

Attualità del pensiero di Gaetano Benedetti

Maurizio Peciccia, Perugia

Gaetano Benedetti ha posto le pietre miliari della psicoterapia analitica delle psicosi. Il metodo che propone è semplice e nello stesso tempo arduo: essere con i malati nella loro intensa sofferenza psichica e ascoltarli per anni finché, dopo centinaia di ore dedicate alla ricerca di identità sepolte nelle macerie di terremoti che hanno devastato l'anima, si avverte la vita del sofferente scorrere nello scambio affettivo con il terapeuta. Questo può avvenire solo se il terapeuta è pronto a identificarsi, almeno parzialmente, con il paziente pietrificato dal terrore: entrare nel suo mondo paralizzato, muoversi e commuoversi insieme a lui. Benedetti riesce a trasmettere intensamente questo sentimento al lettore attento e sensibile: “i passi più commoventi che ho letto sulla schizofrenia sono stati scritti da Gaetano Benedetti” ricordava nel 1994 Otto Kernberg, discutendo in un congresso internazionale una relazione che presentavo insieme a Benedetti.

Gaetano Benedetti sa entrare come pochi nel deserto della non esistenza trasmettendo l'eco tragico di angosce devastanti: l'essere assenza invasata di nulla, lo sfaldarsi nell'incontro con gli altri, lo sgretolamento del corpo, della pelle, degli organi.

“Sono un automa... Mi guardo allo specchio e non vedo il mio volto... Parlo e non sento la mia voce... Non ci sono... Sono come un'ameba, in cui tutti possono entrare”.

Il riferimento centrale del pensiero di Benedetti è la riflessione sull'assenza dell'identità e delle sue basi corporee. Questo concetto è molto attuale in ambito psicoanalitico, psicopatologico e neurofisiologico, basti pensare alla odierna rilevanza della perdita del sé nucleare, corporeo quale fondamento centrale delle psicosi (Gallese e Sinigaglia 2010, Parnas 2012).

Il paziente ha la sensazione di non esistere perché i confini dell'Io sono profondamente alterati; qui Benedetti si riallaccia a Tausk (1919) e Federn (1929) ma va oltre il concetto di perdita della distinzione tra mondo esterno e mondo interno e coglie un paradosso spesso inosservato: il confine dell'Io nel sofferente psicotico è contemporaneamente troppo labile e troppo marcato.

“Una situazione è quella definita dall’immagine che il confine dell’Io è divenuto eccessivamente trasparente agli stimoli, i quali dal di fuori inondano l’Io e lo dissolvono. L’altra situazione è che il confine dell’Io sia divenuto totalmente opaco al mondo esterno...

... le due situazioni coincidono, coesistono abitualmente nello stesso paziente: il confine è insieme troppo trasparente e troppo opaco; possiede paradossalmente l’una e l’altra qualità assieme” (Benedetti 1980, p. 142).

La conseguenza di questa antinomia è che il paziente non riesce a contattare l’altro perché è contemporaneamente totalmente fuso e radicalmente separato dall’altro.

Questa situazione conduce a un “alternarsi di dissolvente vicinanza e di separazione murata” (Benedetti 1980, p. 143) che si ripete nel transfert e nel controtransfert.

Sin dall’inizio degli anni ’70 Benedetti si era posto domande sui vissuti simultanei di unione e di separazione tra analista e paziente psicotico:

“È possibile essere vicini al paziente, immergersi completamente nella struttura interna della sua sofferenza e, nello stesso tempo, mantenersi a distanza dalla sua esperienza?” (Benedetti 1973, p. 245). Come si può essere in simbiosi con il paziente psicotico e contemporaneamente rimanere separati da lui?

Tali quesiti si ripresenteranno costantemente nel corso dello sviluppo del suo pensiero; alla ricerca delle possibili risposte, il suo impianto teorico si articolerà in modo sempre più definito.

Il modello di sviluppo infantile circolare che Stern elaborò nella metà degli anni ’80 offrì a Gaetano Benedetti e a me (in quel periodo iniziò la nostra pluridecennale collaborazione) una prima chiave per teorizzare l’origine delle contraddittorie modalità relazionali del paziente psicotico che nel rapporto con l’altro oscilla tra identificazioni simbiotiche e chiusure autistiche.

