma si distingue dalla dissimmetria in quanto lo scisma è una lotta aperta di conflitto fra i due genitori, mentre la dissimmetria è caratterizzata dalla resa di un genitore al genitore patologicamente saggio sopra il genitore patologico, con l'altro che sta passivo; il tendere tutto verso un fulcro solo messo di fianco e sbagliato.

TOMMASI:

Vorrei fare una domanda alla dr. Selvini. Le particolari inter-relazioni fra genitori patogeni e schizofrenico è, mi pare, per il terapeuta, non una semplice costatazione: essa può comportare una partecipazione attiva e precisamente delle pulsioni aggressive conde od inconsci da parte del terapeuta verso i genitori schizogeni. Tale aggressività penso sia una remora nella psicoterapia di un paziente. Probabilmente per unico psicoterapeuta analizzato il problema non sussiste, però come è possibile affrontare adeguatamente questo problema per un psicoterapeuta non analizzato, cioè affrontare questa antinomia che definirà semplicemente antipatia per i familiari e simpaticia per il paziente.

SELVINI:

Questa è proprio veramente una domanda cardinale. Io ho questa opinione personale: bene il psicoterapeuta analizzato e tutto, però la cosa più importante è pratica, pratica. Pratico che lo segreto di andare a ricevere la famiglia non è di sentirsi, «oh, come mi hanno cortesemente mio povero bambino!» va molto, molto attenuandosi con l'andare degli anni e con la pratica professionale, perché? Perché man mano che noi penetreremo questa idea concettuale della famiglia come gruppo patogeno, cioè come l'unico corpo ammalato di cui il paziente non è che l'espressione sintomatomatica, arriviamo a quello che dice Rabirer proprio in un articolo di questo mese, che mi ha lasciato così stupita. Dice: trattando la famiglia, ad un certo momento ci accorgiamo di una tale simpatica per questa famiglia dello schizofrenico, che coinvolgiamo in questa tenerezza la stessa tenerezza che proviamo per il paziente, un senso di teneiressa, di «human relations» per cui ci fanno tutti compiacimento, intendiamoci, una compassione non disprezzante! non è la pietà, tutti compiacimento allo stesso modo. Questo è veramente, secondo me, il giusto in cui deve mettersi il terapeuta. E proprio difficile. Io sono arrivata a dare calci nella seggioia, dopo essere uscita la famiglia, tanto per dare calci a qualcuno; però, piano piano, piano piano, si arriva ad una comprensione del gruppo; specialmente quando le idee concettuali sono chiare, del gruppo ammalato perché è verso tutto il gruppo che ci dobbiamo aprire. Cerro mettersi a fare la psicoterapia della famiglia è difficile. Io penserei, per chi non ha una grande esperienza, per chi non ha modo di imparare, di studiarsi piuttosto i fenomeni di psicoterapia di gruppo e quindi di stare su posizioni più superficiali limitate a rinforzare l'io delle varie persone, di rilevare con delicatezza le posizioni patologiche, senza pretendere di fare della terapia profonda, perché è molto difficile.

RIBOLI:

Io vorrei chiedere alla relatrice, e mi sembra un dato molto importante sempre dal lato pratico, se è questa pratica psicoterapeutica in caso di schizofrenia, rivolta alla normalizzazione delle distorsioni che si ritrovano nel rapporto madre-bambino, nei rapporti familiari in genere con prevalenza materna o paterna, se cioè questo trattamento psicoterapico sia da farsi in tutti i casi di schizofrenia; e questo sul lato pratico è molto interessante perché se io penso alla esperienza, e questo è convalidato da tutti coloro che hanno esperienze nel trattamento degli schizofrenici, noi sappiamo che alcune forme di schizofrenia, se non vengono subito curate con mezzi somatici organici di insulinotopia, i risultati favorevoli sono molto più alti. Non vorrei che questo consenso, per noi che viviamo in ospedale psichiatrico e che crediamo nell'opportunità del trattamento bilaterale di tutte le forme psicotiche e neurotiche, non vorrei che questo consenso facesse perdere poi
del tempo prezioso. Cioè in altri casi l'esperienza ci insegna che noi abbiamo valenze di costituzionalità di cui non ci si può dimenticare: ci sono forti valenze di costituzionalità per cui i nostri interventi psicoterapeutici ci sembrano inutili e, qualche volta, perdita di tempo, specialmente in un primo tempo. L'esempio dei gemelli monovulari, vissuti in ambienti diversi, questa pesantezza della costituzionalità che sì rileva non soltanto in caso di malattie mentali ma anche di psicopatie, noi abbiamo gli studi dell'AICORN, per es., nei delinquenti, esempi di due gemelli costituzionali, vissuti in ambienti diversi, separati da bambini, cominciano a delinquere nella stessa età e fanno lo stesso delitto con la stessa sintomatologia. Questo naturalmente non vuol dire allargare il peso della costituzionalità di ogni determinismo del modo di essere normale e patologico; però bisogna sempre tenere presente qualche modo di distinzione, proprio per non perdere la via di forza più capace da portare aiuto, di guarire. Noi stiamo dei medici, non dimentichiamo questo!

SELVINE:

Sì, benissimo. Non tutti i pazienti schizophrenici e le loro famiglie possono essere psicoterapiati e proprio a questo proposito, perché penso che dilungarmi su questi criteri sia un po' impossibile benché lo abbia qui, io vorrei consigliare proprio questo articolo, intitolato « Conjoint family therapy in the patient setting » di Rabiner - American Journal of Psychiatry 1967, perché è un articolo di pochissimi mesi di vita e assolutamente di interesse che cita a suo a un io dei criteri di scelta, i criteri ideali. Perché, è chiaro, di terapia universale chissà quando se ne parlerà, non se ne parlerà mai. Quindi i criteri di scelta ideali per la scelta della psichiatrica e della famiglia che si deve terapizzare. Esistono molti criteri che qui sono lungamente esposti, (io non mi posso dilungare), già codificati da questi ricercatori su quali soggetti scegliere, quali siano i soggetti più adatti. Quindi esiste già una letteratura sull'argomento.

(Riferimenti bibliografici)

V'è lo studio di un gruppo di genitori di bambini psicotici e di un gruppo di genitori e di bambini nevrotici. E una meraviglia. Pensate che dopo tre anni di terapia i genitori del gruppo di bambini psicotici non avevano ancora presentato fenomeni di gruppo, mentre il gruppo di genitori di bambini nevrotici presentavano fenomeni di gruppo alla seconda seduta. In contrasto con questa anarca del gruppo di genitori di bambini psicotici, in cui continuamente cambiava il leader, cambiava tutto, ed il gruppo di genitori di bambini nevrotici, l'apparenza era il contrario: i genitori dei bambini psicotici portavano in ospedale le teiere, si portavano le pasti, facevano il the, erano diventati tutti amici ed al sabato partivano tutti insieme per fare dei nervogliosi week-end, ma nessuno comunicava i problemi. Il gruppo di genitori di bambini nevrotici presentava subito fenomeni di gruppo, presentava subito il leader, il capro espiatorio, comunicava immediatamente i problemi, non portava affatto né il the né le pasticche: terminata la seduta ciascuno andava a casa sua e nessuno si telefonava. Qui non c'era la facciata, c'era la sostanza; la c'era tutta facciata e niente sostanza. La paura della coalizione, altro argomento di cui purtroppo non posso parlare, che è sviluppato benissimo nei lavori di Haley, i fenomeni di gruppo nella famiglia dello schizophrenia come impossibilità di fare coalizioni: tutto si fa e si disfa continua mente, perché anche la coalizione dà paura. Per esempio per questa ricerca Haley mette questi genitori di schizophrenici, in quelle sale di lettura che hanno dei trompeau per cui le persone non si vedono; davanti c'è uno schermo dove, schiacciando un bottone, si può entrare in coalizione con altri partecipanti. I genitori di schizophrenici sono quelli che hanno il minimo di coefficiente di coalizione possibile perché appena si accorgono che entrano in coalizione, la disfano subito perché entrano in ansia. Esperienze psicologiche elementari, che sono appena agli inizi e quindi non devono essere considerate definitive.

GALLI:

Io vorrei dire un momento una cosa su quello che ha detto il dr. Ribioli: bisogna sottolineare il fatto che è stato proprio il successo delle terapie somatiche a spostare sempre di più verso la psicologia il trattamento delle malattie mentali, a rendere sempre più psicologico quello che possiamo fare per intervenire dopo la cura somatica, e non a caso, in quest'ultimi anni, anche in Italia vediamo il sorgere di centri di igiene mentale dovunque, il che è proprio espressione di questo fatto. Secondo punto, l'esempio dei gemelli monovulari non è probabile: negli ultimi due anni ho dovuto collaborare ad una specie di rassegna sul malato, dal '53 al '61 data insieme a Benedetti, Kind e Johansson, e in tutti e due le letteratura esistente in questi ultimi 5 anni, sono riportati soltanto tre casi di gemelli monovulari che sono diventati schizophrenici, e in ogni caso ci si pone sempre il solito problema se sia malattia familiare o meno; fin quando non saranno stati indagati per bene e scientificamente i primissimi rapporti anche nell'ambito di queste famiglie, non potremmo mai sapere se abbiamo vissuto o meno nello stesso ambiente, non potremmo mai riferire a un assunto teorico quale la congruenza statistica di questo dato, che è minima, l'origine della malattia. Quindi non sono dei casi da considerare esemplari. Per queste ipotesi, mi ricordava la dr. Benchini che sta rivedendo ora la traduzione dell'Eziologia della schizofrenia di Jackson, in cui si tratta anche questo problema e che uscirà l'anno venturo, vi sono soltanto due casi riportati e si è visto che gli ambienti familiari erano ambedue patogeni, quelli in cui avevano vissuto i due gemelli monovulari. In tutte le letteratura ci sono sl, no 15 casi, dal '49 a oggi, riportati, di gemelli monovulari che hanno sviluppato una sindrome schizofrenica in età adulta.

Io direi questi: quello che chiamiamo componente costituzionale troppo spesso, sul piano concettuale, è il non conoscere della malattia. Non è un dato a se su quale possiamo fare riferimento; man mano che abbiamo più conoscenze si restituiscono questi concetti. Operativamente non è un concetto valido quello di dato costituzionale, fin quando non sarà dimostrato « che cosa è ». Fineora è un dato definito in termini negativi.

GIANNINI:

... gli ambienti familiari. Per quanto riguarda l'importanza degli am-
bienti familiari e la poca rilevanza dei fenomeni genetici o costituzionali, ci si può spostare dal campo della schizofrenia, dove sappiamo che sappiamo poco della trasmissione della malattia, che riceviamo ricettiva, e spostarsi invece sul piano della malinconia, della psicosi depressiva, dove sembra — almeno — che si siano più fattori di ordine costituzionale e forse meno di ordine familiare, ambientale. Ciò è vero che in una malinconia vi sono dei fattori di ordine costituzionale abbastanza notevoli, se questo fatto cioè che una malattia può avere una certa ereditarietà, è probabile che anche l'individuo possieda una certa ereditarietà; ora non so se è mai stato fatto uno studio su quelle famiglie che noi chiamiamo malinconici.

SELVINI:

Dunque, guardi: studi sulla costituzionalità ne sono stati fatti molti, e ne sono stati fatti anche da Abraham, che lei sa essere l'autore fondamentale di studi di psicoterapia sulle forme maniaco-depressive. Poiché abbiamo dei lavori di Arieti sul tipo di famiglie del manico depressivo. Siccome la depressione è lo stato che fa l'esperienza sola, però una esperienza molto interessante, ve la voglio raccontare: una annamalata incoltata delle sette anni, che ha, che ha, regolare, ogni due anni, varie mesi di depressione. Questa donna è figlia di una madre vedova, estremamente possessiva, che vive in campagna, ed ha un fratello epilettico, quindi piuttosto trascurato dalla madre, mentre invece lei è in un rapporto idillico, estremamente dominata da questa madre. Tra l'altro, questa madre aveva costretta fino alla giovinezza, naturalmente con una dolce persuasione, a non sposare un aviatore povero di cui era innamorata, ma a sposare un cugino ricchissimo, di una ventina e più anni anziani di lei; dopo il matrimonio, con la nascita del bambino, la paziente comincia a presentare ogni due anni cicli depressivi che vengono limitati ogni volta da decorrenza invariata per ordine della madre, che non vuole che la paziente venga shockata perché altrimenti diventerà epilettica come il fratello: lei, la grande diagnosta, contro il parere di qualsiasi psichiatra, aveva deciso tutto lei.

Otto anni fa viene da me la paziente sul finire di un ciclo depressivo; vive con la madre, e il marito rigiunge in campagna la moglie e la moglie, tutte le sore; il bambino nato da loro è stato catturato dalla nonna, che lo ha allevato. Quando la signora viene in città, lascia alla nonna il bambino; li ha portato via il figlio (è veramente istruito questo caso). Questa paziente venne da me circa sette anni fa, sul finire di un ciclo depressivo, da cui è uscita rapidamente con medicamenti; rimane molto legata a me perché ha l'impressione che io l'abbia guarita. Vicino a lei la prego di tornare in psicoterapia. Purtroppo questa psicoterapia è una psicoterapia che è stata troppo profonda, che riesce per far renderi consci la paziente delle sue patologie e il loro ordine costituzionale. Perche, con l'esperienza della sottoscrizione alla madre, alla necessità che lei si orienti verso il marito il quale è a schiavo di questa madre così dominante per la ricorrenza di aver dato a lui questa figlia bella, brillante ecc. La mia paziente mi ascolta, fa una bella casa in città, si distacca dalla madre (alla quale, però, lascia il figlio) e comincia con il marito una vita molto brillante. Tra l'altro, il la consigli di iscriversi a una società di viaggi e frequentemente questa signora faceva viaggi per il mondo o col marito o senza marito. Da quel momento la madre comincia cicli di depressione annuali. Le figlie rimaste sane per sette anni, viene da me solo per salutarci. Un anno fa c'è stato un marito, e il marito della mia paziente è venuto a dirmi che è stato catturato dall'epilessia, che è stato catturato da me e che ora si è riaccompagnato e che il ricorrenza d'epilessia. Ora la cosa interessante è che la prima volta, dimenticato, io avevo fatto fare a questa paziente uno shock, riuscendo a chiamare da me il marito e dicendo: lei deve essere il marito di sua moglie, deve prendere la responsabilità di questo shock, deve firmare, non possiamo continuare a lasciarla stare. In questo modo, anche se la sua suocera dice che la farà diventare epilettica. E questo marito aveva firmato, la paziente era uscita dallo shock immediatamente e aveva detto: dottoressa, mi abbracci perché sono guarita. Ed era effettivamente completamente guarita. Ora che cosa è successo? Morto il marito naturalmente la madre si accoppiò, la figlia, la figlia ritorna in casa, immediatamente la madre sta benissimo e la figlia attualmente è in una grave situazione depressiva. La cosa più interessante è che a questa signora i medicinali non fanno assolutamente niente: è stato provato tutto, in dosi enormi. Questa paziente è venuta recentemente da me e chiedere lo shock e io sono convinto che lo shock, ha per lei un valore simbolico di ripulire armonia perché così lei diventa epilettica e fa rabbia alla madre, cioè scatena questa aggressione. Quindi è veramente interessante questo trappolo della sottoscrizione da madre a figlia, con un aspetto che sembra veramente una malinconia endogena.

GIANNINI:

La riforma degli episodi depressivi, la cui durata del dato periodo di tempo, ecc., in quella determinata stagione, presentandosi ogni annualmente, ora annualmente, ci riporta un po' a certi nostri ritmi biologici, dove entro la biologia entrano delle strutture più somatiche che possono essere trasmesse, una vulnerabilità abnorme che è indipendente, perché conoscendo anche le famiglie dei malinconici, si sa che non sono assolutamente certe famiglie fredde, e sono tutti nella famiglia sintomatici e lo sono realmente, non perché fongino, insomma, non perché voglio fingere l'amore; amano veramente e lo si vede quando sono guarite perché sono delle persone di una apertura umana meravigliosa. Ora l'elemento costituzionale ecc. certamente si può dimostrare nella schizofrenia ma nella malinconia trattasi sempre di una psicose.

SELVINI:

Io volevo dire soltanto questo: Giannini dice che nelle famiglie sintomatiche dei depressi c'è questo grande amore. Ora non è il vero amore; esso non amano, amano l'amore. I lavori di Arieti su questo sono proprio interessanti.

Ora vorrei dare la parola a Gaburri che vorrebbe parlare sul pensiero di Schindler, perché io mi scuso molto, nella mia revisione della letteratura ho dimenticato Schindler. È uno studio molto importante della terapia di gruppo, la terapia bifocale; e ricordo Schindler di Vienna, che lo ho
sentito nel convegno sulla Psicoterapia della Schizofrenia, è fondamentale, mi dispiace tanto perché io ho dimenticato di citarlo. Quindi il collega ci dirà qualcosa perché ha una bella conoscenza di questa tecnica.

GABBRIELLE

La dr. De Simone doveva intervenire su Schindler, ma su un lavoro che abbiamo fatto a Losanna alla clinica psichiatrica sulla psicoterapia di gruppo bifocale, la quale psicoterapia di gruppo bifocale ha un ben preciso significato: non è solamente un prendere un gruppo di pazienti e prendere un gruppo di pazienti e trattarli insieme, ma ha un concetto teorico molto preciso sul quale forse la dr. De Simone desidererà intrattenersi.

Io volevo solamente puntualizzare una cosa che mi è passa pochi tempo fatto in secondo piano, e mi riferisco — a questo proposito — a quanto ha detto Galli Ieri, che il soggetto che segue la sesión senza uscita e diventa progressivamente maggiore. L'influenza osservata si considera dalla madre non ingiustamente come della pace e mancanza di afﬁezione, e che il bambino schizofrenico lo considerano come il centro dell'affezione.

