

IX. Il linguaggio e lo schizofrenico<sup>1</sup>  
di W. R. Bion

Introduzione

In questo lavoro illustrerò l'uso del linguaggio da parte del paziente schizofrenico, e il rapporto tra esso e la teoria e pratica della sua psicoanalisi. Devo chiarire, per la miglior comprensione di quanto dico, che anche dove non faccio specifico riconoscimento del fatto, il lavoro di Melanie Klein occupa una posizione centrale nel mio modo di considerare la teoria psicoanalitica della schizofrenia. Presuppongo che la spiegazione di termini come «identificazione proiettiva» e «posizioni paranoide» e «depressiva» sia nota attraverso i lavori di lei.

Freud fece numerosi riferimenti all'applicazione della psicoanalisi alle psicosi; ma, allo scopo di fare un'introduzione al mio lavoro, mi riferirò solo a uno o due di questi. Nel suo lavoro del 1924 su *Nevrosi e psicosi*, egli fornisce una semplice formula per esprimere la differenza genetica forse più importante fra nevrosi e psicosi:

La nevrosi è il risultato di un conflitto fra l'Io ed il suo Es; mentre la psicosi è l'analogo risultato di una simile perturbazione nel rapporto fra l'Io e il suo ambiente (mondo esterno).<sup>2</sup>

Così com'è, tale affermazione sembrerebbe equiparare un conflitto endopsichico a un conflitto fra la personalità e l'ambiente e dar luogo a confusione. Non credo si faccia torto ai concetti freudiani col presumere che essi siano più correttamente rappresentati dai brani in cui la dinamica della nevrosi e della psicosi è inequivocabilmente fondata sul concetto di conflitto endopsichico. Tuttavia la formula di Freud ci aiuta

– mettendo in risalto l'ostilità verso la realtà da parte del paziente psicotico e il conflitto fra lui e il mondo reale – a cogliere un elemento che determina la natura del conflitto endopsichico, e per tale ragione l'ho qui citata al lettore.

Vorrei ora passare ad esaminare alcuni brani del suo lavoro, scritto nel 1911 e intitolato: *Formulazioni concernenti i due principi del funzionamento mentale*.<sup>3</sup> Considererò quella successione di adattamenti, che le nuove esigenze del principio di realtà rendono necessari, nell'apparato psichico, cui, dice Freud, «a causa di una insufficiente o mal-sicura conoscenza, noi possiamo solo accennare assai superficialmente», perché ritengo che certe esperienze che ho avuto modo di fare mi mettano in grado di formulare talune ipotesi su di essi.

Egli dice: «L'accresciuto significato della realtà esterna intensificava anche il significato degli organi sensori rivolti verso quel mondo esterno, e della consapevolezza ad essi inerente; quest'ultima ora imparava a comprendere le qualità di senso in aggiunta alle qualità di piacere e dolore che fin qui erano state le sole ad interessarla.» Sarà una delle mie tesi che il conflitto con la realtà, di cui Freud parla nel primo passo da me citato, porti il paziente psicotico a sviluppi che rendono incerto se egli abbia mai imparato a comprendere le qualità di senso in aggiunta alle qualità di piacere e «dolore». Inoltre io sosterrò che vi è ragione di credere che gli attacchi distruttivi sono stati diretti dal paziente, o dall'Es del paziente, contro gli organi di senso recentemente valorizzati e contro «la coscienza ad essi inerente». Secondo me, ciò che Freud descrive come l'instaurarsi del principio di realtà è un evento che lo psicotico non ha mai attuato in modo soddisfacente e il principale fallimento avviene nel punto che Melanie Klein descrive come il momento di sviluppo della posizione depressiva. Il principio di realtà, se potesse operare, renderebbe l'infante psicotico consapevole del suo rapporto con oggetti interi, e perciò dei sentimenti di depressione e colpa associati con la posizione depressiva. Tuttavia, è questa la fase in cui il paziente compie attacchi distruttivi contro tutti quegli aspetti della sua personalità, del suo Io, che riguardano lo stabilirsi di contatti esterni ed interni. Che cosa sono questi speciali aspetti dell'Io? Freud cita:

I) «attenzione»; II) «notazione», che egli dice essere una parte di ciò che noi chiamiamo memoria; III) «un'imparziale formulazione di giudizio»; IV) una nuova funzione affidata alla scarica motoria, ora connessa con l'azione; V) restrizione dell'azione «mediante il processo del pensiero, che fu sviluppato dall'ideazione». Freud dice:

Il pensiero era dotato di qualità che resero possibile all'apparato mentale di sostenere l'accresciuta tensione durante un ritardo nel processo di scarica. È essenzialmente un modo sperimentale di agire, accompagnato da spostamento di minori quantità di cariche e da un minor dispendio (scarico) di esse.

Io spiegherò perché penso che tutti questi adattamenti speciali, tranne il IV (sul quale avrò qualche cosa da dire in altro contesto), siano in realtà aspetti dell'instaurarsi del pensiero verbale; e inoltre, che questo sviluppo sia un aspetto delle forze sintetizzanti ed integranti che Melanie Klein ha descritto come caratteristiche della posizione depressiva. Spero anche di mostrare che considero i disturbi nello sviluppo del pensiero verbale come un importante aspetto delle psicosi, e soprattutto, ma non esclusivamente, della schizofrenia, benché non vorrei far supporre che ignori la peculiarità delle relazioni oggettuali da parte dello schizofrenico, il cui pensiero verbale, nonostante tutta la sua importanza, non è che una funzione subordinata. Posso far ciò nel miglior modo con una citazione da un lavoro cui avrò occasione di riferirmi più tardi – quello di Freud sull'inconscio, del 1911.<sup>4</sup> Nel discutere uno dei casi che io cito, egli dice: «L'analisi mostra ch'egli sta attuando il complesso di castrazione sulla sua stessa pelle.» Io sosterrò, mettendo in rapporto le mie esperienze con la formula di Freud, secondo la quale nella psicosi il conflitto è fra l'Io e l'ambiente, che questo modo di considerare il suo paziente sarebbe ancora più fecondo se supponessimo che le castrazioni dello psicotico sono attuate sulla sua pelle psichica, cioè sull'Io; ancor più precisamente: la castrazione dell'Io è identica agli attacchi distruttivi su (I) la coscienza connessa con gli organi di senso; (II) l'attenzione – la funzione che Freud dice essere instaurata per indagare il mondo esterno; (III) il sistema di notazione da lui descritto come una parte della memoria; (IV) la formulazione di giudizio che si sviluppò per sostituire la repressione; e infine (V), sul pen-

siero in quanto modo di sostenere l'accresciuta tensione prodotta dal freno imposto alla scarica motoria. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, vorrei aggiungere che il pensiero verbale è la caratteristica essenziale delle cinque funzioni dell'Io e che gli attacchi distruttivi al pensiero verbale o ai suoi rudimenti sono inevitabilmente un attacco a tutto.

