

## Il paradosso logico ed esistenziale nel pensiero psicotico

CHIARA OSSOLA

*Summary* – LOGICAL AND EXISTENTIAL PARADOX IN PSYCHOTIC THOUGHT. The intention of the article is to offer a further theoretical-clinical contribution to an argument which, in the sphere of research in psychopathology, has already been discussed in Individual Psychology paradox in schizophrenia. The aim is to synthesise the processes, from the double viewpoint of causal finalism, which also characterise the creation of a lifestyle through clinical examples.

*Keywords:* PARADOX, PSYCHOSIS, THE CREATIVE SELF

*«Lo scopo dell'arte, lo scopo di una vita non può essere che di accrescere l'insieme di libertà e di responsabilità che è in ciascun uomo e nel mondo».*

Albert Camus, 1957, Discours de Suède

### I. Introduzione

Il concetto di *paradosso* è tra quelli che a mio avviso più caratterizzano, da un punto di vista psicodinamico, il pensiero psicotico nel suo complesso, prima di qualsiasi miglior definizione diagnostica. Si definisce *paradossale* ciò che va contro l'aspettativa e caratterizza un'argomentazione che deduce conclusioni contraddittorie da premesse plausibili. La distanza tra l'aspettativa e il messaggio comunicativo e la contraddizione delle conclusioni in base alle premesse costituiscono la forza del *paradosso*. Questa distanza segue una linea di *continuum* e può passare da una completa sintonia tra chi comunica, non solo attraverso ciò che dice ma tramite tutto il suo stile di vita, e il ricevente, ad una totale sconfessione

delle aspettative/rappresentazioni altrui. Se il soggetto è consapevole della paradosalità è probabilmente ancora in grado di muoversi in una realtà coerente, se è inconsapevole significa che ciò che per l'Altro è paradossale, per lui è realtà, una realtà assurda ma vera. «Vero significa vero per il genere umano, vero per gli scopi e le mete degli esseri umani e non c'è altra verità che questa» (3, p. 24).

Il delirio è classicamente riportato, sulla base del suo contenuto, alla categoria dell'errore: una categoria dominata dalla coppia antitetica verità/falsità, che comunque non tiene conto del fatto che le idee false non sempre sono un delirio e che un delirio può essere casualmente vero. Secondo Shneider e Huber invece «il delirio è uno speciale, patologico, modo del credere di cui è più importante cogliere il decorso dell'esperienza vissuta che il suo prodotto» (18, p. 2041). «Il disvelamento, la nuova conoscenza di una realtà che può essere attinta dal delirante al di là degli abituali e consensuali schemi di senso sembra attingere ad un orizzonte oltremondano, aprire dei varchi attraverso i quali si affacciano messaggi che provengono da un altro mondo e che hanno la caratteristica dell'autoreferenzialità» (16, p. 61).

«Il concetto di finzione è centrale in Psicologia Individuale perché ad esso non sono solamente correlati i meccanismi di formazione degli schemi cognitivi, ma anche quelli della formazione del simbolo» (9, p. 77). «Il paradosso dello schizofrenico è che il suo mondo interiore appare ricco di simboli, ma in realtà è privo di capacità simbolica, il simbolo è l'oggetto simbolizzato» (12, p. 48).

«Il disturbo della simbolizzazione sembra fondato nel coesistere di una perdita di quei simboli comuni che permettono l'inserimento nella comunità umana attraverso la validazione consensuale, e di una nuova creatività simboleggiante, che nell'autismo neologistico cerca invano uno sbocco verso le situazioni limite dell'esistenza» (6, p. 174). Perciò, si assiste a una netta prevaricazione della soggettività a detrimento dell'intersoggettività-oggettività.

«Lo schizofrenico è l'individuo più *distante* dai suoi simili, poiché si rifugia in propri e continuamente variabili dinamismi che distorcono la logica comune, soggettivizzano assurdamente l'affettività, piegano il comportamento a manierismi senza schemi coerenti o lo frenano con una statuaria immobilità» (13, p. 72).

«Con l'invenzione del delirio il delirante si consegna una volta per sempre ad un unico tema per così dire atemporale, da cui non riesce a sottrarsi ed al cui senso si riportano, quasi per un'ineluttabile necessità, tutte le successive esperienze cui accede. Sopraffatta dal mondo la presenza ne risulta prigioniera; sembra, infatti, che per essa non accada più niente di veramente nuovo, che tutto quanto succede e viene esperito si proponga e giri invariabilmente nel senso del vecchio» (16, p. 62).

