

Gaetano Benedetti, Maurizio Peciccia
Il disegno speculare catatimico

PRESENTAZIONE¹

Ho pensato di tradurre in italiano “Das kathatime Spiegelbild” perché in questo lavoro, per la prima volta, parliamo con Benedetti del «soggetto transizionale» espresso da figure grafiche. Benedetti teorizzerà approfonditamente l’argomento, in lingua italiana nel 1991 e in lingua tedesca nel 1992, ma già in questo scritto, che risale al 1989, sono gettate le basi di uno dei concetti fondamentali del suo pensiero.

Come ho recentemente scritto, il soggetto transizionale ha anticipato lo sviluppo di un importante filone della psicoanalisi contemporanea. Una misura dell’interesse per questo argomento si evince dal fatto che due tra i tre articoli più citati dalla *Psychoanalytic electronic publishing* hanno come tema centrale il «terzo analitico intersoggettivo».²

Il “terzo analitico intersoggettivo”, locuzione coniata da Ogden nel 1994, coincide in moltissimi punti con il nostro soggetto transizionale.³

Con il termine “soggetto transizionale” [...] intendiamo un soggetto fantasmatico che ha i tratti del paziente e del terapeuta e che origina nel corso della psicoterapia dall’identificazione e dalla controidentificazione, dal transfert e dal controtransfert, dall’appersonazione e dal transitivismo, dall’introiezione e dalla proiezione. Lo sviluppo del soggetto transizionale nella psicoterapia delle psicosi deriva dalla fusione tra paziente e analista e ha la potenzialità di guarire.⁴

Tra analista e paziente psicotico esistono

scambi continui sul piano inconscio con la formazione dei “soggetti transizionali” [...]. Il termine si rifà sia all’oggetto transizionale di Winnicott che all’oggetto-sé di Kohut. Con esso però io descrivo fenomeni che non si esauriscono nell’infanzia o nell’ambito di processi sociali ma si svolgono intensamente a un livello del tutto inconscio, fino al punto da indurre contemporaneamente, nell’analista e nel paziente, l’emergere di sogni da me detti gemellari.⁵

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».⁶

Il soggetto transizionale è

una figura che riunisce in sé i due versanti del paziente e dell’analista [...] che può anche 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.⁷

Queste osservazioni sul soggetto transizionale del 1989, 1991 e 1992 sono molto simili alle descrizioni di Th. Ogden di un fenomeno interpersonale che l’autore inglese definisce, a partire dal 1994, «terzo analitico intersoggettivo», o «terzo soggetto analitico», o più semplicemente «terzo analitico».

«Il terzo analitico è un concetto che è diventato per me, nel corso degli ultimi dieci anni, una parte indispensabile della teoria e della tecnica su cui mi affido in ogni seduta analitica».⁸ «La situazione analitica così come la concepisco, è composta di 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».⁹ «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 rêverie rappresenta uno di questi metodi indiretti». ¹⁰ «Fin dall'origine i sogni dell'analista (le sue rêverie 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». ¹¹

Anche Benedetti, come Ogden, pensa che l'esperienza e la consapevolezza del soggetto transizionale, nel paziente e nell'analista, siano diverse e asimmetriche: principalmente perché l'analista ha un sé simbiotico integrato con il sé separato mentre, nel paziente, questi due stati del sé sono scissi. Così, può accadere spesso che il paziente psicotico espella nella realtà esterna esperienze del soggetto transizionale che non sono ancora elaborabili. In questi casi il soggetto transizionale si manifesta attraverso allucinazioni o deliri.

Non di rado il soggetto transizionale è percepito, dal paziente psicotico, come un fenomeno extrapsichico, per esempio come una voce che, in quanto allucinazione, reca ancora tutti i tratti di una psicopatologica terza realtà tra paziente e terapeuta ma che, a differenza dei consueti fenomeni psicopatologici, è già portatrice di un processo di guarigione [...]. Questa voce, talvolta fornisce al paziente interpretazioni ancora migliori di quelle che vengono in mente al terapeuta. ¹²

Sia Benedetti che Ogden riportano casi in cui il soggetto transizionale e il terzo analitico sono esperiti anche dall'analista in uno spazio extrapsichico, come allucinazione uditiva ¹³ o come delirio somatico. ¹⁴

Per Benedetti il soggetto transizionale si manifesta non solo attraverso allucinazioni o deliri progressivi ma anche attraverso fantasie, associazioni, disegni, sogni terapeutici e sogni «gemellari» del paziente e dell'analista. ¹⁵ I sogni gemellari sono sogni che paziente e analista fanno la stessa notte e che hanno un contenuto simile. Di solito, sono collegati ad angosce profonde emerse nella seduta precedente. I sogni gemellari presentano anche elementi di asimmetria, che differenziano il sogno dell'analista dal sogno del paziente, e che raffigurano possibili alternative alle situazioni angoscianti del paziente.

I sogni terapeutici per Benedetti: «non si incontrano nel rapporto con tutti i pazienti e neppure in tutte le fasi dell'analisi. I sogni tera-

peutici 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». ¹⁶ Premessa essenziale 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». ¹⁷

L'analista offre, attraverso la propria vita immaginativa, creativa e onirica, la propria persona, il proprio essere, per costruire, insieme al paziente privo di una sua esistenza autonoma, il soggetto transizionale che è il primo nucleo a partire dal quale, attraverso progressive identificazioni, il paziente edifica la propria identità frammentata. Attraverso il soggetto transizionale egli sogna con l'analista i sogni che da solo è costretto a cancellare o a espellere e può iniziare a esperire le fluttuazioni tra stati di separazione e di simbiosi del sé che altrimenti lo terrorizzano.

Il soggetto transizionale attiva nel campo duale analitico, accanto ai sogni gemellari e ai sogni terapeutici, anche i disegni speculari e i disegni progressivi, basati su una dinamica di simmetrie e asimmetrie relazionali. Questa attività del soggetto transizionale si inserisce nella trama dell'inconscio duale, nel sogno condiviso da paziente e analista, e permette l'integrazione, nello spazio intersoggettivo, dei frammenti psichici che il paziente aveva inizialmente espulso fuori di sé.