Per passare ora alla natura di questi attacchi, dirò che essi sono tutti esempi veri dei meccanismi descritti da Melanie Klein nella sua discussione sulle posizioni paranoide e depressiva e soprattutto sull'identificazione proiettiva. Nel suo lavoro *The Importance of Symbol-formation in the Development of the Ego* (1930),<sup>5</sup> ella descrive le fantasie del bambino sul contenuto del corpo della madre e il sadismo con cui il bambino compie i suoi attacchi su questo supposto contenuto. Io credo che lo stesso sadismo orale, uretrale, anale e muscolare che ella descrive come tipico dell'attacco al corpo della madre e ai genitori sessuali, è in azione contro l'Io. La «castrazione» dell'Io, allora, si manifesta in attacchi estremamente sadici contro: (I) la consapevolezza connessa con gli organi di senso; (II) l'attenzione; (III) il sistema di notazione; (IV) la formulazione di giudizio; (V) la capacità di sopportare la frustrazione della scarica motoria, e perciò l'intero sviluppo del pensiero verbale di cui tutti questi, e non solo l'ultimo, come invece afferma Freud, sono aspetti particolari. Preminente fra i metodi con cui vengono effettuati gli attacchi sadici sul pensiero verbale è la scissione che Freud e altri hanno così spesso descritto. Ma il fatto è che la scissione del pensiero verbale viene esercitata crudelmente, e i tentativi di sintesi che, negli psicotici come negli altri, sono tipici della posizione depressiva, vengono frustrati perché le parti scisse sono riunite violentemente.

Spero di poter anche mostrare che il meccanismo di scissione è messo in azione per alimentare l'avidità del paziente, e perciò non è soltanto una sfortunata catastrofe, analoga a quella che avviene quando l'Io del paziente è scisso in pezzi in conseguenza della sua determinazione di scindere i propri oggetti; esso è il risultato di una determinazione che può essere espressa verbalmente come l'intenzione di essere

il maggior numero possibile di persone, in modo da trovarsi in quanti piú luoghi è possibile, cosí da ottenere quanto piú possibile, per quanto piú tempo è possibile, in pratica, interminabilmente.

Il materiale è tratto dall'analisi di sei pazienti; due erano tossicomaniani, uno era affetto da stato di ansia ossessiva con caratteristiche schizoidi, e gli altri tre, schizofrenici e affetti da allucinazioni assai evidenti durante un periodo di analisi di quattro-cinque anni. Di questi tre, due mostravano spiccate caratteristiche paranoide, e l'altro, una depressione.

Tranne una sola eccezione, non mi discostai mai consapevolmente dal procedimento psicoanalitico che adopero di solito con i nevrotici, essendo sempre attento a cogliere sia gli aspetti positivi che quelli negativi del transfert. Per un breve periodo dovetti visitare un paziente in ospedale, in tutti gli altri casi erano loro a venire da me, talvolta con l'assistenza di un infermiere. Chiarirò l'eccezione accostandomi al tema principale del mio lavoro. Questo, come ho accennato, è la teoria della schizofrenia come appare quando ci si avvicina ad essa attraverso l'analisi delle difficoltà che accompagnano le comunicazioni fra il paziente schizoide e l'analista. Per lo piú la discussione si concentra sugli stadi rudimentali di quello che io, in mancanza di un termine migliore, ho chiamato pensiero verbale. Ma, prima che nell'analisi si giunga a tale stadio, bisogna svolgere molto lavoro, e appunto nel corso di tale lavoro io compio delle interpretazioni che la maggior parte degli analisti criticherà come eccezioni al normale procedimento analitico, e che perciò comportano un esame minuzioso.

L'analista che tenta, nel nostro attuale stato d'ignoranza, il trattamento di tali pazienti, dev'essere preparato a scoprire che per gran parte del tempo di osservazione analitica le uniche prove su cui può fondarsi un'interpretazione sono quelle prodotte dal controtransfert. Ciò che questo significa in pratica cercherò d'indicare con la descrizione parziale di una di tali sedute; ecco come si svolse. Il paziente era stato disteso sul lettino, silenzioso, per circa venti minuti. Durante questo tempo, io mi ero reso conto di un crescente senso di ansietà e tensione, che associai con fatti relativi al paziente a me già noti attraverso il lavoro svolto con lui nei sei mesi in cui mi aveva frequentato.

Mentre il silenzio continuava, cominciai a temere che il paziente stesse meditando un'aggressione fisica contro di me, sebbene non potessi scorgere alcun cambiamento esterno nel suo contegno. A mano a mano che la tensione cresceva, mi sentivo sempre piú certo di non sbagliare. Allora e solo allora, gli dissi: «Voi avete riversato in me la vostra paura di assassinarvi.» Non vi fu alcun mutamento nella posizione del paziente, ma io notai che egli strinse i pugni finché la pelle sulle nocche divenne bianca. Egli non ruppe il silenzio. Nello stesso tempo, sentii che la tensione nella stanza, presumibilmente nel rapporto tra lui e me, era scemata. Gli dissi: «Quando vi parlai, voi ritraeste in voi la vostra paura di assassinarvi; ora avete paura di compiere su di me un attacco micidiale.» Seguii lo stesso metodo per l'intera seduta, aspettando che le impressioni si ammucciassero finché sentivo di essere in grado di compiere la mia interpretazione. Si noterà che questa dipende dall'uso della teoria di Melanie Klein dell'identificazione proiettiva, prima per illuminare il mio controtransfert, e poi per formulare l'interpretazione che do al paziente.

Questo modo di procedere incontra gravi obiezioni teoriche, e ritengo che esse vadano affrontate. Non occorre ch'io ricordi qui il dibattito che ancora si svolge sulle teorie di Melanie Klein, ma vorrei ulteriormente chiarire l'uso che faccio del controtransfert.