Il paziente schizofrenico è il più genuino difensore dell'irrazionalità. Gli uomini, e persino gli antichi filosofi, trascurano l'importanza della logica comune, che è invece un fattore di collegamento fra tutti noi, perché non può essere contraddetta. Gli individui mossi da ciò che io chiamo "complesso d'inferiorità", si lasciano invece andare e sostituiscono alla logica la loro vanità frustrata [4].

Individuare l'essenza del delirio vuol dire rifarsi ad un'immanente possibilità della mente umana: questo speciale modo del credere, così dolorosamente allo scoperto nella mente dello schizofrenico, non è tuttavia suo esclusivo appannaggio, e l'impatto soggettivo di alienità deriva più dalla sproporzione tra *l'altezza dell'esperienza e la base della persona* [16].

Possiamo ipotizzare che la dimensione dell'*altezza dell'esperienza* rispetto alla *base della persona* abbia origine da un processo compensatorio e, in taluni casi, ipercompensatorio. Il lavoro intende presentare i processi, nella duplice ottica del finalismo causale, d'articolazione di uno stile di vita fondato su "distanze paradossali".

## II. Componente psicobiologica

Adler partì proprio dalla componente somatica per formulare il concetto di dinamica compensatoria che permette di passare da un vissuto di *minus* a uno di *plus*, determinando un movimento e una distanza tra una condizione di partenza e una d'arrivo. Talora è tale il vissuto d'inferiorità da diventare *complesso* e l'individuo può ricorrere a un'attività ipercompensatrice per mantenere una certa sicurezza. Allo scopo di colmare il disagio l'individuo cerca compenso costruendo un'immagine solipsistica di sé e del mondo. Pertanto resta così divaricato nella duplicità contraddittoria dell'immagine di sé.

Riprendendo l'ipotesi di correlazione somato-psichica di Adler: «Nel 1907, nel mio libro *La compensazione psichica dello stato d'inferiorità degli organi*, ho evidenziato che le anomalie costituzionali ereditarie non devono essere semplicemente considerate l'origine del processo di degenerazione, ma anche la causa d'attività compensatrici e ipercompensatrici e di fenomeni di correlazione significativi, ai quali l'attività psichica contribuisce per una quota essenziale» (2, p. 49). Le "anomalie costituzionali ereditarie" potrebbero essere dunque fattori di vulnerabilità ma anche la causa prima di un sentimento d'inferiorità. «Secondo Benedetti i sintomi mostrano, in senso dinamico, una polarità difensiva, orientata alle cause, ed una di *coping*, orientata finalisticamente. La patologia è quindi per una parte correlata alla "coping reaction" del paziente. Quest'ultima non designa solo un fenomeno cognitivo, ma va intesa, psicodinamicamente, come il processo di mentalizzazione degli eventi biologici» (10, p. 24).

### III. *Componente psicosociale*

L'attenzione esclusiva alle componenti individuali di personalità, estratte dal contesto relazionale, rischia di limitare la comprensione dell'evoluzione schizofrenica. Parenti e Pagani hanno proposto una teoria individualpsicologica della schizofrenia che hanno definito *teoria del legame multiplo*. Alcuni soggetti, in età infantile, riceverebbero dall'ambiente familiare, e talvolta anche extra-familiare, sequenze di comunicazioni contraddittorie: un'ingiunzione primaria, seguita da un'ingiunzione secondaria in conflitto con la prima, che la inattiva. La vittima resterebbe chiusa in un cerchio d'incoerenza, senza la possibilità di uscirne. Da qui deriverebbe il panico per l'impossibilità di trovare comunicazioni coerenti che rispondano a messaggi di cui uno nega l'altro. Oltre ai messaggi contraddittori rispetto alle punizioni, è possibile presupporre anche comunicazioni inconciliabili riguardanti i binomi "incoraggiamento-scoraggiamento" e "amore-rifiuto o indifferenza". Il bambino non programma, non solo per non essere punito, ma più ancora per essere apprezzato [13].

L'interiorizzazione di dinamiche familiari disaggregate o paradossali si correla con un danneggiamento ibrido del Sé [17]. «Il Sé-Stile di Vita ibrido è connotato da una comunicazione intrapsichica distorta, in cui l'eccesso d'aggressività (ipercompensazione della volontà di potenza) sembra vicariare narcisisticamente il danno che deriva dalla qualità evanescente del coinvolgimento affettivo o dal franco terrore per la relazione (riduzione del sentimento sociale). [...] L'ibridazione conduce, come tentativo disperato per difendere la psiche dal tentativo altrui di impadronirsene, all'alienazione e alla scissione» (9, pp. 80-81).

