

## **Sull'esclusione delle esperienze traumatiche in un caso di ipocondria psicotica (schizofrenica)**

**Thomas Müller, Hanau**

### **Introduzione**

L'ipotesi che esista una forma schizofrenica di ipocondria ha una lunga tradizione in psicoanalisi. Freud, differenziando implicitamente un'ipocondria di tipo nevrotico da una di tipo psicotico (Freud 1911, 1914), affermò che l'apparato mentale ha 4 possibilità di elaborazione:

- l'"introversione" psichica tipica delle nevrosi di transfert;
- una modalità somatica di scaricare la libido, nel caso in cui l'introversione fallisca (come accade nell'ipocondria nevrotica);

[in entrambe queste due prime possibilità la rappresentazione inconscia degli oggetti rimane investita libidicamente e, di conseguenza, permane anche la capacità di simbolizzazione]

- la megalomania psicotica

ed infine, se quest'ultima fallisce,

- l'"ipocondria della parafrenia" (Freud 1914).

Seguendo le affermazioni di Freud, molti altri autori sostennero l'importanza della presenza, nell'ipocondria psicotica, di disturbi nell'uso dei meccanismi di identificazione proiettiva ed introiettiva e di scissioni patologiche e stati confusionali (Klein M.1946, Rosenfeld 1965, Nissen 1999). Quale potrebbe essere la ragione di tutto ciò?

### **Inconscio e funzione alfa**

La funzione alfa (Bion 1962) consiste in un'operazione mentale che trasforma i dati sensoriali e le percezioni interne (materiale grezzo, elementi beta) in elementi alfa. Essi possono ulteriormente evolvere in contenuti e strutture psichiche, simboliche e rappresentabili (appercezioni), che possono essere depositate nell'inconscio, aggregarsi ed essere utilizzate per i processi di pensiero (primari e secondari); possono inoltre essere rimosse ed utilizzate per sognare e per provare emozioni.

In questo senso, perciò, l'inconscio va inteso come "organo digestivo" che aiuta a generare significati. La funzione alfa crea lo spazio simbolico e metaforico e la struttura edipica. Al contrario, gli elementi beta costituiscono materiale grezzo, percezioni che possono essere "sentite" solo concretamente e che non sono perciò pensabili in modo riflessivo.

Con l'aiuto della rêverie, l'oggetto primario rende il neonato capace di dare un senso a queste esperienze; ciò permette di collegare le sue aspettative innate (preconcezioni, per es. l'aspettativa del seno buono) con le esperienze reali che si verificano nella relazione con l'oggetto primario (per es. il seno che nutre e soddisfa). La relazione intrapsichica ed interpersonale, l'identificazione proiettiva difensiva e comunicativa, veicolano fenomeni psicofisici fino ad allora non integrati e non digeriti (preconcezioni, impressioni sensoriali prive di significato) che potranno in seguito essere trasformati, prima da un oggetto esterno e poi da un oggetto interno o da una rappresentazione/struttura mentale.

Solo tramite questo processo il sé diviene capace di introiettare, integrare e mentalizzare questi fenomeni. All'inizio della vita tutte "le impressioni che si originano al di fuori del sé sono uguali...sono tutte coscienti. La rêverie materna é l'organo che contiene tutto ciò che il sé riceve in termini di sensazioni provenienti dalla coscienza" (Bion 1962).

In questo contesto il termine conscio non va inteso nel senso di riflessivo o consapevole ma nel senso di cosciente, orientato (il contrario di assopito, sonnolento, stuporoso). Pertanto il bambino non é dotato di per sé di un conscio o di un inconscio riflessivo. Egli deve introiettare, non solo i singoli elementi trasformati dalla funzione alfa della madre ma, infine, la funzione alfa stessa.

## Trauma e psicosi

Se la madre non é in grado di ricevere le proiezioni “allora il bambino sente che la sua angoscia di morte viene privata di qualsiasi significato intrinseco”. A causa del “fallimento dell’oggetto materno si sviluppa uno stato di totale impotenza in cui le strutture del significato crollano e vengono sostituite dalla disorganizzazione dell’io che non é ancora in grado di attivare quei meccanismi difensivi che permetterebbero una trasformazione del terrore senza nome” (Green 1977). Green, come Winnicott e Bion, pensa che “la continuità dell’essere viene distrutta a causa delle reazioni del bambino agli impingements ambientali” (Winnicott 1974).

In questo caso “il bambino non reintroietta l’angoscia di morte trasformata e resa pensabile, ma un terrore senza nome” (Bion 1962).

“ Per poter sopravvivere l’infante é costretto a continuare ad utilizzare, con sempre maggiore intensità e frequenza, l’identificazione proiettiva. Ciò sembra portar via qualunque traccia di significato che le appartiene” (Bion 1962). Pertanto, se il bambino non ha la possibilità di utilizzare l’identificazione proiettiva sperimentando l’esistenza di un oggetto capace di sostegno e contenimento, l’internalizzazione e lo sviluppo della funzione alfa saranno severamente compromesse.

A seguito di ciò saranno gravemente disturbati anche i processi mentali di simbolizzazione, triangolazione e differenziazione tra il sé e l’oggetto.

Il fallimento e la perdita di questa esperienza possono essere vissute in modo traumatico e determinare, come conseguenza, l’uso eccessivo dell’identificazione proiettiva che, tramite processi evacuativi, minaccia il sé di annichilimento, svuotando l’intero apparato psichico.

In queste condizioni il sé emergente può sperimentare un rifiuto come un trauma e reagire ad esso con l’esclusione dal simbolico e l’onnipotenza (Bion 1962) anziché con lo sviluppo di processi di pensiero. Ciò diventa ancora più probabile se si aggiungono esperienze traumatiche di separazioni ripetute e cumulative e di abusi sessuali e/o aggressivi. In questo caso vi é un’interrelazione dinamica tra l’esperienza traumatica interna ed esterna: le emozioni, le sensazioni corporee, le impressioni sensoriali non possono essere elaborate mentalmente ma minacciano il sé sommergendolo; l’inconscio come organo digestivo non può svilupparsi ( Freud direbbe: “incrementando costantemente le pressioni istintuali” 1926 p. 144; concetto di trauma interno; 1911, 1914). Il risultato di ciò consiste in una perdita di coerenza del sé mentre lo stato di totale impotenza persiste e minaccia di diventare “infinito” (Tarantelli 2003).