L'obiezione che io proietto i miei conflitti e fantasie sul paziente non può e non dovrebbe essere facilmente respinta. La difesa deve trovarsi nell'evidenza della situazione analitica, soprattutto in questo: nello stato attuale della conoscenza psicoanalitica, l'analista non può fare assegnamento su di un complesso di conoscenze ben accertate. Inoltre, egli deve presumere che la sua analisi sia andata abbastanza avanti, sí da rendere improbabile una disastrosa interpretazione sbagliata. Infine, alcuni segni fanno ritenere, con l'accumularsi dell'esperienza, che sia possibile scoprire e presentare fatti che esistono, ma che, attualmente, eludono l'acume clinico; essi divengono palesi in un secondo tempo, mercé la pressione che esercitano per produrre ciò che ora riconosciamo come controtransfert. Non vorrei si pensasse che io sostengo quest'uso del controtransfert come una soluzione finale; esso è

piuttosto un espediente al quale dobbiamo ricorrere finché non ci si presenti qualche cosa di meglio.

Entro un certo limite, e per ragioni che addurrò più avanti, bisogna accettare il fatto che il paziente psicotico si comporta secondo l'«act out»,<sup>6</sup> ma non ho alcun dubbio che l'analista dovrebbe sempre insistere, secondo il metodo con cui tratta il caso, sul fatto che egli si sta rivolgendo a una persona sana di mente e che ha il diritto di attendersi qualche reazione sana. Questo punto è importante perché, come mostrerò più tardi, i pazienti sogliono usare il meccanismo di identificazione proiettiva per liberarsi della propria «sanità». Se l'analista mostra, con la sua condotta, di avallare la liceità di questo fatto, si apre la via a una regressione totale e, secondo la mia esperienza, se al paziente si concede di far ciò anche una sola volta, occorrerà poi molto lavoro per recuperare la posizione perduta. A questo proposito io sono affatto d'accordo con Maurits Katan sull'importanza della parte non psicotica della personalità nella schizofrenia.<sup>7</sup>

Posso addurre due ragioni per sperare che il procedimento che ho delineato sia giusto. La prima è che esiste una difesa costituita dalla prontezza del paziente psicotico nell'indicare quando egli pensa d'esser vittima delle proiezioni dell'analista. Il suo giudizio non prova che la proiezione stia realmente avvenendo, ma merita attenzione. La seconda è che il procedimento funziona.

### *Il linguaggio schizofrenico*

Il linguaggio è adoperato dallo schizofrenico in tre modi: come un modo di azione, come un metodo di comunicazione e come un modo di pensiero. Egli suol mostrare una preferenza per l'azione in occasioni in cui altri pazienti si accorgerebbero che ciò che si richiedeva era il pensiero; ad esempio, egli andrà al pianoforte per toglierne la parte meccanica allo scopo di capire perché qualcuno sta suonando. Viceversa, se ha un problema, la cui soluzione dipende dall'azione (come quando, trovandosi in un luogo, dovrebbe essere in un altro), egli

ricorrerà al pensiero – pensiero onnipotente – in quanto mezzo di trasporto. Per ora io voglio considerare soltanto l'uso che lo schizofrenico fa di esso in quanto modo di azione al servizio dell'identificazione proiettiva o della scissione dell'oggetto. Si noterà che questo non è che un aspetto dei rapporti schizofrenici con l'oggetto, in cui egli o sta scindendo i suoi oggetti o vi sta entrando e ne sta uscendo. Il primo di questi usi è al servizio dell'identificazione proiettiva. In esso, il paziente usa le parole come cose, o come parti scisse di se stesso, che egli spinge a forza nell'analista. Tipico esempio di questa situazione è la convinzione di un paziente che, all'inizio di ogni seduta sentiva di entrare in me e alla fine di ogni seduta doveva essere «estratto».

Il linguaggio viene usato altresì come un mezzo d'azione per la scissione dell'oggetto. Ciò è evidente quando l'analista viene identificato con i persecutori interni, ma viene usato anche in altre occasioni. Ecco due esempi di tale impiego del linguaggio: il paziente entra nella stanza, mi stringe con calore la mano e, guardandomi negli occhi in modo penetrante, mi dice: «Penso che le sedute non durino a lungo, ma mi impediscono sempre di andar fuori.» Io so, in base alla precedente esperienza, che questo paziente si lagna perché le sedute sono troppo poche e ostacolano il suo tempo libero. Egli intende scindermi facendomi dare due interpretazioni opposte nello stesso tempo, e ciò viene confermato dalla sua successiva associazione, quando dice: «Come fa l'ascensore a sapere quel che deve fare, quando io premo due bottoni contemporaneamente?»

Il mio secondo esempio ha diverse implicazioni, che non posso qui riferire, a causa dei suoi rapporti con l'insonnia. La tecnica è fondata sulla combinazione di due elementi incompatibili, come segue: il paziente parla studiamente in modo sonnolento, per far addormentare l'analista, e nello stesso tempo ne stimola la curiosità. L'intenzione è anche qui quella di scindere l'analista, al quale non è concesso né di andare a dormire né di stare sveglio.

Si noterà più oltre un terzo esempio di scissione, quando descriverò un paziente che scinde persino la parola dell'analista.

Prima di considerare le difficoltà dello schizofrenico circa il linguaggio

in quanto modo di pensiero, desidero passare, per un momento, a una discussione di semantica. Io penso che le difficoltà del nostro lavoro analitico vengano esagerate da una inadeguata teoria semantica, e in particolare dall'uso della teoria agostiniana come se fosse valida per l'intero campo. Wittgenstein<sup>8</sup> ha deprecato questo punto di vista e mi sembra ch'egli prospetti una teoria più ampia e insieme più realistica. Nel linguaggio ordinario, il significato di ogni parola, e ancor più quello della somma totale di quanto un uomo dice, dipende dalla sintesi di una varietà complessa di elementi; i suoni devono esser combinati per formare le parole, e le parole, le frasi. La cultura e la personalità di colui al quale l'osservazione è rivolta sono anche rapidamente valutate e integrate con altri elementi nella mente di colui che parla. Bisogna usare l'intonazione e la pronuncia giusta, e così via. Come mostrerò più avanti, un linguaggio di conversazione abbastanza corretto può esser trattato dall'ascoltatore in modo tale che il suo significato venga distrutto. Reciprocamente, chi parla può essere così incapace di sintesi o mostrare tale aberrazione nei suoi modi d'integrazione che un certo lavoro dev'esser compiuto meramente per valutare che cosa è accaduto alla comunicazione verbale, e a maggior ragione per afferrarne il significato. Spero di chiarire questi punti mediante esempi clinici reali, che citerò nello sviluppo del mio tema.

Per passare ora alle difficoltà dello schizofrenico nei confronti del linguaggio in quanto modo di pensiero, ecco qui una serie di associazioni, ottenute tutte in una sola seduta, ma separate fra loro da intervalli di 4 o 5 minuti:

«Ho un problema che sto cercando di risolvere.»

«Da bambino non ebbi mai fantasie.»