Il bambino riceve questo tipo di messaggi da persone che gestiscono maggior potere di lui. «L'irrazionalità, dunque, gli si presenta come prerogativa di potere, che si riassume nella libertà incredibile di non seguire la logica. La non logicità della schizofrenia si prospetta, in questa luce, come una supercompensazione che rende più drastiche le incoerenze osservate negli adulti» (13, p. 73).

Ancora, un doppio legame può formarsi da caratteristiche opposte che coesistono nell'individuo stesso. Si strutturano così binomi auto-conflittuali: sono gradevole-sono sgradevole; sono bravo-sono incapace; sono forte-sono debole. Dalla situazione scaturisce una crisi nell'autovalutazione e, di conseguenza finalisticamente, l'impossibilità di mettere a punto programmi logici e credibili. Così il sentirsi, assieme o in alternanza, capace o incapace di appagare la propria volontà di potenza non aiuta a rendere coerente il fine ultimo e induce talvolta un impiego *paradossale* dell'irrazionalità come fonte di valore privata, narcisistica, antisociale [13].

#### IV. Componente psicodinamica

Secondo Adler ogni individuo, a partire dalle proprie potenzialità e soprattutto dalla valutazione che ne fa, fissa un ideale da perseguire e perciò una meta da raggiungere; allora certi «quadri prenderebbero corpo come compensazione di precedenti, *esasperati* ideali di superiorità, frustrati dall'ambiente sino ad accentuare al massimo il complesso d'inferiorità. Non resta allora al malato che rifiutare anche la razionalità comune, poiché lungo la sua linea, egli non intravede più alcuna prospettiva di affermazione. [...] Di qui il ricorso all'irrazionalità, giustificato soggettivamente dall'assenza di prospettive che il malato ha incontrato lungo la strada del senso comune. Il delirio è un processo privato, che non tenta neppure di farsi strada, di essere davvero convincente nei confronti di chi è logico» (*Ibid.*, p. 74). «Per quel che concerne l'idea delirante, questa è il prodotto del potere dell'idea dominante e soddisfa lo scopo: scaricare il soggetto dalla sua responsabilità, rafforzare con la distanza, il sentimento della personalità. Un esame logico dell'idea delirante, strappata alle sue connessioni, non può facilmente attaccarla, dato che essa occupa, in quanto *modus dicendi et vivendi*, il suo ruolo nel sistema delle relazioni del malato dato che quest'ultimo fa a meno della logica e della cooperazione che legano noi tutti» (2, p. 214).

Gli obiettivi dell'ideale esasperato pongono i soggetti di fronte a tali difficoltà da rendere inutile il senso comune, poiché questo sarebbe incapace di risolverle. Ne deriva ancora un blocco dell'approccio alla realtà. La conclusione logica ed inevitabile, di una tale linea di vita è l'isolamento di un paziente in una clinica psichiatrica [4].

A proposito di neutralizzare la realtà e rendere impotente il senso comune:

*Lena, 63 anni, è giunta a partorire 350 figli: di fronte al mio stupore mi "tranquillizza" sul fatto che si tratti sempre di parto indolore, più che altro è la cura di cotanta figliolanza che pesa...*

Si tratta ovviamente di un ruolo materno impossibile da gestire, ma che rende anche vano ogni tentativo d'aiuto da parte altrui. In questa convinzione delirante sono presenti:

- un sentimento di insufficienza nei confronti del tema maternità;
- impegno nell'astrazione a scopo compensatorio;
- disprezzo della realtà;
- sollevamento della coscienza di sé e *scopo fittizio* di superiorità.

«Certe forme di schizofrenia propongono invece una regressione più profonda nel passato, a fasi che precedono il fantasticare articolato. In questi casi la finalità del

paziente potrebbe essere il ritorno a una pura potenzialità, non disponibile per un collaudo neppure mediante l'immaginazione costruita» (13, p. 75).

La persona ricerca più che mai un punto fisso al quale aggrapparsi e lo trova in un'idea che si configura, in quel momento, come la migliore soluzione possibile. In questo modo è possibile trovare una chiave di lettura di ciò che la circonda: quelle esperienze tra loro slegate che suscitano perplessità possono essere ricondotte ad un unico denominatore, dietro di esse si può scorgere un unico disegno che le rende elementi coerenti di un sistema che tende a farsi sempre più logicamente serrato. «Il processo paranoico è in sostanza uno stile che affonda le radici nella personalità di ogni essere umano e che partecipa a gran parte delle attività creative dell'uomo, dall'elaborazione di teorie in ambito scientifico, dall'edificazione di una fede o di un sistema di credenze mistico-religiose fino allo sviluppo di un delirio» (15, p. 86).