DAS KATATHYME SPIEGELBILD¹⁸

Con la locuzione *disegno speculare catatimico*, che chiamiamo anche *disegno speculare progressivo*, intendiamo un nuovo metodo lavorativo, che abbiamo sviluppato a Basilea nel trattamento di persone psicotiche. Si tratta di un linguaggio pittorico, attraverso cui il terapeuta parla al paziente quando questi non è raggiungibile dalla sola parola.

La parola 'catatimico' significa che il terapeuta sceglie per la sua comunicazione con il paziente un'immagine che deriva dall'identificazione con il paziente e con il suo vissuto del mondo. In modo analogo anche un fenomeno psicopatologico, per esempio un'idea delirante, viene chiamato catatimico, quando deriva dai contenuti e dai

complessi della psicosi. Al contrario un'idea delirante o un'allucinazione *sintimica* di una psicosi affettiva esprime la sintonia con lo stato affettivo, per esempio quello depressivo, della psicosi.

La locuzione *immagine speculare* significa invece che il terapeuta rispecchia nel proprio disegno una potenzialità positiva del paziente, vedendo in lui un qualcosa di creativo e di progressivo, che il paziente non è in grado di cogliere. Nel disegno del terapeuta, che va oltre il vissuto del paziente, si rende visibile un'immagine del paziente, che deriva non soltanto dal suo vissuto ma anche dallo sguardo del terapeuta.

Attraverso questo metodo lavorativo, che corrisponde completamente al nostro modo di lavorare con le persone psicotiche, il terapeuta non si limita ad analizzare e interpretare la psicopatologia, come nel caso della psicoanalisi delle nevrosi, ma aggiunge alla psicopatologia un qualcosa che all'inizio sembra casuale e che invece segue leggi inconscie: il nostro inconscio viene chiamato in gioco per realizzare una potenzialità positiva rimossa dal paziente psicotico.

La nostra esperienza ci insegna che il processo della rimozione nella schizofrenia opera all'inverso rispetto alla norma: è rimosso non tanto il negativo quanto il potenziale positivo. La persona nevrotica rimuove i propri bisogni, i propri sentimenti di odio, di morte, che sente asociali e di cui si vergogna. La persona psicotica rimuove invece le proprie potenzialità positive, per esempio la sua sensibilità o la sua possibilità di amare, che nel delirio gli appare come una seduzione che proviene da fuori, oppure la propria aggressività, che gli sembra come una forza distruttiva esterna. Egli può percepire se stesso solo in forma negativa.

L'inconscio terapeutico percepisce i contenuti positivi rimossi e scissi e li rispecchia al paziente. Questo può avvenire attraverso la parola, tramite l'abilità del terapeuta di ricreare un sogno del paziente, di continuarlo a sognare e di completarlo in un modo sorprendente per il paziente. Il disegno speculare del terapeuta può fare tutto questo in modo più significativo: perché la nostra vita si è sviluppata attraverso immagini; perché il vissuto concreto del mondo esterno è stata la prima percezione del sé nell'infanzia; perché il sé deriva inizialmente dall'introiezione della propria immagine proiettata specularmente nel mondo dei genitori.

Il disegno speculare catatimico del terapeuta è quindi un disegno progressivo. Origina lì dove sta il paziente con il suo disegno che il terapeuta copia su carta trasparente.

Il paziente può poi copiare a sua volta il disegno del terapeuta e di nuovo il terapeuta ricalca e trasforma la copia del paziente. Così si sviluppa, a partire dal primo disegno del paziente, una serie progressiva di immagini, in modo tale che la psicopatologia del paziente, arricchita di materiale nuovo, si può aprire alla comunicazione per essere superata.

Poiché tutto ciò deriva dal legame tra paziente e terapeuta, si può dire che il disegno speculare progressivo è anche un *soggetto transizionale*: transizione dal paziente al terapeuta e viceversa; transizione da una fragile identità del sé del paziente a una nuova più forte identità che si va formando all'esterno di se stesso.

Questi pensieri ricordano sia il lavoro di H.F. Searles che quello di M.A. Sechehaye.

Searles scrive, per esempio:

una delle principali funzioni di questa simbiosi [terapeutica], nella mia esperienza, è che permette una crescente integrazione del paziente che accade come se fosse all'esterno di se stesso, nell'esperienza intrapsichica del terapeuta, come preludio al suo sviluppo a un livello intrapsichico entro il paziente stesso.¹⁹

La Sechehaye²⁰ parla della realizzazione simbolica, laddove il simbolo è una forma assente nel paziente psicotico, che vive in un mondo asimbolico.

Raffigureremo visivamente queste idee e le interpreteremo in modo nuovo utilizzando le locuzioni *soggetto transizionale* e *disegno progressivo*.

Un caso clinico

La psicosi schizoaffective di Laura si era sviluppata intorno all'idea depressiva che lei stessa fosse il male e che tutti gli altri esseri umani fossero invece buoni. Nella fase depressiva si sentiva un abominio del male e si ritirava in un autismo apatico. Anche nella fase maniacale la

paziente continuava a viversi come un'incarnazione del diavolo e, tuttavia, era convinta di essere accolta in cielo. La sua ascesa in cielo era l'inverso della caduta di Lucifero: non era vissuta come una riabilitazione ma come un'accettazione del male da parte della divinità (forse un tentativo di auto-guarigione). In questa fase la malata viveva il mondo come pieno di colori ma, nello stesso tempo, temeva di essere uccisa.

La psicoterapia di questa paziente iniziò con un sogno impressionante del terapeuta (Peciccia), che fu raccontato al supervisore (Benedetti) in un momento in cui il terapeuta conosceva soltanto il nome della paziente che gli era stata inviata e non sapeva di lei null'altro. Guidato dal proprio inconscio, il terapeuta sognò una bambina povera, che era stata rifiutata dai propri genitori e che veniva inviata all'età di tre anni in un orfanotrofio. Nel sogno, la bambina soffriva di un grave senso di soffocamento.

