

Franco De Masi
via Ramazzini 7 Milano 20129
Italy
franco.demasi@fastwebnet.it

LA PSICOSI e IL TRAUMA

LA PSICOSI COME TRAUMA E L'INCAPACITA' DI AFFRONTARE IL TRAUMA EMOTIVO NELLO STATO PSICOTICO

"L'etiologia comune che determina lo scoppio di una psiconevrosi o di una psicosi rimane sempre la frustrazione, il mancato appagamento di uno di quegli invincibili desideri infantili che nella nostra organizzazione, filogeneticamente determinata, hanno radici così profonde"

S. Freud (1924) Nevrosi e psicosi in OSF, vol 9, pag. 613

Il rapporto tra trauma e psicosi può essere investigato da molteplici punti di vista.

Il primo punto che cercherò di illustrare implica un'ipotesi etiopatogenetica e fa dipendere lo stato psicotico da un disturbo, non necessariamente violento o massivo, delle prime relazioni di dipendenza emotiva del bambino.

IL TRAUMA EMOTIVO ORIGINARIO

Piera Aulagnier (1975) ha collegato l'origine della malattia psicotica alla "violenza materna", quella violenza che la madre normalmente esercita sul bambino per strutturare il suo senso di realtà.

Nel caso del paziente psicotico l'eccessiva violenza agisce come un oggetto intrusivo che si installa dentro la mente del bambino. Quest'ultimo, per uscire dalla confusione, cerca di costruirsi una rappresentazione di sé al di fuori del consenso materno, e lo fa con metodi violenti. La violenza di una mente sull'altra rivive nel processo analitico: il paziente si sente forzato a credere al delirio e, allo stesso modo, anche l'analista si sente invaso da un modo di pensare distorto e alieno.

Le considerazioni di Piera Aulagnier si accordano con le numerose osservazioni sulle modalità con cui i genitori possono inconsapevolmente manipolare i loro bambini, usandoli come parti di sé e violandone in tal modo la psiche.

L'intenzionalità dei genitori, cosciente o inconscia, influirebbe in questo modo sulla crescita del piccolo minando il potenziale sviluppo.

L'elemento capace di condizionare la mente infantile in senso psicopatologico sarebbe il *trauma emotivo* derivante dalla relazione patogena tra genitore e bambino, che favorisce la formazione di strutture o di oggetti psicopatologici che continuano a funzionare come parti del Sé o dell'oggetto.¹

¹ Per differenziare quest'azione traumatica da quella acuta (come, ad esempio, l'abuso sessuale) potremmo anche usare con Anna Freud (1964) il termine "situazione psicopatologica"; ma "*trauma emotivo*" mi sembra più idoneo perché sottolinea come possano considerarsi traumatiche proprio le violenze psicologiche che

Un autore che ha anticipato questa idea è stato Balint(1968), lo psicoanalista ungherese allievo di Ferenczi, che ha parlato di difetto fondamentale ("basic fault"), qualcosa che accade nei primissimi mesi di vita e che comporta una mancata integrazione nella crescita.

La situazione distorta tra madre e bambino viene incorporata precocemente da quest'ultimo e comincia ad esercitare il suo influsso sullo sviluppo psicologico.

In un recente lavoro Paul Williams (2004) ha discusso l'esperienza di "essere invaso" che è spesso comunicata da alcuni pazienti gravemente disurbati. L'autore suggerisce che questi pazienti hanno sofferto di un precoce fallimento del contenimento delle loro proiezioni e hanno contemporaneamente incorporato gli aspetti dell'oggetto che ha rifiutato di accogliere il loro stato mentale. L'incorporazione di tale oggetto invasivo spinge a sua volta il bambino a espellere in altre persone, usate come recipienti, i propri stati mentali sentiti come insopportabili. Il bambino incorpora l'uso della proiezione violenta come parte del suo sistema di funzionamento mentale e ogni processo di identificazione normale viene gravemente alterato. Ne segue un grave disturbo nella costruzione del senso di sé.

Quando prendiamo in esame il momento in cui questo tipo di trauma emotivo può avere agito non si può che essere d'accordo con Sandler (1987) quando descrive l'esistenza di un "inconscio passato" che contiene avvenimenti inconsapevoli, impossibili da recuperare nel ricordo.

Secondo questo autore, l'inconscio "presente", che si struttura più tardi sulla base delle esperienze emotive che sono state rappresentate e successivamente rimosse o dimenticate, è l'inconscio accessibile all'intuizione analitica.

Alcuni accadimenti non sono registrati come tali e non possono essere ricordati perchè sono avvenuti prima che il processo di rappresentazione e della successiva rimozione ha cominciato a essere operativo.

Alla luce di queste considerazioni, dovrebbe essere ripensato il concetto di amnesia infantile a cui Freud fa riferimento per spiegare la mancanza di ricordi dei primi due o tre anni di vita. Alcune cose che non si ricordano e non possono essere ricordate precederebbero l'entrata in scena della rimozione; è possibile ricordare solo quando si sviluppa la capacità di rappresentare, di essere consapevoli di qualcosa, di comprendere il significato di un avvenimento.²

Possiamo ipotizzare che eventi di cui non abbiamo memoria cosciente, e che tuttavia determinano lo strutturarsi della nostra personalità, siano stati di natura traumatica.

Questa ipotesi patogenetica è sottolineata, tra gli altri, da Fonagy (1995, 2003), che nelle sue numerose pubblicazioni sostiene che le situazioni borderline derivano da traumi precoci, incorporati quando non esiste ancora la possibilità di rappresentarli e comprenderli. Gli effetti di questi traumi diventano parte della struttura della personalità.