Appare qui sorprendente l'analogia con i concetti adleriani. La meta, teorica e funzionale, dovrebbe avere solo una funzione orientativa, tuttavia talvolta è tale l'insicurezza rispetto alla realtà, che il soggetto sente l'esigenza di rifugiarsi in una realtà compensatoria che è la *reifificazione della finzione*. Il nevrotico e lo psicotico si cristallizzano su una fantasia direttrice, mentre l'uomo sano considera il suo principio direttivo come mezzo per donargli un orientamento approssimativo, che deve servirgli soltanto come mezzo. Le nevrosi e le psicosi devono essere interpretate come mezzi di salvaguardia del valore e dell'integrità personale [2].

I sintomi della psicosi mirano in qualche modo al raggiungimento della sicurezza dell'Io soggettivo e del sentimento di personalità di fronte alle minacce. «Il meccanismo cui si riferisce ipoteticamente Adler è quello secondo cui la tensione tra i bisogni dell'esistenza reale e quelli del mondo immaginario porterebbero lo psicotico al tentativo di tradurre in realtà la finzione» (8, p. 34). L'individuo allora trasforma la finzione in *dogma*, ciò che *vorrebbe essere* "a prescindere da ciò che non è" diventa "ciò che è". L'idea delirante appare allora «l'affermazione disperata di esistenza nella non-esistenza [...] il tentativo di un sé frantumato di ricomporsi, nel contesto di una qualche identità, frantumando il mondo logico e consensuale» (6, p. 96).

L'effetto *paradosso* nasce dalla divaricazione e dalla trasformazione tra ciò che l'individuo vorrebbe essere e ciò che è.

*Un paziente che è ricoverato da anni in un Centro di riabilitazione psichiatrica, senza occupazione, con rapporti familiari e sociali conflittuali mi ha chiesto: «Dottoressa, quanto mi potrebbe costare il mondo?», «Scusi, cosa intende?», «Intendo comprarlo».*

Questa convinzione contiene in sé l'origine della sofferenza, ma è anche disvelante e creativa, e non passa inosservata all'interlocutore. In due battute quest'uomo ci ha forse detto quanto è fragile il suo Sé-stile di vita, e che nella sua ottica per padroneggiare la realtà deve esserne padrone. Egli non vede altra possibilità che svuotare di valore la realtà che non gli appartiene. Tuttavia nel momento in cui egli s'innalza a padrone del mondo, il mondo perde il suo valore. Uno schizofrenico preferirebbe essere lontano da aspirazioni convenzionali: intende distruggere il mondo così come è e rifarlo più consono ai suoi desideri [19].

*Dario, 65 anni, è l'incaricato di reparto per l'aggiornamento del calendario componibile che si trova appeso in salone. A fine Novembre il calendario si è fermato e la motivazione è stata questa: «Dicembre è un po' troppo freddo per i miei gusti!».*

In questo caso, Dario si è sorprendentemente appropriato del tempo. L'immagine delle proprie qualità è quasi sempre uno dei fattori fondamentali del delirio. Nell'immagine di sé rientra il modo di avvertire tutta la propria entità psicofisica: anche «la distorsione dell'immagine del proprio corpo può rivestire il ruolo di una *paradossale* supercompensazione, che innalza la "diversità", esasperandola, facendola divenire un elemento di assurda valorizzazione» (4, p. 17).

*Quando abbiamo proposto a Maria, 38 anni, una dieta ipocalorica, a causa dell'eccessivo aumento ponderale, lei è stata disposta a riconoscere che i Kg erano tanti, tuttavia ben distribuiti sui suoi due metri d'altezza.*

#### V. Il pupo siciliano: un caso

*M. è un uomo di 39 anni, ricoverato in un reparto di lungodegenza psichiatrica da oltre un decennio. D'origini meridionali, cresciuto in una famiglia numerosa e socio-culturalmente povera. Non possediamo molti dati anamnestici e la storia che conosciamo è quanto mai inattendibile e a tratti contraddittoria: è la storia che il paziente racconta. L'unico familiare con cui abbiamo contatti è un fratello, peraltro molto sfuggente ed evasivo. Entrambi i genitori sono morti. M. presenta difficoltà in molte aree: cura di sé e del proprio spazio, occupazione, rapporti personali e sociali, comportamenti inadeguati e aggressività eterodiretta.*

«Dal momento che la risultante dell'organizzazione psicotica di personalità non consente una stabile differenziazione tra il Sé e ciò che è Altro-da-Sé, il paziente schizofrenico non è stabilmente in grado di relazionarsi con altri: le interazioni, per quanto coinvolgenti, rimangono in parte "pseudo-relazionali". La dissoluzione dei confini dell'identità, infatti, tende a produrre atteggiamenti fusionali di dipendenza oppure una distanza incomunicabile» (10, p. 25).