Strano sogno veritiero! Già durante la prima seduta la paziente raccontò al terapeuta di essere stata portata all'età di sei anni in un sanatorio, che aveva sofferto sentendo di non essere stata accolta dai suoi genitori e che, da bambina, aveva temuto di morire soffocata nei ripetuti attacchi di una grave forma di pertosse che avevano causato il suo ricovero per un anno in un sanatorio svizzero. La nonna materna era morta soffocata impiccandosi. Sua madre «non aveva mai abbracciato i propri figli».

Il pensiero di fondo del terapeuta si basava sull'ipotesi che il male, che era espresso dai deliri della paziente, corrispondesse a una aggressività interna, a sua volta fondata sul divieto di vivere la propria aggressività infantile. Questo concetto corrispondeva al vissuto anamnestico della paziente, che pensava di essere stata allontanata di casa dai suoi genitori a causa della propria aggressività. L'accettazione del male e l'ascesa del diavolo sembravano quindi tentativi di autoguarigione. Purtroppo tentativi vani, perché segnavano la strada di una inevitabile dannazione, in cui la paziente non superava mai la sua angoscia di morte. L'ascolto e la comprensione del terapeuta interrompe la fase maniacale che di solito durava mesi, già dopo due settimane: la paziente, infatti, riusciva a entrare in contatto, durante gli incontri terapeutici, con il proprio sé triste scisso e con la propria infanzia infelice.

Ovviamente, la scoperta del sé depressivo non la riportava alla precedente chiusura autistica, alla perdita degli interessi, al ritiro da

tutte le relazioni oggettuali; piuttosto, la paziente poteva ora vivere nello scambio dei disegni con il terapeuta. E anche i disegni che dipingeva nella fase depressiva erano pieni di colori!

Questi colori delle immagini depressive derivavano dal continuo tentativo del terapeuta di incanalare in una nuova fase, utilizzando colori, idee e intuizioni, l'energia maniacale, che egli aveva avvertito precedentemente nella paziente.

La psicoterapia non iniziò soltanto con il sogno significativo del terapeuta, ma anche con un disegno terapeutico da lui chiamato «l'abbraccio». Questo disegno (fig. 1) voleva invertire la solitudine vissuta dalla paziente nella sua infanzia. Poi la paziente si dipinse come invalida su una sedia a rotelle (fig. 2). Nella sua risposta speculare, il terapeuta trasformò la borsa in una figura vivente, simbolo del sé (fig. 3).

La paziente accettava la positivizzazione terapeutica e la sviluppava: nel suo disegno l'invalida sembra più viva, più attenta, anche il suo viso sembra più felice (fig. 4). Il terapeuta aggiunse nella sua risposta un altro particolare: nello specchio del viso della invalida apparve un utero (fig. 5).

Ma la depressione si approfondì maggiormente: la successione dei disegni fino a allora eseguiti non riusciva a influenzarla. Questa depressione era espressa da una nuda croce (fig. 6). Il terapeuta aggiunse sulla croce Gesù (fig. 7).

La paziente avvertì il tentativo del terapeuta di creare un ponte con lei e disegnò concretamente un ponte su un fiume, nel quale nuotano pesci (fig. 8). Il terapeuta completò il disegno del ponte con una sintesi degli ultimi due disegni della malata, due pesci (simboli del paziente e del terapeuta) si connettono in modo da ricreare la croce, simbolo della sofferenza (fig. 9).

La paziente, ancora molto depressa, si rifugiò in una immagine celestiale, evase in alto, in un paese sconosciuto, al quale associava la sua precedente fase maniacale (fig. 10). Il terapeuta aggiunse nella sua copia del disegno della paziente altre due figure. Il simbolo della coppia terapeutica viene ripetuto (fig. 11).

La paziente continuava a scappare, adesso in una barca a vela (fig. 12). Il terapeuta, confidando nella dinamica interna della vela, ripeté il disegno della paziente simmetricamente, senza cambiarlo.

Adesso siamo arrivati in un paese sconosciuto. Nel disegno della paziente (fig. 13) vediamo alcune case vuote che emergono dalla solitudine. Il terapeuta aggiunge alcuni particolari per differenziare il quadro monotono della paziente (fig. 14). Nel frattempo, la paziente raggiungeva il punto più basso della depressione. Tuttavia, accettava il progetto terapeutico e faceva crescere un vigneto (fig. 15).

Il terapeuta arricchisce il disegno con il lavoro di un aratro (fig. 16). La paziente aggiunge mucche e fiori (fig. 17) e il terapeuta lascia arrivare gente (fig. 18). La paziente lo raffigura durante il lavoro: all'aratro, durante la vendemmia (fig. 19). Nella risposta del terapeuta la persona spreme l'uva (fig. 20).

La paziente adesso porta il terapeuta in una cantina, dove le botti sono piene di vino (fig. 21).

Il terapeuta lascia la coppia ubriacarsi (fig. 22); il vino è il simbolo dell'energia psichica, che travolge tutto nella mania. Al tempo di questo disegno stava per iniziare una nuova fase maniacale, che però questa volta veniva vissuta nella dualità.

Osserviamo un elemento interessante (fig. 23): nel momento in cui il terapeuta si è sentito sicuro di ubriacarsi e di abbandonare l'autocontrollo, la paziente è in grado di riordinare la situazione. Le bottiglie di vino vengono messe al posto giusto. Incoraggiato dalla maturazione dell'io della paziente, il terapeuta la porta indietro nella botte, che accoglie la coppia come un utero (fig. 24).

Adesso, la paziente fantastica una vita in due all'interno della botte: una candela, alimenti, fiori (fig. 25). Il terapeuta avverte il liberarsi di cose vietate e nascoste e aggiunge, nella sua copia trasparente (fig. 26), quel diavolo che gli adulti pensavano di vedere nei occhi della bambina. In un sogno precedente la paziente aveva sognato il diavolo imprigionato in una noce (fig. 31).

Il terapeuta apre la noce e libera il diavolo (fig. 32).

Adesso la paziente ha il coraggio di entrare nella scena edipica. Questa è espressa attraverso un'immagine in cui i due (i genitori, la coppia terapeutica) dormono insieme. L'espressione grafica consente alla paziente di evitare la verbalizzazione di pensieri imbarazzanti (fig. 27).