Dopo un’accurata disamina di studi clinici empirici, una recente rassegna di lavori di ricerca sull’importanza eziopatogenetica del trauma nei casi di psicosi ha sottolineato che “ una vasta letteratura dimostra l’elevata frequenza di traumi psicologici in persone affette da psicosi...Il trauma psicologico... è una possibile forma di influenza ambientale negativa che contribuisce all’eziologia delle psicosi” (Reed, Ross, 2003). In ogni caso si suppone che le memorie traumatiche possano essere registrate solo dai sistemi sensoriali e non verbali e che perciò non possano essere integrate dal SNC e immagazzinate nella memoria semantica (Van der Kolk 1998). Murray (1994) si spinge fino a classificare la schizofrenia come una forma di dementia praecox che si sviluppa a causa di esperienze traumatiche.

Laub (2000) afferma che, in caso di esperienze traumatiche, emerge un “vuoto oggettuale interno”. Il termine “senza nome” o “svuotato di significato” si riferisce al fatto che lo sviluppo di esperienze traumatiche preverbalis impedisce l’organizzazione delle esperienze in strutture psichiche, “ un fenomeno che é collegato con la silenziosa attività dell’istinto di morte” (Laub 2000). Questa condizione mentale é caratterizzata da una perdita o da un vuoto strutturale, poiché la rimozione primaria resta immodificata (Kinson, Cohen 1985; Baranger et al. 1988) “ciò é qualcosa di completamente diverso dai conflitti legati allo sviluppo, caratterizzati da una posizione difensiva secondaria che non interessa il conflitto centrale il quale, invece, consiste in uno stato di vuoto oggettuale” (Laub 2000). Una caratteristica strutturale comune al trauma e alla psicosi può riscontrarsi non solo nell’esperienza traumatica di frammentazione e nella difesa psicotica (vedi più avanti Freeman 2000, De Masi 2003), ma anche in questo stato di vuoto di oggetti o di assenza di struttura, uno stato di disinvestimento narcisistico (Eissler 1968), un narcisismo primario, libero da ogni carica libidica oggettuale (Freud 1914), “il terrore senza nome” (Bion 1962), “la perdita delle rappresentazioni d’oggetto” (Hartke 2005). Infatti, né l’esperienza traumatica, né la frammentazione e neppure l’angoscia psicotica di annichilimento vengono rappresentate psichicamente nell’inconscio. Perciò queste esperienze, non potendo essere rappresentate né verbalizzate, non possono essere neppure rimosse. Comunque, l’incapsulamento e la scissione non hanno l’effetto di tali esperienze traumatiche che restano “segregate dal flusso degli eventi e dei processi mentali e dall’elaborazione delle fantasie conscie ed inconscie” (Bohleber 2000, Hopper 1991). Una forma radicale di

“elaborazione” o di reazione é la morte psichica (Krystal 1998, Tarantelli 2003), in cui tutte le funzioni vitali vengono annientate e lo psiche-soma non é piú investito libidicamente.

Le operazioni difensive ed i processi mentali psicotici costituiscono un altro modo di reagire. Si tratta di strutture difensive specifiche, come un sé infantile psicotico (Grotstein 1992, Volkan 1995) scisso dal resto dello sviluppo del sé, che, in una sorta di azione differita, viene sovrapposto allo stato mentale “senza nome”.

Lo stato mentale “senza nome” può essere registrato solo sensorialmente e non può essere simbolizzato né rappresentato mentalmente.

Quali sono le caratteristiche di questa struttura ed organizzazione di personalità?

## Struttura psicotica

La caratteristica piú importante é la scissione del sé; nel modello topografico Freud parlò della scissione della personalità in varie occasioni (per es. considerando l'omosessualità di Schreber come un impulso nevrotico (difesa dall'angoscia di castrazione) e psicotico ( fusione con l'oggetto e difesa dalle angosce paranoide); oppure anche nel 1914 quando differenziò tre parti della personalità nella parafrenia (normalità o nevrosi, processo patogenetico, ricostruzione). Freud sviluppò in modo piú completo questa teorizzazione prima del 1940 (scrivendo dell'osservatore nascosto del processo patogenetico). Successivamente altri autori hanno esplorato in modo sistematico questa ipotesi ( Katan, Searles, Bion, Grotstein e Volkan). Freud si occupò, secondariamente, anche delle angosce della parte non psicotica del sé.

Poiché la libido non può essere scaricata mentalmente, si ingorga in una tal misura che l'apparato psichico viene sopraffatto in modo incontrollabile e sperimenta un estremo dispiacere (“la distruzione del mondo”, Freud 1911). Qui Freud, implicitamente, sembra immaginare l'apparato psichico come mancante di un “organo digestivo”. Egli va oltre e scrive che il terrore deriva anche dalle parti non psicotiche che sperimentano il break down e la ricostruzione come estremamente egodistoniche. L'io tenta di trovare rifugio nella “frammentazione” (Freud 1911) “per evitare pressioni troppo intense”.

Piú tardi Freud descrisse chiaramente questi stati mentali come traumatici (1917, 1920, 1926). Un'ulteriore caratteristica del sé psicotico consiste nel tentativo di ripristinare una (pseudo)coerenza utilizzando alcune operazioni difensive e proiettive. Si tratta di operazioni attive e specifiche dell'io i cui attributi strutturali si basano sull'esclusione dal conscio e dall'inconscio e sulla riparazione/ricostruzione onnipotente (Freud 1915, Bion 1962); non sono soltanto segni di un'aspecifica debolezza dell'io. Se infatti il precario equilibrio nevrotico si frantuma oltre una certa soglia psico-biologica (situazioni attive in senso psicodinamico), il sé viene travolto da un “panico organismico” (Pao 1979), si verifica un delirio di “distruzione del mondo” (Freud 1911) e, quando il sé entra in contatto con il terrore senza nome e con il vuoto oggettivo interno, esperisce una sensazione soggettiva di crollo strutturale. Allora possiamo osservare come operazione difensiva- che denota somiglianze tra trauma e psicosi- la dissociazione, la frammentazione, l'annichilimento, l'esclusione dal mentale, il disinvestimento libidico della rappresentazione inconscia d'oggetto e quindi la sua distruzione, la distruzione del sistema cognitivo e affettivo ed un progressivo disinvestimento narcisistico.