Adesso veniamo al punto più importante che è quello poi, io credo, più importante per la psicoterapia bifocale. Solamente la malattia del paziente paralizza un rendimento dei conti e mantiene il bilancio affettivo. Ciò è la malattia del paziente, a un certo punto, che impedisce la chiarificazione della quale anche molto bene ci ha parlato lei prima, cioè appunto vista da questo punto di vista, così che quando il bambino schizofrenico cerca di uscire dalla sua posizione di dipendenza e appunto cerca di diventare indipendente, questa risoluzione dei conti diviene inevitabile, imposte all'omega, che poi sarebbe ancora il capo esperto, dove è una malattia, che si mantiene schizofrenico, mantiene questa situazione di equilibrio precario. Però è il caso ancora di sottolineare come il bambino è visto da una prospettiva diversa. La paura dell'assoggettività di tutta la famiglia mantiene dunque il paziente nel suo ruolo nell'equilibrio familiare. In questo modo praticamente si può rivedere la nostra posizione psicoterapia nei confronti della famiglia, e il concetto di bifocale come è stato costato da Schindler, per il quale il medico si poneva nella posizione di familiaire. Intanto Schindler presupponeva una scissione ed impedia ai parenti di vedere i malati, in modo che non vi fossero queste interrelazioni, e poi prendeva il ruolo di lasciare per scissione (asserisca l'assoggettività dei parenti) su di sè, cioè che poi appunto permetteva un rimessaggio delle difese del paziente in questo senso.

Io credo che in questo modo forse si potrebbero considerare tante cose, considerando esclusivamente la situazione di rapporto, prescindendo da una eventuale esecuzione psicodinamica o no; cioè questa situazione penso vista accettata da tutti, persino da un organico: in questo forse è vantaggiosa.

SELVINI:

Perfettamente d'accordo. Penso che questi lavori di Schindler siano molto opportunamente citati. Se posso fare un rilievo personale per quanto ne ho visto, trovo però che come tecniche e forse come posizione del terapeuta sia un po' più difficile da quella prospettata dagli autori americani, richiede forse una maggiore maturità da parte del terapeuta di manovrare questa situazione, comunque da studiare e da vedere perché sono delle ricerche molto importanti.

Mancia:

Ti vorrei porre una brevissima domanda: credo che sia più psicopatogeno una famiglia con quei requisiti che tu hai detto prima, cioè con quegli
elementi che hanno enormi difficoltà interpersonali, inoltre che badano più alla apparenza che non ad una reale armonia familiare, perché cioè hanno quindi tutti quei processi di distorsione o invece è più psicopatogena una famiglia che accetta per es. una situazione di divorzio? Questo è importante, io credo, perché ha anche un aspetto medico-sociale-politico che non va trascurato in un Paese civile.

SELVINI:

Questo pare dimostrato, cioè che è più patogena la famiglia della pace ad ogni costo. Cioè le ricerche di questi autori, specialmente Bowen e Litz, hanno visto che è molto frequente la situazione del sottaccia, del coperto che la situazione scoperta. Invece tutta l'altra questione della Broken Family, cioè del divorzio vero e proprio della rottura di famiglia, è tutta un'altra questione che ci porterebbe lontanissimi. Ma nella famiglia unita, in divorzio emotionale, è più patogena il divorzio coperto che il divorzio scoperto: emotionale, non legale! Facciamo la situazione della famiglia divisa legalmente e della famiglia ancora unita, di divorzio coperto e di divorzio scoperto. La questione divorzio emotionale non è legale, ha un significato puramente affettivo.

MATARAZZO:

Io voglio restare in tema, perché qui si esce sempre fuori tema, e poi gli interventi debbono essere fatti in modo molto chiaro e breve. Io mi riferivo al caso clinico da lei descritto, cioè a dire quella ragazza che ritmicamente presentava nove mesi di depressione. Vorrei sapere da Lei se in questi periodi di depressione che sono sempre stati al massimo per mesi, se in questi periodi appunto la ragazza era amnorfica, e se era amnorfica, se si può considerare questo stato non da un punto di vista depressivo, ma da un punto di vista nevrotico, come un desiderio inconscio di gravidanza, succedano di gravidanza. Non so se sono stato chiaro.

SELVINI:

Non era una ragazza, ma una signora di 36 anni, sposata, con un figlio. Non era amnorfica, è sempre stata regolarissima nelle mestruazioni anche durante le fasi depressive, non è risultata una idea di gravidanza nella psicoterapia, che però — ripeto — fu piuttosto orientata analiticamente come supporto, e la durata di 9 mesi è stata detta un po' grossomodo, ma potevano anche essere 8 o 10. Questo è un fatto per sottolineare come un modo fisso, periodico, che sembrava tipicamente costituzionale, poi si contrastasse con la possibilità di scambio della sindrome tra madre e figlia.

BACIA GALUPPI:

A proposito della genetica, tutti i lavori sui gemelli sono criticabili per motivi metodologici. Per esempio, il Kallmann ha confrontato gemelli monozigoti vissuti assieme e gemelli separati, però considera separati quelli separati dopo i 5 anni. Evidentemente nei primi 5 anni possono avvenire tutte le alterazioni fondamentali, quindi sono tutti lavori che andrebbero rifatti proprio dal punto di vista di una più rigorosa metodologia genetica.

SELVINI:

E' vero, io li ho letti bene questi lavori di Kallmann. Effettivamente non sono per niente persuasivi. Se per qualche cosa sono abbastanza suggestivi, non sono per niente persuasivi. È un problema quanto mai aperto anche dopo questi studi di Kallmann che sono enormi, ma purtroppo hanno delle grosse lacune.

BENCINI:

Volevo dire appunto, in riferimento a quei lavori sui gemelli, che un dato interessantissimo è questo: che è stato visto che nei gemelli eterozigoti di sesso eguale la concordanza della schizofrenia è più elevata che in quello di sessi diversi; e si avvicina alla percentuale di concordanza fra fratelli non gemelli e sorelle, e inoltre è una percentuale più elevata nelle donne che negli uomini.

Un'altra cosa volevo chiederti: se ti risulta che ci siano dei lavori, degli studi sui figli di madri schizofreniche, perché ti risulterebbe piacevole, nelle bibliografie di Rota, che è ora quel lavoro che discute sull'opportunità dell'intervento mentale in riferimento ai figli di madri psicologiche e diceva che, in fondo, erano molto meglio per il bambino restare insieme alla madre psichiatrica, in casa, finché era possibile, piuttosto che la madre fosse ricoverata o che il bambino fosse ricoverato. Questo è un dato molto importante, mi sembra, cioè evidentemente queste madri francamente malate, psicotiche anche gravi, possono essere meno patogene che non delle madri nevrotiche, e questo è un dato che negli studi genetici ha tutto un altro significato.

SELVINI:

E' vero, Alda; hai ricordato una cosa importante. Si pensi che in certi reparti di cliniche psichiatriche americane c'è proprio un reparto maternità della madre psichiatrica, per non allontanare il figlio dalla madre psichiatrica, e questo lo ho noto in rapporto con quello che Galli ha detto ieri a proposito della disponibilità di queste madri; cioè una madre che ha tutta la disponibilità possibile per quel figlio, può essere meno patogena di una madre che avrebbe una grossa disponibilità teorica, ma che poi in pratica non gli dà niente, e ci sono dei lavori dove proprio è descritta la tenerezza, la disponibilità di queste madri psichiatriche per il loro bambino: comunque problema anche questo ben lungi dall'essere chiaro, sul quale è stato scritto relativamente poco, ma estremamente interessante. Ringrazio proprio tutti per avermi ascoltato per tanto tempo.
ASPETTI SOCIOCULTURALI DELLE SCHIZOFRENIE

GIOVANNI JERVIS

Il problema del quale vi parlerò riguarda gli aspetti socioculturali delle schizofrenie e più precisamente il rapporto fra le ricerche sociopsichiatriche e il problema della schizofrenia, soprattutto per quanto riguarda l’incidenza di questa malattia.

La sociopsichiatría, o psichiatria sociale, si occupa soprattutto di stabilire l’influenza dei fattori storico-culturali sulla incidenza e sul modo di manifestarsi dei disturbi mentali; si occupa anche di altre cose, ma direi che questa è la preoccupazione principale della psichiatria sociale. Per quanto riguarda la schizofrenia quindi, si tratta di chiedersi quale sia l’influenza dei fattori storico-culturali sulla incidenza e sul modo di manifestarsi di tale malattia. In questo senso direi che la socio-psichiatria si occupa per metà del problema della schizofrenia. Voi sapete che la psichiatria sociale va piuttosto di moda adesso, la bibliografia in materia è amplissima, i problemi sono ancora abbastanza confusi, e quindi lo sarò costretto a tratteggiare il problema socio-psichiatrico della schizofrenia soltanto per grandi linee, limitandomi a citare quelle ricerche e quegli autori che ritengo abbiano segnato una tappa nella ricerca dei fattori socio-culturali rispetto alla schizofrenia.

Dividerò il problema della schizofrenia dal punto di vista socio-psichiatrico in tre parti schematiche: la schizofrenia nei primitivi, la schizofrenia nelle civiltà occidentali evolute e il problema della schizofrenia in rapporto all’emigrazione ed ai movimenti di popolazione. Vedo che oggi pomeriggio il Dr. Brunetti vi parlerà dei problemi metodologici, quindi vorrei soffermarmi il meno possibile su questi ultimi, però non posso fare a meno di citarli. I problemi metodologici li abbiamo subito, soprattutto per quanto riguarda le ricerche della incidenza, del modo di manifestarsi della schizofrenia tra i popoli primitivi: è il primo dei tre punti di cui mi occuperò.

Innanzi tutto c’è il problema della diagnosi di schizofrenia; se noi ci chiediamo come primo problema quale è l’incidenza della schizofrenia tra i popoli primitivi, e questo forse rimane il problema prin-
sicotici che vengono ricoverati negli ospedali e quanti siano invece quelli che non vengono mai ricoverati. Ci sono stati molti autori che sono andati a cercare gli schizofrenici nelle capanne dei villaggi primitivi, ma viene da chiedersi fino a che punto li abbiano trovati, e una volta trovati viene da chiedersi se li abbiamo diagnosticati correttamente, perché molte volte si tratta di medici che non hanno una preparazione psichiatrica adeguata e che hanno diagnosi di schizofrenia dove noi non li faremmo; quindi ci sono dei grossi, grossissimi problemi epidemiologici per quanto riguarda la ricerca della schizofrenia nei popoli primitivi.

Oltre a questi problemi tecnici ci sono stati anche degli ostacoli di natura ideologica, in quanto la ricerca e lo studio delle malattie mentali fra i popoli primitivi ha risentito fortemente di una serie di posizioni ideologiche che li hanno ostacolati. Solo negli ultimi dieci anni, praticamente, ci sono delle ricerche serene, fatte senza pregiudizi, e che portano a dei risultati che cominciano ad essere abbastanza probabili, abbastanza seri; vi posso citare tra questi ostacoli ideologici la pregiudiziale razzista, per esempio, che ha influito negativamente ed in modo piuttosto forte sulle prime ricerche sulle malattie mentali dei popoli primitivi. Si è avuta la tendenza a dire che la mente del primitivo è totalmente diversa, costituzionalmente, dalla mente dell’individuo civilizzato, e quindi ovviamente anche le malattie mentali risentono di questa diversità, che è inferiorità. Anche Carothers, che è l’autore della più grande e forse anche più importante ricerca sulle malattie mentali dei popoli primitivi, pubblicata nel ’33, compiuta in Africa, anche Carothers non si libera da una pregiudiziale razzista, in quanto dice che i negri reagiscono in una certa maniera perché sono lobotomizzati costituzionalmente. Vi è poi un altro pregiudizio, quello del selvaggio felice, il mito di Rousseau, del selvaggio che vive lontano dalla civiltà e quindi libero da malattie; anche il mito del selvaggio felice ha influito negativamente su queste ricerche socio-psichiatriche, e lo vedremo un po’ più in là, quando parleremo della teoria secondo la quale la schizofrenia è assente fra i primitivi; si è detto che i selvaggi vivono a contatto con la natura, non hanno problemi, sono felici, le malattie mentali fra loro non esistono.

Andando avanti anche cronologicamente, c’è stata un’altra posizione molto importante, che è stata anche un po’ d’impaccio alla ricerca socio-psichiatrica, quella del relativismo socio-psichiatrico, legato all’antropologia culturale. Voi sapete come le ricerche di antro-
sulla popolazione degli Utteriti, setta che vive ai confini fra il Canada e gli Stati Uniti, celebre attraverso gli anni per l’assenza di frustrazioni del suo sistema sociale e celebre anche per la mancanza totale di malattie mentali. I ricercatori erano andati a studiarli proprio col desiderio di poter confermare che le malattie mentali sono assenti fra persone che vivono a contatto con la natura, seguendo leggi molto semplici, e che non abbiano niente a che fare con le leggi competitive del capitalismo. Hanno dovuto concludere il loro libro affermando invece che anche fra gli Utteriti c’è una patologia mentale e una incidenza di schizofrenia che è più o meno la stessa dei popoli occidentali. Con ciò sembrerebbe che la schizofrenia è dunque non solo ubiquitaria, ma anche che colpisce in eguale modo dappertutto. Questo direi che non è dimostrato; sembra invece che fra i primitivi la schizofrenia, benché presente anche nelle forme in cui noi la conosciamo, con qualche differenza, colpisca con una incidenza leggermente minore. Questo ve lo dico in tono dubitativo, perché direi che finora non è stato dimostrato sufficientemente, però direi ancora aperta la possibilità che fra i cosiddetti primitivi la schizofrenia sia meno frequente. Vi cito, oltre le ricerche di Carothers nel Kenia e in Africa, tutti gli studi compiuti da psichiatri di formazione britannica nell’Africa Occidentale, come Lambo, Forster, Toof ed altri, i quali dimostrano appunto che la schizofrenia c’è, anche se forse in quantità minore e sotto forma un po’ diversa. In Oceania sono stati compiuti recentemente degli studi statistici molto belli, sulla presenza di malattie mentali nelle isole del Pacifico, arrivando a conclusioni che direi estreme, nel senso che si ritiene che le malattie mentali e anche la schizofrenia fossero presenti in quantità maggiore prima dell’arrivo dei bianchi, dell’aumento del benessere e dell’arrivo della civiltà. C’è sempre una certa discussione su questo, comunque vi posso dire che la tendenza attuale degli autori è di ritenere che la schizofrenia sia ubiquitaria e si presenti sotto forme più o meno abituali. Vorrei citarvi anche il libro di Linton, molto bello e anche divertente, perché contiene una polemica piuttosto spiritosa contro certe confusioni della antropologia culturale, «Culture and Mental Disorders», del ’56. L’autore, oltre a dire che la schizofrenia c’è dappertutto, nota alcune cose importanti e dice «stiamo attenti, perché a me risulta che gli schizofrenici più gravi spesso vengono lasciati morire, vengono abbandonati a se stessi nella Jungla e quindi non vengono più ritrovati da quei medici e da quegli psichiatri che con buona volontà si mettono a girare nelle boscaglie». D’altro canto, c’è l’idea di Toof, il quale sostiene più o meno il contrario, cioè sostiene che fra i negri della boscaglia ancora non civilizzati, ci sia una più alta tolleranza per gli schizofrenici, i quali vengono tenuti in famiglia, non vengono ospedalizzati, ed ecco uno dei motivi per cui sembra siano in maggior numero, e vengono accrediti in modo tale che non si deteriorano. Toof anzi sostiene che quando gli schizofrenici vengono ricoverati, generalmente deteriorano rapidamente.

Resta da dire qualcosa sull’aspetto della schizofrenia nell’evoluzione primitiva. Direi che questo è un problema che non è ancora stato studiato abbastanza; in genere tutti gli autori sono concordi nel l’affermare che la schizofrenia paranoide è meno frequente e che la schizofrenia in genere si presenta sotto una forma meno elaborata di pensiero, sotto una forma più che altro affettiva, come una schizofrenia slavata, senza manifestazioni chiaramente patologiche e chiaramente strutturali.

Passando al problema della schizofrenia nelle popolazioni occidentali, direi che qui i problemi sono diversi; il primo riguarda l’aumento o la diminuzione o la stasi della schizofrenia nel tempo, cioè se la schizofrenia sia aumentata o meno negli ultimi cento anni. Il secondo problema è legato alla teoria dell’isolamento culturale e alla ricerca della schizofrenia fra i vari strati sociali. Per quanto riguarda il primo problema, vi sono opinioni opposte: da un lato si tende a dimostrare che la schizofrenia aumenta. Viceversa Goldheimer e Marshall, nel 1953, hanno pubblicato un libro intitolato «Psychosis and Civilization» in cui, attraverso una ricerca statistica molto accurata, dimostrano che la schizofrenia non aumenta. La tendenza generale oggi è di ritenere che non esiste un aumento nell’insieme della schizofrenia; cioè l’incidenza della schizofrenia negli ultimi cento anni non è aumentata. Goldheimer e Marshall si sono occupati soprattutto della età media, trascurando i vecchi, e questo si capisce perché c’è l’aumento delle psicosi senili, ma trascurando anche i giovani, per cui vi sono diverse obiezioni da fare. Goldheimer e Marshall sostengono che non esiste un aumento globale della schizofrenia, cioè che non esiste un aumento per grandi numeri, però che ci sono delle fluttuazioni a volte legate a situazioni come le guerre o i periodi di depressioni croniche; ma se sono fluttuazioni piccole in genere l’incidenza rimane più o meno la stessa. Anche queste sono ricerche fatte in base alle ammissioni negli ospedali psichiatrici, ed anche qui si potrebbero fare delle obiezioni, perché ci sono degli schizofrenici che non vengono ricoverati.
Passando al problema della schizofrenia in rapporto alla ecologia e alle classi sociali, ci sarebbe da fare un discorso molto lungo. Voi sapete che la sociologia americana è stata fortemente influenzata da Durkheim e dalla teoria della anomia, cioè della disintegrazione sociale: esiste una tendenza generale della sociologia americana a psicologizzarsi, come del resto esiste una tendenza generale della psichiatria americana a sociologizzarsi, e tutto questo evidentemente ha provocato una serie di ricerche piuttosto interessanti e piuttosto complicate che non si possono ricordare qui in dettaglio; comunque vi voglio ricordare una teoria veramente importante nella storia delle ricerche socio-culturali sulla schizofrenia, la teoria dell'isolamento culturale e delle disgregazioni culturali. Riprendendo la teoria dell'anomia, si dice che, come esistono determinati gruppi sociali disaggregati, esiste anche una disgregazione intrapsichica, che è il riflesso della disgregazione sociale.