Stern (1985) osservava, attraverso numerose e accurate ricerche sperimentali, che il neonato sin dai primi giorni di vita ha le capacità di differenziarsi dai caregiver e nello stesso tempo di stabilire con essi legami di fusione simbiotica. Queste osservazioni contrastavano con il modello di sviluppo infantile della Mahler (1952) che procedeva linearmente dalla fase autistica, alla simbiosi, alla separazione-individuazione. Lo schema concettuale di Stern era invece circolare, per cui il sé oscillerebbe, sin dai primi giorni di vita, tra stati di contatto fusionale e stati di separazione. Questi stati del sé inizialmente dissociati si sviluppano nel corso di tutta la vita contemporaneamente seguendo linee che pur integrandosi conservano la loro autonomia.

In accordo con questo modello di sviluppo infantile circolare pensammo che la frammentazione e la perdita dell’identità di alcuni pazienti psicotici dipendesse da una scarsa integrazione tra stati del Sé caratterizzati da un

funzionamento simbiotico e stati del Sé che spingono verso la separazione (Benedetti e Peciccia 1994).

Seguendo un criterio psicogenetico, Benedetti denominò insieme a me sé separato lo stato psichico che differenzia il sé dagli oggetti e sé simbiotico lo stato che unisce e fonde il sé agli oggetti (Peciccia e Benedetti 1996). La scissione psicotica tra questi due stati del sé spiegava la paradossale coesistenza di opacità e trasparenza dei confini del sé notata da Benedetti sin dagli anni '70.

La scissione sé separato/sé simbiotico impedisce la sana cooperazione tra funzioni psichiche di unione e separazione e spinge il paziente ad avvicinarsi e ad allontanarsi dagli altri in forma scoordinata e disarmonica. Il paziente dominato dalla simbiosi ha un'identità diffusa e dislocata. Smarrito in un labirinto sconfinato di specchi, sente di esistere a singhiozzi nei gesti e nelle parole altrui. Il prigioniero della simbiosi è come Agilulfo, il cavaliere inesistente di Italo Calvino, condannato ad assumere la forma di ogni essere che incontra.

Il medesimo paziente può trovarsi, in altri momenti, in una situazione opposta. Chiuso nella separazione radicale, innalza tra sé e l'altro mura invalicabili, evita il contatto e fugge la parola. In era pre-neurolettica, questi pazienti potevano rimanere per giorni pietrificati in posture catatoniche abnormi. A volte la carente integrazione simbiosi/separazione provoca nel paziente la paradossale, disarmonica coesistenza di fusione totale con tutto e separazione estrema da ogni cosa e persona.

Anche per Ogden (1992) l'identità del soggetto si costituisce nella tensione dialettica tra i due stati simultanei di unione e separazione. L'autore deriva questo pensiero da un'attenta lettura di tre concetti chiave di Winnicott – la preoccupazione materna primaria, il rispecchiamento materno e la transizionalità – in cui: “Winnicott... coglie qualcosa della esperienza della paradossale simultaneità dell'essere un tutt'uno (“at-onement”) e dell'essere separato” (Ogden 1992, p. 620).

Le teorizzazioni di matrice psicoanalitica sulla integrazione fisiologicamente sana tra stati paradossalmente simultanei di simbiosi e di separazione, di cui con Gaetano Benedetti siamo stati pionieri, sono confrontabili con ipotesi scaturite dalla ricerca neurofisiologica. In particolare Gallese (2003) distingue due tipi di identità: un'identità individuale attraverso cui il soggetto si percepisce delimitato e differenziato dagli altri e un'identità sociale attraverso cui il sé conosce se stesso rispecchiandosi negli altri. L'identità sociale permette di sentirsi parte di una comunità di esseri viventi e il sistema dei neuroni specchio potrebbe essere il suo correlato neurofisiologico. Nelle persone sufficientemente sane identità individuale e identità sociale funzionano in parallelo e sono integrate, nella schizofrenia invece l'identità sociale, collegata al sistema dei neuroni specchio, e l'identità individuale sarebbero deintegrate (Gallese 2003). Questa tesi, è paragonabile a quella della scissione psicotica tra sé

simbiotico e sé separato collegata alla paradossale coesistenza di opacità e trasparenza dei confini del sé.