«Sapevo che non erano fatti reali, e perciò li troncai.»

«Oggiogiorno io non sogno.»

Poi, dopo una pausa, il paziente continua con voce confusa: «Non so che fare, ora.» Gli dico: «Circa un anno fa, mi diceste di non esser capace di pensare. Or ora mi avete invece detto che stavate risolvendo un problema: ovviamente, qualche cosa a cui stavate pensando.»

Paziente: «Sì.»

*Analista:* «Ma avete continuato esprimendo il pensiero che, nell'infanzia, non avevate fantasie; poi, che non sognavate; poi diceste di non sapere che cosa fare. Ciò deve significare che senza fantasia e senza sogni voi non avete i mezzi con cui affrontare il vostro problema.» Il paziente è d'accordo e comincia a parlare con notevole libertà e coerenza. Il riferimento all'inibizione di fantasia in quanto grave incapacità che ostacola lo sviluppo rafforza le osservazioni di Melanie Klein nel suo lavoro *The Theory of Intellectual Inhibition*.

La grave scissione dello schizofrenico gli rende difficile di conquistare l'uso di simboli e susseguentemente di sostantivi e verbi. È necessario spiegargli queste difficoltà, via via che sorgono; ne darò un breve esempio. La capacità di formare simboli dipende:

I) dall'abilità di afferrare oggetti interi;

II) dall'abbandono della posizione schizoparanoide con la connessa scissione, e

III) dal riunire le parti scisse e dall'instaurarsi della posizione depressiva.

Giacché il pensiero verbale dipende dalla capacità d'integrazione, non è cosa sorprendente trovare che il suo affiorare è intimamente associato con la posizione depressiva la quale, come ha sottolineato Melanie Klein, è una fase di sintesi attiva e integrazione. Il pensiero verbale affina la consapevolezza della realtà psichica e perciò della depressione che è connessa con la distruzione e perdita di oggetti buoni. La presenza di persecutori interni, essendo un altro aspetto della realtà psichica, è anch'essa più riconoscibile inconsciamente.

Il paziente sente che l'associazione fra la posizione depressiva e il pensiero verbale è una connessione di causa ed effetto – in se stessa una fede fondata sulla sua capacità di integrare – e ciò aggiunge ancora un motivo ai molti del suo odio, già palese, verso l'analisi, la quale, dopo tutto, è un trattamento che impiega il pensiero verbale nella soluzione dei problemi mentali. Il paziente, a questo stadio, teme l'analista, anche se, magari, ammette di sentirsi meglio, ma – e qui è il nocciolo del nostro problema – egli dimostra, chiaramente, di non voler aver nulla a che fare con la sua embrionale capacità di pensiero verbale.

Egli ritiene che sia meglio affidarlo all'analista; o, come penso sia piú corretto dire, l'analista è sentito piú capace di lui di accoglierlo dentro di sé senza disastrose conseguenze. Il paziente sembra, nonostante tutto il lavoro compiuto, sia tornato all'uso del linguaggio che ho descritto come caratteristico dello schizofrenico prima dell'analisi. Egli ha maggior capacità verbale, ma preferisce servirsene come faceva quando essa era scarsa.

### *Sviluppo della capacità di pensiero verbale*

Per spiegare perché il paziente è così avaro nell'usare la sua accresciuta capacità, devo narrare un'esperienza che sembra avere un significato particolare. Un paziente mi disse: «Io sono un prigioniero della psicoanalisi.» Piú tardi, durante la seduta, aggiunse: «Non posso sfuggire.» Alcuni mesi dopo, egli disse: «Non posso uscire dal mio stato.» Una massa di materiale, che la mia citazione deve purtroppo tralasciare, si era accumulata in un periodo di tre anni per dare l'impressione che il paziente non si sentiva in grado di fuggire dalla prigione che talvolta gli sembrava rappresentata da me, a volte dalla psicoanalisi, a volte dal suo stato psichico, che era una continua lotta con i propri oggetti interni.

Il problema al quale mi sto dedicando può esser meglio compreso se lo si inquadra nella fase in cui il malato sentiva di aver effettuato la sua fuga. Questa sembrava contribuire alla convinzione del paziente – che egli talvolta riferiva – di star meglio; ma gli era costata cara. Un giorno disse: «Ho perduto le mie parole», e con ciò intendeva (come l'ulteriore analisi rivelò) che lo strumento con cui aveva compiuto la sua fuga si era perduto nell'atto stesso della fuga. Le parole, la capacità di pensiero verbale, l'unica essenziale per un ulteriore progresso, erano scomparse. Procedendo, si vedeva che egli considerava la situazione difficile cui era giunto come una penalità per aver falsificato quello strumento di pensiero verbale ed averlo usato per evadere dal suo precedente stato psichico; donde la sua renitenza, di cui parlai, a usare la sua migliorata capacità verbale se non che come modo d'azione.

Ecco l'esempio che promisi quando parlavo della difficoltà che la scissione schizofrenica causava nella formazione di simboli e nello sviluppo del pensiero verbale. Il paziente era uno schizofrenico, tenuto in analisi per 5 anni; riferisco qui alcuni punti essenziali di due sedute. Devo avvertire che la scarsità di spazio mi ha costretto a tralasciare molte ripetizioni di frasi, che in realtà avrebbero attenuato l'audacia delle interpretazioni che qui riporto. Sono d'avviso che l'interpretazione dovrebbe avvenire in un linguaggio semplice, esatto e maturo.

*Paziente:* «Io ho staccato un minuzzolo di pelle dal mio viso e mi sento proprio vuoto.»

*Analista:* «Il minuzzolo di pelle è il vostro pene, che voi avete strappato, e tutte le vostre viscere sono venute via con esso.»

*Paziente:* «Non comprendo... pene... solo sillabe.»

*Analista:* «Voi avete scisso la mia parola "pene" in sillabe, e ora essa non ha significato.»

*Paziente:* «Non so che cosa significhi, ma voglio dire: "Se non posso ripetere lettera per lettera le parole, non posso pensare."»

*Analista:* «Le sillabe sono state ora scisse in lettere; voi non potete ripetere lettera per lettera le parole, vale a dire, non potete rimettere insieme le lettere per formare parole, e così ora non potete pensare.»

Il paziente cominciò la seduta del giorno successivo con associazioni sconnesse e si lamentò di non poter pensare. Io gli rammentai la seduta che ho testé descritto, al che egli riprese il linguaggio corretto così:

*Paziente:* «Non posso trovare alcun cibo appetitoso.»

*Analista:* «Voi sentite che è stato mangiato tutto.»