*Quando sono arrivata in reparto dicevano che M. era cattivo, anche antipatico e brutto, ma prima di tutto cattivo. Attaccava urlando quelli che “passavano di lì” e agli insulti frapponeva risate come quelle di chi ha appena fatto un patto col diavolo. A questo si aggiungevano provocazioni sessuali (gesti col corpo e in particolare con la lingua) alle donne.*

«Per lo schizofrenico gli altri sono ostili, estranei e nemici. Oppure al massimo è gente con cui non vale la pena di avere rapporti e l'isolamento è una protezione contro le relazioni frustranti. [...] Prendersi cura del paziente rappresenta l'incontro, talora drammatico, con l'aggressività e la distruttività» (7, p. 51). Esse configurano la reazione a vissuti di minaccia e l'ostilità è legata al bisogno di rivendicare la propria potenza. «L'autopercezione della propria vulnerabilità [...] genera nel paziente spinte aggressive verso il mondo sociale che lo ferisce e verso il proprio sé vulnerabile; le risposte negative dell'ambiente aumentano la vulnerabilità e la disintegrazione psichica...Il terapeuta deve essere in grado di esperire l'aggressività del suo paziente come la forza vitale che sta dietro il volto del demone» (6, p. 130).

*Nonostante tutto, aveva richiamato la mia attenzione un gesto che, sebbene banale nella nostra quotidianità, mi era parso unico ed eccezionale in quella realtà così fumosa e disattenta: «Ti dà fastidio se fumo?».*

«Il rafforzamento del senso sociale deve partire da un qualsiasi rudimento ancora presente, entrarvi in contatto, rafforzarlo, fornendo l'esperienza della cooperazione nella terapia; successivamente l'analista dovrà far confluire il sentimento sociale, nuovamente ridestato, anche verso gli altri. Adler considera questo procedere come la tardiva assunzione della funzione materna» (5, p. 363).

*Di solito nei colloqui con i pazienti di questo reparto non c'era spazio per me (per i miei bisogni), a malapena esisteva fisicamente.*

«La Psicologia Individuale concorda con la Psicoanalisi nel rimarcare come nella schizofrenia l'oggetto della relazione sarebbe esperito in modo frammentato e narcisistico. A fronte dell'esperienza di situazioni e vissuti registrati come umilianti, l'ideale della personalità, amplificato sino alla rassomiglianza con il divino, si costituirebbe come unico punto di riferimento definitivo per lo schizofrenico, sempre ammesso che l'attivazione di una simile configurazione psicologica riesca nel difficile intento di dominare la scissione psichica» (8, p. 44).

*M. però, mentre riversava un monologo dai contenuti a me incomprensibili e di cui cercavo perlomeno di cogliere il vissuto emotivo, aveva aperto uno spiraglio alla mia esistenza lì, in quel momento, con lui. Il nostro rapporto (terapeutico anche se poco strutturato) aveva preso avvio da lì. Un altro processo fonamen-*

*tale nel rapporto terapeutico credo sia stato il rendermi compartecipe di una sua allucinazione: un inquietante pupo siciliano (richiamo alle sue origini). M. teneva talmente a distanza le persone che forse nessuno aveva potuto neanche pensare la sua allucinazione; addirittura per farmela capire/provare me l'aveva mimata. Il pupo siciliano rimaneva spaventoso ma, se non altro, M. era un po' meno solo di fronte a lui. Vedere cose orrende fa paura, il fatto che gli altri ne neghino l'esistenza, anche solo rifiutandosi di prenderle in considerazione, è ancora più terrorizzante.*

Ferrero [8] sottolinea l'importanza dell'incoraggiamento manifestato attraverso un accoglimento attento che possa ridurre il terrore senza soffocare l'individualità creativa. «Il terapeuta non svaluta ma accetta di sentire l'orrore del delirio. [...] Ciò trasmette empaticamente al paziente che anche lui potrà fare questo. È il primo elemento per fondare un nuovo nucleo di comunicazione logico-affettiva, con più partecipative attribuzioni di senso» (7, p. 53).

«Io credo allora che dobbiamo riflettere sul fatto che un importante motivo di attaccamento dei pazienti alla loro psicosi è costituito dal fatto che essa costituisce il tramite per tentare di comunicare una vera esperienza di vita vissuta. [...] Il prevalere della "logica privata" del pensiero psicotico non nega l'estremo bisogno di contatto sia con la realtà che con la propria fantasia, peraltro cortocircuitate nelle allucinazioni e nei deliri. Il termine logica privata risulta equivoco in quanto la comunicazione psicotica è comunque riferita anche all'Altro, ad un interlocutore molto amato e molto temuto, ma è anche evocativo del fatto che sovente è solo così che l'individuo riesce a raggiungere un relativo equilibrio» (8, p. 39).