Le riflessioni di Benedetti sul disturbo dei confini del sé come base corporea del vissuto di non esistenza psicotica sono la premessa per il suo intervento terapeutico. Benedetti entra nel nulla, nel dolore vuoto della non esistenza psicotica per trasformarla con la sua presenza; una delle prime sfide terapeutiche, forse la più importante, è quella di cercare di esistere nella non esistenza del paziente.

Il terapeuta inizialmente non analizza le difese che hanno condotto alla non esistenza ma crea insieme al sofferente le difese contro la non esistenza, difese che il paziente non ha mai potuto costruire. Questa creazione dipende dalla capacità dell'analista d'identificarsi con la catastrofe interiore del paziente, assorbirla e trasformarla attraverso fantasie e sogni terapeutici che conducono le immagini dell'esistenza negativa del paziente verso nuovi orizzonti. La fantasia terapeutica per Benedetti è: "un'attività produttiva della mente dell'analista che tende a portare avanti per via di immagini i messaggi distruttivi del paziente continuamente trasformandoli" (Benedetti 1980, p. 248). Premessa essenziale per la fantasia e per i sogni terapeutici è: "il dolore dell'analista nell'identificazione parziale con la morte del paziente. Il dolore dell'analista fa percepire la morte del paziente come qualcosa che riguarda noi tutti e che solo casualmente è accentrata sul paziente" (ibid. p. 247).

L'assorbimento delle immagini negative e distruttive da parte del terapeuta permette al paziente di entrare in contatto con le parti positive di sé che altrimenti rimarrebbero completamente sepolte nella negatività. L'analista si forma un'immagine virtuale integra del paziente e la proiettata su di lui, come immagine performante.

Tra paziente e analista c'è un continuo scambio di reciproche proiezioni e introiezioni: da queste interazioni nasce, nello spazio psichico condiviso, il "soggetto transizionale".

Attraverso il soggetto transizionale il paziente inizia a esistere: la prima presenza nell'assenza ha per Benedetti una matrice interpersonale.

Il soggetto transizionale è una figura intersoggettiva che si crea nell'inconscio comune della coppia analitica e che: "ha radici contemporaneamente nella persona dell'analista e del paziente e completa la diade analitica con una figura di triangolazione" (Benedetti 1991, p. 209).

Il soggetto transizionale "può essere una proiezione visiva del paziente, una voce allucinata, una produzione del delirio, un'opera artistica ma anche un sogno o una fantasia dell'analista... Il soggetto transizionale, che agisce talora indipendentemente dal terapeuta e dal paziente, è dunque il terzo soggetto accanto al paziente e all'analista" (ibid., pp. 110-111).

La teoria del soggetto transizionale sarà pienamente formulata da Benedetti alla fine degli anni '80 (Benedetti 1988, 1991, 1992; Benedetti e Peciccia 1989). Il concetto di "soggetto transizionale" anticipa di quasi un

decennio una delle nozioni maggiormente citate dalla psicoanalisi contemporanea, quella del “terzo soggetto analitico” che Ogden (1994) inizia a descrivere a partire dalla metà degli anni '90 e che è perfettamente sovrapponibile al soggetto transizionale di Benedetti.

“La situazione analitica così come la concepisco, è composta da tre soggetti che conversano inconsciamente tra loro: il paziente e l'analista come soggetti separati e il “terzo analitico” intersoggettivo... un soggetto in comune costruito, congiuntamente ma asimmetricamente, dalla coppia analitica” (Ogden 2004, p. 863).

“Dal momento che l'esperienza dell'analista del (e nel) terzo analitico è prevalentemente inconscia, egli deve fare uso di metodi indiretti per ottenere un maggiore accesso consapevole a questo aspetto della relazione analitica. L'esplorazione analitica delle sue esperienze di reverie rappresenta uno di questi metodi indiretti” (Ogden 1997, p. 161).