Per questo motivo i pazienti borderline sono incapaci di *mentalizzare* e hanno stati emotivi di cui ignorano il significato.

In un mio lavoro sullo stato psicotico (2000) ho avanzato l'ipotesi che il disturbo psicotico interessi il funzionamento dell'*inconscio emotivo* che non coincide con l'inconscio dinamico descritto da Freud.

Il "trauma", che incide sin dalle fasi iniziali della vita, interferisce con quelle funzioni inconsapevoli che permettono di rappresentare la vita psichica ed emotiva, e determina l'assenza, sin dall'infanzia, di una struttura mentale adatta a comprendere la realtà psichica.³

Di questa intuizione siamo debitori in primo luogo a Bion (1967, 1992) che segnala che il bambino per svilupparsi deve disporre di una mente in cui proiettare angosce e bisogni; solo una mente, capace di recezione intuitiva, restituisce al piccolo l'esperienza che sta vivendo in modo che egli possa comprenderla e introiettarla.

interferiscono sulle prime esperienze che costituiranno la percezione del Sé. Spesso, in pazienti più evoluti e capaci di rappresentarli, i traumi emotivi infantili sono rivelati da sogni in cui l'analista compare come l'oggetto traumatico del passato. Questi sogni di apparente significato transferale descrivono invece molto bene la natura della relazione con l'oggetto traumatico del passato.

² Le ipotesi avanzate per primo da Sandler hanno trovato un'importante conferma nelle scoperte neuroscientifiche sulla *memoria implicita*, che si riferisce all'insieme dei ricordi che non hanno accesso alla coscienza. Tali esperienze non memorizzabili vanno a far parte dell'*inconscio non rimosso*.

³ Se dovessimo usare una metafora per la vita psichica, potremmo pensare ad una complessa organizzazione che permette la rappresentazione sul palcoscenico di un'opera teatrale. Perchè questa possa svolgersi in modo da far arrivare allo spettatore una trama comprensibile, è necessario che dietro le quinte si svolga un lavoro invisibile che sostiene in modo coerente la vicenda rappresentata. La rappresentazione teatrale vera e propria che si svolge nel palcoscenico è solo l'epifenomeno di una organizzazione molto complessa che rimane anonima nella massima parte. E' questo lavoro dietro le quinte che viene alterato nel corso della psicosi.

Solo l'incontro ripetuto tra proiezione e restituzione di significato permette l'introyezione di un oggetto capace di comprensione emotiva e favorisce la crescita psichica.

Bion (1967) scrive: " *...facendo ricorso all'identificazione proiettiva egli (il lattante) si procura la possibilità di studiare le proprie sensazioni attraverso l'effetto che esse producono nella personalità in cui le ha proiettate*". (pag.162)

Descrive inoltre la rottura del vincolo che avviene tra madre e bambino: " *Se gli viene negato tale ricorso, o perché la madre è incapace di fungere da magazzino delle sue sensazioni o perché l'odio o l'invidia non permettono al soggetto che la madre eserciti tale funzione, allora ciò che segue è la distruzione del legame tra neonato e seno e una grave compromissione della tendenza alla curiosità. Si preparano così le basi di un marcato arresto di sviluppo. A seguito del blocco della strada principale che il bambino ha a disposizione per far fronte ad emozioni troppo violente, vengono a crearsi i presupposti per l'abolizione di ogni vita emotiva. Ne consegue che ogni tipo di emozione, odio compreso, viene ad attirare su di sé odio, e lo stesso capita per tutti gli eventi esterni che stimolano l'affiorare di qualche emozione. Dall'odio verso la vita emotiva all'odio per la vita stessa il passo è breve.*" (pag. 162).

Con lo stile che gli è solito, Bion condensa in queste poche righe la descrizione di un processo che ha articolazioni molto complesse e che avviene in momenti e tappe successive nel corso di tutti i primi anni di vita.

Alla distorsione delle prime relazioni con gli oggetti relazionali si aggiungono, infatti, i successivi processi psicopatologici che alterano progressivamente la percezione e la consapevolezza della realtà psichica.

Se il *primum movens* è costituito dai fattori che bloccano lo sviluppo delle funzioni inconsapevoli (*l'inconscio emotivo*) da cui dipende il normale funzionamento delle emozioni, uno dei passaggi successivi verso lo sviluppo psicotico, e che probabilmente costituisce una tappa obbligata del processo, è rappresentato dal ritiro infantile.

Nel mio recente libro "Vulnerabilità alla psicosi" (2006) sostengo che, una volta avvenuto il fallimento delle transazioni madre-bambino, i bambini destinati a sviluppare una psicosi entrano nel mondo dissociato del ritiro psichico non solo per difendersi dall'angoscia del vuoto, ma anche per il piacere di sperimentare un'illusoria autosufficienza, un'onnipotenza che rende ogni cosa possibile.

La distruzione di senso che si opera nel ritiro allontana sempre di più il bambino dalla possibilità di apprendere dall'esperienza emotiva, mediata dall'oggetto materno, e genera una dipendenza da un sistema onnipotente che si basa su false costruzioni.

LA CRISI PSICOTICA COME TRAUMA CATASTROFICO

Si può considerare traumatica ogni situazione di natura violenta, che colpisce in modo improvviso o continuativo chi è sprovvisto di un apparato psichico idoneo per contenere ed elaborare un tale avvenimento.⁴

Il trauma massivo consiste in un'azione devastante capace di lacerare la membrana protettiva che, come è stata concepita da Freud, protegge la nostra mente da un eccesso di stimoli patogeni.