Il terapeuta apre la stanza da letto nel paese dei sogni della paziente (fig. 28).

Nella fantasia della paziente escono dalla botte due persone nuove, aldilà del tempo, come Adamo ed Eva (fig. 29). Il terapeuta sente la libertà che anima il disegno e lo copia sulla carta trasparente senza aggiungere altro (fig. 30).

La paziente continua a essere preoccupata dal problema del male e del diavolo e disegna (fig. 31) un sogno antico in cui un ragno esce dalla noce dove si nasconde il diavolo. Nel sogno della paziente il ragno crea sempre più noci, così il diavolo diventa sempre più piccolo e si dissolve. Però si annuncia un nuovo pericolo: le noci possono esplodere, può scoppiare la mania. Il terapeuta si fa coraggio e lascia esplodere nel suo disegno la noce, fa scappare il diavolo (fig. 32). A questo punto la paziente ricorda una scena della sua infanzia. Con i soldi risparmiati si era comprata un paio di stivali. Sua madre parsimoniosa la aveva rimproverata per questo e la bambina aveva nascosto con ansia gli stivali dietro la sua schiena (fig. 33). Nel suo disegno il terapeuta permette alla bambina di lanciare gli stivali contro la faccia della madre (fig. 34).

La paziente ha qui (fig. 35) il coraggio di ripetere l'aggressione prima mostrata dal terapeuta. Lei ora salta con i stivali in una pozzanghera e l'acqua sporca schizza sul vestito della madre. La paziente dice: «senza il suo disegno non avrei avuto il coraggio di fare questo».

Il terapeuta sente che la paziente si deve liberare dal super-io materno ma deve anche accettare la buona madre e nel suo disegno egli dà alla ragazza il vestito della madre affinché possa essere lavato (fig. 36). La riconciliazione con la madre rinforza l'identità femminile della ragazza. La paziente si sente libera e sogna un paesaggio italiano, dove vive gente libera (fig. 37).

Il terapeuta le restituisce il paese italiano, lo trapianta nel suo passato, nella sua infanzia, lo fa diventare un palcoscenico della sua vita, dove si ripete la scena con gli stivali (fig. 38).

Si crea così una comunione con il terapeuta e l'identità della paziente cambia. Lei sogna di partorire una bambina, una figlia con i capelli lunghi, simbolo della femminilità. Nello specchio vede una faccia femminile che lei, al contrario, non sente per se stessa (fig. 39). Il terapeuta risponde con un disegno simmetrico, che sottolinea il significato della nascita di un nuovo sé (fig. 40).

Nel disegno successivo della paziente il nuovo sé si accoppia con il vecchio sé nella metafora dei due occhi. Il vecchio occhio contiene il

diavolo, il nuovo occhio piange (fig. 41). A questo disegno il terapeuta avrebbe voluto rispondere con un disegno dove avrebbe liberato il diavolo, ma la paziente lo precede e lascia saltare liberamente il diavolo fuori dall'occhio (fig. 42).

L'ultimo disegno di questa serie è il disegno della paziente in cui il diavolo, che era stato nel passato la temuta incarnazione del maligno, modella il nuovo sé della paziente (fig. 43).

Il diavolo è anche un soggetto transizionale. Questo soggetto transizionale incarna parti della paziente, l'aggressività imprigionata nei suoi occhi di bambina, e parti del terapeuta, che non esitava a portare con sé, nei suoi disegni, la paziente nella cantina, e le consentiva di ubriacarsi; oppure si disegnava con lei nella scena edipica. Attualmente la paziente sta proseguendo la sua psicoterapia con grandi progressi dopo anni di enorme sofferenza.

In conclusione, citiamo le parole di T. Schoenfelder, che potrebbero essere incise sul frontespizio del nostro lavoro: «Quello che mi differenzia dalle persone psicotiche è la mia capacità di vederli più sani di quanto loro stessi sarebbero capaci». ²¹

Questa frase ci conduce alla formulazione di G. Waser, che afferma: «tra le figure non c'è rottura teorica, come può essere visto nei bambini, nei non professionisti, nei sani e nei malati». ²² Questo autore usa la locuzione *figure di triangolazione* per designare i disegni terapeutici in modo simile a noi, che li intendiamo come *soggetti transizionali* tra paziente e terapeuta.

Nella psicosi l'immagine può avere una propria vita autonoma, indipendente, simile a quella di un soggetto. Con la locuzione *soggetto transizionale* comprendiamo un qualcosa di connesso all'*oggetto transizionale* di D. Winnicott, ²³ un soggetto fantasmatico che ha i tratti del paziente e del terapeuta e che origina nel corso della psicoterapia dall'identificazione e dalla controidentificazione, dal transfert e dal controtransfert, dall'appersonazione e dal transittivismo, dall'introiezione e dalla proiezione. Lo sviluppo del soggetto transizionale nella psicoterapia delle psicosi è una fusione tra paziente e terapeuta che ha la capacità di guarire.

Il terapeuta diventa portatore di proiezioni della paziente e in egual misura la paziente diventa portatrice delle proiezioni del terapeuta, come si può vedere (fig. 44) nel disegno di un'altra paziente.

In questo disegno tramite la fusione con il terapeuta la paziente assume l'oggetto buono parziale (l'aura) mentre il terapeuta porta il suo oggetto parziale cattivo (le corna). Questo oggetto cattivo non è capace di distruggere l'aura, cioè l'influenza positiva del terapeuta sulla paziente e d'altra parte protegge la paziente dall'idealizzazione.