*Paziente:* «Non mi sento in grado di comprare nuovi abiti, e i miei calzini sono una massa di buchi.»

*Analista:* «Ieri, strappando via il minuzzolo di pelle, danneggiaste voi stesso così malamente che non potete neppure comprare abiti; siete vuoto e non avete nulla per comprarli.»

*Paziente:* «Sebbene siano pieni di buchi, essi stringono il mio piede.»

*Analista:* «Non solo strappaste il vostro pene, ma anche il mio. Perciò oggi non c'è alcun cibo appetitoso, solo un buco, un calzino. Ma anche questo calzino è costituito da una massa di buchi, fatti tutti da

voi, che si sono uniti insieme per stringere, o ingoiare e danneggiare il vostro piede.»

Questa seduta e le successive confermarono ch'egli sentiva di aver mangiato il pene e che perciò non era rimasto alcun cibo interessante, ma solo un buco. Ma questo buco era, ora, così persecutorio che egli doveva scinderlo. Come risultato della scissione, quel buco divenne una massa di buchi, che si univano tutti insieme, in modo persecutorio, a stringere il suo piede. L'abitudine di questo paziente, di pizzicarsi la pelle, era stata discussa per circa tre anni. Dapprima egli si era occupato solo dei comedoni, e io citerò dalla descrizione fatta da Freud di tre casi, uno osservato da lui stesso, uno dal dr. Tausk ed uno da R. Reitler, che presentano qualche somiglianza con quello del mio paziente. Sono tratti dal suo lavoro su *L'inconscio*, del 1915.<sup>9</sup>

Di questo paziente, Freud scrive:

Ha lasciato che il suo Io si ritraesse da tutti gli interessi della vita, a causa di una malattia epidemica al viso. Egli dichiara di avere dei comedoni e che sul suo volto vi sono profondi buchi che tutti notano.

Freud dice che il paziente stava sviluppando il suo complesso di castrazione sulla sua pelle e cominciava a pensare vi fosse una profonda cavità in qualunque posto fosse sparito un comedone. Scrive ancora:

La cavità che allora appare in conseguenza del suo atto colpevole è il genitale femminile, cioè, rappresenta l'attuazione della minaccia di castrazione (o della fantasia che la rappresenta) evocata dall'onanismo.

Freud paragona tali formazioni sostitutive con quelle dell'isterico, dicendo:

Un forellino come un poro della pelle sarà difficilmente usato da un isterico come simbolo della vagina, che per il resto egli paragonerà con ogni oggetto immaginabile capace di includere in sé uno spazio. Inoltre, noi penseremo che la molteplicità di queste piccole cavità gli impedisca di usarle come sostituto del genitale femminile.

Del caso di Tausk Freud scrive:

Nel tirare su le calze egli era turbato all'idea che dovesse allargare tutti i punti lavorati a maglia, cioè i buchi, ed ogni buco era per lui un simbolo dell'apertura genitale femminile.

Citando il caso di Reitler, dice che il paziente «capì perché il suo piede simboleggiasse il pene; mettere il calzino rappresentava un atto onanistico...».

Tornerò ora al mio paziente, e tratterò di una seduta svoltasi 10 giorni dopo. Una lacrima sgorgò dai suoi occhi, ed egli disse con un misto di disperazione e di rimprovero: «Ora mi scendono le lacrime dalle orecchie.»

Questo tipo di associazione mi era divenuta familiare, e così mi resi conto che mi si presentava un problema di interpretazione. Ma ormai questo paziente, che era stato psicoanalizzato per circa sei anni, era capace di un discreto grado di identificazione con l'analista e io avevo il suo aiuto. Non tenterò una descrizione degli stadi attraverso i quali si giunse alle conclusioni che vi presento. I progressi furono laboriosi e lenti, benché potessimo fondarci sui risultati di sei anni di analisi.

Capii che egli deplorava un errore che sembrava confermare il suo sospetto che la sua capacità di comunicazione verbale fosse menomata. Sembrava che la sua frase non fosse che un altro esempio di incapacità di mettere insieme appropriatamente le parole.

Dopo che ciò fu discusso, si vide che le lacrime erano cose molto cattive, che egli faceva ben poca differenza tra le lacrime che gli sgorgavano dalle orecchie e il sudore che sgorgava dai fori della sua pelle quando aveva rimosso dalla pelle, come supponeva, dei comedoni o altri simili oggetti. Si vide che il suo modo di sentire in merito alle lacrime delle sue orecchie era simile a quello riguardante l'urina che veniva fuori dal buco che rimane in una persona quando le si strappa il pene: la cattiva urina sgorgava ancora.

Quando mi disse che non poteva ascoltare molto bene, io approfittai della sua osservazione per ricordargli che in ogni caso noi avevamo bisogno di sapere perché la sua mente fosse piena di tali pensieri, in quel momento, ed espressi l'ipotesi che probabilmente il suo udito era, secondo lui, difettoso perché le mie parole venivano sommerse dalle lacrime versate dalle sue orecchie.

Quando emerse la dichiarazione che non poteva neppure parlare

molto bene, io gli dissi che ciò avveniva perché sentiva che gli avevano strappato la lingua ed era stato lasciato solo con un orecchio.

Seguí poi quella che sembrò essere una serie completamente caotica di parole e rumori. Io interpretai così: ormai egli sentiva di avere una lingua, ma che questa era realmente cattiva proprio come il suo orecchio; – essa versava fuori semplicemente un flusso di linguaggio distrutto. In breve fu chiaro che, nonostante i suoi desideri e i miei, noi non potevamo – o egli sentiva che non potevamo – comunicare. Io dissi che egli sentiva d'avere nel suo interno un oggetto molto cattivo e ostile che stava compiendo contro i nostri rapporti verbali un genere di attacco distruttivo ben poco differente da quello che aveva una volta sentito di lanciare contro i rapporti, sia sessuali sia verbali, dei genitori.

Dapprima sembrò avvertire molto acutamente i difetti nella sua capacità di comunicazione o di pensiero, e vi furono parecchie incertezze nella pronuncia della parola *tears* (lacrime) (*teers* o *tares*), il risalto maggiore essendo dato all'incapacità di mettere insieme gli oggetti, le parole, o una parola più la pronuncia, se non violentemente. Ma ad un certo punto egli parve consapevole del fatto che la sua associazione era stata il punto di partenza per un'ampia discussione. Poi mormorò: «Molte persone.» Nell'interpretare questo, apparve che egli era passato dall'idea che gli attacchi ai quali la nostra conversazione era assoggettata stessero distruggendo irreparabilmente la sua capacità verbale, all'idea che la sua comunicazione verbale fosse estremamente avida. Tale avidità era soddisfatta dal suo scindere se stesso in così numerose persone che egli poteva essere contemporaneamente in molti luoghi diversi per udire le molte e diverse interpretazioni che io, pure scisso in «molte persone», ero ora in grado di dare simultaneamente, invece che una per volta. Pertanto, la sua avidità e gli attacchi contro la comunicazione verbale compiuti da persecutori interni erano connessi tra loro.