L'evento traumatico produce un terrore senza nome e un'angoscia di annichilimento che, biologicamente ancora di più che psicologicamente, è capace di scompaginare la mente.

Il secondo aspetto sulla relazione tra trauma e psicosi che desidero sviluppare ora è quello che considera il break-down psicotico come un vero trauma per la psiche.

A proposito della difficoltà di elaborare analiticamente l'episodio psicotico, ho messo in luce (2003) come esso deve essere rivissuto in analisi e condiviso dall'analista per essere trasformato. Altrimenti il nucleo psicotico lavora patologicamente dentro il paziente producendo devastazioni psichiche ulteriori

Chi ha vissuto un episodio psicotico tende a dissociarlo dalla coscienza in modo simile a chi ha subito un trauma inelaborabile.

La conseguenza è che il nucleo delirante scisso non può essere né "dimenticato" né trasformato e si mantiene sempre attivo e patologicamente minaccioso.

La dissociazione dell'episodio psicotico non impedisce la sua potenziale virulenza e attiva ulteriori difese mutilanti dell'apparato psichico.

⁴ Il pensiero della propria morte è particolarmente traumatico per l'essere umano che non è in grado di contenere e concettualizzare un avvenimento così catastrofico (De Masi, 2002)

In effetti, la psicosi produce un "terrore senza nome": il trauma derivante dall'esplosione psicotica continua a produrre i suoi effetti anche quando l'episodio psicotico è stato superato, come avviene in un territorio che subisce a lungo i danni dovuti all'effetto postumo di un bombardamento atomico.

Per evitare di essere invaso dall'angoscia psicotica il paziente deve tagliare tutte le connessioni psichiche collegate al ricordo del break-down; per sopravvivere deve limitare la sua capacità di pensare e di sperimentare emozioni.

La vecchia definizione kraepeliniana di *dementia praecox* corrisponde alla totale incapacità di usare il pensiero a causa di questo tipo di mutilazioni difensive.

Benedetti (1980) ha definito la schizofrenia come la malattia dell' *esistenza negativa*, intendendo con ciò che l'esistenza è ridotta a sensazione di non esistenza. Secondo questo autore, il termine di esistenza negativa sarebbe più vicino al vissuto del paziente di quanto non lo siano i concetti di dissociazione, frammentazione o destrutturazione della mente, usualmente impiegati per riferirsi a questi stati mentali. Infatti l'esito finale del processo psicotico coincide con la perdita definitiva della percezione dell'identità personale e della propria esistenza.

I malati sono consapevoli che la psicosi corrisponde alla morte psichica: "*Per me gli altri erano morti e io lo ero per loro. Eppure, con quel doloroso tipo di sapere che si dà nel sogno, sentivo che era un incantesimo a tagliarmi fuori, un enigma che ero sempre sul punto di sciogliere.*" Così scrive Perceval, un famoso paziente psichiatrico dell'ottocento il cui diario, edito da Bateson (1961), è stato recentemente tradotto in italiano.

Esiste una sorprendente analogia tra la condizione di non esistenza dei pazienti psicotici e quella degli internati nei campi di sterminio, sottoposti a sevizie e torture psichiche. Non è un caso che nei lager nazisti i detenuti, trasformati in automi deumanizzati, fossero chiamati proprio *morti viventi*.

Lo psicoterapeuta Victor Frankl (1998), internato in un campo di sterminio nazista, descrive così la perdita di realtà dovuta alla mancanza totale di speranza e futuro: "*Ciò che sta al di fuori del filo spinato appare ben presto quasi irreali; ciò che succede fuori, gli uomini che non vivono nel lager, tutta la vita normale, influiscono sulla gente del lager come se fossero dei fantasmi. Non appena l'internato può lanciare uno sguardo all'esterno, la vita gli appare come potrebbe apparire a un morto, che guarda il mondo dall' "al di là"* (Frankl, pag. 123).

Andrzej Werbart e Marika Linbom-Jakobson (2001), che hanno studiato questa sorprendente analogia, ci dicono che entrambi, i prigionieri ed i pazienti psicotici, si muovono in un universo di persecuzione, di sadismo e di terrore.

In altre parole, lo stato psicotico produce lo stesso effetto di un trauma catastrofico prolungato capace di distruggere la percezione di esistere e di cancellare l'universo simbolico.

LA FRUSTRAZIONE COME TRAUMA

Prenderò ora in considerazione il terzo aspetto del rapporto tra trauma e psicosi, cioè l'incapacità del paziente psicotico di tollerare la frustrazione e di comprenderne la natura.

Da questa incapacità derivano alcune importanti conseguenze cliniche. Il trauma emotivo, non compreso e non elaborato, può scatenare, infatti, un nuovo episodio psicotico.

Da questo punto di vista discuterò la vicenda analitica di un paziente che, dopo essere emerso da un episodio psicotico e aver fatto un buon progresso analitico, aveva cercato di affrontare un'esperienza relazionale che si rivelò essere non percorribile per le sue limitate capacità emotive.

Fu proprio il suo tentativo di fare un ulteriore progresso che dette origine a una nuova crisi.

La mia ipotesi è che, in questo caso, l'asimmetria tra miglioramento sintomatico e sottostante struttura psicotica ancora operante abbia scatenato la nuova crisi psicotica.

In realtà ogni paziente psicotico sa che per lui esistono delle Colonne d'Ercole che non devono essere superate, pena una nuova ricaduta.

