

Psicoanalisi delle psicosi: un tema da sviluppare

(a cura di Francesco Carnaroli e Gabriella Giustino)

dal 15 settembre al 15 dicembre 2011

- INDICE DEGLI INTERVENTI:	2
- RELAZIONE di FRANCO DE MASI: <i>Alcune considerazioni su come impostare la terapia analitica di un paziente psicotico</i>	4
- RELAZIONE di RICCARDO LOMBARDI: <i>Chi ha paura del lupo cattivo? Una nota su psicoanalisi e psicosi</i>	11
- DIBATTITO	20
INTERVENTI di Andrea Baldassarro, Giuliana Barbieri, Vera Bolberti, Stefano Calamandrei, Francesco Carnaroli, Laura Colombi, Carmelo Conforto, Antonello Correale, Ettore Del Greco, Franco De Masi, Gabriella Giustino, Ingrid Gozzano, Vincenzo Greco, Sandra Isgrò, Donatella Lisciotta, Riccardo Lombardi, Mauro Manica, Giuseppe Martini, Marco Mastella, Anna Maria Nicolò, Claudia Peregrini, Mario Pigazzini, Marisa Pola, Marco Ramella, Luigi Rinaldi, Mario Rossi Monti, Giuseppe Saraò, Andrea Seganti, Sarantis Thanopoulos, Gemma Zontini	
-BIBLIOGRAFIA	164

INDICE DEGLI INTERVENTI

Gabriella Giustino, Commento	20
Andrea Seganti, E l'adattamento dove è finito?	22
Riccardo Lombardi, Risposta a Seganti	23
Claudia Peregrini, Pensando a Racamier	24
Sarantis Thanopoulos, Adattamento e disadattamento	27
Andrea Seganti, Iperadattamenti	28
Antonello Correale, Nelle produzioni psicotiche c'è molto di "verità"	30
Giuseppe Martini, Le psicosi e la rappresentazione	32
Mario Rossi Monti, Delirio e parabola	36
Franco De Masi, Importanza del confronto clinico. Risposta a Peregrini e Martini	37
Andrea Seganti, Minority reports	38
Claudia Peregrini, Risposta a Rossi Monti e a De Masi	40
Laura Colombi, Il ritiro infantile e la distorsione dell'immaginazione	41
Gabriella Giustino, Sogno e psicosi	42
Carmelo Conforto, Fantasticare sulle fantasie, un analista alla ricerca di significati	43
Mauro Manica, I confini della psicosi	45
Franco De Masi, Risposta a Conforto	48
Francesco Carnaroli, Corpo vissuto e Super-io psicotico. Origini remote di una crisi psicotica acuta	50
Franco De Masi, Sul contributo di Carnaroli	53
Riccardo Lombardi, Relazione corpo-mente, spazio-tempo e contenimento della catastrofe	54
Antonello Correale, Sul resoconto clinico di Carnaroli	58
Claudia Peregrini, Trasformazioni	60
Francesco Carnaroli, Il diavolo, il Super-io psicotico, il Vaso di Pandora	62
Vera Bolberti, Chi è Mastro Lindo?	66
Carmelo Conforto, Qualche altro breve pensiero sul tema	67
Marco Ramella, Riflessioni sulla psicosi di uno psicoanalista "senza qualità"	69
Riccardo Lombardi, Sui nuovi dati	72
Antonello Correale, Stile personale, modelli teorici e pratica clinica	75
Andrea Seganti, Sulla necessità di un cambio teorico	77
Francesco Carnaroli, Mappe, modelli, esplorazioni	80
Antonello Correale, Modelli incarnati	83
Claudia Peregrini, Ambiguità	84
Carmelo Conforto, Qualche osservazione su corpo e comunicazione nello schizofrenico	85
Franco De Masi, Su una possibile sintesi della natura e dell'evoluzione del processo psicotico	86
Gabriella Giustino, Realtà/verità nella psicosi	88
Riccardo Lombardi, Complessità dell'approccio clinico ed apertura degli orizzonti psicoanalitici	89
Stefano Calamandrei, Riflessioni sulla Psicosi	91
Riccardo Lombardi, Post scriptum	93
Gabriella Giustino, Caso clinico di Stefano	94
Vera Bolberti, Solitudine nella psicosi	96
Carmelo Conforto, Per un mio bisogno di chiarezza	98