La convinzione di questo paziente che la scissione avesse distrutto la sua capacità di pensare era tanto più seria per lui in quanto egli non sentiva più che l'azione forniva una soluzione per il tipo di problema con cui stava lottando. Tale stato fu equiparato dal paziente con la «pazzia».

Il malato crede di aver perduto la sua capacità di pensiero verbale perché l'ha lasciata dentro il suo precedente stato psichico, o dentro l'analista o dentro la psicoanalisi. Egli crede inoltre che la sua capacità di pensiero verbale gli sia stata sottratta dall'analista, che è diventato una persona spaventosa. Entrambe queste convinzioni fanno insorgere ansie caratteristiche. La convinzione di aver lasciato tale capacità di pensiero verbale in qualche luogo ha, come abbiamo visto, contribuito a far sentire al paziente ch'egli è pazzo. Egli pensa che non sarà mai capace di progredire, a meno che non torni indietro, per così dire, nel suo precedente stato psichico per ritrovare la capacità smarrita. Ma non osa far ciò, perché teme il suo precedente stato psichico e paventa che sarebbe ancora una volta imprigionato in esso. La convinzione che l'analista gli abbia sottratto la sua capacità di pensiero verbale rende il paziente timoroso di usare quella che ha ritrovato, in quanto essa potrebbe far sorgere l'odio dell'analista e fargli ripetere l'attacco. Così egli mostra verso il pensiero verbale lo stesso atteggiamento che mantiene verso le sue capacità e doti per il lavoro e l'amore. Dal punto di vista del paziente la conquista del pensiero verbale è stato un evento molto infausto. Il pensiero verbale è così connesso con la catastrofe e il sentimento della depressione, che il paziente, ricorrendo all'identificazione proiettiva, lo scinde e lo spinge nell'analista. I risultati sono di nuovo negativi per il paziente: ora egli avverte che la mancanza di questa capacità è tutt'uno con l'essere pazzo. D'altro canto, la riassunzione di tale capacità gli sembra inseparabile dalla depressione e dalla consapevolezza – su un piano di realtà, questa volta, – ch'egli è «pazzo». Questo fatto tende a dare realtà alle fantasie del paziente circa i catastrofici risultati che gli deriverebbero se egli avesse rischiato la reintroiezione della sua capacità di pensiero verbale.

Non bisogna supporre che il paziente, durante questa fase, lasci intatti i suoi problemi. Ogni tanto egli dà all'analista concrete e precise informazioni su di essi. Il problema, per l'analista, è la paura del paziente – ora del tutto manifesta – di tentare una comprensione psicoanalitica di che cosa essi significhino per lui, anche perché ora il paziente

comprende che la psicoanalisi richiede da lui proprio quel pensiero verbale ch'egli teme.

Fin qui ho esaminato il problema della comunicazione fra l'analista e il paziente schizofrenico. Considererò ora l'esperienza che il paziente compie quando attraversa la fase in cui consegue una padronanza di linguaggio sufficiente per emergere dalla «prigione della psicoanalisi» o dallo stato psichico in cui precedentemente si sentiva rinchiuso senza speranza. Il paziente è, in apparenza, inconsapevole di qualunque esistenza all'esterno della stanza delle sedute; egli non parla di alcuna attività esterna. C'è semplicemente un'esistenza, lontano dall'analista, di cui nulla è noto tranne il fatto che il paziente stia «bene» o «meglio», e un rapporto con l'analista che il paziente dice esser cattivo. Gli intervalli fra le sedute sono ammessi e temuti. Il paziente si lamenta di essere pazzo, esprime la sua paura delle allucinazioni e dei deliri, ed è estremamente cauto nel suo comportamento per il timore di diventare pazzo.

Lo sperimentare le emozioni che appartengono a questa fase porta a un mutamento, a una più alta valutazione dell'oggetto esterno a spese dell'oggetto interno allucinato. Ciò dipende dall'analisi delle allucinazioni del paziente e della sua insistenza nell'assegnare agli oggetti reali una funzione subordinata. Se ciò è stato fatto, l'analista vede davanti a sé l'Io e dei rapporti oggettuali più normali in via di sviluppo. Io presuppongo che vi sia stata un'adeguata elaborazione dei processi di scissione e della sottostante ansia persecutoria oltre che della reintegrazione. Herbert Rosenfeld ha descritto alcuni pericoli di questa fase.<sup>10</sup> La mia esperienza conferma le sue scoperte. Ho osservato il progresso da molteplici scissioni a quattro, e da quattro a due, e la grande ansia che si sviluppa man mano che l'integrazione procede, con la tendenza a ritornare alla disintegrazione violenta. Ciò è dovuto all'intolleranza della posizione depressiva, dei persecutori interni, e del pensiero verbale. Se la scissione è stata adeguatamente analizzata, la tendenza a scindere l'oggetto e l'Io nello stesso tempo è mantenuta entro certi limiti. Ogni seduta è allora un passo avanti nello sviluppo dell'Io.

### *Consapevolezza della propria malattia mentale*

Il pericolo del tentare una chiarificazione della complessità della relazione del paziente schizofrenico con i suoi oggetti sta nel fatto che se il tentativo è coronato da successo, esso trae in inganno. Vorrei ristabilire l'equilibrio appressandomi ai fatti che ho descritto da un diverso angolo visuale. Riprenderò la storia nel punto in cui le parti scisse vengono messe insieme, il paziente evade dalla prigione del suo stato psichico e viene introdotta la posizione depressiva. Mi piacerebbe soprattutto attirare l'attenzione su questa concatenazione di eventi quando è soffusa dalla illuminazione ottenuta attraverso lo sviluppo di una capacità di pensiero verbale. Ho chiarito che questo è un punto molto importante nell'intera analisi e posso quindi aver dato l'impressione che, conseguentemente, l'analisi entri in acque tranquille. Ciò che accade, se l'analista ha avuto successo, è uno scompenso schizofrenico controllato, e con esso il paziente dirige violenti sentimenti d'odio verso l'analista. Se si è avuto cura, durante tutta l'analisi, di affrontare il transfert, negativo oltre che positivo, io sono indotto a pensare che il paziente non compirà un reale attacco omicida sull'analista – sebbene sia meglio non fidarsi – ma si contenterà di dire, con intensa convinzione e odio, che l'analista non soltanto lo ha portato a capire che soffre di allucinazioni e di deliri, ma è responsabile di averlo condotto a tale difficile situazione.