Il periodo necessario di onnipotenza infantile, che di solito protegge dalle angosce di annichilimento (Tustin 1986, Grotstein 2000), si dissolve in modo traumatico e troppo precoce. Ciò che ne deriva é la morte psichica, la sindrome musulmana, la sindrome di Stoccolma (per coloro che sono sopravvissuti a traumi estremi). Ne derivano anche i sintomi negativi o di deficit (i sintomi negativi primari vanno intesi come il risultato del disinvestimento libidico e della distruzione dell'inconscio, mentre i sintomi negativi secondari possono rappresentare una difesa) oppure i sintomi positivi o produttivi (per es. le allucinazioni) o ancora le riattualizzazioni dell'esperienza traumatica.

La difesa può proteggere il sé da ogni forma di collegamento o contatto con il “breakdown”: essa si é “svilupata proprio sul crollo appena avvenuto...Ciò che noi vediamo come malattia del paziente é solo una serie di processi difensivi” (Winnicott 1964). L'operazione difensiva piú importante é l'esclusione dal mentale (Freud 1894, 1911) oppure la “frammentazione” e la negazione (Freud 1911) che tendono a preservare la coerenza del sé pur conducendo, per contro, ad un' ulteriore distruzione dell'apparato mentale.

Nella fase di frammentazione dell'io si dissolvono tutti gli investimenti libidici sia dell'oggetto che dell'io stesso (entrambi, sia quelli scaricati libidicamente sull'io che dall'io) e tutti i sistemi mentali. Freud nel 1915 precisa questa idea: il ritiro degli investimenti libidici dalla rappresentazione di cosa conduce ad uno “stato primitivo di narcisismo primario, che consiste nell'assenza di qualsiasi oggetto” (Freud 1915).

La ricostruzione (reinvestimento) che ne consegue riguarda solo il mondo delle rappresentazioni concrete caratteristiche del pensiero psicotico (Freud 1915). Per dirla con Bion: vi sono "pensieri senza il pensatore" (Bion 1922, Green 1998).

Poiché l'inconscio è costituito dai desideri e dalle rappresentazioni pulsionali (su cui lavora il processo primario), se si verifica la dissoluzione delle rappresentazioni di cosa inconscie (cioè "il primo e vero investimento libidico dell'oggetto" Freud 1915), la conseguenza inevitabile consiste non solo nella perdita dell'investimento libidico del desiderio inconscio ma, in modo ancor più radicale, nella distruzione del sistema inconscio stesso mentre anche il sistema conscio cessa di esistere.

Se ne potrebbe dedurre, in conseguenza, che il concetto freudiano di narcisismo primario (visto in questo contesto) vuol dire: perdita e assenza d'oggetto. Nell'inconscio, cioè, viene distrutto l'investimento libidico dell'oggetto e perciò si verifica lo stato psicotico. In questo senso l'"io" ed i suoi "oggetti", che vengono ricostruiti e reinvestiti, poiché risultano da fenomeni di narcisismo secondario, sono cose concrete che vanno intese come compensazioni della perdita di differenziazione tra simbolo e cosa simbolizzata (Segal 1956), e ancor più della distruzione dell'inconscio e del conscio (da confrontare con il concetto di allucinazione negativa di Green).

Un'altra operazione difensiva di tipo ricostruttivo è l'identificazione psicotica. Essa conduce alla formazione di unità sé buono-oggetto- buono fuse insieme (una sorta di amalgama; per esempio l'identificazione introiettiva di parti buone del sé e dell'oggetto fuse in un'unità scisse da unità "cattive". Queste unità non sono solo parti scisse dell'oggetto e del sé, ma, per esempio, possono essere aspetti dell'oggetto materno primario e del sé proiettati in un oggetto (e che si fondono con aspetti dell'oggetto stesso).

L'identificazione psicotica, come tutte le difese psicotiche, costringe il sé a confrontarsi con un paradosso. Le unità ideali minacciano il sé di annichilimento a causa della fusione con l'oggetto ("fame d'oggetto"), le unità persecutorie minacciano il sé di distruzione a causa della vendetta (Muller 2003). Quindi ciò che è distruttivo per il sé non è solo l'esperienza traumatica in sé ma anche le difese mobilitate contro di essa. Nella psicosi, infatti, le operazioni difensive sono dirette non soltanto contro l'esperienza traumatica e contro ogni forma di dipendenza dall'oggetto-l'oggetto è sperimentato come estremamente pericoloso e perciò viene distrutto- ma anche, in modo massiccio, contro il sé ed il suo apparato mentale. Ciò comporta, ovviamente, un risultato paradossale: la difesa dovrebbe ipoteticamente aiutare a ristabilire la coerenza del sé ma invece costantemente distrugge il sé poiché l'organizzazione psicotica tende a perpetrare il trauma.

Pertanto le allucinazioni, il pensiero concreto e la riattualizzazione del trauma, non sono soltanto il risultato di complesse operazioni difensive, ma rappresentano anche dei sostituti per la perdita dei buoni oggetti interni e della coerenza del sé. Se, a causa dell'eccessiva intensità del terrore, della colpa e del dolore, le esperienze non possono essere simbolizzate e l'organo digestivo mentale viene sopraffatto, il paziente può sperimentare, con il concorso dei sintomi, solo un senso di (pseudo)identità.

Si sviluppa una "seconda pelle" poiché non è possibile introiettare l'oggetto contenitore (e la sua funzione) e quindi neppure la funzione della pelle come contenimento primario.

Questa "seconda pelle" è caratterizzata "dall'uso eccessivo di talune funzioni mentali...aventi lo scopo di creare un sostituto per la funzione di contenimento e di rimpiazzare la dipendenza dall'oggetto con una sorta di pseudo indipendenza" (Bick 1968). Anche la coerenza del sé viene sostituita da una pseudo coerenza.

Infine l'ultima caratteristica, gli oggetti psicotici interni. uno dei più importanti di questi introietti, il SUPER-IO auto distruttivo di cui aveva scritto Bion, si costituisce allorché la funzione contenitore-contenuto fallisce e si forma un oggetto interno che distrugge ogni comprensione e significato.

Il sé del bambino si comporta come se "sentisse un oggetto interno, che...lo priva di tutte le sue buone qualità e di tutte le cose buone che dà o riceve; in tal modo restano solo oggetti danneggiati. Questi oggetti interni impediscono al sé ogni comprensione possibile" (Bion 1962). Si tratta, forse più precisamente, dell'internalizzazione di un oggetto intenzionalmente confondente; viene internalizzata, cioè, una relazione composta da un oggetto che distrugge il significato e che si relaziona con un sé che è attanagliato dall'angoscia di morte e costretto ad un uso eccessivo dell'identificazione proiettiva che perde la sua funzione comunicativa ed evolutiva e diventa un'identificazione proiettiva psicotica (concreta ed evacuativa). Inoltre il SUPER-IO diventa responsabile della confusione tra impulsi libidici ed aggressivi (Rosenfeld 1965), dei meccanismi di scissione patologica e dei disturbi del pensiero (O' Shaughnessy 1992, 1999).