Harris espressa questa teoria per la prima volta nel 1934 in «Cultural Isolation and the Schizophrenic Personality»: egli ritiene, anche in base a ricerche statistiche, che l'isolamento sociale, cioè la solitudine dell'individuo, tenda a provocare, come elemento causale, l'insorgere della schizofrenia. Più tardi, nel 1939, uscì un libro che riferisce una serie di ricerche statistiche di Sherif e Dunham: «Mental Disorders in Urban Area of Chicago». Sono ricerche condotte molto bene, che dimostrano che l'incidenza di schizofrenia, sempre misurata in rapporto ai ricoveri ospedalieri, è molto maggiore nelle zone centrali della città di Chicago, che sono le zone vecchie, le zone degli slums, le zone dove veramente l'individuo è totalmente solo. E chi è stato in America sa quanto può esser solo un individuo nel centro delle grandi città americane. Questa ricerca si svolge veramente per zone, e dimostra che l'indice di schizofrenia in queste zone centrali è altissimo. Evidentemente qui si possono fare moltissime obiezioni: la prima obiezione, che ha creato una serie di polemiche lungissime, a catena, è la seguente: non è vero che l'isolamento sociale crei gli schizofrenici, è vero il contrario, che quelli che sono schizoidi, schizofrenici, o che evidentemente stanno per diventare psicotici, si spostano nelle zone centrali della città, in cui evidentemente, o per una difesa di scala sociale, oppure per una ricerca di un ambiente più congeniale, si vengono a stabilire. Adesso non vi posso ricordare tutte le polemiche che ci sono state, però Sherif e Dunham, pur polemizzando contro questa teoria dello spostamento degli schizofrenici verso le zone della città e pur sostenendo che queste zone centrali in cui l'individuo è solo veramente, sono causative rispetto alla schizofrenia, in seguito hanno messo un pochino d'acqua nel loro vino ed hanno accertato nelle ricerche seguenti l'ipotesi che veramente ci possa essere un qualche spostamento. Nell'insieme però hanno mantenuto fermo il concetto originale, secondo cui l'isolamento sociale è causativo rispetto alla schizofrenia. Hanno notato maggiore schizofrenia nei gruppi di minoranza, ecc.; ci sono state delle critiche metodologiche basate puramente su alcuni dettagli tecnicamente, ci sono state anche delle critiche più generali, come per es. quella non priva di alcune secondo cui se la schizofrenia è più frequente negli slums, nelle zone povere e centrali della città, questo può essere dovuto a un bacillo che come la tubercolosi agisce in queste zone più favorevolmente. A questo proposito io voglio citarvi quello che forse vi interesserà di più, dato che la maggior parte di voi è psicanalista, e cioè la teoria di Devereux, del '39, sul motivi per cui fattori puramente sociali possono dare luogo all'insorgenza di schizofrenia.

Devereux, che abbiamo citato prima quando si è parlato dell'assenza di schizofrenia fra popoli primitivi, sostiene appunto che fra i popoli primitivi la schizofrenia non c'è e formula una teoria in questi termini: la schizofrenia è il risultato del fallimento individuale di estrapolare osservazioni correlate in un nuovo ambiente; quando un individuo si trova a contatto con un ambiente socioculturale estraneo, che non gli è familiare, che richiede un riaggiustamento di valori, si trova per così dire solo con se stesso, si trova a perdere dei punti di riferimento di cui tutti abbiamo bisogno nella realtà esterna, perché il mondo suggerisce, perché il suo ambiente anche da un punto di vista esistenziale, e si crea un ambiente estraneo. La conclusione è ovvia. Questa teoria non è stata raccolta molto, in generale, però è interessante perché serve a spiegare sia la minore incidenza di schizofrenia fra i popoli primitivi che l'aumento della schizofrenia quando questi popoli primitivi si avvicinano alla civiltà, questo non l'ho detto prima, è un punto importante. Effettivamente sembra che con l'urbanizzazione dei primitivi le psicosi aumentino molto. Voi sapete che adesso in Africa c'è un movimento molto importante e molto grave dal punto di vista sociologico e psicologico per i quali Negri tendono ad abbandonare i villaggi nella boscosa per accumularsi alla periferia delle grandi città, che di altronde sono in espansione per l'attività industriale, e si creano le cosiddette «brazavilles noires», cioè le bidonvilles, delle coree sterminate che creano problemi gravissimi perché non si tratta soltanto di meridionali immigrati, come da noi, si tratta di Negri che
passano istantaneamente da una economia neanche agricola, da una economia pre-agricola, di raccoglitori e cacciatori, cioè da una economia pre-feudale, drettamente a contatto con l'economia industriale. Questo crea una fioritura di disturbi mentali su tutto il campo della patologia mentale, a cominciare dall'alcolismo ecc., che comprende anche la schizofrenia. Rivedremo questo problema a proposito dell'emigrazione.

Fra l'altro, in queste brasavilles noires si propongono nuovi problemi metodologici gravi, perché per questi negri che vengono e impazziscono, prima di tutto bisogna chiedersi se non fossero psicotici prima; cosa significa che viene fatta la diagnosi di schizofrenia su questi negri? Significa che il gruppo al quale essi appartenevano non è più disposto ad accoglierli e chiamà il medico. Ciò può darsi che questi gruppi familiari, una volta trasferiti in queste bidonville, non siano più disposti a tollerare delle persone che danno qualche piccolo segno di squilibrio mentale, e quindi queste persone vengono espulse sia dall'economia affettiva familiare più immediata, sia addirittura indirizzati direttamente verso l'ospedale. D'altra parte i medici che lavorano lì si trovano a confronto con problemi di diagnostica anche piuttosto gravi, perché questa solitudine del negro malato di mente alla periferia delle grandi città della costa si traduce in alterazioni di comportamento che spesso non ci sono familiari e che è difficile diagnosticare. Non solo, ma vi sono altri fattori organici, come possono essere la malattia del sonno, la malaria e l'alcolismo, che influiscono in modo determinante, creando una patologia alla quale lo psichiatra bianco di solito non è abituato. Chiuda la parentesi, vorrei ritornare alla questione dell'isolamento culturale.

Attualmente le ricerche sull'isolamento culturale, cioè sulla solitudine sociologica come fattore progressivo della schizofrenia, sono un po' tramontate, cioè non tutti se ne occupano con altrettanto impegno. Tali ricerche hanno però messo in luce un fatto che direi è più importante della teoria dell'isolamento culturale, cioè il fatto che negli strati sociali più bassi la schizofrenia è più frequente. Orbene, si può discutere sulla teoria dell'isolamento culturale, si può discutere sul fatto che la solitudine e la mancanza di contatti e la mancanza di legami con un ambiente crei la schizofrenia, ma sembra che non sia più discutibile, sembra che ormai sia accertato, che effettivamente la psicosi schizofrenica è più frequente nelle classi più basse della popolazione. Tutti gli autori americani sono d'accordo su questo punto, e direi sono d'accordo anche nel negare che questa maggiore incidenza della schizofrenia nelle classi più basse della popolazione sia dovuta a uno spostamento degli schizofrenici verso le classi basse della scala sociale. Voglio soffermarmi un momento su quella che è forse la ricerca più importante in fatto di sociopsichiatra negli ambienti civilizzati dell'occidente, quella di Hollingshead e Redlich, i quali sono uno psichiatra ed un sociologo che per anni hanno studiato molto sistematicamente e molto correttamente, anche dal punto di vista epidemiologico e statistico, le malattie mentali nella città di New Haven. Loro hanno studiato le malattie mentali curate, non sono andati a cercare la gente nelle famiglie per vedere quanti malati di mente c'erano; si sono riferiti esclusivamente agli ospedali, ai medici, agli psichiatri. Comunque, malgrado loro si riferissero non tanto alle malattie mentali in sé quanto alla cura delle malattie mentali, risulta abbastanza chiaramente che le psicosi schizofreniche sono più frequenti quanto più si scende negli strati sociali, che loro chiamano "classi", ma non è giusto tradurre con "classi". La teoria di Hollingshead e Redlich, non del tutto priva di interesse, anzi direi piuttosto valida per spiegare questo fatto, è fra l'altro questa: gli psicotori ed anche i nevrotici, nelle classi più basse, non vengono curati adeguatamente. Quando un soggetto di una classe sociale elevata presenta dei disturbi del comportamento viene immediatamente preso, psicanalizzato, messo in clinica privata, ecc. e questo comporta una guarigione più facile.

Quando un soggetto di una classe sociale molto bassa presenta dei segni di disturbo del comportamento, prima di tutto viene sopportato meno nel suo ambiente, e poi viene curato malissimo, e questo fa sì che l'altro che anche la schizofrenia, quando si manifesta in questi strati più bassi, si presenti sotto forma di schizofrenia più deteriorata. Naturalmente poi ci sono delle piccole obiezioni da fare, come quelle che quando uno schizofrenico della classe alta è tale in realtà no lo si chiama schizofrenico, lo si chiama nevrotico. Adesso ci sono delle altre ricerche piuttosto importanti sempre in America, come quelle di Leighton. Vi è poi un gruppo che conduce una ricerca che non si basa più sulla rilevazione dei malati di mente presso i medici e presso gli ospedali, ma che si basa sulla ricerca dei malati di mente nelle loro case, cioè che prescinde da qualsiasi diagnosi. Questi studiosi sono andati a cercare in Manhattan, naturalmente col metodo del campionamento, i soggetti nelle loro case, sono andati a vedere, a cercare di capire quanti di loro fossero disturbati, schizofrenici, ecc. Fra l'altro forse è un po' un peccato che sia stato scelto Manhattan: sarebbe stato meglio che avessero scelto una città del Midwest, perchè Ma
nnhannan presenta una sociologia un po' particolare, comunque sembra che i risultati siano catastrofici. Ed anche questa ricerca, per i primi risultati che si conoscono, conferma comunque l'aumento di schizofrenia nelle persone più sole socialmente, nei gruppi minoritari, negli ambienti in disgregazione e negli ambienti più poveri.

Adesso vorrei parlarti brevemente del problema che forse è stato studiato più a fondo, quello dei rapporti fra schizofrenia ed emigrazione. Il problema è vecchissimo, direi secolare: già nel 1840 la prima rilevazione statistica dei malati di mente negli Stati Uniti insisteva sull' fatto che i negri e gli immigrati presentano una percentuale assai più alta di malattie mentali. Questa conclusione è stata in seguito molto criticata, comunque intorno alla fine del secolo scorso ed all'inizio di questo secolo c'è stata una serie di ricerche, una serie di studi, sempre negli Stati Uniti, i quali tendevano a dimostrare che fra gli immigrati recenti c'era una percentuale altissima di disturbi mentali gravi. Queste conclusioni sono state in seguito criticate e si è dimostrato chiaramente come esistessero motivi politici che portavano a favorire questa tesi, per cui si tendeva a limitare l'emigrazione. Altri autorii hanno anche criticato la tesi del maggior numero di malattie mentali fra i negri, anche in base a pregiudizi razzisti di chi faceva queste ricerche. Comunque, malgrado queste critiche, si può dire che tutte le conclusioni alle quali gli autori moderni arrivano senza eccezione, è che fra gli immigrati recenti la schizofrenia è molto più frequente, è molto più comune che nella popolazione campione.

Anche qui c'è da chiedersi perché fra gli immigrati recenti ci sia una percentuale così alta di schizofrenici. Le ipotesi evidentemente sono le stesse due che vi ho detto prima: cioè l'ipotesi che gli schizofrenici emigrino più facilmente e l'ipotesi che invece l'emigrazione sia un fattore causale nei confronti della schizofrenia. Oedegaard è piuttosto a favore della selezione, cioè piuttosto a favore che gli schizofrenici o gli schizogeni emigrino più facilmente degli altri, però altri autori hanno ribattuto dicendo che l'emigrazion di è perché, il spostamento di ambiente, è causativo rispetto alla schizofrenia. Oedegaard stesso, nei suoi articoli ulteriori, ha un po' sfumato questa posizione iniziale ed ha accettato le due ipotesi. Io ritengo che questa posizione sia giusta, cioè probabilmente è vera sia l'una che l'altra ipotesi. E' vero che gli schizoidi, gli schizofrenici, i disadattati e queste persone che evidentemente si trovano anche nel loro ambiente emigrano più facilmente; però è indubbiamente vero che l'emigrazione favorisce l'esplosione della schizofrenia. Vi citerò alcuni casi per-sonali. Anche qui però ci sono le polemiche diagnostiche, in quanto molto spesso il cambiamento brusco di ambiente, questo si vede anche nei profughi, crea delle reazioni paranoide che non sono schizofreniche, cioè le reazioni paranoide dello straniero. Io credo che tutti voi avrete avuto esperienza di queste reazioni paranoide, probabilmente anche su voi stessi. Quando una persona si trova all’estero, in un ambiente ed in mezzo a costumi che non conosce, soprattutto se non conosce la lingua, facilmente assume un atteggiamento paranoide nei confronti dell'ambiente. Io ho visto un caso piuttosto esemplare: una negra della Nigeria, che stava andando con una borsa di studio dalla Nigeria a Praga; l'aeroporto si fermò a Roma, e per un errore banale questa ragazza si vide sostituito il passaporto con un altro e si vide indirizzata verso un aereo che non era il suo. Si trattava di una infermiere piuttosto incolta, ma — comunque — parlava molto bene l'inglese. Ebbene, questa donna di fronte alle difficoltà burocratiche ha avuto una reazione di eccitamento, come si trova del resto in tutti i primitivi, con una alterazione del giudizio di realtà piuttosto forte e con idee paranoide: diceva che c'ero i fantasmi; lei era comunista, naturalmente, perché stava andando a Praga con una borsa del governo cecoslovakia. Fu ricoverata immediatamente nella clinica neurologica dove io ero, e dove naturalmente il suo comportamento peggiorò ancora, perché lei diceva: «mi hanno messo qui apposta», e vi furono delle traversie burocratiche perché non si sapeva a quale consolato rivolgersi per farla mandare via, e in conclusione, non sapendo dove mandarla, fu mandata all'ospedale psichiatrico, dove rimase tre mesi prima che i medici si mettessero d'accordo nello stabilire che questa povera ragazza non era affatto schizofrenica. Voi potrete obiettare: forse lo era. Beh, io l'ho vista anche in sede d'ospedale psichiatrico: non lo era, anzi è riuscita alla fine a giudicare l'intera situazione con un certo humor, c'era un ottimo rapporto interpersonale.

Però ci sono altri casi in cui la schizofrenia è vera. Io ho visitato un altro funzionario di un ufficio italiano di relazioni con l'estero il quale per la prima volta in vita sua, benché sapesse bene il francese senza esser mai stato all'estero, fu mandato in una colonia francese dell'Africa nera per una missione piuttosto delicata, per conto del Governo italiano.

Ebbene, questa persona che presentava delle caratteristiche schizogene arrivò in questo posto, si trovò in disaccordo con l’altro funzionario italiano che era con lui, persona estremamente pignola, meticolo-losa, molto lenta, ecc. e praticamente ebbe una «bouffée délirante».
con allucinazioni piuttosto evidenti, piuttosto marcate; salti tra l’altro su un aereo che lo portò da un’altra parte dell’Africa, sono successi zone pazzesche, ed ebbe un comportamento che non soltanto era un alterato giudizio sulla realtà, ma era un comportamento gravemente disturbato, anche con allucinazioni, con un atteggiamento paranoide piuttosto sviluppato: ebbene, questo individuo che ebbe indubbiamente una «bouffée delirante» in rapporto strettissimo come elabo-
razione del pensiero con questa situazione, tornò in Italia, e natural-
mente fu visto e rivisto da vari medici, e da allora si è comportato perfettamente: alcuni potranno dire che forse c’è un piccolo difetto, ma forse non c’è neanche quello. Ebbene, queste reazioni paranoide,
che siano psicogene o che siano veramente dei fatti schizofrenici, sono molto frequenti fra gli emigrati.

Con questo io avrei finito, e vorrei fare una piccola nota metodo-
logica generale, cioè vorrei dire questo: io ritengo che le ricerche di 
psichiatria sociale, benché difficili, benché arrivino a conclusioni a 
volté discutibili e benché portino a risultati che non sono sempre 
chiari, siano piuttosto importanti. Sono piuttosto importanti dal pun-
to di vista metodologico, perché in fondo il disturbo mentale è un 
disturbo che partecipa di due mondi, partecipa di un mondo dire 
cosi biologico, per cui è indubbiamente che certe malattie mentali sono 
dovute alla ripetizione stereotipata o più o meno stereotipata di deter-
minare alterazioni organiche del sistema nervoso, e quindi per quan-
to riguarda questo mondo biologico le malattie mentali entrano in 
pieno nella competenza della medicina e del metodo clinico sperimen-
tale. Però indubbiamente le malattie mentali hanno anche un altro 
aspetto, cioè sono degli eventi storici, e questo qui è l’aspetto che è 
stato messo in luce dalle tendenze psicodinamiche freudiane e post 
freudiane. Sono degli eventi storici, cioè non sono un evento più o 
meno stereotipato, ma sono un accadimento storico che si situa nella 
continuità della vita dell’individuo e del suo ambiente. In questo 
senso, come eventi storici, le malattie mentali trovano il loro condi-
zionamento, il loro modo di manifestarsi e anche la loro origine in 
a situazione ambientale che, direi, è una situazione storica. Questa 
situazione ambientale si cerca a volte un po’ di destoricizzarla, si parla 
di famiglia in generale: stiamo attenti! Bisogna parlare di famiglia, 
ma anche di quale classe sociale. Gli americani ci richiedono sempre 
a questo. Di quale ambiente?, di quale civiltà? Perché altrimenti si 
arriva a conclusioni generali in base a considerazioni su un certo tipo 
di ambiente.