*Una delle convinzioni deliranti più radicate nel pensiero di M. consisteva nel sostenere che appena morti si rinasce. «Non cambia nulla, sei sempre tu, muori e rinasci, muori e rinasci, all'infinito. Finita questa vita, io rinasco, non c'è dubbio, e anche tu, dottoressa!».*

«Penso che la marcatissima fragilità dell'autostima dei pazienti psicotici più gravi sia rappresentata spesso attraverso il *paradosso* di vivere la morte. Esso si esprime nell'immobilità temporale in cui si sclerotizzano in genere i progetti degli schizofrenici: dietro la grandiosità del delirio di vivere l'eternità si nasconde dunque l'angoscia immutabile di non aver scampo da una sorta di morte psicologica» (*Ibid.*, p. 42).

*Naturalmente l'idea non poteva essere contraddetta, e soprattutto delusa, e quindi mi limitavo al silenzio assenso. Tuttavia col tempo mi sono permessa un cenno di dubbio con l'espressione del viso. E di seguito un'ipotesi: forse poteva esserci un'altra possibilità. Alla fine lui la pensava ancora come prima ma accettava (senza inveire come faceva ogni volta che gli si presentava una realtà diversa*

*dalla sua) il fatto che io la pensassi diversamente. Quindi non c'era solo il mio corpo a cui poteva dar fastidio il fumo, ma c'era anche la mia mente che aveva un'idea diversa dalla sua. Sulla scorta di un'ipotesi alternativa è stato poi possibile proporre una realtà alternativa: quella di realizzare qualcosa per sé in "questa vita". M. ha accettato di essere seguito da una psicopedagoga per un programma di alfabetizzazione. È stato sorprendente osservarlo alle prese con i compiti coinvolgendo anche gli infermieri in disquisizioni sulle doppie.*

Il linguaggio e la struttura disgregata del pensiero sembrano lo specchio del disgregarsi delle possibilità di comunicare con l'Altro, così come di ritrovare una coerente immagine di sé. Talora emergono le modalità espressive di un sentimento sociale di tipo arcaico: il rapporto si connota secondo le modalità simbiotiche del rapporto uno a uno, riuscendo in qualche modo a ripristinare un nucleo d'identità, che potrebbe permettere al paziente di sviluppare una capacità di reinserimento sociale [2].

*Parallelamente ha maggiormente investito su un aspetto fino ad allora trascurato, l'igiene personale. M. possiede ora una borsina con prodotti d'igiene personali (non quelli comuni in dotazione al reparto). Quest'ultimo aspetto non deve essere sottovalutato; uno dei rischi maggiori dei reparti di lungodegenza psichiatrica è la "omologazione", la totale perdita d'individualizzazione. Attualmente M. è ancora convinto di essere il figlio di Marilyn Monroe e sostiene di aver conosciuto personalmente E. T. ma un medico che l'ha rivisto a distanza di un paio d'anni ci ha detto: «Me lo ricordavo più antipatico... adesso mi pare più simpatico!». Qualcosa è cambiato: esiste un Altro meno minaccioso, con cui è possibile una cooperazione.*

Ciò ha particolare importanza in quanto «Il Sentimento Sociale nelle sue componenti oggettuali e processuali è un'istanza aggregante le strutture-funzioni intrapsichiche, l'aggressività distruttiva, espressione della Volontà di Potenza, al di sopra di una certa soglia, negli psicotici, agisce come istanza disaggregante ed anticoesiva il Sé-stile di vita» (7, p. 49).

«Il senso d'identità esige che esistano altri da cui si possa essere riconosciuti, e che il loro riconoscimento si congiunga col proprio autoriconoscimento. Non è possibile conservare la propria salute mentale se si cerca di essere separati da tutti gli altri. Un simile modo di vivere presuppone la capacità di conservare la propria realtà personale per mezzo di un'identità fondamentalmente autistica. Presuppone in sostanza che sia possibile essere umani senza bisogno di un rapporto dialettico con gli altri. Sembrerebbe che lo scopo di una manovra simile sia unicamente la difesa di una "identità intima" dalla distruzione che s'immagina possa venire dall'esterno, difesa consistente nell'eliminare tutte le possibilità d'accesso diretto dall'esterno». (11, p. 143).