Una delle confusioni più importanti è quella tra l'amore e la fusione con l'oggetto. I pazienti psicotici spesso confondono gli investimenti libidici, gli affetti, la gratitudine e l'attaccamento con la fusione e la simbiosi con l'oggetto. Inoltre il SUPER-IO crea nel sé uno stato di confusione tra aggressività vitale e aggressività distruttiva.

Frequentemente il paziente percepisce allucinazioni uditive (voci imperative e sprezzanti) dopo una situazione di conflitto con i suoi oggetti. Per questo i pazienti cercano di bloccare e sopprimere le emozioni e i pensieri, tendendo a sviluppare sintomi negativi come lo stupore catatonico depressivo oppure l' ipocondria. Se in terapia cercano di ribellarsi al SUPER-IO, ne deriva una confusione ancora maggiore.

Il SUPER-IO perseguita il sé non solo con la colpa ma col terrore di annichilimento (De Masi 1982). Parti del sé si identificano con un oggetto capace di contenere le proiezioni ma non al fine di elaborarle e digerirle, ma di distruggerle portando ad uno stato di non-esperienza (Ogden 1982). Identificandosi con questo oggetto si costituisce un "sé cattivo" (Volkan 1995) che non permette alle altre parti del sé di comprendere ed apprendere dall'esperienza. E' molto difficile e talora paradossale tentare di dissolvere questo SUPER-IO poiché, pur inibendo il sé, svolge la funzione di sostituto di un oggetto e in tal modo garantisce una pseudo coerenza del sé. L'intero processo di ricostruzione è collegato al mantenimento dell'identità del sé ed allo sforzo di creare una sorta di triangolazione psicotica.

Quando nel transfert queste strutture psicotiche vengono ritrasformate in relazioni oggettuali, talvolta per alcuni periodi, talvolta cronicamente, tendono a portare inevitabilmente alla distruzione del processo analitico. Nel caso dell'ipocondria psicotica una relazione oggettuale malata, persecutoria e confusiva viene introiettata in un organo: gli attributi principali di tale relazione oggettuale non sono caratterizzati dal sadismo orale o anale né da rappresentazioni perverse (sebbene l'ultimo potrebbe essere anche il caso) ma soprattutto dall'esclusione di ogni significato, cioè la distruzione dell'inconscio. In questi casi non è più possibile una valutazione riflessiva della realtà corporea interna ed esterna. Il SUPER-IO, introiettato nell'organo, perseguita il sé con attacchi distruttivi, e ciò è molto evidente nel modo in cui il sé è sottoposto a continue torture ed è intrappolato in una relazione sadomasochistica con l'oggetto esterno (circolo vizioso).

Quindi è spesso impossibile per il sé introiettare qualità ed aspetti libidici positivi degli oggetti esterni. Il sé può sopravvivere soltanto in uno stato di non esistenza (Racamier 1982).

Diversi autori hanno tentato di comprendere lo sviluppo, le dinamiche e la struttura di questi oggetti interni psicotici. Sembra esservi generale consenso sul fatto che il ruolo principale svolto da questi introietti consiste nel bloccare i processi di sviluppo e nel determinare la formazione di introietti che vengono sperimentati come cattivi ed invidiosi e che, in quanto tali, costituiscono un'esperienza traumatica.

Sembra esservi inoltre consenso sul fatto che tali introietti vengano internalizzati come relazioni oggettuali. Sembra, invece, esservi un certo dissenso riguardo al ruolo svolto dal neonato e a quello svolto dagli oggetti esterni.

E' molto probabile che, per la nascita psichica del neonato, sia indispensabile che gli stati interni e le impressioni sensoriali che derivano dal sé psico-fisico, possano essere trasformati fin dall'inizio della vita in "materiale" su cui è possibile lavorare, rendendolo simbolizzabile e rappresentabile, con l'aiuto dell'apparato mentale di un oggetto e dei suoi affetti, pensieri e parole. Ciò ha il fine di rendere tale materiale elaborabile anche in senso verbale (De Masi 2003, Williams 2005).

Solo in queste condizioni può cominciare a costituirsi l'identità personale. Si tratta della verbalizzazione da parte dell'oggetto sia dei propri sentimenti e pensieri che degli stati del bambino (posizione complementare), oppure anche dell'oggetto che, mediante l'identificazione concordante, empatizza e rende nominabile la situazione affettivo cognitiva del neonato.

In breve: mentre l'oggetto "interpreta" il bambino, cominciano ad esistere le categorie della differenziazione e della triangolazione; solo questo processo consente al bambino di sperimentarsi come separato e in comunicazione con l'oggetto diventando consapevole di se stesso, dell'oggetto e della loro relazione reciproca. In altre parole: il bambino, che si percepisce nel rispecchiamento, necessita di diverse esperienze prima di diventare consapevole di se stesso. Egli cioè ha bisogno di un oggetto, della capacità dell'oggetto di fornire interpretazioni dei suoi stati ed infine del consenso e della convalida di ciò che è stato percepito e di cui (l'altro) è diventato consapevole.

L'altro introduce la posizione di un terzo nel quadro della dualità intesa come speculare. Se ad esempio il bambino si sente necessario come oggetto contenitore, oppure l'oggetto rifiuta in modo rabbioso e riprovevole le sue proiezioni, oppure ancora l'oggetto distrugge o esclude il significato comunicativo delle sue proiezioni (Bion 1962) allora, attraverso l'identificazione, gli introietti assumono una qualità psicotica.

Esistono varie possibilità e diversi autori descrivono differenti versioni di questo processo e diversi aspetti della relazione tra il sé ed i suoi introietti. Sebbene formulate in cornici teoriche differenti, le varie concettualizzazioni sembrano confluire nell'idea che tali introietti sono una sorta di collage o di condensati di immagini diverse del sé e dell'oggetto a cui si aggiunge il lavoro difensivo su di esse, che consiste in minute fusioni psicotiche. Williams ha descritto l'oggetto frattale, Britton il sé alieno,

Kafka l'oggetto atmosferico, il concetto di unità fuse e di oggetto-sè, Bion che parla di oggetti bizzarri, Searles e Badaracco che descrivono gli oggetti che fanno impazzire.