Una tale *simbiosi progressiva* sostituisce o sublima la simbiosi patologica, che è spesso origine della psicosi. Si crea così un essere, un soggetto transizionale, che dispiega una vita fantasmatica autonoma, come per esempio Cristoforo, il gigante portatore che compare in questo disegno. Questi fenomeni psicopatologici che sviluppano una funzione antipsicopatologica sono denominati, al contrario della psicopatologia regressiva, *psicopatologia progressiva*.²⁴

È da osservare che si arriva alla psicopatologia progressiva e al soggetto transizionale piuttosto che alle proiezioni persecutorie, perché il paziente non rifiuta il terapeuta ma lo accetta, e perché il terapeuta facilita questo processo mettendosi a disposizione del paziente come oggetto di proiezione e continuando, nello stesso tempo, a offrire interpretazioni positive, a cogliere e a rispondere ad aspetti positivi della persona malata, a rimanere sempre il fedele alleato del suo paziente. Per questo motivo nella psicoterapia delle psicosi, oltre alla psicoanalisi, ha un ruolo importante anche la psicosintesi.

Note

- ¹ Le pagine da 221 a 224 sono a cura di Maurizio Peciccia.
- ² T.H. Ogden, "The analytic third: working with intersubjective clinical facts", in «International journal of psychoanalysis», vol. LXXV, 1994, pp. 3-19; J. Benjamin, "Beyond doer and done to: an intersubjective view of thirdness", in «Psychoanalytic quarterly», vol. LXXIII, 2004, pp. 5-46.
- ³ G. Benedetti, M. Peciccia, "Das katathyme Spiegelbild", in G. Bartl e F. Pendorfer (a cura di), *Strukturbildung in therapeutischen Prozess*, Literas, Wien 1989, pp. 125-139; G. Benedetti, *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*, Boringhieri, Torino 1991; G. Benedetti, *La psicoterapia come sfida esistenziale* (1992), trad. it. Cortina, Milano 1997.
- ⁴ G. Benedetti, M. Peciccia, "Das katathyme Spiegelbild", cit., p. 139.
- ⁵ G. Benedetti, *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*, cit., p. 281.

- 6 Ivi, p. 209.
- 7 Ivi, pp. 110-111.
- 8 T.H. Ogden, "The analytic third: implications for psychoanalytic theory and technique", in «Psychoanalytic Quarterly», vol. LXXIII, 2004, pp. 167-195.
- 9 T.H. Ogden, "This art of psychoanalysis: dreaming undreamt dreams and interrupted cries", in «International journal of psychoanalysis», vol. LXXXV, 2004, pp. 857-877.
- 10 T.H. Ogden, *Letter* to «International journal of psychoanalysis», vol. LXXXIII, 1997, pp. 160-161.
- 11 T.H. Ogden, "This art of psychoanalysis: dreaming undreamt dreams and interrupted cries", cit., p. 862.
- 12 G. Benedetti, *La psicoterapia come sfida esistenziale*, cit., p. 79.
- 13 G. Benedetti, *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*, cit.
- 14 T.H. Ogden, "The analytic third: working with intersubjective clinical facts", cit.
- 15 G. Benedetti, *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*, cit; Id., *La psicoterapia come sfida esistenziale*, cit.
- 16 G. Benedetti, *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*, Einaudi, Torino 1980, p. 251.
- 17 Ivi, p. 247.
- 18 Diamo di seguito la traduzione italiana, di M. Peciccia, del testo di G. Benedetti e M. Peciccia di cui a nota 3.
- 19 H.F. Searles, *Scritti sulla schizofrenia* (1961), trad. it. Boringhieri, Torino 1975, pp. 308-309.
- 20 M.A. Sechehayé, *La réalisation symbolique: nouvelle méthode de psychothérapie appliquée à un cas de schizophrénie*, Huber, Bern 1947.
- 21 T. Schoenfelder, "Zugang zum psychotischen und praepsychotischen Jugendlichen ueber Koerpertherapie", manoscritto, 1988.
- 22 G. Waser, "Im Spannungsfeld von Bild und Seele", in «Forum fuer Kunsttherapie», vol. I, 1988, p. 2.
- 23 D.W. Winnicott, "Tollerabilità dei sintomi in pediatria" (1953), in Id., *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, trad. it. Martinelli, Firenze 1975.
- 24 G. Benedetti, *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*, cit.