Marco Ramella, Riflessioni di uno psicoanalista “senza qualità” su un caso clinico di psicosi	99
Giuseppe Martini, Un tentativo di messa a fuoco	104
Riccardo Lombardi, Sui recenti interventi clinici	107
Marco Mastella, Alcuni interrogativi	109
Giuseppe Saraò, Sulle psicosi	110
Marisa Pola, Psicosi in adolescenza	111
Giuliana Barbieri, Bambine e bambini	114
Ettore Del Greco, Manifestazioni psicotiche dell’infanzia e relazione corpo-mente	116
Andrea Seganti, Psicosi come ironia caustica	119
Riccardo Lombardi, Continuità e differenze	122
Marco Mastella, Alcuni spunti sulla psicoanalisi delle psicosi infantili	123
Ingrid Gozzano, Psicosi, suicidio e lavoro psicoanalitico	126
Sandra Isgrò, Psicosi e disturbi del comportamento alimentare	127
Francesco Carnaroli, Senso di sé/contenitore/inconscio emotivo	129
Mario Pigazzini, È pensabile un nuovo unico paradigma?	130
Gemma Zontini, In-corpa-menti?	134
Claudia Peregrini, Sull’intervento di Gemma Zontini	136
Anna Maria Nicolò, Esordio psicotico in adolescenza	137
Donatella Lisciotta, Il danno transgenerazionale	140
Vincenzo Greco, Alcune considerazioni su psicosi e famiglia nella presa in carico dell’adolescente	142
Riccardo Lombardi, Una nota sul saggio iniziale di De Masi	145
Luigi Rinaldi, Sul minimo comune denominatore ed il rapporto mente-corpo	150
Andrea Baldassarro, La psicosi ed il fantasma	152
Franco De Masi, Risposta a Lombardi	157
Franco De Masi, Intervento finale	158
Riccardo Lombardi, Un intervento finale	160

FRANCO DE MASI

franco.demasi@fastwebnet.it

Alcune considerazioni su come impostare la terapia analitica di un paziente psicotico

Le note che seguono ripetono in modo molto sintetico alcuni concetti che ho esposto nei miei lavori pubblicati sull'*International Journal of Psychoanalysis* e nel mio libro *Vulnerabilità alla psicosi* (Raffaello Cortina, 2006)

Quando un paziente psicotico (che abbia avuto una crisi psicotica o sia a rischio di averla) entra nella stanza di analisi è necessario che trovi un analista che abbia esperienza di un tale trattamento.

Per prima cosa l'analista dovrà avere in mente il carattere progressivo del processo psicotico e, di conseguenza, essere immediatamente capace di intuire qual è la direzione pericolosa che il paziente può prendere.

Pertanto, una raccomandazione utile per chi intende trattare analiticamente un paziente psicotico è di lavorare sempre in collaborazione con uno psichiatra che possa somministrare una terapia farmacologica. Questo passo è preliminare perché, ove nel corso della trattamento fosse necessario un intervento psichiatrico, l'invito di ricorrere a uno specialista che il paziente non conosce sarebbe per lui impraticabile e suonerebbe come un rifiuto da parte dell'analista di prendersi cura di lui.

Parte psicotica e parte sana.

Il mio modello di comprensione del funzionamento psicotico parte dalla contrapposizione, sottolineata da Bion (1957), tra parte sana e parte psicotica della personalità. Questo modello è utile anche nelle perversioni, in cui possiamo differenziare la parte sana e la parte perversa della personalità. Nel caso delle perversioni, tuttavia, la parte perversa, pur esercitando un potere su quella sana, mantiene un certo equilibrio con essa e la conquista non coinvolge mai l'intera personalità e le funzioni del pensiero. Nel caso della psicosi, invece, la parte psicotica non solo domina la parte sana ma progressivamente la colonizza e la inghiotte fino a farla scomparire. Il processo di conquista è di lunga durata: inizia nell'infanzia, rimane di solito coperta nel corso dell'adolescenza per manifestarsi poi nel corso della prima giovinezza.

In ogni caso l'episodio psicotico è un evento traumatico e destrutturante che lascia nel paziente profonde tracce e crea forti inibizioni e distorsioni del pensiero che si mantengono a lungo anche quando la crisi si è esaurita. In linea di massima è, dunque, è preferibile lavorare con il paziente prima che la crisi psicotica si sia manifestata e comunque in presenza di un solo episodio psicotico.