## **Caso Clinico**

### Storia

La paziente era figlia unica ed era nata durante gli ultimi anni della guerra. La madre aveva sofferto di psicosi post-partum. Successivamente questa diagnosi era stata sostituita da quella di schizofrenia paranoide con allucinazioni poiché si erano verificati diversi altri breakdown dopo la nascita della figlia. La paziente era stata accudita, nei primi anni di vita, sia dalla madre che dalla zia materna.

Sin dai primi anni di scuola ricordava le visite alla madre in reparto psichiatrico.

Durante la pubertà la madre morì per cancro all'intestino.

Il padre era nato e cresciuto nei sobborghi rurali vicini ed era ritornato dalla guerra molto tardi. Egli tendeva a ritirarsi in se stesso per lunghi periodi a seguito dei crolli psicotici della moglie o dopo aver avuto conflitti con lei. Cercava di mantenere segreta la malattia della moglie e, quando fu sottoposto ad un capo più giovane di lui, cominciò a bere e perse il lavoro.

Dopo la morte della madre la paziente si prese cura di se stessa e del padre che, spesso ubriaco, le raccontava delle sue esperienze durante la guerra e della sua cattura in Russia.

All'età di 17 anni la paziente cominciò a frequentare il suo primo ragazzo ma il padre proibì ogni contatto con lui. Comunque lei non era d'accordo, ed il padre per ben due volte la scoprì in situazioni di intimità col suo ragazzo. Tre mesi più tardi, tornando a casa da scuola, trovò il padre impiccato.

Fino ad ora il percorso del trattamento permette questa ricostruzione:

la paziente ebbe il suo primo breakdown durante i primi anni della maturità, appena dopo la morte del padre. Soffriva di disturbi della forma e del contenuto del pensiero ed era stata per anni in trattamento psichiatrico esterno (non ricoverata). Nonostante fosse stata una delle allieve più brillanti della sua classe, aveva dovuto abbandonare la scuola e cercarsi un lavoro, con scarso successo. Subito dopo il matrimonio, ebbe una figlia ma, appena dopo la sua nascita, ebbe anche un crollo psicotico (con successivi diversi ricoveri).

Caratteristiche generali del percorso terapeutico (600 sedute, un primo periodo di frequenti incontri, poi 2 o 3 sedute alla settimana):

Nonostante la lunga durata della malattia la paziente possedeva ancora una forte vitalità. Per molti anni aveva sofferto di sintomi paranoide conclamati che l'avevano portata a numerosi ricoveri, variazioni nella prescrizione di farmaci e cambiamenti di psichiatra. Alla fine si fidava di una psichiatra donna, che era in gravidanza nel momento in cui consigliò un trattamento esterno per la paziente (non in regime di ricovero).

Dopo circa un terzo del trattamento i sintomi conclamati (voci imperative) erano stati rimpiazzati da sintomi cenestesici che la tormentavano e la spingevano a tentare il suicidio.

La paziente soffriva di immensi dolori ed era convinta di avere il cancro e che le metastasi avessero già invaso il suo corpo; tutto ciò accadeva a causa dei cattivi pensieri che le altre persone formulavano contro di lei. La paziente, inoltre, era convinta che le sue difficoltà emotive e cognitive, la sua completa perdita di energia, fossero il risultato di metastasi cerebrali.

Durante le sedute, per un lungo periodo, si sentiva assonnata, bloccata nel pensare e nel provare emozioni, lo scambio verbale era povero e mi trasmetteva un senso di vuoto, spesso provocando in me una sorta di stato ipnotico, abbastanza difficile da sopportare.

La paziente trascurava molto il suo corpo e il suo modo di vestire. Un'altra caratteristica erano i minimi ma costanti cambiamenti ed oscillazioni tra una modalità psicotica ed una nevrotica di pensiero.

Nel corso della terapia gli aspetti non psicotici del sé si svilupparono e la paziente diventò via via più capace di riflettere su questi cambiamenti, sui conflitti presenti nelle sue relazioni, ed anche sulle sue reazioni ipocondriache alle separazioni dalla psichiatra quando si assentò per partorire; fu possibile persino dare qualche interpretazione simbolica riguardo alla connessione tra le metastasi al cervello e la gravidanza della sua psichiatra.

### Materiale clinico

a. Riduzione dei sintomi ipocondriaci psicotici-elaborazione della colpa nevrotica e dei conflitti concernenti l'autonomia.

La seduta seguente riguarda l'ultimo terzo della terapia. Nonostante la paziente non fosse più sotto il completo controllo dell'organizzazione psicotica e, socialmente e psichicamente, apparisse più integrata (il che la rendeva capace di instaurare relazioni più profonde e di avere alcuni insights riflessivi), in questo periodo i suoi pensieri si concentrarono nuovamente sui processi corporei.

Aveva dolore al colon, inappetenza, diarrea. Descrisse in dettaglio l'ultima diagnosi: colon irritabile e patologie infettive.

Nel controtransfert provai inizialmente un crescente senso di incomprensione ed irritazione a causa della "ricaduta" della paziente in questa noia tormentosa e in un ritiro dalla relazione; poi, ancora, il controtransfert mutò e si manifestò in me in una tentazione di rompere il muro ipocondriaco e spingere la paziente ad una discussione confrontativa sulla diagnosi corretta, sulle connessioni psicosomatiche, su realtà e fantasia, salute e malattia ecc. (tentativo destinato a fallire, come era già avvenuto all'inizio della terapia quando aveva determinato una notevole confusione ed una severa impasse). Riuscii comunque a resistere, lavorando sul mio controtransfert, e permettendo alla paziente di prendere in considerazione altri problemi: tra un lamento ipocondriaco e l'altro riuscì a dirmi, tra le righe, che soffriva per la sua relazione coniugale; suo marito lavorava "troppo, come una bestia"; d'altra parte lei lo ammirava anche per la sua forza e determinazione, "fa esattamente quello che vuole proprio al contrario di me". Anche la relazione con la figlia appariva densa di conflitti. La figlia aspettava un bambino (" tutto è successo all'improvviso" disse la paziente) e stava progettando di cambiare città per cominciare gli studi universitari.