Finché non ne sapremo di più circa il trattamento di questi casi, è del tutto probabile che il paziente, se già non è in ospedale, debba andarci subito. L'analista deve aspettarsi che l'interesse per il benessere del paziente faccia intervenire la famiglia. Egli dovrebbe opporsi ad ogni proposta di trattamento chirurgico o di shockterapia e concentrare tutti i suoi sforzi nel non concedere al paziente di abbandonare la sua scoperta di essere malato o il suo odio per il terapeuta che è riuscito, dopo tanti anni, a condurlo a una consapevolezza emotiva dei fatti ch'egli ha cercato di evitare per tutta la vita. Questo può essere tanto più difficile in quanto, allorché il primo panico comincia a decrescere, il paziente stesso dice di star meglio. Si deve dare a questo fatto

il debito peso, ma bisogna aver cura di evitare che il malato se ne serva per ritardare l'investigazione particolareggiata delle ramificazioni, nella situazione analitica, dei cambiamenti causati, nei rapporti oggettivi del paziente, dalla consapevolezza ch'egli stesso ha della propria malattia mentale.

### *Alcuni sviluppi successivi*

Vorrei ora dare qualche idea di una seduta avvenuta quando questa fase era ben chiara e il paziente aveva accettato sia la sua malattia sia la necessità del lavoro analitico a lui richiesto. Gli esempi che qui reco sono tipici delle sedute che ho descritto come «passi nello sviluppo dell'Io». Il primo è quello di un paziente il cui problema psicologico può essere sintetizzato come una ribellione durata tutta la vita contro la depressione cui era costretto a tenersi attaccato, con tenacia estrema, per la paura della «schizofrenia catatonica» (sono parole sue) che avrebbe preso il suo posto se egli l'avesse abbandonata. La seduta ebbe luogo circa quindici mesi dopo la manifestazione di quello che il medico aveva descritto come uno scompensamento schizofrenico: era stato chiamato a visitarlo mentre il paziente era in stato di «stupore depressivo». All'epoca di tale seduta, il malato era diventato capace di discutere, senza troppa paura, se le varie esperienze da lui compiute di giorno in giorno fossero quelle che egli chiamava di volta in volta «immagini visive», o «deliri», o «allucinazioni», o «incubi», o «sogni», o «reali». Ammise che era necessario compiere la distinzione e mostrò, implicitamente ed esplicitamente, che era più importante conoscere se qualche cosa fosse vera piuttosto che sapere se fosse piacevole. Era anche disposto ad accettare il fatto, che io potevo dimostrare, che egli passava spesso dalla «depressione» alla «schizofrenia» e viceversa; in breve, che il temuto scompensamento non era una cosa del passato, completamente finita, ma un fenomeno ricorrente. Tendeva ancora a negarlo attirando la mia attenzione sul fatto che frequentava regolarmente conferenze e corsi d'inge-

gneria. Riconobbi sempre tutto questo, ma feci anche notare che non confutava necessariamente le mie interpretazioni.

Nella seduta che sto descrivendo, avevo dato un'interpretazione fondata sul fatto che l'incapacità del mio paziente a formulare un giudizio, della quale egli si era appunto lamentato, avesse tenuto dietro ad associazioni in cui trapelava ancora una volta la difficoltà nell'uso delle parole.

*Paziente:* «Non posso ricordare esattamente tutto ciò che or ora avete detto.»

*Analista:* «Dal momento che sentite di mancare di parole, voi sentite anche che mancate dei mezzi per conservare le idee nella vostra mente. Questo sentimento è così forte che vi fa pensare di aver dimenticato, sia che abbiate realmente dimenticato o no.»

*Paziente:* «Oh, sí; ora ricordo.» (Poi, diventando depresso) «Ho paura d'essere un grande fastidio per voi.»

*Analista:* «Appena vi sentite in grado di pensare, e perciò di ricordare, voi sentite d'avermi fatto un torto, d'essere stato un fastidio per me, e compare la depressione.»

*Paziente:* «I miei muscoli si stanno irrigidendo. (Stendendo in fuori le braccia, una alla volta, piuttosto rigidamente, ma con un moto assai simile a quello che accompagna uno sbadiglio, o al gesto di un atleta che faccia delle flessioni) Questa è schizofrenia?»

*Analista:* «Noi sappiamo come voi temete la depressione; ma ora non occorre che siate depresso perché avete questa "schizofrenia" molto cattiva dentro di voi, che controlla le vostre braccia.»

*Paziente (depresso):* «Non so come giungerò alla fine della giornata.»

*Analista:* «Ora siete di nuovo depresso – o voi sentite di avere questa cattiva "schizofrenia" o una cattiva "depressione"; nient'altro che una delle due.»

*Paziente (perplesso):* «È strano. Perché ora io vado alle conferenze e le gusto.»

*Analista:* «Voi non potete comprendere come possiate lavorare o esser felice, quando sentite, come avete sentito tutta la vita, che potete solo essere depresso o quel che voi chiamate "schizofrenico".»

Ho scelto questo esempio perché dà una buona idea del modo in cui il paziente racchiude in alcune associazioni un intero «scompenso» per determinare il quale ci sono voluti in origine degli anni; l'esperienza contro la quale egli ha mobilitato così gran parte della sua resistenza è ora superata con relativa facilità. Ciò mostra che la posizione depressiva può essere usata come una fuga dalla posizione schizoparanoide e viceversa e quale parte venga rappresentata in questi cambiamenti dall'integrazione e disintegrazione del pensiero verbale.