Figura 1

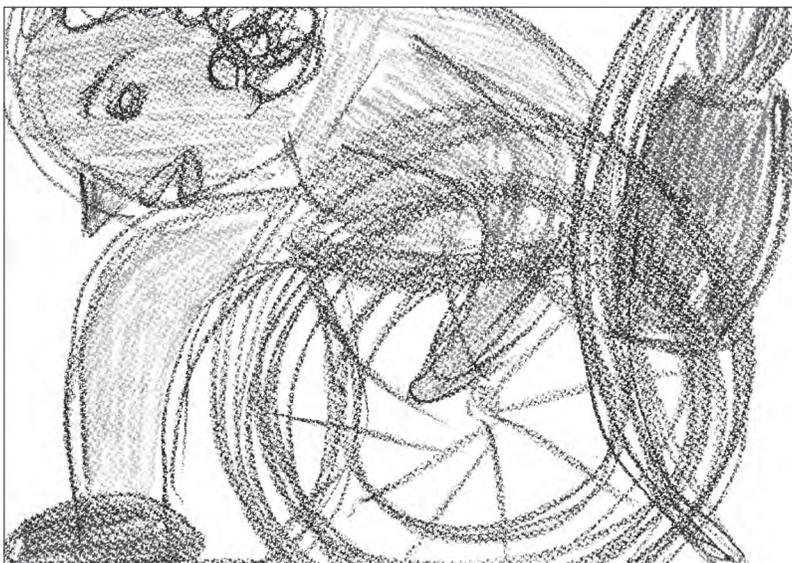


Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7

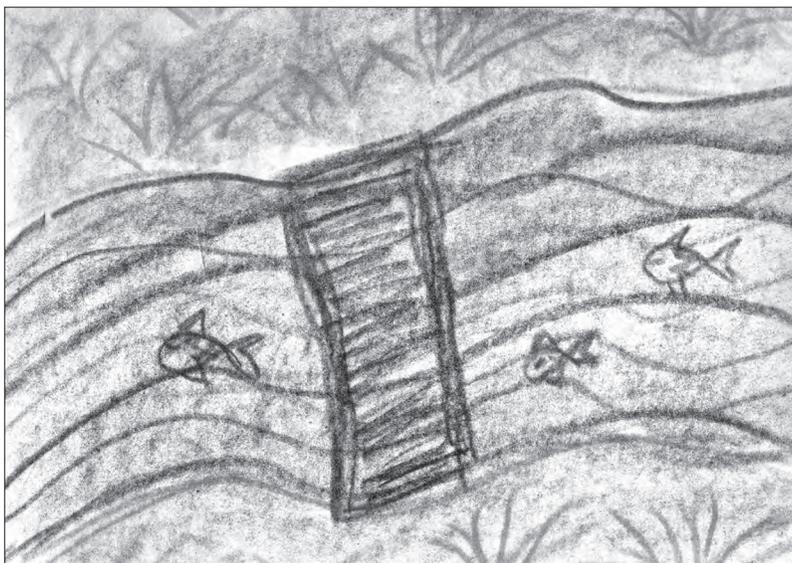


Figura 8



Figura 9



Figura 10



Figura 11

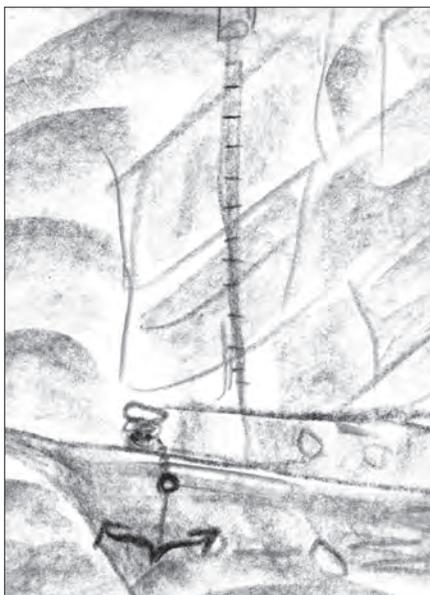


Figura 12



Figura 13



Figura 14



Figura 15



Figura 16



Figura 17



Figura 18



Figura 19

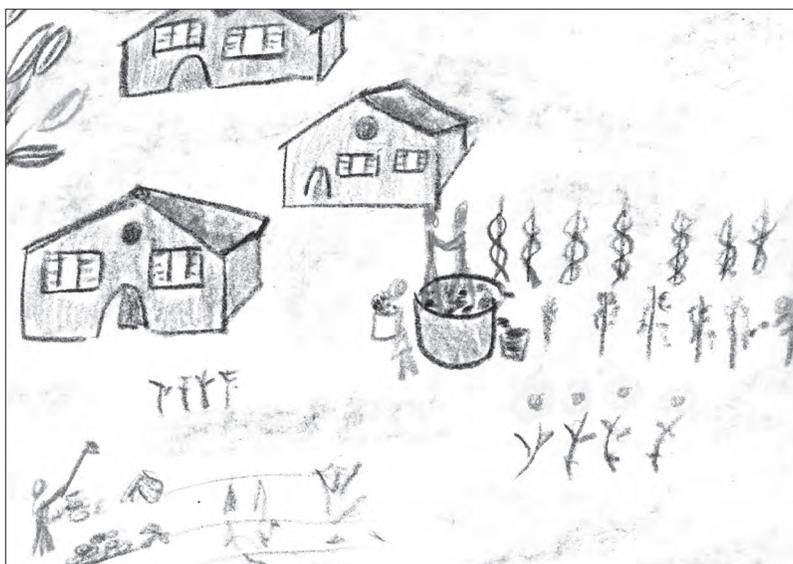