Così si esprime un paziente (Bertrando, 1999): "Le emozioni piatte sono un compromesso evidente per ridurre i sintomi psicotici. Esse fanno in modo che l'individuo provi emozioni ad un livello inferiore rispetto a una persona normale".

Il tipo di miglioramento prospettato da questo paziente (e che è possibile ottenere anche con remissioni spontanee o con terapie esclusivamente psicofarmacologiche) è antianalitico, nel senso che va contro lo scopo della terapia di recuperare l'unità e la completezza del proprio sé.

Noi sappiamo tuttavia che ogni movimento verso il recupero delle emozioni e della vitalità comporta rischi di cadute e che, quando il processo analitico promuove un'integrazione e un avvicinamento alle emozioni, diventa possibile la ricomparsa di una crisi.

Per questa ragione, i tentativi di miglioramento e d'integrazione risultano sempre rischiosi.

Mantenere "le emozioni piatte" è una misura di ordine difensivo da parte del paziente, dato che anche le esperienze piacevoli possono risultare troppo forti per essere tollerate.

Questa mattina abbiamo ascoltato l'interessante relazione del collega Werbart a proposito delle teorie private del terapeuta e del paziente sulle finalità e sui limiti della cura. Io suppongo che quando le teorie dell'analista e del paziente coincidono nel sospendere il trattamento essi inconsciamente *sanno* che è consigliabile non forzare l'equilibrio raggiunto pena una nuova ricaduta. Entrambi non hanno fiducia nel metodo analitico.

Ciò aiuta a comprendere in che modo l'equilibrio che governa il nucleo psicotico con il resto della personalità sia simile a un compromesso precario che può venir meno da un momento all'altro. Il delirio è sempre presente come *secondo sistema* che può proliferare in ogni momento.

In realtà, quando il paziente oltrepassa le sue Colonne d'Ercole una nuova crisi psicotica prende corpo: la ricaduta è favorita dal suo essersi proiettato troppo in avanti senza una struttura che avrebbe potuto sostenere il progresso.

Le Colonne d'Ercole del paziente che descrivo dipendono dalla sua incapacità di fronteggiare, comprendere e trasformare la frustrazione emotiva implicita in ogni relazione interpersonale.

Nel capitolo ottavo di "Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico" Bion (1967) ipotizza che il neonato possieda una pre-concezione innata del seno, ma che solo successivamente, nel momento in cui lo incontra, si formi in lui l'esperienza interna dell'esistenza dell'oggetto.

Tra aspettativa del seno e sua realizzazione esiste uno iato; in questo intervallo nasce il pensiero, cioè la rappresentazione della mancanza dell'oggetto.

Se il bambino è capace di sopportare la frustrazione, la mancanza del seno diventa pensiero.

L'incapacità di tollerare la frustrazione, invece, fa nascere l'odio per la realtà frustrante e gli eventuali pensieri legati all'assenza dell'oggetto vengono trattati come oggetti da evacuare.

L'evasione dalla realtà avviene mediante attacchi contro la coscienza dei dati percettivi; al posto di una realizzazione negativa (il seno assente) si afferma l'onnipotenza. Il risultato di quest'operazione è un difetto di discriminazione tra vero e falso.

Nell'ultimo periodo della sua indagine sul processo psicotico, alla base della inabilità psicotica di sostenere la frustrazione, Bion ha posto l'accento sulla mancata introiezione di alcune funzioni fondamentali della simbolizzazione affettiva a causa di un *difetto del contenitore*, ossia dell'oggetto originariamente destinato ad accogliere le proiezioni del lattante.

L'incapacità del paziente psicotico di apprendere dall'esperienza emotiva rimanderebbe dunque all'incapacità della madre di accogliere e comprendere le identificazioni proiettive del bambino che operano realisticamente, ossia che veicolano realtà emotive in attesa di essere comprese e che riproducono quelle stesse sensazioni che il neonato non è in grado di tollerare.

A seguito della mancanza di recettività materna, la rudimentale coscienza del neonato dovrebbe, allora, sobbarcarsi quei compiti che l'incapacità di rêverie della madre ha lasciati inevasi. Ma questa impresa risulta impossibile.

Il paziente psicotico sarebbe dunque destinato a portare con sé la stessa incapacità dell'oggetto materno.

Nel trattare le emozioni, dice Bion, lo psicotico mostra le stesse difficoltà che ha nella formulazione dei pensieri che dovrebbero modificare la frustrazione.

Le emozioni svolgono nella psiche la stessa funzione che le impressioni sensoriali hanno quando registrano degli oggetti situati nel tempo e nello spazio. Alla coerenza tra le varie impressioni sensoriali nella conoscenza oggettiva corrisponde, nella coscienza soggettiva, un'esperienza emotiva consensuale, che è possibile solo mediante l'integrazione di sentimenti conflittuali per lo stesso oggetto.

Il paziente psicotico è incapace di arrivare a una integrazione simile.

Un caso clinico

Per mostrare come il mancato accesso alla percezione delle emozioni, proprie e altrui, e l'incapacità di integrarle porti il paziente a tornare indietro nella psicosi, voglio riportare un breve frammento di una terapia analitica.

La crisi descritta riguarda un paziente di ventotto anni, che chiamerò Fabio, ed è avvenuta dopo due anni di analisi.

Prima dell'inizio del trattamento Fabio era stato ricoverato per un episodio psicotico in cui si era sentito minacciato da un gruppo di delinquenti.