Riporto qui l'esempio successivo in quanto mostra il genere di difficoltà che un paziente schizofrenico incontra nel suo tentativo di usare le parole. Questo paziente aveva analizzato la sua fase di scompenso per circa nove mesi al tempo in cui si verificò questo episodio. La seduta era stata contraddistinta da molte speculazioni piuttosto astratte su qualche difficoltà che aveva incontrato nel lavoro, e nel corso di essa egli usò la parola «selessuale». Reagì a questo con un gesto d'irata impazienza. «Che è stato?» gli chiesi. «Oh, nulla: due parole si sono sovrapposte e sono diventate sessuali.» Gli risposi: «Voi state sentendo che le vostre parole non vi aiuteranno quando lo vorrete, ma diventano, invece, sessuali fra loro. Esse sembrano piuttosto comportarsi come i genitori dentro di voi che, lo ricordate, sembrano sempre perseguitarvi con l'aver rapporti sessuali.» Egli ricordò il riferimento poiché avevamo dedicato molto lavoro alla scena primaria nei suoi molteplici aspetti, e gli erano familiari le sue manifestazioni in quanto oggetto interno. La cosa impressionante, in merito a questa associazione, era che essa svelava una sintesi in cui i suoi oggetti si avvicinavano tra loro – o era loro concesso di farlo – in una maniera molto più creativa di quanto non fosse accaduto prima dello «scompenso». Allora essi non erano mai stati in grado di vivificarsi, neppure se messi insieme, e il più delle volte erano stati riuniti crudelmente, cioè in modo incongruo e frustrante. Inoltre, il paziente era adirato ma non perseguitato. Infine, vi fu una qualità emotiva in questo episodio che io trovo difficile comunicare, ma che devo tentare di spiegare, perché non dubito della sua importanza. Per la prima volta, durante tutta l'analisi di questo paziente, mi ero sentito divertito e in grado di cre-

dere che, se egli fosse stato consapevole del mio divertimento, lo avrebbe perdonato. Prima di questa occasione, ve n'erano state altre, come quella in cui egli aveva riferito un sogno nel quale apparivano animali composti di due metà eterogenee, nelle quali sembravo essere invitato a partecipare a quello che posso solo descrivere come uno scherzo «non comico»; c'erano state varie occasioni in cui egli aveva sentito, con ira pericolosamente crescente, che si rideva di lui. Ma non vi era stata alcuna occasione, come questa, in cui l'asprezza sembrò esser mitigata da un elemento di tenerezza. Per la prima volta sembrò possibile che potesse spuntare un giorno nel quale il paziente avrebbe mostrato un po' di senso dell'umorismo. Gli feci subito notare, mentre l'intonazione ch'egli aveva usato era presumibilmente fresca nella sua mente, che aveva parlato del comportamento sessuale di questi due oggetti con esasperazione ma anche con amore; e gli rammentai, per contrasto, l'odio costante con cui aveva parlato in precedenza dei genitori sessuali.

L'ultimo esempio che traggio da questa fase è una risposta avuta da un paziente schizofrenico quando gli feci notare che, come supponevo, stava dubitando dell'esattezza di un'interpretazione che gli avevo dato. «Mi stavo concentrando sul quesito se essa fosse piacevole o spiacevole» mi rispose, «e perciò non sapevo niente circa il suo esser vera o no.» Io dissi che ciò poteva spiegare il suo lagnarsi, alcuni giorni prima, dell'ansia di cui soffriva per non esser sicuro se un'esperienza fosse un'allucinazione o no. «Se voi sentite che volete solo sapere se qualche cosa è piacevole o spiacevole, dovrete naturalmente sopporre che non avevate imparato a cogliere la differenza fra reale e irreale.»

Gli sviluppi che scaturirono dal lampo di intuizione del mio paziente mi persuasero che un debole sviluppo della posizione depressiva era molto strettamente associato con il predominio ininterrotto del principio del piacere e con gli attacchi distruttivi sull'Io da me esaminati in questo lavoro. Io sono anche disposto ad annettere importanza al fatto che, in questo malato e in un altro, l'odio del dolore era apparentemente un motivo più forte che non l'amore del piacere. (Vorrei inoltre affermare, come una teoria da sperimentare, che nella posizione schizoparanoide il dolore viene identificato con il super-Io iniziale.) Cioè, gli

attacchi contro l'Io erano stimolati dalla determinazione del paziente di evitare il dolore ad ogni costo, perfino a costo di sacrificare ogni possibilità di sperimentare il piacere. Ma gli attacchi contro l'Io sono, a mio avviso, la fonte delle paure, estremamente acute, di disintegrazione, annichilimento, morte. Nella misura in cui gli attacchi distruttivi sono giudicati un successo, il paziente sembra sentire che è avvenuto un disastro interno, che l'assenza di stimoli dolorosi ottenuta è prova che è sopraggiunta la morte; che egli è tornato indietro dov'era; tornato indietro allo stato psichico in cui si trovava prima della nascita.

### Risultati

Non sono ancora in grado di presentare qualche giudizio circa gli effetti del trattamento, ove si prescinda dal fatto che due dei tre schizofrenici di cui vado parlando stanno ora guadagnandosi da vivere. Penso che se la direttiva che ho testé indicato viene seguita, è ragionevole la previsione che lo schizofrenico possa realizzare la propria forma di adattamento alla realtà che può essere non meno degna del nome di «guarigione» per il fatto che non è della stessa specie di quella realizzata da pazienti meno sconvolti. Ripeto che non penso si possa ottenere qualche guarigione, per quanto limitata, se, nel momento che ho cercato di descrivervi, l'analista tenta di rassicurare il paziente, annullando così tutto il buon lavoro che ha messo il paziente in grado di capire la gravità della sua condizione. A questo punto si è venuta a creare un'occasione che non deve andar perduta, di esplorare con il paziente che cosa significhi compiere un'attività psicoanalitica, o di qualunque altra specie, quando si è malati di mente.

Le esperienze che ho descritto mi portano a concludere che, all'inizio della posizione depressiva infantile, aumentano d'intensità e profondità elementi di pensiero verbale. Pertanto, i dolori della realtà psichica sono da questo esacerbati, e il paziente che regredisce alla posizione schizoparanoide, così facendo, si volge in senso distruttivo verso la propria capacità embrionale di pensiero verbale, perché la considera uno degli elementi che lo hanno condotto al dolore.

### Note

1. Il tema di questo lavoro fu esposto, in una forma assai più ristretta, in un contributo al Congresso internazionale di psicoanalisi, nel 1953.
2. *Collected Papers*, vol. II, London 1924.
3. *Collected Papers*, vol. IV, London 1925.
4. *Ibidem*.
5. «Int. J. Psycho-Anal.», vol. II, 1930; anche in *Contributions to Psycho-Analysis*, London 1948.
6. Il testo originale riporta la locuzione «acts out» fra virgolette, come verbo alla terza persona singolare; qui significa: «il paziente psicotico esprime i propri conflitti nell'azione invece di analizzarli verbalmente nel corso della terapia.» (N. d. T.)
7. M. Katan, *The Importance of the Non-Psychotic Part of the Personality in Schizophrenia*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XXXV, 2, 1953.
8. L. Wittgenstein, *Philosophical Investigations*, Oxford 1953.
9. *Collected Papers*, vol. IV, London 1925.
10. *Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization*, «Int. J. Psycho-Anal.», vol. XXVIII, 1947.