Dopo qualche tempo riuscii a cogliere il senso di alcune sue associazioni. Una parte di lei, consapevole della futilità di continuare accertamenti diagnostici, si sentiva comunque costretta ad una ripetizione senza fine e, nonostante questo aspetto si sentisse tormentato da tutti questi agiti, comunque si sottometteva. Le dissi che forse temeva di esaminare in terapia gli eventi attuali della sua vita che rischiavano di sopraffarla: per questo cercava di entrare di nuovo in uno stato di confusione nella relazione con me. La paziente allora cominciò a poter accennare a questi eventi e a lavorare su di essi durante le sedute (parlò della rabbia contro il marito, di cui comunque aveva bisogno socialmente e finanziariamente, parlò del suo disappunto nei confronti della figlia) e non si ritirò nei lamenti ipocondriaci. Poi prese in considerazione l'idea di partecipare ad un viaggio promozionale in autobus- legato ad una manifestazione avventista- ma, per poterlo fare, le fu necessario cancellare due delle sue tre sedute settimanali.

Quando tornò in seduta sembrava evidentemente depressa e piena di rassegnazione. Il viaggio era stato "un completo disastro". Si era aggregata a questo gruppo di persone anziane tra cui vi era una sua conoscente, una vecchia amica di sua madre che si era presa cura di lei. All'inizio l'atmosfera si era rivelata "intima" ma, all'improvviso, questa donna aveva cominciato ad insultarla e a raccontarle storie malevole sul gruppo, sussurrandole segretamente "certe informazioni". Improvvisamente " come per ispirazione" aveva realizzato che questa conoscente apparentemente tranquilla era "piena di veleno contro il mondo intero"; alla fine la donna l'aveva derisa a causa della sua terapia.

La paziente sentiva di essere stata costretta a concordare con tutto quello che la donna le diceva; disse che la sua conoscente era una donna avveduta e saggia e che, se si era comportata in quel modo, era perché "era stata simpatica con me". Con grande angoscia e disappunto la paziente era tornata a casa e, immediatamente, aveva riferito ogni cosa al marito, sperando di essere consolata; invece egli disse soltanto con disprezzo: " stronzate da donne" e " è solo colpa tua". Durante la seduta successiva la paziente cominciò ad accusarsi pesantemente (la sua malattia, i farmaci, non si modifica nulla, il matrimonio). I miei interventi erano diretti al livello nevrotico delle sue associazioni: la colpa inconscia dovuta alla separazione, poiché aveva ripreso dentro di sé i suoi impulsi di autonomia che prima venivano proiettati nel marito ("lui fa quello che vuole") e che ora tendevano a sopraffarla e venivano elaborati in modo masochistico e depressivo ( a causa del super-io nevrotico sadico- anale);

secondariamente c'era anche l'introiezione del suo disappunto rabbioso (la sua aspirazione simbiotica per un oggetto ideale era stata solo in parte soddisfatta).

Comunque i motivi della sua rabbia erano molteplici: per esempio lei odiava la madre interna che era rappresentata dalla conoscente;

in aggiunta a ciò i desideri simbiotici che aveva sperimentato per un po' (l'atmosfera "intima" dell'inizio del viaggio) forse avevano mobilitato delle angosce di fusione con l'oggetto ideale, attivando un'operazione difensiva contraria che trasformava l'oggetto ideale in oggetto persecutorio (al fine di tenere una certa distanza e di stabilire un controllo sull'oggetto). Un altro punto: i conflitti anali legati all'autonomia sembravano embricarsi con i conflitti simbiotici psicotici, poiché, in entrambi i casi, il problema era rappresentato dalla separazione dall'oggetto. Cercai di accennare a questa

connessione, ma la paziente reagì ritirandosi nel negativismo, allora cercai di lavorare sui conflitti anali e di colpa.

Ciò sembrò aiutare la paziente; ascoltò attentamente, non si rivolse di nuovo all'ipocondria (come spesso aveva fatto in situazioni simili, in precedenti periodi del trattamento) e le sue associazioni rimasero ad un livello di funzionamento mentale non psicotico. Sperimentò alcune "buone" sedute (riguadagnando, come pensavo, la speranza), dimostrando la sua motivazione per la terapia, i suoi insights e le sue angosce depressive.

Ad esempio, parlò della sua enorme paura della morte quando restava sola durante il giorno (in questo periodo non era più in grado di lavorare) e descrisse come immaginava la partenza di sua figlia ed il suo allontanamento da lei. Disse: se mia figlia considerasse tutto il dolore che c'è stato nella sua vita, tutto quello che la sua famiglia ha dovuto sopportare a causa sua, la sua paura di finire come sua madre e suo padre, probabilmente vorrebbe solo morire.

Talvolta si sentiva priva di "logica" e "confusa": quel giorno era corsa in un negozio dimenticando di cosa avesse bisogno, la testa vuota, solo angoscia. Altre volte chiedeva alla sua psichiatra di aumentarle il dosaggio dei farmaci per non sentire nulla; oppure se ne stava stesa sul lettino con la coperta sulla testa in modo da non vedere nulla.

Spesso in questo periodo piangeva e durante le sedute mi chiedeva di abbracciarla e tenerla forte. Pensava che solo questo avrebbe potuto aiutarla.

#### b. Attivazione delle parti psicotiche della personalità

In questo periodo fui costretto a cancellare due sedute (come le avevo già annunciato). Quando tornai mi disse che la zia della psichiatra era stata ricoverata per una depressione. Poiché questa zia aveva solo un marito malato, lei aveva dovuto occuparsene. Per diverse notti era dovuta restare con lei, perché la zia continuamente si aggirava tormentata dalle voci: era stata un'esperienza terribile.

La situazione poi era precipitata e la zia era stata ricoverata coattivamente dalla polizia in un'unità psichiatrica speciale.

Dopo aver detto ciò cominciai ad autoaccusarsi (sono una cattiva moglie e una cattiva madre) senza permettermi alcun tipo di intervento.

Nelle sedute successive mi portò dei regali e del cibo che aveva preparato per me (uova, piedini di maiale provenienti dal negozio di macelleria del marito; mentre faceva ciò mostrava resistenza a qualsiasi tipo di intervento), inoltre continuava a parlare (per come io sentivo) di problemi emozionalmente insignificanti. Le chiesi se per caso non si rivolgesse ad argomenti di minore importanza proprio con lo scopo di proteggere sé stessa e me da temi emozionalmente scottanti

(Pensavo: sta cercando di proteggermi in modo che io non provi tendenze suicidarie?). Poiché mi ascoltava con attenzione, proposi che forse, siccome avevo cancellato alcune sedute, si era sentita lasciata da me sola con la zia. Proposi allora questa ipotesi: prendere su di sé il rimprovero poteva forse essere inteso come un assumersi un sentimento di colpa che non le spettava, poiché avrebbe dovuto essere mio dovere e dovere della sua psichiatra occuparsi di lei e della zia.