Ora questo ambiente va considerato come ambiente storico, e 
come ambiente storico può essere studiato su una base non più cli-
nico sperimentale, ma statistico-sperimentale. Si riesce allora a recu-
perare un’obiettività anche alla psicodinamica. Lo forse dico questo 
un po’ in polemica contro gli atteggiamenti soggettivisti in psichia-
tria. Naturalmente adesso andremmo piuttosto in là: giustamente ieri 
è stato detto che la fenomenologia ha fatto giustizia della distinzione 
tra soggetto e oggetto: questo è vero, però indubbiamente c’è una 
certa necessità di servirsi di giudizi soggettivi verificabili, in psichia-
tria. Orbene, la psichiatria sociale consente in un certo senso di ve-
rificare, di portare delle verifiche statistiche-sperimentali, a livello delle 
componenti storiche, cioè delle componenti ambientali, per quanto 
riguarda le malattie mentali. Quindi abbiamo da un lato il metodo 
clinico-sperimentale, che ha dato la medicina, e in mezzo abbiamo un 
metodo empirico-soggettivisto, ma forse un po’ astratto e, dall’altro 
lato, abbiamo invece un metodo statistico sperimentale basato sulla 
sociologia, che studia le malattie mentali soprattutto in rapporto al 
loro significato ecologico ed epidemiologico e che permette di fornire 
delle verifiche.

DISCUSSIONE

LOPRIENO:
Lei ha parlato dei rapporti fra cultura sottosviluppata, primitivi 
e schizofrenia in senso generale. Ora io vorrei sapere se, tenuto conto delle 
differenze di organizzazione socio economica esistenti fra le diverse culture 
sottosviluppate, che secondo alcuni autori si riflettono profondamente sui 
membrì della comunità determinando la comparsa di fatti comuni (vedi 
ad es. personalità di base, di cardine ecc.), vorrei sapere se sono stati stu-
diati i rapporti esistenti fra particolare forma di organizzazione socio-econo-
nica, e quindi di cultura, e schizofrenia, al pari di come è stato fatto 
per la nevrosi, dove veramente sono state trovate delle significative diffe-
renze fra cultura e frequenze tipo di nevrosi.

JERVIS:
Direi che su questo argomento non sono state a mio parere raggiunte 
delle conclusioni chiare. Indubbiamente ci sono stati molti autori i quali 
hanno ritenuto che in un certo tipo di cultura, per es., nella cultura che è 
stata chiamata collinica, la cultura degli Zuni, per es., in un certo tipo 
di cultura molto primitiva la schizofrenia sia molto meno frequente. Però
direi che si tratta di ricerche che non sono state fatte, che sappia io, in modo sistematico e ho un po' l'impressione che, a parte la conclusione generale che la schizofrenia c'è dappertutto e che è forse un po' meno frequente fra i primitivi, non si possa — per ora — dire altro. Certo è probabile, sebbene non si tratti di un certo tipo di educazione, un certo tipo di ambiente culturale favorisca o tenda invece ad ostacolare lo sviluppo delle psicosi schizofreniche.

CODIGNOLA:

Io volevo riflettere su due ultime frasi, cioè di importanza delle ricerche sociologiche in psichiatria. Direi che si potrebbero distinguere due diversi problemi, due diversi piani, cioè sul piano della ricerca, la ricerca sociologica evidentemente è di enorme aiuto anche per i motivi appunto che ha detto Lei, a chiunque si occupi di malattie mentali, di disturbi emotivi. Ma sul piano invece della comprensione terapeutica, direi proprio del singolo paziente, dopo quello che è stato detto prima anche dalla dr. Selvini, cerca la struttura famigliare ecc., mi pare che si dovrebbe tenere presente una distinzione di questo tipo: è vero che ci possono essere delle spine patogene, diciamo così, in una determinata struttura sociale, patogene in senso psichiatrico, ed è utilizzare il cercare di conoscerci; però è anche vero che il paziente che si presenta a noi è stato determinato non dalla società ma, per es., da un gruppo famigliare e dai rapporti intersociali di questo gruppo famigliare, è stato determinato a reagire a queste spine patogene in senso appunto per es. dissociativo e quindi si tratta di due livelli diversi e ci possiamo rifare, per es., addirittura all'angoscia, per dire che noi ci riteniamo per altro in grado di sopportare una dose di angoscia più grande di quella che uno schizofrenico può essere in grado di sopportare, e che il nostro compito non è mai quello di eliminare la sua angoscia ma, semmai, di metterlo in grado di sopportarla e di accettarla.

JERVIS:

Vorrei dire questo: in primo luogo non vorrei che si sopravvalutasse l'importanza dei fattori socioculturali nella genesi della schizofrenia: direi che, in linea di massima, e permettetemi di dire questa creazione, i fattori socioculturali possono essere trascurati. Per le nevosi no, ma per la schizofrenia sì, nel senso che la schizofrenia si presenta sotto forme più o meno analoghe dappertutto; ovviamente il contenuto dei deliri cambia, ma questa è un caso talmente ovvio che non ne ho neanche parlato; quindi si presenta piuttosto sotto forma di una malattia che forse è una sommatoria, ma che ha delle caratteristiche che si mantengono abbastanza costanti attraverso le civiltà e attraverso le classi sociali, gli ambienti. Per quanto riguarda il secondo punto, cioè i due piani: il piano famigliare e il piano sociale, su questo io non sono perfettamente d'accordo, cioè ritengo che anche la famiglia, del resto questo ce l'hanno insegnato gli antropologi culturali, sia una istituzione culturalmente condizionata, cioè che praticamente non esistono istituzioni sociali, per quanto possano essere considerate in senso macroculturale, non esistono istituzioni sociali, ambienti, se non sono ambienti storici. Voi sapete veramente anche come la famiglia...
di per sé veramente povera: il primitivo, valutato col test mentale, sembra un imbécille e fra gli imbécili la elaborazione delirante è povera. Ora non dico che il primitivo sia un imbécille, ma questo è un grosso problema. Questa è la prima spiegazione.

La seconda spiegazione, che è più suggeritiva, è quella che col rito determinato strutture culturali, permettono di recuperare nella normalità certi atteggiamenti paranoici. Questa qui è un po' una teoria che in Italia ha proposto De Martino, col quale io ho collaborato abbastanza a lungo, e che mi sembra piuttosto interessante. Cioè il rito permette di istituzionalizzare determinati atteggiamenti, determinati comportamenti che altrimenti sarebbero abnormi, permette di inserirli in un orizzonte culturale definito, permette di farli accettare dalla comunità e permette addirittura di ricuperarne la normalità. Questa è una teoria che è sicuramente vera per la nevrosi. Per la schizofrenia ne dubito un po', perché ha sicuramente un interesse.

C'è qualcosa di più che una catarsi. Naturalmente certi riti sono dei riti catturici. A questo proposito sono riportato al problema dell'acting out. In tutti i primitivi è una tendenza all'acting out, cioè alle reazioni isteriche; voi sapete così che un'istemia fra primitivi è un istemia di metamorfosi, con reazioni isteriche imponenti e comunque manifestazioni vivaci ad aggressivi di comportamento. Certi riti, soprattutto per quanto riguarda la danza e certi riti di guerra, permettono di istituzionalizzare questo acting out, cioè permettono una valvola di sfogo che attraverso la danza, la musica, è spesso una vera e propria catarsi, ma direi va più là della catarsi.

CARLTON: Io ho ascoltato con molto interesse questa rassegna della letteratura sull'argomento, e direi con piacere, fino a che alla fine il relatore mi parlò che abbia calciato un po' troppo la mano sul valore di questi elementi, contrappendendoli alle ricerche che ha detto clinico-sperimentali e soggettivo-empiriche. Ora mi pare che, rispondendo a Codignola, abbia fatto un po' ammenda di quello che ha detto alla fine della relazione, perché mi pare che dopo aver appunto ascoltato tutto quello che ha detto e i risultati di ricerche così numerose, non si possa non notare quanto poco abbiano prodotto queste ricerche, in fondo, per la comprensione della schizofrenia se lo si confronta, per esempio, a quanto invece di utile per la comprensione della schizofrenia abbia prodotto Freud analizzando soltanto gli scritti del giudice Schreber, cioè con una ricerca empirico-soggettiva, come aveva detto prima. E io volevo sentirmi dire ancora, se ho ben capito la risposta a Codignola, che quello che ha detto il relatore alla fine è stato un po' eccessivo, cioè è stato un po' servizi, come diceva l'eri Fornari, di una ricerca utile in un settore, per negare le ricerche altrettanto utili che vengono condotte in altri settori. Ora non è che si voglia assolutamente quello che diceva Fornari, mi sembra che ognuno deve lavorare in suo oret e non disturbarlo il vicino, però mi pare che oggi il relatore sia caduto un po' nell'eccesso opposto.

JERVIS: Effettivamente le ultime frasi della mia relazione erano un po' polemiche e le ho dette anche per stimolare una discussione e, forse, nel rispondere a Codignola mi sono un po' corretto, anche se non ritengo di essermi contraddetto. Sull'effettivo valore delle teorie psico-dinamiche della schizofrenia credo che si potrebbe discutere a lungo: a proposito di questo vorrei dire che io mi sento qui un po' come un cane in chiesa, perché io ho un indirizzo che voi giudicate sicuramente un po' retrivo, e cioè per quanto una riguarda la schizofrenia sono un tantino organizzata. Dico un tantino, perché ritengo che senz'altro ci possono essere degli elementi patogeni che derivano dall'ambiente. E detto questo, forse, ho detto tutto; però direi che senza italiano la ricerca in campo di psichiatria sociale ha portato a pochi risultati: su questo siamo perfettamente d'accordo; ha portato a dei risultati contrastori. Ma direi che sta portando dei risultati adesso perché è una ricerca che finora è stata un po' albo, che è stata ostacolata da una quantità di fattori extrascientifici, e che soltanto adesso sta nasendo come ricerca scientifica seria e sta portando dei risultati importanti. Adesso, intendo negli ultimi quindici anni e probabilmente nei prossimi 15 anni, vedremo dei risultati ancora più importanti, proprio basati sulla ricerca epidemiologica delle malattie mentali, sulla ricerca ecológica, e comunque su tutti questi studi che si preoccupano di stabilire il rapporto fra il modo di manifestarsi e l'incidenza di un certo disturbo mentale, e la situazione, la collocazione storico-sociale dell'individuo.

BRUNETTI: L'impressione generale che ho ha tratto dagli ultimi studi di epidemiologia psichiatrica, è che ci sia una relazione tra i disturbi psicosomatici e la struttura sociale, ma non tra la struttura sociale e la schizofrenia; ciò che invariabilmente si vede in questi studi è che più si sale nella scala socioeconomica, meno ci sono disturbi psicosomatici; ciò che dovette alle minori tensioni che l'ambiente crea? Ma questo non per il caso della schizofrenia. Ci sono degli studi che fanno dire che ci possa includere la schizofrenia in questa tendenza, ma questo credo sia dovuto a un determinato modo di non fare una diagnosi di schizofrenia. Questi sono studi americani e gli americani tendono a includere, a chiamare schizofrenia quello che è nevrotico. Insomma questa è l'impressione, che non ci sia relazione tra situazione sociale e schizofrenia, però ci sono degli studi che lo determinano in modo esatto.

JERVIS: Io sono perfettamente d'accordo e vorrei accentuare questo: che le ricerche sociopsichiatriche hanno portato a un contributo importantissimo per quanto riguarda i neurosi. Viceversa man mano che si va avanzando ci si accorge che il problema della schizofrenia, considerato da un punto di vista sociopsicchiatrico, è marginale, nel senso che la schizofrenia è sempre un po' equilibrato dappertutto. Però non so, io non concorderi pienamente sul fatto che la schizofrenia veramente si trova con un incidenza, con un modo di manifestarsi uniforme in tutte le classi sociali e in tutte le civiltà. E il problema dell'emigrazione per questo è abbastanza significativo. Certo questo qui non è un problema sociologico, è un po' un problema esistenziale, in questo senso; però malgrado la tendenza degli autori americani a
diagnosticare come schizofrenici soggetti che noi giudichiamo nervosi, ritengo che non si possa passare sopra a quelle conclusioni di quegli studi che tendono a dimostrare che la schizofrenia è più frequenti nelle classi più basse, cioè ritengo che questa teoria per quanto sia discutibile, per quanto sia forse dovuta al fatto che gli americani giudicano schizofrenici i nervosi, però debba ancora essere confutata.

BRUNETTI: 
Senz’altro; negli slums americani si trovano schizofrenici, perché questo è un dato di fatto: è dovuto al fatto che la società americana essendo molto mobile, quelli che hanno una alternata capacità funzionale, come gli schizofrenici, finiscono per essere confinati in quelle zone della città che sono meno benestanti; cioè non hanno la capacità di muoversi verso le classi socioeconome più alte.

JERVIS: 
Beh, lei appunto si rifa alla teoria dello spostamento degli schizofrenici o dei preschizofrenici nelle classi più basse, o perlomeno si rifa alla teoria secondo cui gli schizofrenici rimangono là e non si muovono, cioè della selettività. Indubbiamente su questo le discussioni ancora continuano: forse non ho esperienza sufficiente per poterlo dire, ma leggendo la letteratura sull’argomento non sono rimasto del tutto convinto che questa teoria sia veramente sufficiente a spiegare il maggiore numero di schizofrenici negli strati più bassi della popolazione. Tanto più che adesso ci ingrandiamo con tutto il problema della società americana e della mobilità sociale, questa mobilità sociale è molto minore di quanto certi autori americani sembrano sostenere, non è così facile spostarsi da una classe sociale all’altra nei paesi Uniti e dire che gli studi più recenti tengono sempre conto di questa obiezione secondo cui gli schizofrenici sono più frequenti nei strati più bassi, perché rimangono lì o perché si spostano lì, ed in genere, questi studi recenti portano dei buoni argomenti contro questa tesi.

FERRARI: 
Pensa lei che ci sia un rapporto tra modelli di comportamento di una determinata società e fenomeni nervosi, nel senso dei modelli di comportamento che tendono a massificare tutti gli individui secondo scale di valori di integrazione sociale che possono essere alienanti le inclinazioni naturali, chiamiamo, cioè a dire le inclinazioni di quella personalità storica che si è formata e che quindi, come per i nervosi, nel campo psicoterapeutico anche per la schizofrenia questa educazione massificante, secondo questa scala di valori di integrazione sociale, possa essere schizofrenogenica, cioè determinare degli scompensi psicofatici di tipo schizofrenico?

JERVIS: 
Per quanto riguarda le nervosì direi che il problema è molto bello, è stato uno dei temi centrali, come voi saprete, del revisionismo neo-freudiano, soprattutto Fromm e la Horney hanno sostenuto che esiste una nervosì di base, esistono nervosì di massa, esiste una nervosì della nostra cultura che sta un po’ alla base e che è socialmente condizionata e che è in rapporto a determinati modelli di valore, determinati ruoli ecc., e su queste, penso che si possa essere d’accordo: ci sarebbe molto da discutere. Per quanto riguarda la schizofrenia, personalmente ho i miei dubbi.

ORIGLIA: 
Vorrei tornare alla vicenda dei primitivi: lei aveva detto che questi schizofrenici reperiti nella boscaglia da una commissione di psichiatri e teutoni in condizioni di sopravvivenza, senza grande deterioramento delle famiglie stesse, trasferiti negli ospedali della civiltà, deterioravano rapidamente. Ora due domande volevo farle: la prima è questa, se esistono delle ricerche su come le famiglie di questi schizofrenici tratti gli schizofrenici stessi.

La seconda domanda è questa: se lei ritiene che l’accettazione di questi soggetti, di questi malati, nell’ambito della famiglia e della tribù, dipenda da una tolleranza maggiore della popolazione stessa, da una certa naturale bonomia del primitivo nei confronti di un primitivo ammalato, oppure da un atteggiamento generale di mentalità del primitivo che contempla la possibilità della dissociazione come una delle varianti dell’attività mentale.

JERVIS: 
Per quanto riguarda il deterioramento, direi che io su questo lo accetto senz’altro; del resto tutte le esperienze nel campo della sociopatologia ospedaliera, che è un campo di cui non mi sono affatto occupato, cioè la sociopatologia delle comunità ospedaliere, tende a dimostrare che lo schizofrenico si deteriora, e non soltanto lo schizofrenico ma anche il demente organico, il demente organico, quando cambia di situazione ambientale, quando viene portato inospedale, molto spesso si scompensa.

Per quanto riguarda la tolleranza degli schizofrenici nelle comunità primitive, su questo io non ho una risposta da dare e segnalo però che le opinioni sono discordanti. Lincoln ritiene che lo schizofrenico non viene tollerato, cioè che lo schizofrenico — soprattutto grave — viene abbandonato e lasciato morire. Toof, che è un negrot, invece sostiene che nelle comunità negre dell’Africa equatoriale lo schizofrenico viene tollerato più facilmente: perché? Mi sembra che lui non lo dica e naturalmente non lo sa nessuno. Probabilmente si tratta di un certo ambiente socioculturale abbastanza semplicemente organizzato, in cui anche un comportamento abnorme o un comportamento schizoidale viene supportato bene, tanto è vero che appena queste comunità di negri della boscaglia si trasferiscono ai limiti delle grandi città, non appena avvengono queste urbanizzazioni, questi stessi schizofrenici non vengono più tollerati. Perché? Perché tutti quanti si mettono a lavorare nelle industrie e allora e non c’è più nessuno che possa loro badare; la famiglia si disgrega e vengono abbandonati a se stessi. Per il resto, non credo che esistano degli studi che veramente diano una risposta più precisa e più chiara a questi quesiti.

DECLICH: 
Desideravo domandare che cosa ne pensa il relatore di quei fenomeni particolari che accompagnano l’evidenza del cosiddetto sciamevismo o sciamevismo, e non tanto in riferimento a tutte le capacità extra-sensoriali.
di cui vengono considerati dotati gli sciamani, ma per quanto riguarda tutta la parte preparatoria. Lo domando perché avevo letto recentemente, in un volume degli Erudes Carmelitaines dedicato ai problemi del misticismo e dello pseudo misticismo, avevo letto che i soggetti che si preparano per diventare degli sciamani, in tutte le varie popolazioni primitive, presentano dei particolari fenomeni morbosì, dei particolari tipi di comportamento abnormi che da noi sarebbero giudicati come decisamente patologici; soggetti per es. che ad un certo punto abbandonano la tribù, entrano nella foresta, e stanno via due o tre giorni, tornando poi in condizioni disastrose anche dal punto di vista fisico. La cosa che mi premeva domandare era questa: mi pare che ci siano due tesi in proposito, se cioè nella preparazione del soggetto che diventa uno sciamano tutto questo deve essere attraversato per poi essere superato, o se invece debba essere considerato il soggetto come un soggetto patologico in senso mentale.