L'inizio della persecuzione si era verificato quando, dopo aver frequentato assiduamente il bar del quartiere, aveva cominciato a notare che alcuni individui, a suo dire malavitosi, avevano preso a provocarlo apertamente. Nei giorni seguenti era tornato nello stesso luogo con l'intenzione di sfidare i persecutori. Dopo di allora il terrore aveva assunto un aspetto esponenziale e Fabio si era sentito angosciato al punto da non poter più uscire di casa.

Anche confinato a casa non era stato in grado di controllare i persecutori che, a suo dire, continuavano ad agire su di lui con mezzi chimici (avrebbero avvelenato l'acqua potabile).

Nel corso della terapia analitica, iniziata sei mesi dopo la dimissione, il paziente aveva ricordato di essere stato un bambino pauroso che aveva avuto difficoltà ad andare all'asilo; temeva l'incontro con i coetanei ed era particolarmente sensibile verso quei ragazzini, di ceto sociale inferiore, che risiedevano nel suo stesso quartiere.

Nell'infanzia il padre si era preso cura di Fabio, privilegiandolo e dandogli un posto speciale. Il paziente era cresciuto alla sua ombra identificandosi con lui, mentre la personalità della madre, donna convenzionale e incolore, non aveva avuto alcun rilievo.

Insieme al padre aveva sognato di emergere nella vita in modo luminoso e nell'adolescenza si era dedicato con assiduità a sport individuali (judo, ciclismo) senza però molto successo.

La cosa che lo stimolava di più era identificarsi con il padre e sognare di diventare più bravo di lui e poterlo battere negli sport.

Era sempre rimasto intimorito dai delinquenti o dalle persone "cattive", ma pensava che un giorno avrebbe potuto combatterle e intimidirle. Aspirava, una volta laureato, a far carriera nella polizia.

Verso i vent'anni aveva cercato approcci erotici con le ragazze, ma i suoi incontri si erano rivelati precari e confusi. Spesso era successo che quelle stesse ragazze, che si erano dichiarate disponibili a stare con lui, l'avevano in breve tempo abbandonato facendosi sedurre da qualcun altro.

I primi due anni della terapia erano serviti a liberarlo dall'angoscia concreta della persecuzione delirante che aveva provocato il ricovero.

Divenne chiaro che nessuno l'aveva aiutato a superare le angosce di persecuzione che risalivano alla sua prima infanzia e che era cresciuto senza alcuna identità in una grandiosa e patologica identificazione con il padre.

Nel corso della terapia era avvenuto un notevole miglioramento, tanto che Fabio era diventato più capace di entrare in relazione con i coetanei, aveva ripreso gli studi (abbandonati da molto tempo) e sembrava voler superare le difficoltà emotive che gli avevano impedito di avere una ragazza.

Eravamo a circa un mese dalle vacanze estive, alla fine del secondo anno di analisi, quando Fabio annunciò di avere conosciuto una ragazza greca, che si trovava in Italia per ragioni di studio. Il paziente era molto contento della simpatia che si era stabilita tra loro ed era chiaro che questa conoscenza, con l'entusiasmo che l'accompagnava, l'aiutava a pensare di essere diventato come gli altri giovani che avevano una relazione di coppia.

Naturalmente anche questa nuova relazione non era indenne da sospetti e angosce persecutorie quando, ad esempio, era spinto a pensare che se la ragazza tardava a telefonargli qualche nemico invidioso l'avesse indotta ad abbandonarlo.

Con tutte le incertezze del caso, la relazione con la ragazza continuò in modo positivo e le vacanze analitiche coincisero con il suo progetto di fare un viaggio in Francia con lei.

Conoscendo il paziente, non ero del tutto certo della sua capacità di affrontare l'intervallo analitico senza problemi e perciò mi separai da lui con molti dubbi sulla sua tenuta.

Alla ripresa tornò regolarmente in analisi e mi comunicò che aveva interrotto il viaggio con la ragazza: era ritornato indietro perché era stato male.

Impiegammo le prime sedute per capire che cosa era successo.

Si era sentito di nuovo esposto alla persecuzione: era sicuro che in Francia ci fosse un complotto ai suoi danni e che la ragazza greca fosse uno degli agenti del gruppo che operava contro di lui.

Aveva intuito che lei lo tradiva sessualmente con persone sconosciute e che si era messa d'accordo con il cameriere del ristorante per avvelenarlo. Quest'uomo, un ragazzo rumeno, aveva espresso frasi in cui l'intenzione di nuocerli era risultata evidente.

Questa volta il paziente, consapevole del fatto che la psicosi si era ripresentata, aveva telefonato a casa al padre che gli aveva consigliato l'immediato ritorno in Italia.

Facemmo una certa fatica a capire come Fabio fosse passato dall'aspettativa affettuosa nei confronti della ragazza a una costruzione in cui questa era diventata una cinica delinquente.

Era disposto addirittura a credere che lei avesse voluto sedurlo forse per farsi sposare e impossessarsi del suo patrimonio, ma tutto questo contrastava con lo sgomento con cui la ragazza aveva ascoltato le sue confessioni deliranti durante il viaggio.

Che cosa era dunque successo e perchè il paziente era tornato a delirare?

Fabio disse che prima di partire per il viaggio aveva notato che, nel corso di una riunione serale, un amico della ragazza le si era avvicinato in uno stato di evidente eccitazione erotica. Gli era risultato chiaro che quest'uomo aveva il pene eretto. Fabio però, dopo quella sera, aveva dissociato questa percezione, non ci aveva più pensato ed era partito per il viaggio.