“Fin dall'origine i sogni dell'analista (le sue reverie nella situazione analitica) non sono soltanto dell'analista o del paziente, ma appartengono a un terzo soggetto inconscio, che non è singolarmente né il paziente né l'analista ma entrambe” (Ogden 2004, p. 862).

È interessante notare che sia Benedetti che Ogden enfatizzano il rapporto tra questo terzo inter-soggetto e i processi onirici. Il sogno terapeutico, il sogno gemellare (Benedetti 1991), il sognare sogni non sognati, bloccati (Ogden 2004), sono tipiche attività del soggetto transizionale e del terzo soggetto analitico.

“I sogni terapeutici talora vanno al di là della portata della fantasia in stato di veglia dell'analista e danno con le loro risposte imprevedute la chiave per aprire certi impatti dove tutto sembra precluso” (Benedetti 1980, p. 251).

Benedetti inizia a descrivere, a partire dai primi anni '90, il sogno gemellare e cioè un sogno del soggetto transizionale che affiora alla coscienza del paziente e dell'analista assumendo l'aspetto di due sogni sognati contemporaneamente la stessa notte (Benedetti 1991).

Poiché paziente e analista hanno una diversa consapevolezza ed esperienza del soggetto transizionale, i due sogni sono gemelli non completamente identici, presentano simmetrie ma anche aspetti asimmetrici che differenziano il sogno dell'analista dal sogno del paziente: di solito nel sogno gemellare del terapeuta queste asimmetrie raffigurano possibili alternative ai contenuti angoscianti del paziente (Benedetti 1992).

Il soggetto transizionale di Benedetti, il terzo analitico di Ogden, sono protagonisti del campo condiviso dalla coppia analitica, il paziente assorbe da questo spazio la capacità di sognare e di esistere. La fragile ragnatela del delirio, con cui il paziente cercava di riparare lo strappo tra l'Io e il mondo esterno, diventa nel soggetto transizionale un tessuto più consistente che collega i mondi interni del paziente e dell'analista. I fili che intessono

questo tessuto transizionale sono fatti di reverie analitiche, di sogni condivisi, di immagini e talora di produzioni artistiche.

Nel libro *Alienazione e personazione* possiamo ammirare una serie di dipinti che illustrano in modo impressionante la psicoterapia e la guarigione di una persona sofferente di psicosi. Oggi queste opere d'arte sono esposte permanentemente ad Assisi presso l'Istituto Gaetano Benedetti sede della scuola di psicoterapia psicoanalitica esistenziale co-fondata da Paolo Catanzaro, Simone Donnari, Nicoletta Mariucci, Giuliana Nataloni e me. Benedetti commentava queste opere che la paziente portava in seduta, con associazioni, fantasie, immagini psichiche positivizzate. I dipinti erano la porta d'ingresso per l'inconscio della paziente che Benedetti varcava addentrandosi negli incubi infernali di questa sofferente per dipingere a parole con lei, un nuovo sogno aperto alla relazione e alla trasformazione.

Questo spazio interpersonale dove poter sognare in coppia, creava l'opportunità di liberare la coscienza della paziente dall'invasione del sogno.

Sin dalle origini della psicoanalisi, il processo psicotico è stato paragonato a un sogno che, bloccato nell'inconscio, cerca un luogo esterno – che può essere la propria coscienza, il mondo esterno, o la mente degli altri – dove poter essere sognato nella speranza, spesso vana, di ottenere un'autoguarigione. Questo processo è stato efficacemente sintetizzato da Racamier (1976) con il termine di «dream out». Il lavoro di Benedetti potrebbe definirsi un “dreaming in” e cioè un movimento terapeutico che entra nel delirio, nel sogno del paziente proiettato all'esterno, e lo conduce, attraverso la via della relazione d'amore terapeutico, nel mondo interno.

Fecondato dal nutrimento affettivo dell'incontro, il vuoto del non essere si colma, l'esistenza ritrova il contatto con le proprie radici, si progetta nel futuro e si svela alla storia e al significato profondo del proprio essere nel mondo.