JERVIS:

Per quanto riguarda lo sciamanismo, per queste manifestazioni che noi nella nostra cultura giudichiamo in modo molto ben documentato questa idea che lo comportamento sciamanico non è mai culturalizzabile, cioè una schizofrenia non può essere mai utilizzato per dei riti e neanche può essere utilizzato come uno sciamano: si tratta di comportamenti dissociativi, senza nessun dubbio, ma non psicotici. E per quanto riguarda la domanda se lo sciamano venga recuperato, direi si e no. In un certo senso lo sciamano è un individuo che subisce totalmente la crisi per permettere ad altri di attraversarla, e anche qui mi riferisco principalmente agli studi di De Martino che, del resto, non sono gli unici; lo sciamano in realtà resta un individuo abnorme anche se non è uno schizofrenico, questo non lo credo affatto, non può esserlo. Resta un individuo abnorme e si serve di questo suo comportamento abnorme per permettere ad altri individui di avvicinarsi alla sua stessa crisi e di uscire. Questo è un problema molto complesso, però, che non ha molto a che fare col nostro tema.

MONTANARI:

Lei nel suo esposto ad un certo punto ha detto che con ogni probabilità certi primitivi non curati tendono ad una maggiore disgregazione della personalità sociale, rispetto a quelli che vengono curati abbastanza in tempo. Può darsi, come può darsi di no, perché noi vediamo che anche negli ospedali psichiatrici fra due ammalati, un ammalato ad alto livello, strutturato ad un alto livello e un ammalato povero, sempre da un punto di vista intellettivo, vediamo che nell'ammalato povero, benché curato allo stesso modo come l'ammalato non povero, la disgregazione è più facile nell'ammalato povero. Insonnà dalle menti povere nascono delle menti povere, ecc. Questo un punto. Poi volevo sapere anche il suo giudizio personale, a proposito del concetto esposto da molti autori che hanno fatto questi studi statistici, a proposito dell'aumento delle psicosi nel passaggio dai boschi dei primitivi alle bidonville, alla urbanizzazione sempre marginale, naturalmente. Ora noi sappiamo che c'è una maggiore incidenza anche di neurosi in questi fenomeni di emigrazione, in certi fenomeni di trasferimento da una loro società, in cui potevano vivere senza grossi problemi, ad altre società in cui è difficile inserirsi per loro. Io volevo sapere se la teoria che queste psicosi siano proprio di natura schizofrenica, o non delle psicosi che potrebbero essere delle psicosi acute, degli stati confusionali come noi vediamo spesso anche nella psichiatria nostra italiana, che potrebbero per es. alternarsi con stati depressivi o stati nevrotici, e sempre parlando di psicosi e di stati mentali periodici, se siano effettivamente delle psicosi schizofreniche, oppure siano delle psicosi che poi regrediscono; magari un episodio che dura un certo periodo, ma che non porta ad una vera e propria psicosi schizofrenica, sempre intesa in senso di delirio cronico irreversibile (lasciamo perdere irreversibile perché è discutibile).

JERVIS:

Per quanto riguarda la prima domanda, io ho posto il problema a proposito della ricerca di Hollingshead e Redlich a New Haven. Questi autori hanno appurato che negli strati socioculturali più bassi i malati vengono curati peggio, e soprattutto arrivano a uno psichiatra competente più tardi, e quando arrivano ad uno psichiatra competente ricevono cure peggiori. Questo è tutto quello che loro dicono. Ovviamente questo comporta anche determinate conseguenze sulla prognosi della malattia, ma ovviamente questi dati di studio o di basso livello socio-culturale ricevono le stesse cure allo stesso tempo, non credo che ci siano delle differenze importanti per quanto riguarda lo svolgersi del disturbo. Ora però indubbiamente ci sono dati degli autori che hanno ritenuto che gli schizofrenici, soprattutto i negri, quando abbandonano il loro ambiente e vengono ricoverati, si deteriorano rapidamente più che gli altri. Orbene, io penso che è difficile verificare questo nel nostro ambiente, perché nel nostro ambiente si tratta tutta di più di contadini poveri dell' Italia meridionale, quindi il salto è meno grave. Ricordo che questo deterioramento si dovuto in buona parte a uno scompenso improvviso, quale si può riscontrare anche nei dementi organici, e con questo mi riferisco alla seconda domanda. La seconda domanda riguardava appunto lo studio di disturbi mentali dei negri, nei soggetti che arrivano improvvisamente da una società di meticci, raccoglitori, a una società industriale. Orbene — e questo si riferisce anche all' emigrazione, evidentemente — in tutti questi casi in cui c'è questo passaggio bruschiissimo di ambiente, direi che si manifestano una serie di disturbi mentali, però tutti si manifestano in modo più acuto e con una incidenza maggiore, non solo la schizofrenia. Ora perché parlare di elementi causali? Io direi che in questa situazione di trasferimento sociologico avviene uno scompenso. Non è detto che ci siano nell'emigrazione, o nel negro che arriva improvvisamente a contatto con la civilta industriale, veramente delle cause che determinano l'insorgere della malattia mentale. Probabilmente nella maggior parte dei casi la malattia preesistente ed era fino a quel momento compensata. A quel punto la malattia si scompensa e l'individuo viene espulso dal suo gruppo anche perché il gruppo vive
in modo diverso e non è più in grado di accudirlo. Però resta una riserva, e su questo io non ho una risposta da darle, esiste la possibilità teorica, permang l'ipotesi che il trasferirsi in un ambiente totalmente diverso favorisca effettivamente l'insorgere di una psicosi schizofrenica.

RIBOLI:

Per quanto lei ha detto anche adesso, io vorrei sottolineare il fatto che questi risultati delle ricerche socioculturali mi sembra che diano un contributo a quelle concezioni della schizofrenia che vedono l'intervento sia di fattori somatogeni che di fattori reattivi, cioè in altre parole sia il primitivo che l'immigrato che ha qualche attitudine endogena, vivendo in un particolare ambiente ancora apparece normale, a contatto con l'ambiente nuovo, nello sforzo di adattamento, ecco la reazione reattiva, questa sua attitudine costituzionale viene in evidenza. Mi sembra che questo sia esatto. D'altra parte c'è il fattore che sta un po' in contrasto, perché lei sa che l'aumento degli schizofrenici durante la guerra non si sarebbe verificato, in contrasto con queste ricerche socioculturali.

DONINI:

Io volevo domandare se vi è stato, dal 1900 ad oggi, un aumento o diminuzione della schizofrenia o se gli indici di morbilità sono pressoché stabili; io parlo dell'Ocidente almeno.

JERVIS:

Stazionari. In questo periodo però si è verificata una enorme trasformazione della famiglia, cioè la famiglia patriarcale è scomparsa, mentre è subentrata una famiglia che ora si chiama nucleo familiare, che è una unità lavorativa, in cui i singoli membri non hanno più le loro funzioni; a volte i genitori vanno tutti e due al lavoro, i figli sono quindi soli e vi è uno stato di carenza affettiva sia per i minori e sia anche per i vecchi. Ora mi sembra, a proposito della schizofrenia, che essendo modificati fondamentalmente le strutture della famiglia, da una famiglia patriarcale a una famiglia di una società altamente industrializzata, ci dovrrebbe essere degli spostamenti anche nell'indice di morbilità della schizofrenia, se veramente i fattori psicogenetici incidessero molto, dei familiari.

Una risposta ci può essere e direi che è la seguente: la schizofrenia esplode, ovvero l'individuo si scompensa, quando il cambiamento è brusco.

(intervento non al microfono)

JERVIS:

Ci dovrebbe essere e ci sono degli autori che sostengono che in determinati momenti di crisi, come nella crisi americana del '29, le schizofrenie sono aumentate. Ci dovrebbe essere un aumento della morbilità schizofrenica con un cambiamento della famiglia, se naturalmente si suppone che esiste una patogenesi psicodinamica esclusiva e determinante a questo riguardo, cosa che però io non ritengo. Direi che gli schemi sociopsiciatrici sulla schizofrenia tendono piuttosto a favorire l'ipotesi di una genesi prevalentemente somatogenica della malattia.

LANZAVECCHIA:

L'intervento di Brunetti ha toltto parte dell'opportunità della domanda che stavo per porre, comunque la dirò lo stesso nella forma che avevo preparato.

Desidererei sapere quale importanza possa avere la diversità dei fattori socioculturali nel determinare o meno proprio la diagnosi di schizofrenia di una stessa sintomatologia. In altre parole se una certa sintomatologia sarà classificata schizofrenia o altrimenti nella cultura occidentale, nella cultura orientale e rispettivamente nel mondo anglosassone o nel mondo socialista.

JERVIS:

Beh, evidentemente la risposta è già implicita nella domanda perché è ovvio e del resto abbastanza noto che la diagnosi di schizofrenia viene posta in modo diverso. Io ho già accennato che gli americani la formulano con maggiori facilità, e in certi popoli primitivi la diagnosi di schizofrenia non viene posta semplicemente perché la schizofrenia non viene riconosciuta come tale, non si sa neanche che cosa sia. Per quanto riguarda le diversità delle culture quindi è evidente che ci sono delle differenze enormi per quanto riguarda i criteri diagnostici. Per quanto riguarda la differenza di classi direi che questa differenza permane. E io mi riferisco sempre alla ricerca di Hollingshead e Redlich i quali dimostrano in modo abbastanza impressionante, direi, come questi diversi valori tra le varie classi sociali determinano diverse diagnosi in individui praticamente eguali.

TARASCHI:

Un secondo intervento sullo sciamanesimo. Io lo interperiterei alla stregua dell'antico allievo sacerdote delle società primitive che era sorto posto alla prova del superamento, almeno, di veri e propri stati psicotici indotti. Era eletto sacerdote, chierico, solo colui che aveva potuto superare e sublimare tale grave stato dissociativo indotto. Il concetto che lo schizofrenico guarito sia utilizzabile come coadiutore terapeutico, è noto che è stato sostenuto attualmente da moltissimi autori.

JERVIS:

Se lo schizofrenico guarito sia utilizzabile, questo non lo so, e direi che non è stato dimostrato né in pro né in contro. Io mi sono riferito all'ipotesi di Lincoln, secondo cui lo psicotico in quanto tale non è utilizzabile, cioè secondo cui la psicosi non è culturalizzabile, e su questo sono d'accordo. Bisogna stare molto attenti quando si parla di stati dissociativi indotti. Allora evidentemente a questo punto si tratta di intendersi. Direi che questi stati dissociativi indotti, nella maggior parte dei casi non sono delle psicosi schizofreniche, ma sono delle dissociazioni che rientrano nel quadro globale dell'isteria; nel quadro dell'isteria, per intendersi, lo ne ho studiato tra i contadini meridionali, e che però viste con una certa accuratezza veramente si dimostrano come non psicotiche, ed in questo senso anche gli stati dissociativi degli schiavoni credo che vadano considerati come non psicotici.
BENCINI:

A proposito delle reazioni paranormali degli emigrati cui lei accennava, io direi che non si può prescindere da una atmosfera reale di ostracismo. Io mi ricordo, e credo che anche lei avrà fatto la stessa esperienza in America, che appena io arrivai in America con una borsa di studio, il primo libro, uno dei primi libri che mi dettero da leggere fu un libro americano che esaminava la società di una città degli Stati Uniti, la parte siciliana della società di questa città. Non so se lei conosce questo libro.

JERVIS:

Sono state fatte molte ricerche, in particolare paragonando gli schizofrenici italiani in America con quelli irlandesi.

BENCINI:

Si, ma il buffo di questo libro era questo che non era un libro che trattava le malattie mentali, era un libro folcloristico sotto certi aspetti, e parlava dei siciliani come se fossero una popolazione del centro dell’Africa, riportando certi loro riti propiziatori, come facevano il pane, ecc., tutte cose alle quali loro attribuivano una diffusa verso l’ambiente, come fossero dei veri e propri riti propiziatori. E questo faceva appunto parte della borsa di studio, ma l’hanno dato come se io arrivassi dal centro dell’Africa, perché doveva costituire qualcosa di molto interessante. Quindi effettivamente mi sembra che vi sia una reale atmosfera di ostracismo.

Poi volevo chiedergli se lei ha potuto mettere in rapporto quella ricerca con le sue ricerche sugli emigrati che ha fatto nel Sud.

JERVIS:

Beh, a parte quest’ultima domanda, sono d’accordo. Non conosco quel libro che le hanno dato, forse adesso non c’è più.

No, non direi che io ho potuto fare dei paragoni perché questa ricerca di New Haven è una ricerca statistica che si svolge sopra un ambiente che è ormai totalmente inserito in una civiltà industriale. Ora, se si va a studiare i malati di mente delle zone depresse del sud agricolo, ci si accorge che i modelli di valore sono totalmente diversi, e direi che quando anche questi meridionali, anche se totalmente analitici, del tutto privi di cultura e molto primitivi, arrivano a New York, indubbiamente c’è tutta una patologia che si presenta, ma indubbiamente è una patologia tutta diversa da quella che presentano i meridionali nel sud Italia. Quindi direi che tra una psicopatologia agricola e una psicopatologia degli slums non ci siano molti punti di contatto. Il mondo agricolo primitivo, il mondo agricolo arretrato, è un po’ un mondo a sé.

CARLONI:

Vorrei fare una ultima domanda, perché possa servire a chiarire che non vi è possibilità di polemica fra organizzisti e psicogenisti fondata sugli aspetti socioculturali delle schizofrenie, almeno così come lei ci li ha esposti. Lei ha detto di essere un po’ organizzista e di credere in quello che ha detto, cioè negli aspetti socioculturali delle schizofrenie. Ora siccome lei ha risposto a una domanda dicendo che questi aspetti socioculturali confermerebbero le ipotesi organicistiche, io volevo chiedergli in che modo le confermerebbero, perché a me pare che non le confermino né le escludano. Però come lei ne ha detto in che modo le confermino.

JERVIS:

Beh, io l’ho detto in sede di discussione e non l’ho detto in sede di relazione: questo già ha un suo significato in quanto non credo che veramente si possa affermare una cosa del genere. Infatti queste ricerche socioculturali della schizofrenia hanno spesso avuto un punto di arrivo diverso dal punto di partenza. Per es. le ricerche sugli eutettici è in questo senso tipica, perché gli autori che hanno studiato gli Eutettici sono partiti dall’inizio dello studio con l’idea che in questa popolazione le malattie mentali si presentassero con una incidenza e con un modo di manifestarsi totalmente diverso da quello delle altre civiltà e delle altre culture, cioè si sono partiti da un punto di vista prettamente psicogenistico, cioè loro ritenevano che gli elementi ambientali fossero determinanti in modo assoluto. Ora direi che tutte queste ricerche tendono invece a dimostrare che la schizofrenia o le schizofrenie si presentano in modo abbastanza uniforme attraverso le culture, le epoche e gli strati sociali; quindi, ovviamente, se c’è questa uniformità della schizofrenia queste tendenze a dimostrare che la schizofrenia è una somatosis che è universale, ed essendo universale non risente se non indirettamente e secondariamente dei fatti socioculturali.

CARLONI:

Allora si dovrebbe dire che ogni malattia psichiatrica è somatogenetica.

JERVIS:

Ma certamente che si può dire per tutte le malattie psichiatriche, dobbiamo stare attenti però a non comprendere anche le nevrosi in questo, perché per le nevrosi direi che invece le ricerche socio-psichiatriche portano a conclusioni del tutto diverse.

CARLONI:

Benissimo, ad ogni modo mi pare che bisognerebbe fare una ricerca per dimostrare, così come è stata fatta presso le popolazioni che credo siano indiane del Canada, per dimostrare che gli elementi adottati dagli organizzisti siano comprovabili quanto quelli degli psicogenisti, che credano di trovare quello che poi non si è trovato.

JERVIS:

Io sono stato molto problematico in tutto quello che ho detto, e mi rendo conto che forse qualcuno può aver trovato delle contraddizioni, ma direi che tutte queste ricerche socio-psichiatriche portano a delle conclusioni che devono essere viste in modo problematico. Non c’è nessuna conclusione definitiva.

NAVARRO:

Quando si è parlato di storia è sembrato che il concetto di storia fosse come qualcosa che venisse da fuori, mentre in realtà la storia è fatta da noi: noi facciamo la storia, non è la storia che fa noi.

JERVIS:

Siamo d’accordo.
Sono contento che il collega Jervis stamattina abbia fatto una introduzione ai problemi di sociopsichiatria, perché il soggetto di questa mia esposizione sarà piuttosto particolare, e cioè io parlerò in modo più specifico della epidemiologia psichiatria, ed in particolare di determinate tecniche e di problemi metodologici che si pongono nella epidemiologia psichiatria. Credo che non sia necessario dire che l’epidemiologia psichiatria è lo studio del numero, della qualità dei disturbi psichici in una popolazione. Io parlerò degli aspetti generali dell’epidemiologia psichiatria e presenterò l’esempio di una ricerca che ho fatto in Francia, con alcuni dati statistici ottenuti in questa ricerca.

Ogni ricerca in campo psichiatrico è volta a migliorare la nostra conoscenza riguardo alla struttura, all’origine, all’evoluzione dei disturbi psichici. L’epidemiologia è una prassi di ricerca particolare che per la maggior parte dei ricercatori comprende le seguenti fasi:

1. identificare i segni di disordine psichico negli individui di una comunità;
2. raggruppare gli individui a seconda della similarità dei loro sintomi. I sintomi vengono ad essere la nostra variabile dipendente;
3. studiare la correlazione fra questi gruppi di individui e un certo numero di variabili indipendenti che presumibilmente esistono come cause del disordine psichico;
4. integrare i dati ottenuti nei risultati di altri studi epidemiologici e le conoscenze provenienti da altre discipline.