Figura 20

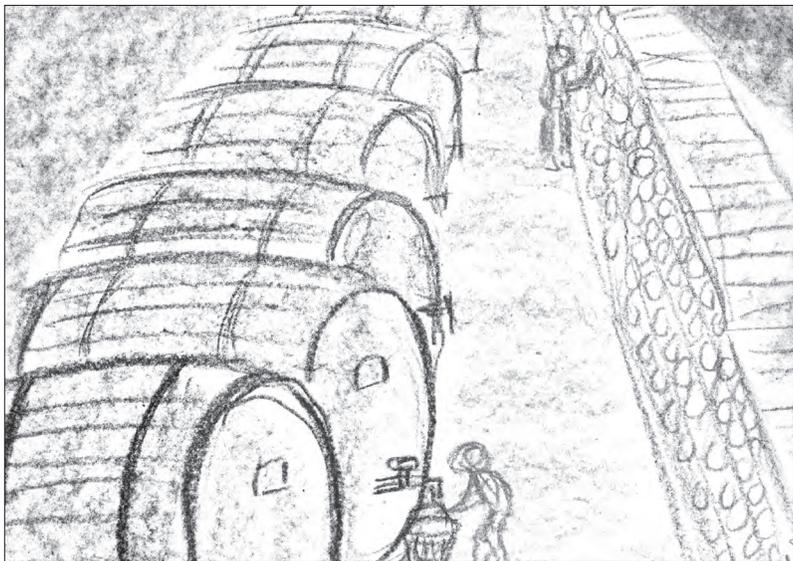


Figura 21

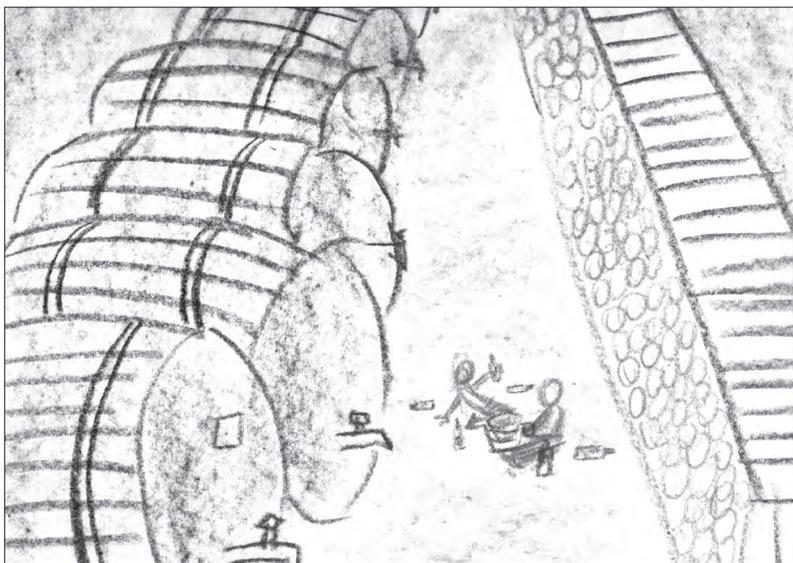


Figura 22

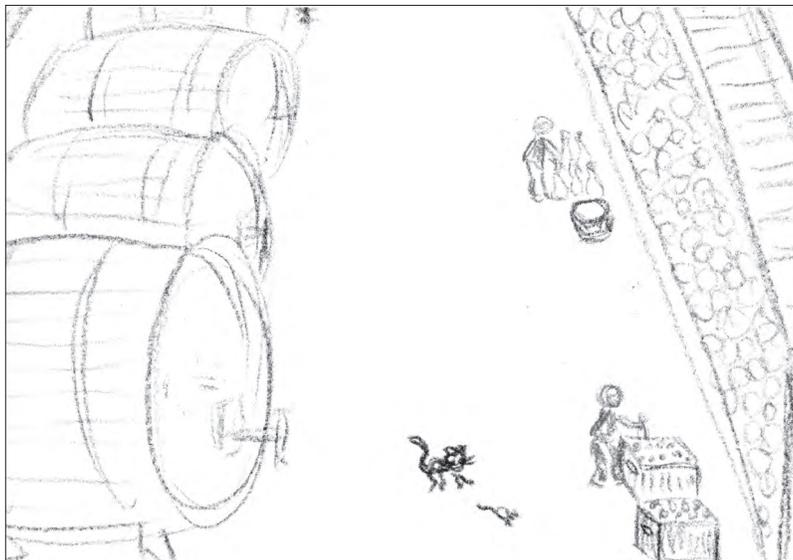


Figura 23

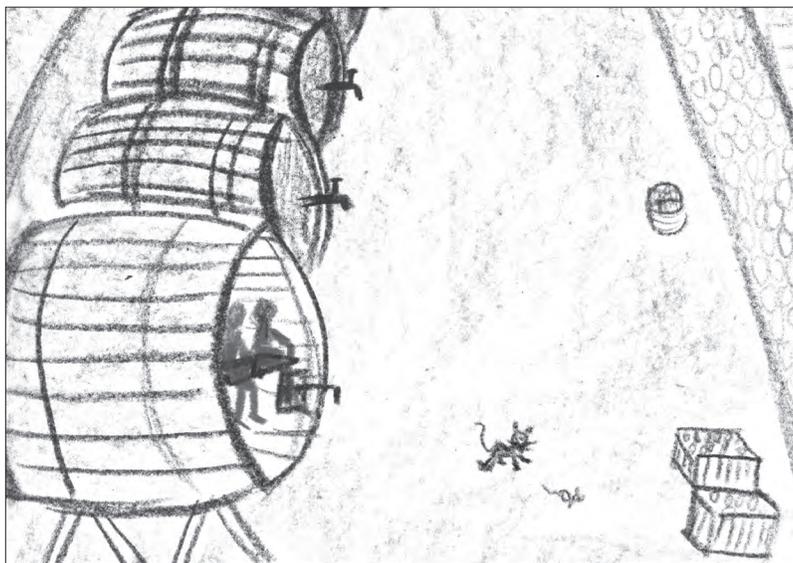


Figura 24



Figura 25



Figura 26

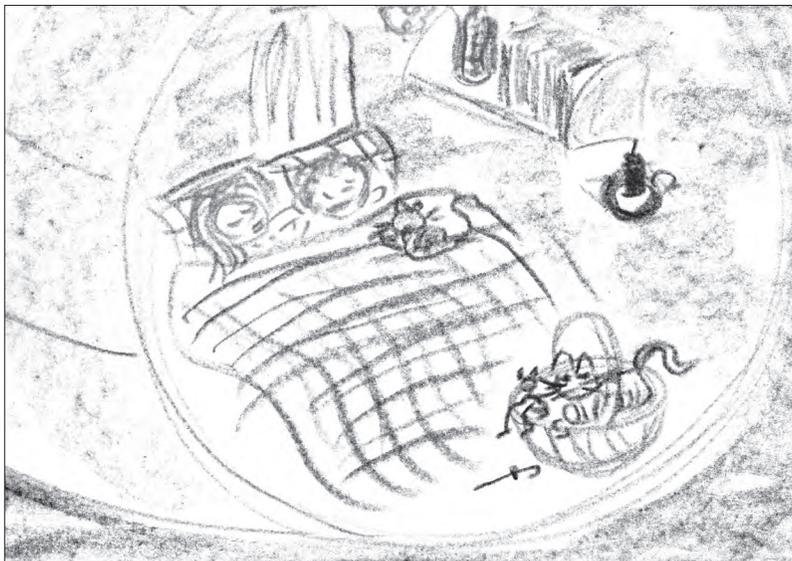


Figura 27

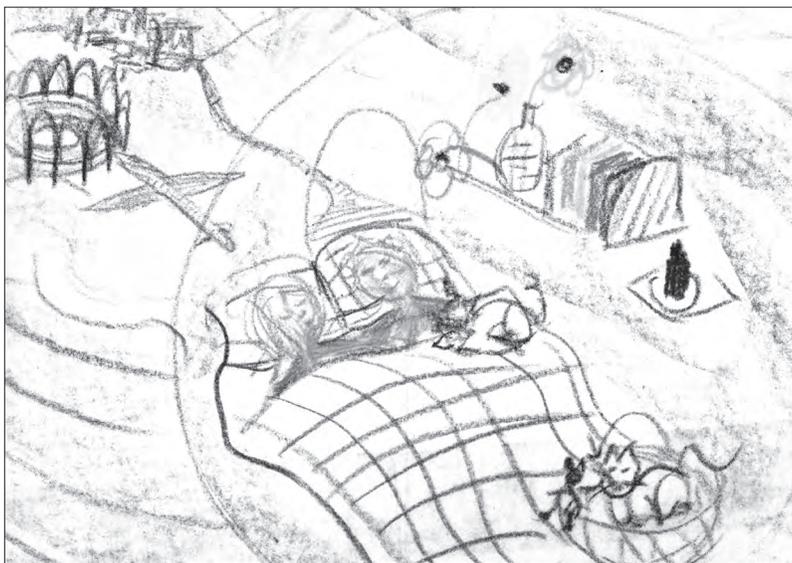


Figura 28