La visione della ragazza eccitata alla vista del pene eretto aveva cominciato a turbarlo durante il viaggio. Ossessionato da questa visione, aveva cominciato a pensare che, quando la compagna si alzava durante la notte per andare in bagno, stesse andando a un appuntamento sessuale. La stessa cosa era evidente quando dormiva: la posizione delle sue mani indicava che era intenta a masturbarsi.

Il tradimento aveva poi preso una forma persecutoria: la prova era stata la collusione tra la ragazza e il cameriere del ristorante che aveva certamente manifestato intenzioni omicide nei suoi confronti. In preda all'angoscia psicotica, Fabio era fuggito dal locale e aveva telefonato al padre.

E' chiaro che il nuovo episodio psicotico, più contenuto del precedente, era sopraggiunto quando il paziente si era esposto a una nuova esperienza emotiva.

Ma che cosa aveva implicato per il paziente la conquista della ragazza? Ripensando alla vicenda, Fabio disse che si sentiva contento di avere avuto, per la prima volta, un'esperienza di coppia, ma che forse questa stessa vicenda lo aveva portato ad "espandersi".

Ricordò che da un certo punto in poi la relazione con la ragazza non era più stata vissuta come un'esperienza personale, ma si era presentata come un'impresa che lo portava a "gonfiarsi".

Il paziente ricordò un film in cui il protagonista era d'accordo con la figlia per fare una certa operazione truffaldina, ma poi veniva a scoprire che la figlia a sua volta lo ingannava d'accordo con lo psichiatra che lo aveva in cura. Fu evidente a questo punto che il truffatore era lui stesso che aveva cominciato a truffare, alterando la percezione di sé in termini grandioso-narcisistici.

L'incapacità di sognare le emozioni

Emerse in modo chiaro che l'elemento principale che aveva favorito il viraggio verso la psicosi era stata la frustrazione. Fabio ricordò che prima di mettersi in viaggio, mano a mano che il desiderio di vedere la ragazza diventava più incalzante, lei non gli era sembrata troppo desiderosa di passare il tempo da sola con lui e aveva preferito vederlo in compagnia dei suoi amici.

Capimmo che il delirio di gelosia e di persecuzione era stato favorito dall'incomprensione creatasi tra lui e la ragazza, e che la lontananza psichica della partner aveva eccitato in lui il sospetto di essere tradito alimentando l'atmosfera competitiva sessualizzata.

Certamente Fabio non si era sentito capito nel suo desiderio di intimità ma era anche evidente che tale mancanza aveva agito sul suo sé megalomane che aveva attribuito alla ragazza l'intenzione di umiliarlo, di farlo sentire un niente e di tradirlo.

Nel corso delle sedute il paziente, pur munito di un nuovo insight derivante dal lavoro analitico, non era per nulla disposto a riconoscere con me la natura delirante della sua esperienza.

Accanto alla ricostruzione avvenuta in analisi permaneva la versione delirante precedente; entrambe le versioni non si escludevano a vicenda e il delirio passato continuava ad essere considerato reale.

Infatti Fabio mantenne come reale l'esperienza traumatica delirante ed evitò di rivedere la ragazza per paura di ricadere nella psicosi.

Nel tentativo di spiegare perchè continuava a credere a due realtà incompatibili, la delirante e quella reale, gli dissi che, se avesse potuto sognare, il contenuto del delirio di gelosia sessuale avrebbe potuto costituire la trama di un sogno che ci avrebbe permesso di dare significato all'esperienza di esclusione sperimentata prima delle vacanze.

Invece, incapace di "mettere nel sogno" la frustrazione emotiva, aveva fatto ricorso al delirio (una visione) che lo aveva colonizzato.

In tal modo aveva prodotto una "realtà" percepita come un sogno, indistinguibile dallo stato di veglia.

La mia opinione è che lo scivolamento verso il delirio fosse dipeso da una carenza che non gli aveva permesso di fare il "lavoro del sogno" con cui avrebbe potuto registrare nella consapevolezza inconscia le emozioni spiacevoli e dare loro un significato.

Non essendo riuscito a "sognare" la frustrazione per comprenderla e modificarla, Fabio l'aveva materializzata e trasformata in un conflitto persecutorio. Se avesse sognato la frustrazione (ad esempio raffigurando nel sogno la ragazza che lo abbandonava o lo tradiva), forse avrebbe potuto interrogarsi sul perché di quel sogno e intuire che si era sentito, a un livello inconscio, incompreso ed escluso dalla ragazza.

Ma, per fare questo, avrebbe dovuto possedere uno spazio potenziale (un inconscio emotivo) capace di registrare le emozioni e renderle conoscibili mediante il sogno.

Guardando le cose anche da un altro punto di vista, è possibile affermare che il successo con la ragazza gli aveva dato alla testa e lo aveva espanso in modo tale da fargli vivere i conflitti e la gelosia in una dimensione megalomane. Tutto questo lo aveva di nuovo portato allo scontro con quelle figure maschili aggressive che gli avevano sempre fatto paura.

Inoltre la nuova crisi psicotica sembra testimoniare che Fabio si era spinto troppo avanti rispetto a quanto poteva psichicamente affrontare. In particolare, non era stato in grado di sostenere la frustrazione emotiva di cui non aveva capito la natura.

Invece di comprendere aveva creato una realtà intollerabile in cui si era percepito umiliato da un rivale con il pene eretto (ancora una volta l'immagine concreta di un padre fallico che lo umilia, lo schiaccia e con il quale compete).

La frustrazione originaria e l'identificazione con una figura megalomane aveva creato le condizioni per un nuovo crollo psicotico pieno di rabbia distruttiva.