Stiamo rivolgendo la nostra attenzione ad una grande varietà di fenomeni che riteniamo abbiano qualcosa in comune: disordini psichici. Che cos’è che hanno in comune? Il termine disturbo psichico è molto antico e proviene dall’idea che il corpo e la mente sono due identità diverse. Oggi questi due presunti gruppi di variabili sono considerate o eguali in natura ma differenziate in complessità dinamica e funzione gerarchica, o diverse in natura, ma così intimamente uniti da essere tecnicamente inseparabili. Perciò non possiamo procedere da un concetto di salute mentale (e del suo opposto, disordine psichico), ma dobbiamo procedere da un concetto di salute generale (e del suo opposto, malattia). Si parla di salute solo quando ad organismi viventi e perciò capire il concetto di salute dobbiamo partire dalla considerazione di che cosa è un organismo vivente. Esso è un’organismo che esplica funzioni caratteristiche della sua specie. Un organismo è fatto degli elementi stessi che ha intorno a sè, ma ciò che caratterizza il suo essere in vita è il fatto che questi elementi sono dentro di sè integrati dinamicamente secondo una finalità. Evidentemente la parola finalità ha dei significati diversi a seconda dell’orientamento filosofico che si ha. La salute è l’armonia di questa dinamica, è uno stato di equilibrio interno altamente specifico, sostenuto da una energia autochtona di organizzazione che permette all’organismo di mantenere la sua integrità strutturale e funzionale nella continua interazione che ha con l’ambiente. L’ambiente è fatto evidentemente di materia non vivente e di individui di diversa specie. La malattia è una perturbazione temporanea di questo equilibrio, dovuto ad uno scontro inconscio e traumatico tra l’individuo e l’ambiente, oppure ad un disturbo cronico di questo equilibrio dovuto a diversi originari nell’organizzazione biologica dell’individuo, ad effetti dannosi del confronto individuo ambiente, o ad ambedue queste cose assieme. Questi concetti si applicano agli organismi viventi sia che ci riferiamo ai vertebrati che agli invertebrati: se rivolgono la nostra attenzione all’uomo, come — del resto — a qualsiasi altra specie, noi parliamo di un determinato tipo di salute perché la sua costituzione, la sua complessità e direzione funzionale sono speciali, e perchè le forze con cui egli viene in contatto sono speciali.

Cerchiamo adesso di passare da questi concetti all’idea di una funzione psichica. Nell’organismo umano e nell’ambiente in cui esso vive, alcune variabili sono sufficientemente costanti, misurabili e prevedibili, altre meno. Noi chiamiamo le variabili del primo gruppo, cioè quelle più costanti e misurabili, variabili fisiche, mentre chiamiamo psichiche le variabili del secondo gruppo. Ciononostante una divisione netta tra i due gruppi non è possibile. Noi conosciamo molto poco della natura delle variabili psichiche, ma supponiamo che più l’organismo è complesso e differenziato nelle sue funzioni più queste variabili diventano importanti. Filogeneticamente la complessità delle strutture delle funzioni biologiche si sviluppò nell’organismo individuale non soltanto in relazione all’ambiente inanimato, ma anche in relazione allo scambio che l’individuo ebbe con individui simili o di
specie diversa. Con la complessità si sviluppò nell’organismo una gerarchia di strutture e di funzioni: in questa gerarchia le variabili psichiche si trovano al livello più alto. Per semplicità, immaginiamo la gerarchia delle funzioni biologiche come un cono, in cui le funzioni psichiche starebbero all’apice.

Ciò che chiamiamo psicologicamente non è qualcosa che si sviluppò indipendentemente dalle variabili fisiche, ma ciò che chiamiamo psicologicamente è la coordinazione stessa delle funzioni biologiche. Somatico e mentale sono soltanto espressioni convenzionali che si riferiscono a livelli strutturali e funzionali diversi. Tra due disordini che rappresentano sotto questo aspetto differenze estreme, una polmonite ed un attacco di mania, la differenza consiste nel fatto che la prima non concerne in modo originario i centri coordinatori della vita individuale e non intacca l’individuo in toto tanto quanto il secondo. In entrambi i casi l’intera attività dell’individuo ne è disturbata, ma nel primo caso — cioè nel caso della polmonite — il disordine non è centrale. La salute mentale potrebbe chiamarsi salute umana, perché è quel- l’aspetto della salute che appartiene in modo esclusivo alla specie umana: noi possiamo paragonare l’uomo ad animali inferiori se studiamo eventi fisiopatologici che si svolgono ad un livello periferico di coordinazione, per esempio la reazione all’infezione; ma non possiamo paragonare l’uomo agli stessi animali se studiamo processi che interessano più direttamente i centri superiori di coordinazione, per esem- pio le psicosi. E’ soprattutto quando parliamo di salute mentale che dobbiamo considerare l’uomo nella sua unità dinamica, includendo le funzioni più differenziate in relazione all’insieme del suo ambiente, una parte sostanziale del quale è la società umana.

Dopo queste premesse, cerchiamo di rispondere alla domanda iniziale: che cos’è che i disordini mentali hanno in comune?

1) I disordini che possono propriamente chiamarsi mentali sono quelli che intaccano in modo primario le più alte funzioni di integrazione dell’individuo, quando questo è considerato nella totalità del suo stato umano di essere. Lo stato umano di essere si acquista nel- l’interazione che l’uomo ha con altri uomini.

2) E' impossibile tracciare una linea di demarcazione tra disordini somatici e mentali, tuttavia se consideriamo, ad es., un attacco di mania, un’ulcera gastrica e una polmonite, possiamo considerare che, nel primo caso, un disturbo centrale gioca un ruolo patologico primario, mentre nel secondo questo ruolo primario è solo probabile e nel terzo improbabile.

Poiché ci occupiamo di disordini psichici, abbiamo cercato di dare una definizione approssimativa di ciò che essi sono. Vediamo ora come possiamo identificare la presenza di questi disturbi e perciò quali sono i segni che ci permettono di riconoscerli.

Dobbiamo considerare qui due tipi di indizi: 1) il quadro clinico; 2) l’alterazione dell’adattamento alla vita, cioè una smarrita capacità funzionale.


Per capire se una sindrome è probabilmente psichiatrica o no, noi dobbiamo studiare l’individuo globalmente e nella sua intera storia clinica. Per esempio, se un soggetto accusa stato di asma, è necessario cercare se la sindrome proviene da insufficienza cardiaca (e qual è la sua base probabile) o da anemia (e qual è la sua base probabile), o da altre cause. Una distinzione come questa richiede una esplora- zione sia della storia somatica che della storia psicologica dell’individuo.

2) Ho detto prima che un secondo modo di depistare gli effetti dei disordini psichici è quello di valutare l’alterazione della capacità di adattamento dell’individuo, cioè quello che gli anglosassoni chiamano «impairment».

I sintomi costituiscono di per sé stessi un impairment per la soffe- renza soggettiva che li accompagna, ma l’impairment si manifesta anche in altri modi. Nell’ultimo studio epidemiologico da me svolto in Francia, la cartella di ogni individuo fu valutata indipendentemente da tre psichiatri i quali, come vedremo meglio più tardi, si pronunciavano su diversi aspetti della salute mentale del soggetto, tra cui l’impairment. Essi dovevano valutare quale percentuale dell’attività complessiva del soggetto risentiva gli effetti del disturbo psichico. Inoltre essi dovevano esprimere le ragioni delle loro valutazioni.
Facendo l’analisi delle ragioni per cui i valutatori avevano ritenuto che un soggetto fosse «impaired» ho concluso che i criteri usati potevano essere raggruppati in tre classi.

1) Sofferenze individuali (cnenestesia, umore, ecc.).
2) Rapporti interpersonali.
3) Capacità lavorativa.

Potrei inoltre fare queste due altre considerazioni. 1) Tutti gli individui il cui impariment complessivo era superiore al 15%, risultarono essere minorati nei tre campi sopra indicati. 2) La gravità del disturbo psichico valutata sulla base del quadro clinico, sembra essere approssimativamente proporzionale alla progressione dell’impariment, dalla sofferenza individuale, ai rapporti interpersonali, alla capacità lavorativa. I casi più severi sembrano perciò essere quelli in cui il disturbo ha un chiaro effetto non solo su ciò che uno sente e pensa, ma anche su ciò che uno fa. Ciò è più gravi raggruppavano una alterazione funzionale in tutti e tre questi settori: sofferenza individuale, rapporti interpersonali, capacità lavorativa; mentre invece quelli meno gravi soltanto nei primi due e quelli lievi avevano delle manifestazioni soltanto di sofferenza individuale.

**Altri criteri di identificazione dei disordini psichici.**

Apriamo ora una parentesi per considerare quelli indizi di disturbo psichico che in epidemiologia psichiatrca conviene evitare.

Noi abbiamo proposto di considerare la qualità e la costellazione, il momento d’insorgenza, la durata e l’intensità dei sintomi e la rigidità funzionale opposta alla elasticità funzionale, come indice di disturbo. Altri criteri sono stati e sono attualmente usati da alcuni ricercatori per depistare le persone affette da disturbi psichici; fra essi il bisogno di terapia psichiatrica e la valutazione della potenzialità psichiatrica. Per esempio, ci sono tanti studi epidemiologici in cui si dice: questo è il numero di persone che avrebbe bisogno di cura psichiatrica. Per decidere se una sindrome è psichiatrica o no, il ricercatore può chiedersi: se questa persona venisse da me per ricevere l’aiuto mio, potrei io psichiatra essergli di aiuto? Oppure, che sviluppo avrebbero i miei casi x e y, che avevano una sintomatologia simile a quella di questo soggetto?

Criteri come questi devono essere evitati in epidemiologia, specialmente in vista della correlazione dei dati epidemiologici con possibili fattori causali ed in vista del confronto tra indagini svolte in ambienti culturali diversi. Tutto ciò che non è un fenomeno clinico osservabile direttamente o riportato dal soggetto, deve appartenere al settore delle variabili idipendenti che noi intendiamo esplorare. I criteri di cui abbiamo ora parlato, dicendo che vanno lasciati da parte, sono equivioci, perché si basano su elementi che variano considerevolmente in ambienti sociali diversi; inoltre l’ambiente sociale è un importante gruppo di variabili che possono avere un ruolo causale. Concludendo, desidero ribadire che le nostre variabili dipendenti devono essere soltanto degli indici clinici di disordine psichico, presenti al momento dell’indagine.

Ed ora vorrei passare ad un nuovo capitolo. Una volta constatata la presenza di un disturbo psichico, il problema che insorge è quello di classificarlo. Passiamo pertanto a considerare alcuni concetti fondamentali che stanno alla base della nosologia psichiatrica.

Scopo essenziale della ricerca psichiatrica è la comprensione dei meccanismi psico-biologici. Su questo non so se tutti sono d’accordo. Questi meccanismi sono caratterizzati da complessità e dinamica, e ogni vera conoscenza di essi implica una visione unitaria di entrambi questi aspetti. La comprensione delle tappe di conoscenza seguite in medicina somatica, può essere usata per chiarire i problemi della ricerca psichiatrica. Se noi dovessimo iniziare uno studio di comuni esautemi dell’infanzia, la nostra comprensione di essi procederebbe per fasi successive. Per es.: l’osservare che questi bambini presentano inconsuete, specifiche alterazioni della pelle; il dare un nome a queste alterazioni; l’osservare che l’eruzione è accompagnata da febbre; che anche altre eruzioni, morfologicamente diverse, sono accompagnate da febbre; che un tipo di eruzione è accompagnata da altri segni formanti una specifica costellazione; che tipi diversi di eruzione si manifestano in gruppi di individui nel tempo e nello spazio e particolarmente in gruppi di individui che hanno in comune certe caratteristiche sociali, come quello di vivere in ambienti sovraffollati. Attraverso queste osservazioni noi potremmo immaginare l’esistenza di un agente nocivo trasmissibile. Da questo momento noi avremmo una utile ipotesi di lavoro, ma questa guida rimarrebbe sterile se noi non cominciasciamo a guardare nell’interno dell’organismo che, fino a questo punto, è rimasto una scatola nera: la black box dei deterministi. Se a questo punto i fisiologi e i patologi non mettessero a nostra disposizione le loro tecniche, noi non potremmo mai identificare l’agente nocivo e perciò noi non potremmo mettere alla prova le ipotesi di una correlazione tra la sua presenza e specifiche eruzioni.
Quando questa correlazione fosse accertata, noi non sapremmo ancora se è significativa di un rapporto tra causa ed effetto. In ultimo, la fisiopatologia spiegherebbe la sequenza delle reazioni fisico- chimiche e chimiche che si producono nell’organismo infettato e questo costituirebbe una conoscenza del meccanismo fisiopatologico.

In epidemiologia psichiatrica noi facciamo qualche cosa di simile: noi studiamo correlazioni statistiche che possono suggerire linee di guida a coloro che lavorano in discipline come la fisiologia e la psicologia sperimentale, che trattano più direttamente dei meccanismi normali e patologici. Ma, come in medicina somatica, il nostro studio della patologia vista nel suo contesto sociale, e cioè nelle sue grandi linee, deve essere affiancata da una comprensione di ciò che succede nell’individuo. E’ qui che il nostro compito si fa difficile. Applicata ai fenomeni psichiatrici, l’operazione di separare le variabili dipendenti da quelle indipendenti, pone il ricercatore di fronte a problemi enormi. Qui forse dovo aprire una breve parentesi, per coloro che non hanno familiarità con questi termini, su che cosa è una variabile dipendente ed una variabile indipendente. Se noi partissimo dall’ipotesi, per esempio, che la disintegrazione sociale ha influenza sul numero dei disordini psichici che si riscontrano in una comunità, noi procederemmo dapprima a stabilire l’entità dei disordini psichici nel gruppo, e questa sarebbe la nostra variabile dipendente, e procederemmo poi a studiare la struttura e la dinamica sociale del gruppo, comprendendovi questi un gran numero di variabili che chiameremo indipendenti.

Le variabili dipendenti devono essere gli effetti dei disordini psichiatrici, quelle indipendenti le loro possibili cause. La necessità di una separazione è ovvia: le cause sono l’obiettivo ultimo dei nostri studi, e se noi possiamo di circonscrivere all’inizio, rischiamo poi di portarci dietro errori radicali attraverso tutta l’analisi dei dati e la possibilità di associazioni spuro. Il problema di separare due ordini di variabili è molto sentito fra i ricercatori. Pierre Pichot, ad esempio, suggerisce di separare una classificazione psichiatrica basata sui sintomi di una classificazione che sia patogenetica. Evidentemente ci riferiamo qui a problemi di ricerca e non a problemi di clinica, dove i problemi di classificazione sono molto meno sentiti.

Io vorrei trattare il problema, esaminandolo in 4 punti successivi.

1) definire il sistema di cui si stiamo occupando;
2) analizzare i concetti di causa in psichiatria;
3) considerare i problemi connessi con la separazione delle cause e degli effetti;
4) definire l’unità di studio da scegliere come variabile dipendente.

1) Il fine ultimo dei nostri studi è la comprensione di un meccanismo centrale che riteniamo essere essenzialmente di natura biochimica e che supponiamo sia alla base della produzione delle emozioni, del pensiero, del comportamento, delle modificazioni somatiche. Questi pensieri, emozioni, comportamenti, costituiscono un sistema di aspetti accessibili del meccanismo. E’ essenziale osservare che in questo sistema abbiamo una dimensione che non è presente nel sistema puramente somatico e cioè la dimensione del significato psicologico soggettivo. In medicina somatica noi possiamo misurare le caratteristiche di una reazione, il grado di temperatura, ecc., con uno strumento, perché lo strumento è costituito dalla stessa dimensione dell’oggetto che misura; in psichiatria certi aspetti degli effetti dei disordini sono misurabili con strumenti ma altri, come il pensiero e le emozioni soggettive, sono apprezzabili solo da una mente umana. Prendiamo per esempio una paralisi isterica, una anorexia psicogenica, una allucinazione visiva. Se noi cerchiamo di descriverle in una forma unidimensionale senza dare una interpretazione psicologica di esse, noi potremmo scegliere — per es. — la dimensione elettica. Evidentemente dovremmo qui superare enormi problemi di tecnica encefalografica, comunque potremmo arrivare a descrivere come anormali depressioni o attivazioni di determinate zone del sistema nervoso centrale. Se noi le descriviamo come un blocco selettivo dell’attività volontaria, mancanza di appetito, voci percepite, noi includiamo già dimensioni psicologiche, cioè il volere, il desiderare, il percepire: aspetti questi che non sono misurabili ma possono essere colti e descritti solo dalla mente umana. Se noi le descriviamo come paralisi di conversione, anorexia psicogenica, allucinazione auditiva, noi diamo già una interpretazione di come gli elementi del sistema si influenzano a vicenda, la loro dinamica, cioè incominciamo a fare una diagnosi. Nel tentativo di separare le cause e gli effetti, il modo migliore di operare sarebbe di descrivere i fenomeni a un livello unidimensionale, cioè descrivere ogni disturbo separatamente per ogni aspetto fisico e psicologico considerato. Questo lavoro sarebbe difficilmente realizzabile, ma se lo fosse sarebbe utile in epidemiologia? Prima di continuare questa discussione considero necessario analizzare i concetti di causa usati in psichiatria.
2) Quando parliamo di causa nell'ambito di un sistema, noi possiamo usare il termine con significati diversi. Noi possiamo riferirci ad un evento la cui presenza nel sistema è una condizione necessaria e sufficiente per l'insorgenza in esso di cambiamenti specifici. Esempio di casi come questo sono la mutazione di un solo gene nella Corea di Huntington e nella oligofrenia fenilpiruvica. D'altra parte, nel parlare di causa noi possiamo riferirci ad un evento la cui presenza nel sistema è una condizione necessaria ma non sufficiente per l'insorgenza di cambiamenti specifici in esso. Questo è il caso dell'infezione sifilitica terziaria, dove abbiamo una neurosifilita sintomatica ed una asintomatica e dove i sintomi psichiatrici di neurosifilita sono non specifici. Ancora, nell'usare il termine causa noi possiamo riferirci ad un evento la cui presenza nel sistema è ipoteticamente una condizione necessaria ma non sufficiente, o forse neanche una condizione sufficiente per l'insorgenza di cambiamenti specifici del sistema. Questo è il caso degli errori psicologici nell'educazione del bambino a tenersi pulito nello stadio anale, e la conseguente sindrome ossessiva-compulsiva. Il termine « causa » può essere usato con molti altri significati diversi. Una causa è un evento la cui presenza in un sistema determina la grande probabilità che cambiamenti specifici o non specifici si producano nel sistema. La causa precede nel tempo l'effetto, ma generalmente continua ad essere presente nella sua forma originaria o in forma modificata mentre l'effetto si produce. Per esempio, nel caso della sindrome ossessiva compulsiva, il senso di colpa e l'ansia che si sarebbe prodotta allo stadio anale continua ad operare nella vita adulta. Quando noi parliamo di causa parliamo di un evento che precede, ma occorre specificare quale lasso di tempo noi consideriamo nella sequenza, se un lasso molto lungo o corto.