Nuovamente la paziente non reagì a questo intervento né con atteggiamento negativistico né rivolgendosi alla sua ipocondria ma, dopo averci girato un po' intorno, cominciai ad esprimere sempre più direttamente la sua rabbia per la sua conoscenza del viaggio in autobus.

Si era sentita come imprigionata in una gabbia. A volte le capitava di sentire che le persone si interessavano a lei, si prendevano cura di lei ed erano capaci di condividere i suoi pensieri e sentimenti; tuttavia queste stesse persone spesso non le apparivano che degli ipocriti.

Proprio qualche giorno prima le era capitato di dover attendere per alcune ore nella sala d'attesa del suo ginecologo. Nonostante il ginecologo si fosse scusato per questa attesa chiedendole amichevolmente come si sentiva, lei aveva risposto seccamente "Bene" poiché sapeva "che lui stava facendo finta con me".

Da un certo punto di vista sembrava che il lavoro di elaborazione sul senso di colpa nevrotico (colpa assunta su di sé) fosse stato utile, permettendole di integrare un po' della sua rabbia; da un altro punto di vista la paziente comunque mi aveva espresso il suo modo di sperimentare questa elaborazione anche come superficiale ed ipocrita. Cosa voleva dire con questo? Si riferiva alla cancellazione delle sedute da parte mia oppure al fatto che non mi ero concentrato sulle sue dinamiche psicotiche? L'avevo lasciata in un momento significativo del processo terapeutico e forse era stata costretta ad esternalizzare il suo odio e le parti psicotiche del sé (la zia) per evitare di sviluppare sintomi psicotici produttivi.

In aggiunta alle proiezioni aggressive rimanevano comunque attivi gli impulsi libidici nei confronti della zia, sebbene espressi in una sorta di modalità maniacale; forse avrebbe desiderato ciò da parte della propria madre. Il sacrificio masochistico del sé poteva dunque essere inteso come un tentativo di riparare l'oggetto. Qui è possibile osservare il notevole collegamento tra mania e masochismo. Entrambe vanno intese come una posizione difensiva contro il senso di colpa nevrotico, ed in questo



stesso senso vanno intesi i vissuti psicotici di persecuzione. Sembrava evidente, infatti, che la paziente aveva proiettato aspetti psicotici del sé e della madre interna nella zia, fondendo queste parti con gli aspetti psicotici della zia che per questo era diventata l'oggetto minaccioso. Inoltre ella avrebbe potuto temere la critica del "padre"-analista per aver fallito nel suo prendersi cura della zia.

### c. Enactment del SUPER IO psicotico

Nonostante la situazione con la figlia fosse difficile, la paziente era riuscita a gestire alcuni aspetti molto dolorosi di questa relazione extratransferale. Le apparve chiaro quanto disperatamente- e con modalità sostenute da idee "immaginarie"- stava cercando di trattenere la figlia in casa. Perciò, offrì alla figlia l'opportunità di ricevere anticipatamente la sua eredità finanziaria, oppure di andare a vivere con la sua nuova famiglia nella casa dei genitori e così via. La paziente però cercò anche di proiettare il conflitto nel marito, facendolo arrabbiare con la figlia, utilizzando argomentazioni pretestuose nei suoi confronti.

In un primo momento cercai di parlarle delle sue angosce e della sua disperazione (la perdita della figlia). Allora, sembrò che la paziente avesse compreso e diede l'impressione di sentirsi più triste e smise per qualche tempo di concentrarsi sulla figlia; tuttavia una notte costrinse la figlia a chiamare il pronto soccorso e, due giorni più tardi, di nuovo la obbligò ad accompagnarla in macchina al reparto psichiatrico insieme

alla zia (che aveva avuto un serio crollo psicotico).

A quel punto cercai di farle notare, passo dopo passo, il suo tentativo di manipolare la figlia confondendola per trattenerla con sé e controllarla.

Il parallelo tra il suo comportamento e quello della sua conoscente apparve ovvio; questo comportamento sembrava basarsi su un "conflitto" con un oggetto vissuto da un lato come persecutorio, manipolativo e minaccioso e dall'altro come idealizzato.

Durante una seduta concordò con me ed ammise che avrebbe voluto usare qualsiasi mezzo per trattenere sua figlia con sé; inoltre la paziente espresse la sua rabbia contro il marito "che per di più si rifiutava di sostenerla nei suoi sforzi giustificati". In questi momenti era piena di una gelida rabbia e si mostrava totalmente convinta delle proprie ragioni, non permettendo che vi fosse alcun dubbio in merito ed urlandomi contro, se tentavo di proporre un'altro punto di vista. Ciononostante vi erano anche momenti isolati in cui poteva sentire il suo immenso dolore e la sua disperazione, che però poi nuovamente denegava accusando la figlia di essere totalmente egoista.

Secondo la paziente sua figlia era stata una "bambina difficile", mai soddisfatta, "figlia unica e viziata". D'altra parte la figlia non poté partire poiché, insieme al marito, aveva contratto debiti per l'arredamento della casa ed era costretta a trovare un lavoro per contribuire ad estinguerli.

L'odio provato nei confronti della figlia sembrò però anche rivolgersi verso se stessa; infatti, la parte non psicotica della paziente intuiva che si era identificata con l'aggressore ripetendo con la figlia la relazione con la propria madre. Disperatamente aveva cercato di depositare nella figlia, lottando per la propria sopravvivenza psichica, queste parti (a suo dire) piene di odio e disgustose. Nel transfert probabilmente aveva sperimentato alcune interpretazioni (il suo manipolare la figlia ecc.) secondo una "prospettiva rovesciata" (Bion 1975), vivendole come un giudizio accusatorio nei confronti del suo tentativo di gestire queste parti della personalità. Oppure ciò era avvenuto anche a causa del fatto che avevo tentato di elaborare verbalmente (Rosenfeld 1987) il suo pensiero concreto agito nella relazione con la figlia.