## VI. Conclusioni e osservazioni sul trattamento

«Se li osserviamo (uomini) allora scopriamo che ciascuno di essi ha dato un suo individuale significato alla vita. Ciascuno di essi si comporta come se si basasse su una determinata interpretazione della vita, e in tutte le loro azioni c'è una valutazione implicita del mondo e di se stessi. Ci sono tanti significati dati alla vita quanti sono gli esseri umani e, come abbiamo suggerito, forse ognuno di questi contiene un margine variabile d'errore. Nessuno è in possesso del significato assoluto della vita; e si può sostenere che qualsiasi significato che sia anche minimamente utilizzabile non può essere definito completamente sbagliato. Tutti i significati sono varietà comprese entro questi due limiti» (3, p. 23).

In questo passo Adler esalta il principio di soggettività intesa come capacità creativa dell'uomo di estrarre dal «mucchio formicolante di fantasticherie suscitate da un'immaginazione libera e stravagante, quella forma particolare che si armonizza con l'idea guida, con lo stato d'animo e il progetto predominanti» (15, p. 87). In tutti i processi creativi (*artistico, scientifico, delirante*) si può pensare che il risultato cui si tende sia il medesimo. Da un sentimento di *confusione, dubbio, spaesamento* si tende a ricercare l'*armonia, l'ordine* e la *certezza*. Del resto è noto il significato di rassicurazione che assume in psicopatologia la formulazione di un'idea delirante. Il delirio assume un significato restitutivo nel senso che rappresenta un nuovo, diverso modo di rapportarsi alla realtà, di dare ad essa un senso, anche se univocamente e rigidamente determinato.

Nonostante la “comunione d'intenti” tra processi creativi, resta da definire il “margine d'errore”. Al pensiero psicotico si connette la dimensione dell'attaccamento ostinato ad un unico invariabile sistema di riferimento, che si libera di ciò che rimanda al dubbio, all'incertezza, alla pluralità dei punti di vista: ogni evento è riconducibile al medesimo schema interpretativo. La persona crea un'immagine di sé che tende a coltivare in silenzio, fidando nella forza delle proprie convinzioni. Al delirio si connette la dimensione della segretezza, della privatizzazione di ciò che è percepito, della costruzione di un sistema di riferimento che costituisce un linguaggio privato non condivisibile da una comunità. Egli mira a una conoscenza totale che sottende un'esigenza di controllo totalitario e onnipotente e che prende il sopravvento sull'incompiutezza e parzialità. Quella che per gli altri resta un'idea regolativa, per lui diviene una realtà, prendendo il via una linea di tendenza volta ad abolire ogni possibile divario tra teoria e realtà. Si configura allora un sistema chiuso che non risente delle informazioni di ritorno dall'ambiente. L'iperdogmatismo, la segretezza, l'impossibilità di riorientare la propria visione del mondo, la preclusione all'incertezza, la totale corrispondenza tra teorie e realtà sono caratteristiche proprie di questo tipo di pensiero [15].

Il pensiero psicotico possiede un senso/significato privato ed è privo di un senso/significato condiviso. Elementi per noi apparentemente privi di relazione possono però divenire tessere di un mosaico in cui s'incastano perfettamente. Nel delirio è come se il soggetto vedesse qualcosa che sfugge agli altri, come se il suo sguardo superasse la realtà sensibile cogliendo nascoste connessioni tra gli oggetti e inserendoli in una rete solo per lui significativa.

Dobbiamo evidentemente cominciare ad accogliere il significato privato e conddividerlo, per permettere alla relazione di continuare. «Il terapeuta deve attraversare l'esperienza psicotica insieme con il paziente, questo è il presupposto affinché essi possano ambedue uscire dall'incontro arricchiti affettivamente e cognitivamente. La relazione con il paziente non è solo un'interazione, una transazione, un transfert e un controtransfert ma è anche un'interiorizzazione di ciascun partner nell'altro. Ma per accettare questo pericoloso processo, il terapeuta deve essere profondamente motivato, deve cioè avere un assetto interno che gli conferisca "personalità terapeutica" intesa come una personalità fondata su un'intenzione d'amore. Ciò comporta inevitabilmente che nella relazione terapeuta-paziente, dominata dall'asimmetria, si creino legami o ponti affettivi che tendono a rendere simmetrico il rapporto. La simmetria comporta reciprocità come caratteristica fondamentale dell'incontro terapeutico. L'elemento fondante questa reciprocità è il momento in cui comunichiamo quello che la sua esistenza, le sue storie, le sue emozioni hanno *significato* per noi» (12, pp. 50-51).