Il modello inaugurato da Bion che distingue la parte psicotica dalla parte sana ha un immediato riflesso sul modo di lavorare con i pazienti psicotici. Nel corso della terapia è importante, infatti, aiutare il paziente a comprendere come la parte psicotica lo conquista e stimolare la sua percezione del pericolo che egli corre quando se ne lascia

sedurre. Le *crisi* cominciano ad essere contenute nel setting quando l'analista acquisisce una conoscenza intima della modalità *segreta* con cui il paziente costruisce lo stato psicotico. Parallelamente, più l'analista ha esperienza delle modalità con cui la psicosi si esprime in analisi (e in particolare in quel determinato paziente), più riesce a prevederla, contenerla e avviarne la trasformazione.

Quest'aspetto della terapia non è semplice da portare avanti, come descriverò nel caso clinico di Agnese. Il paziente, infatti, non comunica facilmente all'analista l'attrazione delirante che si presenta ai suoi occhi come uno stato mentale piacevole. E' solo a posteriori, quando la crisi diventa conclamata, che l'analista può scoprire come sia stato ingannato dal paziente.

Difficoltà nella cura

La difficoltà nel lavoro analitico con i pazienti psicotici dipende in gran parte dal fatto che essi non dispongono di un inconscio emotivo e non sono in grado di usare le emozioni per costruire e comprendere la realtà psichica. Per elaborare le emozioni noi tutti rendiamo inconscie gran parte delle nostre percezioni da svegli. Così elaborati inconsciamente, gli avvenimenti acquistano significato e vengono integrati nel complesso dell'esperienza emotiva personale. I sogni offrono testimonianza di questo continuo lavoro del legare e dare significato emotivo a quanto abbiamo vissuto.

Il lavoro dell'inconscio emotivo, passa attraverso l'operatività dell'inconscio dinamico (il sistema studiato da Freud) e permette una continua simbolizzazione e oscillazione (la membrana semipermeabile di Bion) tra la percezione della veglia e quella del sogno. I processi di rimozione di cui il sogno si avvale sono reversibili e ci permettono di risalire per via associativa alla realtà emotiva vissuta. Questa attività, che sostiene il nostro orientamento relazionale, è gravemente distorta nel paziente psicotico che non possiede un apparato psichico idoneo a simbolizzare e a comprendere il proprio mondo emotivo. Questo deficit è presente anche nei pazienti borderline ma raggiunge il suo massimo nella psicosi.

La mente come organo sensoriale

La mia ipotesi è che originariamente i bambini destinati a diventare psicotici hanno avuto genitori che non saputo accogliere emotivamente le loro proiezioni e non li hanno aiutati a entrare nel mondo delle emozioni. Una delle soluzioni possibili è per questi bambini entrare in un ritiro incentrato sull'esperienza sensoriale e in cui la consapevolezza della realtà psichica viene abolita. Si tratta di una sensorialità autoprodotta differente dalla ricerca del piacere corporeo nella relazione affettiva come avviene nel bambino normale. Da questo originario ritiro infantile il bambino costruisce una realtà parallela che non entra in conflitto con la parte relazionale che continua ad esistere ma che non può mai svilupparsi pienamente. Progressivamente l'equilibrio tra parte dissociata e parte relazionale si sposta nella direzione della prima che conquista progressivamente la parte sana fino all'ingresso nella crisi psicotica conclamata.

Come ho detto, il bambino, destinato a diventare psicotico non usa la propria mente per capire il mondo ma per produrre immagini-sensazioni piacevoli. Questo mi sembra il difetto fondamentale che è alla base dello stato psicotico. Questa distorsione nell'uso della mente è molto importante per produrre, a processo psicotico avanzato, le allucinazioni che sono, appunto un derivato dell'uso sensoriale della mente che, in questo caso, produce percezioni autogenerate dal ritiro nel proprio corpo. Caratteristica del ritiro psicotico è infatti l'onnipotenza, per cui dentro di esso la realtà psichica può essere alterata come si desidera, attraverso il condizionamento assoluto delle percezioni.

Come tale esso è tenuto a lungo segreto, protetto dallo sguardo degli altri, da quello degli adulti quando si è bambini, da quello dell'analista quando si è in analisi.