3) Fatte queste premesse e riferendoci sempre alla ricerca epidemiologica, torniamo al problema che ci eravamo posti. Dobbiamo cercare di separare le cause e gli effetti nei fenomeni che registriamo al momento in cui esaminiamo l'individuo? Faciamo un esempio: noi possiamo identificare in un individuo la presenza di una sottana paura non realistica, cardiopalma, senso di soffocazione, della durata di qualche minuto. Noi possiamo dare un nome a questa combinazione di sintomi e registrarla come tale: in questo caso noi registriamo ciò che in inglese chiamano symptom pattern, cioè una costellazione di sintomi; oppure possiamo allargare l'angolo visuale e descrivere il fenomeno in associazione con ambivalenza, insonnia, tremito, fatica, ecc.: in questo caso descriviamo una sindrome. Oppure possiamo andare oltre e dire che l'insieme dei sintomi e la sindrome sono parte di un processo che cominciò con specifici traumi psicologici ed avente una prognosi favorevole in determinate circostanze, o parte di un processo più grave avente diversa origine e evoluzione. In questo caso facciamo una diagnosi. A tutti e tre i livelli noi abbiamo cause ed effetti in gioco. Usiamo qui la parola causa come antecedente. Al livello dei symptom pattern abbiamo l'ansa che precede gli altri sintomi; al livello di sindrome certi sintomi ne precedono altri; al livello di diagnosi noi possiamo ipotizzare che certe esperienze psicologiche che si verificano nell'infanzia in determinate circostanze hanno creato dei sintomi che continuano ad operare in circostanze simili nella vita adulta.

A qualsiasi livello di complessità la separazione fra descrittivo e patogenetico crea una fessura in un evento patologico unitario, dove cause ed effetti sono tra loro intrincati. D'altra parte, quando osserviamo un fenomeno di ordine psichico ai diversi livelli di symptom pattern, sindrome e malattia, noi li osserviamo in segmenti di tempo diversi, molto brevi nel primo caso, molto lunghi nell'ultimo.

4) Come conseguenza di ciò che ho esposto, mi sembra che nel descrivere i fenomeni psichiatrici è molto difficile separare cause ed effetti, a qualsiasi livello di generalità: cioè sia al livello di malattia che di sindrome che di symptom pattern. Tuttavia, noi possiamo determinare, per ogni disordine quanto ampio è la sezione dell'intero processo patologico che osservatori indipendenti possono identificare e registrare con sufficiente accordo. Nel descrivere questa sezione noi dobbiamo unicamente fare un ritratto dei suoi elementi costitutivi, cioè le emozioni, i pensieri, i comportamenti, le alterazioni somatiche osservabili, e non cercare di inserire questa sezione osservabile in un sistema dinamico concettuale, comprendente un lasso di tempo più ampio. Con questo voglio dire che bisogna separare ciò che è un fatto psichiatrico, un dato, dagli schemi clinici presenti nella nostra mente, cui automaticamente tendiamo a riferirlo. Questa operazione mentale, che evidentemente è utile al clinico, l'epidemiologo la deve evitare, perché allargando le sue vedute dell'insieme del fenomeno egli seguirebbe una linea di pensiero personale. In altre parole, egli vedrebbe delle correlazioni fra gli eventi il cui studio deve essere affidato unicamente all'indagine statistica.

Riassumendo ritengo che nel raccogliere e nel registrare i fenomeni psichiatrici dal punto di vista epidemiologico si debbano tener presenti le seguenti precauzioni:
1) limitare il segmento di tempo nel quale il disordine psichiatrico è considerato;

2) identificare il fenomeno psichiatrico ad un livello di complessità e di dinamica al quale può essere adeguatamente definito;

3) descrivere il segmento del disordine colto dall’osservatore con un nome che rifletta i suoi elementi costitutivi, ma eviti una interpretazione della dinamica generale del disordine.

Unità descrittive, come l’attacco di ansia, la depersonalizzazione, la depressione, rispondono meglio ai requisiti sopra elencati che non concetti come la depressione involutiva, la schizofrenia, l’isterismo di conversione, ecc.

Riassumendo ora i concetti esposti, nell’identificare e classificare i disturbi psichici per uno scopo epidemiologico, conviene attenersi alla descrizione di configurazione di sintomi e non alle classiche diagnosi psichiatriche. Queste ultime sono utili nello studio clinico del malato, in quanto permettono una interpretazione del disturbo ed una decisione riguardo alla terapia, ma le diagnosi psichiatriche non corrispondono a entità nosologiche ben definite su cui ci possiamo basare in ricerca. Perciò, come altri ricercatori hanno recentemente suggerito, io ritengo si debba cercare di depistare nelle comunità non delle malattie in senso tradizionale, ma invece le diminuzioni del pensiero, dell’affettività, del comportamento e le alterazioni somatiche, descrittivi in forma inequivoca.

Vorrei ora parlare della soluzione pratica adottata per la classificazione psichiatrica nell’ultimo studio epidemiologico da me svolto in Francia e di cui parlerò dopo. Non vorrei aver dato l’impressione che, una volta deciso di classificare disturbi su di una base sintomatologica, i problemi di classificazione psichiatrica siano risolti; neppure per le configurazioni di sintomi, cioè di symptom pattern, di cui abbiamo parlato, esistono definizioni in termini che siano interpretati da tutti nello stesso modo e perciò non equivoci. Nel campo della terminologia c’è ancora un immenso lavoro da fare, ma si può sperare che la ricerca in questo campo porti a definizioni internazionali precise; c’è da sperare, intendo dire, che le ricerche in corso ci portino a conoscere, per esempio, la forma più comune della depersonalizzazione e le variazioni di qualità e di intensità, cosicché potremo determinare con esattezza, per esempio, se lo stesso sintomo si verifica con maggiore o minore frequenza in un villaggio agricolo della Lombardia o in un villaggio africano.

Le ricerche epidemiologiche finora svolte si sono valse della terminologia a disposizione, anche se non è del tutto soddisfacente. La soluzione pratica che io adottai nello studio del Vaucluse, fu di classificare i soggetti a seconda della sindrome preminente riscontrata al momento in cui il soggetto fu esaminato; in più, mi valse delle grandi categorie diagnostiche dell’American Psychiatric Association che sono quelle alla lavagna e che illustrerò fra breve. Alcune tra queste categorie sono valide, cioè sono vicine alla descrizione dei meccanismi naturali (per esempio, noi conosciamo l’etiologia e il meccanismo di certe psicosi organiche) altre corrispondono a concetti che si possono continuare ad usare, dicendone però che si tratta di concetti provvisori. Il guaio nella ricerca, come in clinica, non è la coesistenza di una classificazione sintomatica e di una eziopatogenetica, ma è il fatto che si tende a non tenerle distinte. Se la distinzione viene mantenuta si potrà più tardi studiare se e come le classi sostenute dai dotti approcci coincidono.

Ora vorrei parlare della ricerca che ho fatto in Francia nel 1960-61. Questa mia esposizione sarà molto riassuntiva, perchè se non mi limitassi all’essenziale potrei dire molte cose che interessano soltanto gli esperti. Ed anche cercherò di esprimermi nella forma più semplice e comprensibile; per esempio, quando riferirò i dati statistici, mi riferirò a classificazioni psichiatriche tradizionali. La alla lavagna ho indicato solo le grandi classi dell’American Psychiatric Association. Per quelli che hanno interesse specifico, dopo eventualmente posso fermarmi e parlare anche della classificazione su una base puramente sintomatica.

Dirò subito che l’indagine fu svolta da me personalmente, scegliendo un campione rappresentativo della popolazione di un comune ed intervistando direttamente tutti i membri del campione.

Prima vorrei dare una brevissima descrizione di questo villaggio.

Questo comune è stato descritto dal punto di vista sociologico da Lawrence Wylie, nel volume pubblicato dalla Harvard University Press. Al comune è stato dato lo pseudonimo di Peyran. È in Francia la più piccola unità amministrativa; il comune di Peyran copre una superficie di circa 3.000 ettari ed ha una economia basata principalmente sulla produzione di vino, legumi e frutta. Paragonato al resto della Francia rurale, il comune di Peyran è nella mediana del reddito annuo pro-capite. La zona comprende una parte bassa, quasi di pianura, nella sua parte periferica, ed è molto collinosa.
al centro, dove si trova il villaggio, elegante e piazzato nel punto dominante. Le fattorie sono sparse in prevalenza nella parte bassa.

Il villaggio e la campagna che lo circonda comprendono rispettivamente 1/3 e 2/3 della popolazione complessiva che è di 714 abitanti. Negli ultimi anni, specialmente nell’ultimo decennio, con l’uso di moderni mezzi di trasporto, il villaggio ha perso la sua funzione di centro di servizi per l’intero comune. D’altra parte è diventato un centro di attrazione per le villeggiature estivi francesi e stranieri. Solo pochissimi tra gli abitanti del villaggio lavorano la terra; gli altri sono occupati in molte attività connesse al turismo, o lavorano in piccole industrie alimentari situate al di fuori del comune. La parte più produttiva e vigorosa del comune è la campagna, è essenzialmente agricola. Circa metà dei contadini possiedono la loro terra, gli altri sono mezzadri. Questi ultimi non sono residenti così costanti come i primi, ed abbastanza spesso cambiano di fattoria, senza però allontanarsi molto dalla zona. La grande maggioranza della popolazione è costituita da persone nate nel Vaucluse: le famiglie sono in maggioranza di vecchia origine provenzale, alcune di origine Italiana. Nel comune si trovano anche immigrati italiani, algerini e spagnoli, ma in scarso numero. In conseguenza di un processo di migrazione selettiva, la popolazione del villaggio è, relativamente a quella della campagna, più giovane: questo è dovuto al fatto che il villaggio offre meno risorse che non la campagna circostante, con conseguenze emigrazione dei giovani.

Vorrei ora parlare del procedimento usato per estrarre un campione rappresentativo di questa popolazione. A questo fine mi servii del censimento del 1954. In Francia è molto bello fare questi studi perché i censimenti sono fatti molto rigorosamente. Io non ho trovato un solo errore in tutto il censimento del 1954, in questo villaggio. Qui in Italia è diverso perché non si hanno statistiche così precise. Anche nei paesi scandinavi sono molto precisi nei censimenti.


Io ho preso appunto la popolazione adulta che era registrata nel censimento del 1954 ed era ancora presente nel villaggio nel 1961, ed ho voluto prendere un campione rappresentativo di questo universo.


Siccome questi malati erano tre, tre psicoticì cronici, e siccome io ho tirato su approssimativamente una persona su quattro a caso, teoricamente uno di tre avrebbe dovuto saltar fuori: se questo fosse avvenuto noi nelle statistiche avremmo uno psicotico di più, cioè avremmo un 3% di psicotici anziché un 2% di psicotici. Quindi le statistiche non varierebbero considerevolmente. Come dirò dopo, 6, tra le 102 persone costituenti il campione, rifiutarono l’intervista: evidentemente queste persone non vennero sostituite da altre, ma figurano in tutte le tavole dei risultati statistici.

La valutazione di queste sei persone che hanno rifiutato l’intervista fu fatta sulla base di informazioni ottenute dai medici locali e raccolte sistematicamente. L’intervista che ho avuto personalmente con tutti i soggetti, eccetto i sei che non volevano cooperare, durò in media due ore: essa comprese una sistematica anamnesi medica del soggetto, un questionario medico e psichiatrico derivato dal Cornell Index e una conversazione più libera sul background familiare e le varie esperienze di vita del soggetto. Al termine di ogni intervista stesi immediatamente un resoconto dello stato mentale dell’individuo esaminato, esprimendomi ogni volta sullo stato emotivo, il pensiero ed il comportamento. A questi dati si aggiunsero in seguito le osservazioni del medico personale dell’intervistato.

Dei sei soggetti che non potevano intervistare, uno è una persona normale (si trattava di una ragazza che era in collegio a Marsiglia),
ma gli altri 5 risultarono tutti essere dei nevrotici seri, e 3 di essi appartenevano a famiglie con tare psichiatriche considerevoli. A Torino c'è un mio amico che sta studiando questo problema della personalità di quegli che rifutano le interviste: sono quasi sempre dei nevrotici piuttosto seri.

Vorrei ora esporre alcune idee di ordine generale sui principi da seguire in una indagine epidemiologica al fine di poter raccogliere dei dati clinici attendibili.

In una survey epidemiologica il problema è di raccogliere, per quanto possibile, l'intera sintomatologia medica presente e remota di ogni individuo, e di presentare i fatti clinici senza alterazione di sorta. Secondo la mia esperienza, per eseguire correttamente questo compito occorre soddisfare alle seguenti condizioni:

1) l'intervistatore deve avere un background clinico in medicina e in psicologia, ed una conoscenza della «subcultura» in cui svolge l'indagine.

2) L'informazione clinica deve essere raccolta sistematicamente con l'aiuto di uno schema anamnestico e di un questionario medico e psichiatrico.

3) È utile servirsì di un questionario con risposte a scelta multipla, ma il soggetto non deve essere forzato a scegliere fra le diverse risposte presele, anzi, se egli fornisce una risposta propria, questo è preferibile.

4) L'informazione ricevuta deve essere registrata nelle parole stesse del soggetto.

5) L'intervistatore deve valutare lo stato mentale presente, le circostanze nelle quali l'intervista si è svolta, e l'atteggiamento del soggetto nella situazione di intervista.

Il ruolo del clinico nell'intervista è essenziale proprio per ottenere un materiale clinico sufficientemente ricco e significativo.

Io non sostengo che il clinico può, con le sue qualità personali, sostituirsi al questionario, ma piuttosto che il questionario deve essere usato da un clinico. Infatti, anche il più completo test non può contenere tutte le domande che un diagnostico può formulare estemporaneamente a seconda della storia che gli viene presentata. Per esempio, una giovane donna rispose affermativamente alla questione: sofre ella di vertigini? L'intervistatore non si limitò a registrare la presenza del sintomo, ma registrò che ella aveva anche avuto diverse infezioni dell'orecchio medio nella sua infanzia, che ancora al presente ella soffriva di frequenti tonsilliti, e che aveva una modica perdita di udito da un orecchio. Se l'intervistatore non avesse avuto il sospetto di una otite media cronica, i dati che permisero di interpretare la natura del sintomo sarebbero andati persi, e si sarebbero potute interpretare le vertigini come di origine psicosomatica.


Procediamo ora ad una diversa serie di considerazioni. Quando l'intervistato risponde ad una domanda, spesso egli non riflette sul contenuto della domanda stessa, egli è influenzato dalla struttura del rapporto con l'intervistatore e, più importante di tutto, egli considera implicito un gran numero di convinzioni e di sentimenti. Supponiamo di porre ad una donna la domanda: si senta Ella talvolta così scoraggiata da pensare che sarebbe meglio di non vivere più? E supponiamo di chiedere, come si fa col questionario: le succede questo solo qualche volta, spesso o mai? La risposta «maï» può significare veramente «mai», ma può anche significare il contrario: «vorrei rispondere sì, ma è immorale»; oppure «mai» fino al punto di farlo sapere agli altri; oppure «la vostra domanda è rude e intrusiva», oppure ancora tante altre cose, non escluso il negare del tutto un forte impulso subcosciente. In una risposta qualitativa è spesso necessario far capire, con la motivazione e l'affettività che l'accompagnano, il significato personale di una risposta. Ecco alcune delle risposte date da donne di mezza età alla domanda sopra riferita (riferite in francese):

1) « Des fois je dis... les morts sont plus heureux que nous, mais j'éle dis sans conviction ».
2) « Je préfère vivre! ».
3) « Ma foi, quand on est tourmentés..., mais on pense aux enfants! ».
4) « J'ai jamais pensé à me détruire ». 
5) « Oui » (senza nessun commento).
6) « Ça non, par exemple! ».
7) « Bien entendu, il y a des moments... ». 
8) « J'accepte la vie comme Dieu nous la donne ».
9) « Beh non! Ma foi, quand la mort viendra... ». 

— 326 —

— 327 —
Evidentemente queste espressioni, specialmente se interpretate nel contesto dell’intervista, dicono qualcosa riguardo al « modo di essere » di un individuo che la risposta standard non può comunicare. Ciò che essenzialmente desidero esprimere è che non bisogna avere eccessiva fiducia nei questionari e nei test, fiducia che anche in quelle Università dove tali tecniche furono elaborate va diminuendo. L’eccessiva fiducia significherebbe mettere questi strumenti nelle mani di persone impreparate e fidarsi di risultati ottenuti, così come sono.

Per considerare valido il mosaico delle risposte registrate su un questionario standardizzato noi dovremmo poterci fidare del significato di ogni singola risposta. Un questionario o test psichiatrico avente questa prerogativa non esiste, e la difficoltà di costituirne uno consiste nel fatto che il significato di una risposta non è solo collettivo, ma anche individuale.