Nel mezzo delle mie riflessioni raccontò un sogno: "Goebbels, prima in modo odioso e sprezzante, poi in modo ipocritamente amichevole ma sottilmente minaccioso, aveva cercato di convincere un uditorio di qualcosa che non ricordava cosa fosse; ne era stata spaventata a morte". Quando le chiesi di associare al sogno, la paziente disse di non essere più tanto sicura che si era trattato davvero di "un sogno" ed entrò in uno stato di confusione acuta, poiché sapeva che "Goebbels era morto", "la giusta punizione per quel bastardo" che ella riteneva responsabile del destino di suo padre. Poi accennò al viaggio in autobus e a quanto si fosse sentita terrorizzata. In un primo momento accennai alla sua paura che derivava dalla confusione e dal non sentirsi più in grado di differenziare tra la realtà e la fantasia dei suoi "pensieri notturni"; parlai anche del suo terrore di essere lasciata in balia di un oggetto estremamente cattivo (assenza dell'oggetto buono sentito come sopraffatto da quello cattivo: le sedute cancellate e i fraintendimenti in seduta). Ovviamente la dinamica psicotica aggravava la situazione e la paziente si sentiva profondamente tormentata dall'attivazione dell'introietto che fa impazzire (Goebbels) e che, nel transfert, prima aveva proiettato nella conoscente, poi nella zia e infine adesso proiettava nell'analista. L'introietto-Goebbels stava concretamente per il SUPER IO, di cui la paziente temeva la punizione per l'intensa rabbia che aveva provato nei miei confronti per averla lasciata in un momento importante. Forse la paziente aveva già sperimentato la cancellazione delle sedute come una punizione per le sue proiezioni e come il rifiuto, da parte mia, di contenere i suoi introietti psicotici (oppure come una mia reazione

invidiosa dovuta ai suoi progressi). In ogni caso ella sembrava avere inteso l'interpretazione ed il tentativo di elaborare la relazione con la figlia come una critica che la annichiliva.

Nella seduta successiva mi parlò di un accadimento avvenuto tra lo psichiatra “ quando non era ancora malato” e la zia.

Egli una volta l'aveva imbottita così pesantemente di medicine che la zia era stata costretta a chiedere un ricovero in reparto per essere disintossicata. Subito dopo cominciò ad auto accusarsi per non essersi sufficientemente presa cura della zia; sembrava impossibile arrestare queste autoaccuse ed entrò in una sorta di stato mentale estatico carico di odio verso se stessa. Nella seduta successiva la paziente era ossessivamente concentrata sulla sua infezione all'intestino, parlava dei suoi progetti dietetici, degli esami diagnostici da effettuare sul suo corpo e di quanto suo marito fosse incapace di comprenderla e aiutarla.

Io proposi che forse si sentiva come avvelenata dalla punizione del SUPER IO per la sua rabbia verso la figlia. Solo in un secondo tempo mi resi conto che da questo momento in poi aveva sperimentato le mie interpretazioni come punizioni concrete per i suoi pensieri e sentimenti, incluso il sogno. La paziente reagì alla “punizione-velenosa” parlandomi di uno scritto religioso: aveva scoperto una lettera che le era stata inviata da una cara amica. Questa donna aveva scritto del buio eterno, della paura di morire e di andare all'inferno. Un sacerdote le aveva risposto con “lunghe spiegazioni” ed “elevati discorsi spirituali” che comunque né lei né sua zia erano in grado di comprendere. Le dissi che poteva aver sentito che io non desideravo essere in contatto con le sue emozioni e con i suoi pensieri e che perciò li avevo rifiutati e criticati fornendo lunghe spiegazioni intellettuali. Probabilmente mi aveva sentito incapace di vedere la situazione con la zia, e di aiutarla nei confronti della figlia. Nel controtransfert, davvero mi sentivo incapace “ di fare” qualsiasi cosa per lei, paralizzato nell'aiutarla, bloccato in un sentimento di impotenza quando assistevo alla sua “ ricaduta nell'ipocondria”, senza possibilità di stabilire un contatto autentico con lei. Mi sentivo soprattutto incapace di parlarle di ciò che nelle sue comunicazioni mi pareva reale e di ciò che, invece, ritenevo essere frutto della fantasia o di convinzioni errate. Successivamente la paziente descrisse un altro evento che si era verificato quando la zia era stata dimessa dal reparto psichiatrico: una cugina della zia era stata chiamata dai parenti per fornire aiuto alla zia - che era terribilmente tormentata dalle voci imperative e che continuava a rifiutare i farmaci poiché temeva di essere avvelenata; ( le parole e i significati di “veleno”, “essere avvelenato” dai farmaci prescritti dallo psichiatra, “disintossicazione in reparto” ecc. spesso determinavano una gran confusione nella sua e nella mia mente).

Questa cugina, membro di una setta, aveva detto alla zia che le voci provenivano da demoni e fantasmi e che lei non era affatto malata né necessitava di cure psichiatriche, ma piuttosto di un esorcismo che aveva provveduto ad organizzare per aiutarla.

La paziente descrisse questi fatti con una tale dovizia di particolari che, come era già accaduto per il racconto dell'amica e del sacerdote e della psichiatra della zia, progressivamente io persi il contatto con ciò che era reale e ciò che non lo era. Aggiunse che la cugina l'aveva severamente criticata per avere assistito la zia in reparto invece di chiamarla (e per aver quindi contribuito all'intero disastro). La paziente, in un certo senso, sentiva queste critiche come giuste e perciò soffriva di pesanti sensi di colpa. Aggiunse che aveva effettuato una colonscopia (l'esame interno dell'intestino) e che si sentiva piena di dolori. Era convinta che avessero dimenticato qualcosa dentro il suo intestino, durante l'esame diagnostico, e adesso si sentiva costretta a subire un intervento chirurgico. Seguirono molte sedute piene di lamenti ipocondriaci.

Cercai di proporre il modo in cui sentivo la situazione: cioè che la paziente aveva sperimentato la terapia come una dolorosa esplorazione intestinale ed un pazzo esorcismo.

Penso che si era sempre più identificata col SUPER IO e sentita intrappolata in una relazione pazza, avendo completamente perduto il contatto con le parti non psicotiche del sé.

Freud sviluppò due sottili differenze di definizione della pulsione (“Trieb”). Una definizione considera la pulsione come un equivalente di uno stimolo somatico interno, un'altra descrive la pulsione come il rappresentante psichico di uno stimolo somatico interno.

Per entrambe le definizioni vale il fatto che la pulsione può diventare rappresentabile solo mediante la rappresentazione di cosa e di affetto; tramite questo processo si costituisce “ il nucleo dell'inconscio”. Pertanto possiamo distinguere diversi livelli della formazione del simbolo: dallo stimolo somatico alla pulsione, dalla pulsione alla rappresentazione di cosa e di affetto, dalla rappresentazione di cosa alla rappresentazione di parola. Forse ciò ci può aiutare a capire le differenze tra i diversi disturbi/esperienze traumatiche e la psicosi.

Traduzione di Gabriella Giustino