Figura 29



Figura 30

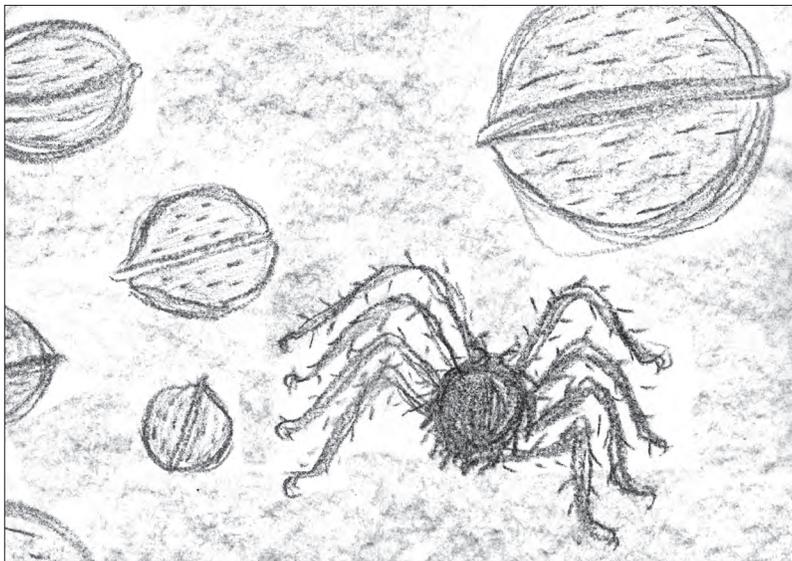


Figura 31



Figura 32



Figura 33



Figura 34



Figura 35



Figura 36

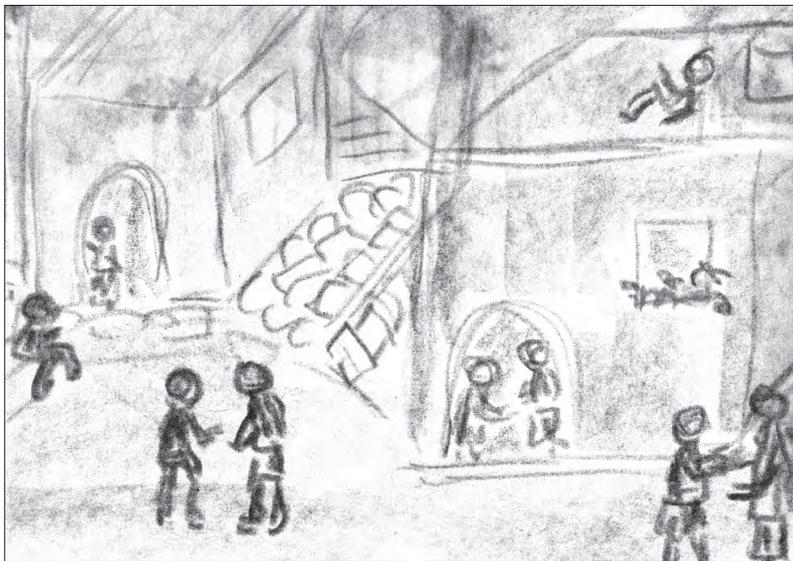


Figura 37

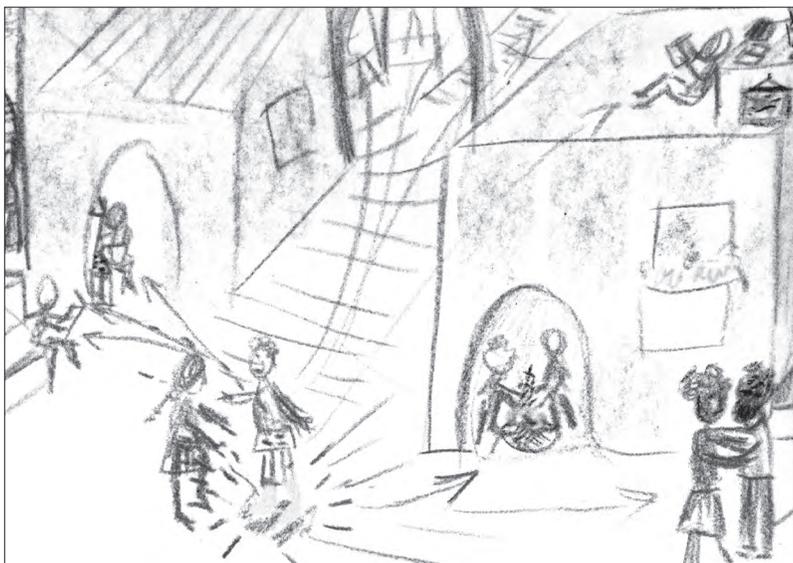


Figura 38



Figura 39



Figura 40



Figura 41

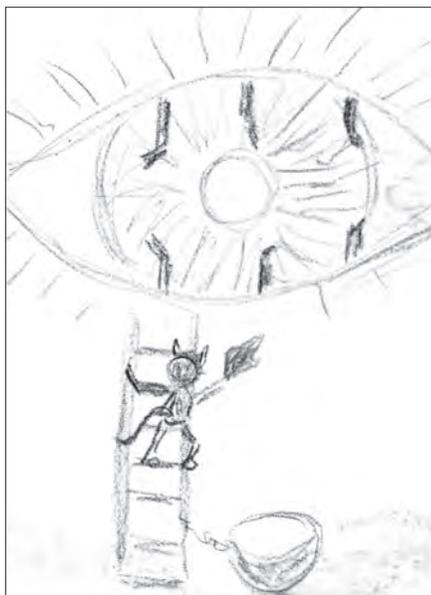


Figura 42



Figura 43



Figura 44