Quindi parto dal paradosso che il paziente porta come comunicazione disvelante ma cercherò di restituirgli *un possibile* senso in vece di un non senso; forse così giungerà a scegliere una soluzione meno paradossale. Se il paziente sarà riuscito a prendere fiducia crederà ad una realtà meno distruttiva e accetterà di muoversi in un senso condiviso, piuttosto che nell'assurdo tanto rassicurante quanto alienante. «Ciò deve essere effettuato senza perseguire un completo allineamento del paziente con lo standard ambientale, ma dimostrandogli che si può essere "diversi" e forse superiori e nel contempo compartecipare emotivamente con i propri simili. Il rapporto con l'analista dovrebbe rappresentare una prima esperienza disinibente, che serva poi da ponte per contatti più allargati» (14, pp. 18-19).

«Si sono spesso attuate nei terapeuti *identificazioni creative*, queste consentono all'analista di percepire la potenzialità del Sé creativo del paziente... Tali identificazioni attivano l'agente terapeutico e consentono talora di scoprire nei sintomi schizofrenici, oltre alla funzione difensiva, anche dei segnali espressivo-creativi. La tendenza dello schizofrenico all'isolamento, i bisogni di onnipotenza ("inanimata e creatrice" come dice Racamier), l'esaltazione della realtà fantastica interna non-consensuale, il bisogno d'imprevedibilità e arbitrarietà che caratterizzano i codici degli psicotici, possono essere impiegati come materiale non di scarto, ma invece costruttivo per l'attivazione delle risorse residue [...]. L'attività creativa,

anche quella piccola, trasformativa di situazioni parziali e quotidiane, sembra prefigurare una compensazione positiva e consensuale contro la minaccia profonda di catastrofe che incombe sull'individuo schizofrenico: minaccia di trovare il mondo privo di significati» (7, p. 55).

Ci si deve ragionevolmente attendere che i pazienti si oppongano al cambiamento, d'altra parte non si può forzare sconsideratamente l'equilibrio patologico. «Il suo stile di vita reclama in modo categorico che egli fallisca per colpa d'altri, che la sua responsabilità personale non sia in causa, od anche che una banalità fatale impedisca il suo trionfo. Nella misura delle proprie possibilità l'individuo contribuisce a mantenere le sue illusioni, e tutta la sua vita è così attraversata dalla corrente che tranquillizza, che narcotizza, che culla l'autovalutazione della *menzogna vitale*. Ogni tentativo terapeutico ed ogni prova malaccorta di mostrare la verità al malato, strappa il paziente dalla culla della sua irresponsabilità e deve tener conto di una resistenza feroce» (2, pp. 210-211).

«L'attività di pensare coerentemente un progetto deve vicariare la frammentazione dello schizofrenico, che non è in grado di fare altrettanto» (10, p. 25). I terapeuti devono allora procedere con cautela per non lasciare il paziente in balia dell'assenza di senso: senza più un senso privato "vicariante" e ancora senza un senso condiviso.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1921), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1976.
4. ADLER, A., ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1982) *Adler e Nijinski, da un incontro: ipotesi sulla schizofrenia con uno scritto inedito di A. Adler "La prefazione al Diario di Vaslav Nijinski"*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BENEDETTI, G. (1991), *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*, Bollati Boringhieri, Torino.

7. FASSINO, S. (1993), Il sentimento di minaccia negli schizofrenici: implicanze per la strategia terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 49-57.
8. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
9. FERRERO, A. (1998), Ermafroditismo psichico, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari adleriani*, Angeli, Milano.
10. FERRERO, A. (2003), "Trattamento psicodinamico adleriano multimodale (APMT) nella presa in carico residenziale dei pazienti psicotici", 9° *Convegno Nazionale SIPI, «Psicologia Individuale e Neuroscienze: nuove frontiere»*, 14 novembre, Milano.
11. LAING, R. D. (1959), *The Divided Self*, tr. it. *L'Io Diviso: studio di psichiatria esistenziale*, Biblioteca Einaudi, Torino 1969.
12. MANCIA, M. (1995), *Percorsi*, Bollati Boringhieri, Torino.
13. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
14. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Torinese, Torino.
15. ROSSI MONTI, M. (1989), *Fisiologia e patologia della scoperta*, in *Rivista di Psicologia*, 1: 85-96.
16. ROSSI MONTI, M. (1991), Il delirio tra scoperta e rivelazione, *Atque: materiali tra filosofia e psicoterapia*, 3: 55-66.
17. ROVERA, G. G. (1996), La Hybris del paziente borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline*, CSE, Torino: 3-26.
18. SCHNEIDER, K., HUBER, G. (1975), Deliri, in *Enciclopedia Medica USES*, Firenze: 2041-2071.
19. SHULMAN, B. H. (1984), *Essays in Schizophrenia*, Adler Institute, Chicago.

Ossola Chiara  
Via Monsignor P. Panzetti, 2  
I-20078 San Colombano al Lambro (MI)