In conclusione, per ottenere un materiale clinico sufficientemente preciso e specifico, tale da permettere una comprensione corretta di un caso, l’intervistatore deve essere capace di agire in modo selettivo. Oltre a ciò, tuttavia, occorre poter disporre di uno strumento che compensi quelle possibili misinterpretazioni del clinico intervistatore. Questo strumento è costituito dalla documentazione delle risposte dell’intervistato riportate ad litteram. Questo documento deve essere valutato indipendentemente da più valutatori, e le valutazioni paragonate tra loro. Alle osservazioni finora fatte riguardo alla raccolta del materiale clinico, vorrei aggiungere un’altra anche se è già implicito in quanto esposto. Ogni indagine di epidemiologia psichiatrica non può che essere una indagine di epidemiologia medica completa, riferentesi a tutti i disturbi presenti in una comunità, sia che questi siano tradizionalmente considerati psichiatrici o somatici.

All’inizio di questa lezione abbiamo insistito sul fatto che una separazione netta fra somatico e psichico non è possibile; questo si riflette evidentemente sulle tecniche di attuazione di una indagine epidemiologica. L’intervista non potrebbe produrre il materiale clinico necessario se noi partissimo con l’idea preconcetta di ciò che è psichiatrico e di ciò che non lo è. Nella raccolta e nell’esame del materiale clinico ciò che ci interessa è sapere se questo materiale rispecchia un funzionamento normale o alterato. Nell’esprimere questo giudizio la distinzione tra somatico e psichico non ci è di aiuto.

A questo punto vorrei presentare i dati che ho ottenuto. Io mi sono servito, per semplificare, delle grandi categorie psichiatriche fondamentali: deficienze mentali, deteriorazione mentale e senile, psicosi, psiconevrosi, disturbi della personalità, disturbi sociopatici, disturbi psicosomatici, assenza di disturbo psichico e non classificato. Siccome il campione è di 102 i numeri sono, in sostanza, delle percentuali.

Nella prima colonna ci sono tutti quelli su cui è stata fatta la diagnosi di un certo disturbo, la categoria più numerosa è quella dei disturbi psicosomatici: 38, seguita poi da quelli che non hanno nessun disturbo psichiatrico e poi dalla psicosi. Di questi, però, soltanto 26 sono inabili nella loro vita quotidiana dal disturbo psichiatrico. Ce ne sono tre nella categoria della disfunzione mentale; evidentemente gli psicotici e i senili sono in 6 tra tutti. Ce ne sono 12 nelle psicosi, di questi sono 5 i ricoverati. Questi 3 che presentano disturbi della personalità presentavano una sindrome abbastanza tipica, caratterizzata da una marcata iposomesività e da una marcata introversione. Qualcosa di interessante: è difficile separare il carattere del contadino che si trova in quella zona e quelle che invece sono delle vere alterazioni. Questi quattro indicati con impalimento sono due uomini e due donne.

Come vedete c’è un quadro della popolazione che è affetta sensibilmente, che è sensibilmente minorata nella propria attività quotidiana da disturbi di natura psichiatrica. Gli altri risultati che vorrei qui riassumere (parte soltanto perché non ho finito di analizzarli) sono i seguenti: più donne che uomini soffrono di disturbi psichici. Le condizioni psichiatriche più frequenti sono la nevrastenia ansiosa, con una notevole influenza sul ritmo cardiaco nelle donne; disturbio gastrico negli uomini. La sindrome più caratteristica è quella dell’attacco di ansia: incominciano con questa paura non realistica, poi hanno la palpitatione e poi il senso di soffocazione, tanto che nel mezzo della notte devono andare ad aprire la finestra per respirare.

Gli psicotici rappresentano il 2% della popolazione campione; l’alcoolismo era presente nelle persone più anziane, ed è poi comparso di generazione in generazione.

La delinquenza adulta e giovanile sono assenti.

Tutti i disturbi psichiatrici riscontrati nella comunità risultarono essere cronic, ma l’impalimento, cioè la diminuzione della capacità funzionale, risultò variare notevolmente nel tempo.

La tubercolosi polmonare è ancora molto diffusa nella comunità specialmente tra le donne.

Nella campagna ce ne sono relativamente di meno: c’è una certa
concentrazione di casi psichiatrici nel villaggio e nella borgata più importante e probabilmente lì è un caso di migrazione selettiva.

Come ho detto, il villaggio è un po' in decadenza dal punto di vista economico quindi ci sono persone che sono meno valide ed anche una popolazione più vecchia nel villaggio.

Io chiedo scusa se questa esposizione è stata parziale. Per esempio non ho parlato del modo di valutazione del materiale psichiatrico, ma sono andato molto in là e penso che forse sia meglio discutere.

**DISCUSSIONE**

**JERVIS:**

Io vorrei fare due domande completamente diverse. La prima quella che riguarda l’impairment degli psiconevrotici, cioè quei dodici psiconevrotici che non lavorano. Ora io credo che, almeno secondo la mia esperienza, la accettazione del lavoro da parte degli psiconevrotici, è strettamente legata alle forme assicurative di malattia. Ora vorrei sapere qual era l’assicurazione di malattia in quella zona, perché io vedo per esempio a Roma che i contadini non accettano di lavorare. Per disturbi psichiatrici molto difficilmente; però gli stessi contadini, inurbatisi, lavorano, per esempio nell’edilizia, cessanti di lavorare con estrema facilità non appena abbiano qualche disturbo. Quindi questo credo che sia un punto abbastanza importante.

La seconda domanda che volevo fare riguarda l’introduzione: nel’introduzione a proposito dell’igiene mentale ho sentito che lei non ha parlato del concetto di adjustment come norma dell’equilibrio mentale, concetto invece che io ritrovo molto frequentemente negli scritti di autori americani. Fra l’altro sono contenuto di questo, perché mi sembra un concetto molto criticabile, mi è sembrato che lei stabilisse dei criteri di salute mentale che fossero molto più approfonditi. Vorrei sapere che cosa ne pensa del concetto di adjustment così dominante nella psichiatria americana. Il concetto di adjustment nella psichiatria americana viene spesso portato come norma della salute mentale, cioè «adattamento all’ambiente». Ora lei non l’ha usato questo concetto, secondo me molto giustamente, in quanto mi sembra un concetto molto criticabile questo adattamento all’ambiente come criterio di validità della salute mentale. Vorrei sapere cosa ne pensa però.

**BRUNETTI:**

Io in fondo non ho parlato perché ho detto che molti ricercatori hanno adottato il criterio della necessità di trattamento psichiatrico perché sono mal adjusted. Il concetto di adjustment all’ambiente, come lei dice giustamente, domina la mentalità degli psichiatri americani. Io penso però che questi criteri non vadano adoperati per niente in ricerca, perché quello che è un adjustment per uno psichiatra americano, non è un adjustment per uno psichiatra italiano. Ci vogliono dei concetti molto più rigidi, assolutamente. Noi dobbiamo cercare di arrivare a delle definizioni che siano uniformi e quindi secondo me l’unica via da seguire è quella di basarsi sulla sintomatologia psichiatrica. Purzopppro non abbiamo una terminologia che sia inequivoca e che ci permetta di definire i fenomeni nelle diverse culture. Questo è il mio interesse più diretto di ricerca. Anzi questa ricerca la continuerò in questo senso, definire esattamente quelle che sono le sindromi pratiche della patologia, cercando di sviluppare una terminologia che sia internazionale.

**GALLI:**

Io vorrei chiedere una precisazione di ordine metodologico, perché tu hai parlato dell’uso della intervista strutturata, cioè delle domande date dal Cornell Index, che ha preceduto l’intervista clinica, se ho capito bene.

**BRUNETTI:**

Le ho fatte tutte e due.

**GALLI:**

Allora volevo chiedere perché la strutturata è stata scelta già a priori, precedendo l’intervista clinica, e se non sarebbe stato invece più corretto fare una intervista clinica molto approfondita e trarre dalle interviste cliniche l’intervista strutturata, senza servirsela del Cornell Index.

**BRUNETTI:**

Io ho spiegato che ho cominciato primo parlando del più e del meno, poi facendo una anamnesi medica completa: prima generale e poi più specificamente neurologica e psichiatrica e poi ho fatto il questionario. Poi, dopo aver fatto il questionario, ho fatto delle domande abbastanza strutturate, ma non come quelle del questionario, sulle esperienze di vita anche sull’ambiente familiare. Di solito sono riuscito a parlare con il soggetto senza la presenza di altri, ma molto spesso non era possibile non avere i familiari intorno. In questi casi ho dovuto prendere nota del fatto che c’erano altri presenti e poi ho approfittato anche per prendere note sulle connotazioni familiari, sulla dinamica familiare che potevo osservare.

**MATARAZZO:**

Io chiedo al relatore in base a quale criterio ha detto alla fine della esposizione che alcuni campioni si sono rifiutati all’intervista, e quindi se la sua opinione su questo atteggiamento sarebbe il fatto che queste persone dovevrebbero considerarsi senz’altro fra i nevrotici o degli anormali, perché se io dovessi portare anche un esempio minimo, direi che se lei va a Palermo e chiede anche l’informazione sulla strada a qualsiasi persona, queste persone si rifiutano in base a motivi personali che possono investire anche motivi sociali. Lei capisce benissimo in questo caso la cosiddetta omertà, legata a motivi della mafia, ecc. Ora nell’ambito francese non so in base a quale criterio lei abbia stabilito questo.

**BRUNETTI:**

Io ho qui la lista di queste sei persone che non hanno risposto:
un dato empirico questo. Io ritengo che se qualcuno venisse a scocciameli forse lo manderei via, quindi non è che io abbia delle idee personali in merito.

Il primo era un uomo di 24 anni; deficiente mentale, la famiglia non ha voluto che io lo vedessi. 


Il terzo è una ragazza di 17 anni che era in collegio a Marsiglia, ed ho potuto accertare che era perfettamente in buona salute.

Quarto soggetto: una ragazza di 17 anni; suo padre mi ha accolto molto male, mi ha mandato via in malo modo; mi ha detto non entrare, non scopiarle i letti. Era stato in un ospedale mentale ed era un paranoide ospedalizzato. Non mi ha lasciato vedere sua figlia.

L'unico che è rimasto non classificato perché non ho potuto raccogliere informazioni sufficienti per formarmi un'opinione clinica.

Quinto caso: una donna di trent'anni; ha rifiutato l'intervista sia a me che a mia moglie che è andata dopo, cercando di vederla. Ha parlato con noi sulla porta, ma non abbiamo potuto entrare. Quando ho intervistato suo padre, ha disturbato tutta l'intervista. Suo padre era molto gentile. Quando io andavo nelle fattorie, portavo con me una tavolozza pieghevole con due sedie, anche pieghevoli. Il padre era molto gentile e mi ha detto: perduto che non abbiamo il «pastis» ecc. E poi mi è messo a parlare di esperienze della guerra ecc. ma la figlia è stata lì tutto il tempo ed ha disturbato considerevolmente la nostra intervista perché lui era molto cordiale.

Questa persona è estremamente ansiosa e da qualche anno ha l'ossessione di essere incinta; consulta continuamente il medico perché ha paura di essere incinta, nonostante sia sposata.

Il sesto caso è una donna di 58 anni che ha rifiutato l'intervista ed è quella che ha la droghezza. È una donna che ha delle depressioni periodiche ed è sposata ad un uomo che è stato ospedalizzato per depressioni diverse volte. La figlia è morta in un ospedale mentale. Però nessuno di questi sei era psicopatico.

Dunque, io su una base empirica ho asserito che quelli che si rifiutano hanno qualche cosa. Evidentemente si tratta di persone che volevano nascondere qualcosa, perché quando tutti la comunità risponde in modo favorevole, diventa un poco una cosa anomala quella di non rispondere, tanto più che io ero abbastanza amichevole con tutti e poi passavo tutto il giorno lì al caffè, ecc., anzi quello è il luogo in cui ho raccolto la maggior parte delle informazioni.

VOLterra:

Vorrei fare alcune critiche alla metodologia che mi sembra un po' approssimativa e cioè queste: Prima di tutto è stata fatta una indagine in base a dei testi, se ho ben capito, e dopo una indagine clinica. Lei si è fermato giustamente dicendo che soprattutto bisogna valorizzare i sintomi, cioè fare una indagine piuttosto fenomenologica e non nosografica. Poi lei ha raccolto in base a una intervista clinica questi dati che lei aveva già appreso con i testi, e li ha introdotti in una nosografia sui generis sulla quale poi ha qualche altra critica da fare.

BRUNETTI:

Ho chiesto scusa se non ho potuto presentare tutte le tavole della classificazione sulla base sintomatologica. Ho presentato soltanto quell'altro. Io ho sostenuto la necessità di farle tutte e due: quella clinica e quella sintomatologica e qui ho presentato soltanto quella classica.

VOLterra:

Io volevo dire questo fatto: innanzitutto direi che sarebbe importante fare una controprova come si fa quando si esaminano i pazienti, perché in questa valutazione, tanto più quando noi vediamo che le percentuali maggiore sono assenza di disturbi psichici e disturbi psicosomatici, o nevrosi, io credo che la valutazione del medico su di questo abbia un notevole e varia notevolmente nella suddivisione di questi casi da medico a medico. Ciò almeno nella media di determinati individui che lavorano indipendentemente uno dall'altro, che elaborano determinati dati a loro disposizione possa eventualmente avvicinarsi ad una media statistica più attendibile, tanto più che poi ritengo che il fatto che vada un medico a farle delle determinate domande provoca una particolare condensazione e ci sono una infinità di fattori nel colloquio stesso. Mi ricordo un articolo di Arthur of 2-3 anni fa che determina tutti i fattori che possono influire e che determinano questo collusione. Quindi ci sono uno psichiatra, sono uno uno compianto del treno, sono che sono uno psichiatra: tutti quelli che sono in treno mi dicono qualche loro male. Sono in un albergo, ognuno parla delle sue cose.

Poi per esempio vedo disordine della personalità e disordini socio-patere differenziati, il che significa che c'è, in poche parole, dato che il disordine sociocentrico non la classificato, e non l'ha inserito in altri disordini, ha fatto questa suddivisione prima in base all'impairment, dato che questi fondamentalmente non possono essere che personalità psicopatiche, se non sono di altro, quindi dovrebbero essere di 6 di cui 3 impairment, se non sbaglio.

BRUNETTI:

Dunque, sul fatto che ci può essere uno sbaglio personale nella valutazione, prima di tutto dirò che io ho sostenuto che è necessario avere un clinico che raccolga materiale non per interpretarlo ma semplicemente per riportare i fatti clinici e basta. Questo materiale è stato valutato da tre psichiatri indipendentemente e poi siamo arrivati ad una conclusione riguardante la descrizione clinica del caso. Evidentemente il giudizio clinico fra psichiatri messo assieme potrebbe essere non valido. Per questo motivo lo ho preso tutti i casi, uno per uno, e se lei desidera posso prendere i rapporti.

VOLterra:

No, lo voglio dire semplicemente questo: se a un certo punto la
variabile data dal medico, che costituisce una variabile molto elevata, era stata sufficientemente valutata in questa statistica oppure no, e se oltretutto questi due medici quando avevano ben proceduto in fondo, dicevano: «Per me non è adesso la distinzione, evidentemente, fra psicosi e deterioramento mentale sottile, o deficienza mentale; ma dicevo delle categorie più elevate, cioè psicosevrosi psicosomatica e assenza di disturbi psichici»: due sono psiconevrotici, uno psicosomatico; allora mettiamo psiconevrotico. Praticamente è un criterio così, se ho ben capito.

BRUNETTI:

Per quanto riguarda la diagnosi non c'è sempre un accordo unanime, evidentemente. E questo è proprio il motivo per cui bisogna avere due classificazioni: una puramente sintomatica, che descrive la sintomatologia e l'altra diagnostica.

Per es. qui ho la tavola dei disordini psicosomatici per gli uomini. Questa è la classificazione della sindrome premittente e l'ordine è dal più giovane al più vecchio: dolori gastrici, lombagine, leggera anorressia, asma bronchiale, emicrania folgorante, tachicardia parossistica (veramente non l'ho definito così, perché clinicamente è tachigrafia parossistica perché dal punto di vista sintomatologico viene definito come palpitatione...); dolori epigastrici, dolori articolari, dolori epigastrici. Dunque, quando gli psichiatri descrivono in questo modo determinati sintomi psichiatrici, credo che non ci sia molta possibilità di disaccordo, perché o è l'ombagione o non c'è, insomma. Invece uno degli psicologi è stato descritto nella sindrome «autismo», mentre invece un'altra, allucinazione cronica, è stata descritta come psicosi, come sarebbe la classificazione psichiatrica, ma come allucinazione cronica.

Mi sembra che qualcuno stamattina ha fatto delle domande riguardo al confronto di diversi esami epidemiologici fatti in culture diverse. Attualmente, secondo me, quello che è più evidente da questi studi è che c'è una grande similitudine di disturbi psichici nelle diverse culture. Di recente il professore con cui ho studiato negli Stati Uniti, ha fatto uno studio in Nigeria ed in sostanza la sua impressione è stata che essenzialmente le stesse sindromi che si trovano nel West si trovano in Nigeria e non si trovano in città in Africa in cui lui ha studiato. Non sono in base alla qualità c'è una grande similitudine, ma anche riguardo al numero dei disturbi psichici. Queste percentuali qui, sorprendentemente sono le stesse ottenute in Canada, che sono state ottenute nel centro di Manhattan, in Svezia e che io ho ottenuto in Francia. Delle comparazioni precise tra studi epidemiologici finora non ne sono state fatte perché le metodologie sono molto diverse; quindi l'impasse che si ha adesso negli studi epidemiologici è un impasse di metodologia: bisogna prima risolvere questo, e soprattutto bisogna arrivare ad una terminologia uniforme, e poi potremmo fare dei paragoni e dire qualche cosa veramente di significativo riguardo alla interpretazione di queste statistiche. In tutti i Congressi in cui vado e sento parlare, in sostanza si parla sempre di cose che non sono concrete, perché nessuno ha mai fatto una analisi comparata degli studi epidemiologici.
FINITO DI STAMPARE IL
19 LUGLIO 1984 DALLA
TIPOSTILE DI C. BUZZETTI:
VIA S. DA MONTONE, 2
MILANO

PER SCONTO DEL:
GRUPPO MILANESI PER LO SVILUPPO DELLA PSICOTERAPIA
VIA LANZONE, 11 - MILANO

pro manuscripto