Solo dopo un lungo lavoro il paziente si rese conto di quanto fosse stato incapace di intuire i sentimenti propri e della ragazza: non aveva capito come lei, per quanto sinceramente affezionata a lui, fosse ancora esitante ad affidarglisi completamente, abbandonando gli amici.

Sorprendentemente, a distanza di alcuni mesi e quando la vicenda era ormai lontana, il paziente produsse un sogno che sembrò illuminarlo sulle circostanze che mesi prima avevano scatenato il delirio.

Nel sogno era alla guida di un'automobile e accanto a lui sedeva la ragazza greca. Il paziente doveva parcheggiare la macchina ma, mentre era indaffarato a compiere le complesse manovre del parcheggio, si accorgeva che la ragazza non lo aiutava, addirittura era distratta.

Sembrò in questa occasione che solo molto tempo dopo il paziente potesse percepire nel sogno la lontananza psichica della ragazza e si potesse impegnare in un complesso lavoro per trovare un posto adeguato alle proprie percezioni emotive senza essere costretto a delirare.....

In questo sogno Fabio aveva potuto rappresentare la sua percezione della lontananza emotiva della ragazza; in tal modo, non era più costretto a ricorrere al delirio.

Secondo la ricostruzione della vicenda delirante emersa nel corso dell'analisi è evidente che la nuova crisi è stata scatenata dal desiderio del paziente di uscire dall'isolamento emotivo, cioè da un tentativo di progresso. Fabio, però, non era riuscito ad andare avanti per la sua incapacità di tollerare e dare un significato alle frustrazioni emotive.

Potremmo affermare che, al momento in cui sviluppa il delirio, Fabio possiede una mente che non ha spazi articolati e differenziati per il pensiero e non è in grado di tenere insieme le complesse emozioni legate alla relazione affettiva.

Egli non può, in altre parole, usare la sua intuizione emotiva per fare il "lavoro del sogno", ossia registrare ed elaborare nell'inconscio le emozioni spiacevoli, risparmiando e proteggendo in questo modo il suo oggetto da proiezioni invasive maligne.

L'identificazione patologica con una figura megalomane crea contemporaneamente le condizioni per sviluppare una rabbia distruttiva e per trasformare l'oggetto frustrante in oggetto cattivo e persecutorio.

Il carattere traumatico di un evento è inversamente proporzionale alla capacità di tollerare la frustrazione. Questa capacità varia con l'età del soggetto, con la sua struttura di personalità, con la sua storia e con il suo stato psicopatologico, ossia con le difese che sono state sviluppate e sono operative in quel momento.

Possiamo dire che il paziente che si trova nello stato psicotico non possiede un apparato di pensiero capace di elaborare la frustrazione emotiva: nel suo caso, *frustrazione e trauma coincidono*.

Mentre in condizioni normali la frustrazione è un evento spiacevole ma elaborabile (anzi, stimola l'apprendimento e la crescita mentale), *nello stato psicotico essa viene a coincidere con il trauma* e come tale produce regressione e danni alle strutture psichiche.

Conclusioni

Possiamo considerare da molti punti di vista la relazione tra trauma e psicosi. Per chiarezza mi sono limitato a delinearne solo tre.

Il primo è quello genetico che ipotizza che lo sviluppo psicotico si origina da una situazione traumatica, non necessariamente violenta o massiva, derivata dalle prime relazioni di dipendenza, che impedisce sin dall'inizio della vita la strutturazione di una modalità di pensiero adatta ad affrontare la realtà psichica.

Variamente concepito come regressione alla primitiva organizzazione libidica (Freud) o come arresto alla posizione schizo-paranoide (Klein), il danno riguarda il modo con cui l'io organizza la propria percezione del mondo e le proprie relazioni interne.

Il paziente psicotico porterebbe dentro di sé sin dall'inizio della vita un "disturbo" originario prima o poi destinato a sconvolgergli la psiche.

Un secondo modo di vedere il rapporto tra trauma e psicosi è quello che considera la psicosi stessa come un trauma inelaborabile.

Al pari di un avvenimento traumatico violento e massivo che non può essere elaborato, l'episodio psicotico viene dissociato dalla consapevolezza e nel corso della terapia il paziente si oppone consciamente a riattivarne il ricordo.

Come è impossibile per i sopravvissuti da un trauma catastrofico poter rivivere il terrore, l'insensatezza della persecuzione e la mancanza di difesa, così anche per lo psicotico è difficile tornare indietro all'impatto catastrofico dell'implosione della propria mente, dei pensieri della follia e della consapevolezza di questa.

Perciò, se lo psicoanalista vuole condividere con il paziente l'esperienza della crisi psicotica, deve sapere avvicinarsi con cautela e sensibilità ad aree di sofferenza non facilmente affrontabili.

Come ho già detto, l'impossibilità a ricordare quanto è accaduto deriva non solo dal dolore ma anche dalla paura. Lo stato di malattia si presenta, anche a distanza di anni, come un magma invadente sempre pronto a erompere e a mettere a repentaglio il faticoso equilibrio raggiunto.

In questo lavoro mi sono soffermato in modo particolare sul terzo aspetto del rapporto tra trauma e psicosi cioè sull'incapacità del paziente psicotico a tollerare e a comprendere le ragioni della frustrazione emotiva e dell'esperienza della sofferenza.

Ho presentato il caso di un paziente che, emerso dallo stato psicotico, ha cercato di avvicinarsi ad esperienze emotive che in realtà non era pronto ad affrontare.

Si potrebbe dire che proprio il tentativo di fare progressi ha prodotto la nuova caduta che, fortunatamente, ha trovato poi una sua elaborazione nella relazione analitica.

L'asimmetria crescente tra miglioramento sintomatico e "struttura psicotica" facilita il sopraggiungere della crisi.

Avviene qualcosa di analogo quando si costruisce sopra un edificio le cui fondamenta non possono tollerare un ulteriore carico: l'espansione del volume provoca il crollo dell'intera costruzione.

La possibilità di un ripetersi delle crisi anche nel corso dell'analisi ripropone il dilemma di fondo che angustia ogni analista che si cimenta con la terapia dello stato psicotico.

In che modo, infatti, può dirsi raggiunto l'obiettivo terapeutico nelle analisi dei pazienti psicotici?

La risposta alla domanda è implicita nel problema di fondo, cui la psicoanalisi non è in grado di dare risposte certe, di quale sia il momento in cui si possa considerare realizzata davvero la trasformazione della struttura psicotica.

Questo momento dovrebbe coincidere con l'acquisizione da parte del paziente di una competenza emotiva, capace di aiutarlo a comprendere la realtà psichica e a tollerare le frustrazioni inerenti alla relazione con il mondo

L'assenza di un oggetto, originariamente capace di dare significato alle comunicazioni emotive del paziente, impedisce a questi di affrontare quelle stesse emozioni che hanno subito precoci interferenze.

Aiutare il paziente psicotico ad arrivare a una reale competenza emotiva è un'impresa complessa. Sin dall'infanzia egli si è rifugiato in un ritiro psichico, un luogo che gli ha consentito di evadere e di negare la realtà psichica.

Dovremmo, allora, essere pronti a lavorare, molto e a lungo, in questo territorio carente per sviluppare quelle capacità psichiche che il paziente non ha mai potuto strutturare.

I pazienti psicotici, infatti, non hanno mai acquisito una vera struttura di personalità.

La loro identità precaria finisce per crollare con l'esordio della crisi psicotica che coincide, a volte, con la rottura di un legame idealizzato che serviva loro da collante.

Non a caso le crisi psicotiche avvengono più frequentemente nel passaggio dall'adolescenza alla maturità; passaggio che richiede competenze emotive adeguate.

I pazienti che svilupperanno una crisi psicotica funzionano come se vivessero nella mente degli altri o nel mondo dell'immaginazione.

Quando vengono in analisi si aspettano di ristabilire le condizioni precedenti la crisi psicotica, ossia che venga ricostruita la stessa pseudo-identità che li farebbe apparire funzionanti.

Proprio per questo motivo il loro tentativo di adattarsi alla realtà illude le persone a loro vicine e, a volte, lo stesso analista; illusione che si frantuma quando una nuova crisi spazza via l'apparente integrazione.

L'obiettivo del trattamento analitico deve essere la costruzione di una reale identità personale. Anche per i pazienti che hanno sofferto di crisi psicotiche, dovremmo poter valutare i progressi nella terapia relativamente allo strutturarsi di questa nuova esperienza.

Bibliografia

Aulagnier, P. (1975) *La violenza dell'interpretazione*. Borla. Roma, 1994.

Balint, M. (1968) Il difetto fondamentale in M.e E. Balint *La regressione*. Raffaello Cortina Editore. Milano, 1983.

Bateson, G. (a cura di) (1961) *Perceval's Narrative: A Patient's Account of His Psychosis*. Stanford University Press. Palo Alto. **Benedetti, G.** (1980) *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Einaudi, Torino.

Bertrando, P. (1999), *Vivere la schizofrenia*. Bollati Boringhieri. Torino.

Bion, W. (1967) *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando Editore. Roma, 1970.

Bion, W. (1992) *Cogitations. Pensieri*. Armando Editore. Roma, 1996.

De Masi, F. (2000). The unconscious and psychosis. Some considerations on the psychoanalytic theory of psychosis. *Int. J. Psychoanal.* 81:1-20.

De Masi, F. (2002) Il limite dell'esistenza. Un contributo psicoanalitico al problema della caducità della vita. Bollati Boringhieri. Torino

De Masi, F. (2003) On the nature of intuitive and delusional thought: Its implications in clinical work with psychotic patients *Int. J. Psychoanal.* 84: 1149-1169.

De Masi F. (2006) *Vulnerabilità alla psicosi*. Raffaello Cortina Editore. Milano

Fonagy, P. (1999) Memory and therapeutic action. *Int. J. Psychoanal.* 80:215-223.

Fonagy, P.; Target M.; Gergely, G.; Allen J.G.; Bateman, A. W. (2003) The development Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and some evidence. *Psychoanal. Inquiry. Vol. 23, N. 3. pp.412-459.*

Frankl, V. (1998) *Uno psicologo nei lager*. Edizioni Ares, Milano.

Freud, A. (1964) Commenti sul trauma psichico in *Opere* vol. II. Boringhieri. Torino, 1979. pp. 717-731.

Podvoll E. M. (1990) *La Seduzione della pazzia*. Astrolabio. Roma, 1992.

Sandler, J. and A. M. (1987). The past unconscious, the present unconscious and the vicissitudes of guilt. *Inter. J. Psychoanal.* 68:331-441.

Werbart, A.; Linbom-Jakobson, M. (2001) The "living dead" survivors of torture and psychosis. in *A Language for Psychosis* Edited by Paul Williams. Whurr Publishers. London and Philadelphia.

Williams, P. (2004) Incorporation of an invasive object. *Inter. J. Psychoanal.* 85: 1333- 1349.