Il ritiro dalla realtà psichica

Steiner (1993) ha descritto per primo il ritiro psichico, che a giudizio dell'autore corrisponde a un sistema di relazioni oggettuali fortemente strutturate che servono ad evitare il contatto con gli altri e con la realtà. Il mio richiamo all'importanza del ritiro ha consonanza non solo con quanto sostenuto da Steiner, ma anche con i modelli di Meltzer (il claustum) o della O'Shaughnessy (1981) (le organizzazioni difensive). Ma ciò che io voglio sottolineare in modo deciso è che le operazioni mentali che avvengono nel ritiro psicotico portano ad alterazioni del pensiero che si sottraggono alle comuni leggi del funzionamento psichico. Il ritiro, infatti, si alimenta di continue operazioni sensoriali (la realtà sensoriale) che si oppongono al pensiero che ha un carattere relazionale simbolico (la realtà psichica).

La distruzione di senso che si opera nel ritiro allontana sempre più la persona dalla possibilità di apprendere dall'esperienza emotiva, e genera una dipendenza da un sistema onnipotente che si basa sempre di più sulle costruzioni psicopatologiche stesse.

È questa la fucina che porta prima o poi all'esplosione psicotica propriamente detta, attraverso una fase più o meno lunga di incubazione che può essere precipitata da vari fattori.

Un altro punto centrale del mio pensiero è che in una prima fase il paziente subisce il fascino del ritiro che lo conquista come una droga, mentre in un secondo momento si palesano le percezioni persecutorie e terrorizzanti. L'ingresso nella psicosi può essere pensata allora come una condizione drogata autoindotta e rientra nelle strategie psichiche verso l'autoannientamento (De Masi, 1996)

Per questo l'esplosione psicotica non è, a mio avviso, preceduta da perplessità, angoscia o panico, quanto piuttosto da uno stato di piacere grandioso, in cui la persona attivamente ricerca il fascino del ritiro che si esprime in equivalenti di stati maniacali, tossicomani e/o simil tossicomani, di valore masturbatorio. Solo successivamente esplose l'angoscia, catastrofica e devastante, quando la ricerca drogata del piacere giunge, infine, al punto di rottura. Tale visione modifica e ribalta quella più consueta (inaugurata da Freud) in cui l'angoscia si accompagna alla perdita del senso di realtà ed il delirio è inteso come sintomo restitutivo.

Il piacere nel delirio

Voglio ora riportare e commentare un caso clinico abbastanza semplice per delineare alcune caratteristiche del delirio e del modo di poterlo incontrare nella terapia.

Non bisogna mai dimenticare che, una volta avvenuta la crisi, il nucleo psicotico rimane come una pianta cui è stato reciso il tronco ma che conserva radici ben salde nel terreno ed è destinato a riprodursi e svilupparsi.

Agnese è stata ricoverata alcuni mesi prima dell'inizio dell'analisi presso il reparto di psichiatria della sua città per un episodio psicotico acuto. I sintomi emergenti erano caratterizzati da allucinazioni uditive e visive e da un disturbo dell'ideazione a carattere delirante con forte tendenza all'interpretatività e al pensiero magico.

L'anamnesi raccolta dai familiari al momento del ricovero non era molto significativa. La permanenza in reparto è stata di breve durata e, al momento della

dimissione, Agnese, sebbene apparisse ancora fatua, sembrava aver preso sufficientemente contatto con la realtà.

L'episodio psicotico si è manifestato in modo repentino e molto rapido è stata la ricomposizione del pensiero. La paziente viene affidata ambulatorialmente a uno psichiatra che le prescrive degli psicofarmaci e dopo qualche mese la invia ad un'analista donna per una terapia. Dopo due mesi circa di colloqui vis à vis Agnese accetta la proposta di iniziare un'analisi a quattro sedute distesa sul lettino. L'analista ritiene utile parlare anche con i genitori per informarli delle difficoltà della cura e per sondare la loro disponibilità a sostenere la figlia. In particolare la madre appare molto ansiosa e nel corso della terapia risulterà evidente che tende a colpevolizzare la paziente per il ricovero e per la malattia.

Agnese all'inizio non manca mai alle sedute. Nei primi mesi viene accompagnata dalla madre poi, gradualmente, riesce a venire da sola. Appare inizialmente amimica e timorosa, forse ancora immersa in un clima delirante che tende a nascondere. E' triste e spenta come se, uscita dalla crisi psicotica, si fosse ritrovata depressa, vuota e senza orientamento. In alcune sedute lascia affiorare alcuni ricordi del difficile rapporto con i genitori. Dice che all'età di quattordici è stata schiaffeggiata e riportata a forza a casa dalla madre perché sorpresa, mano nella mano, a dare un piccolo bacio a un compagno di scuola di cui si era invaghita. Agnese afferma che da allora ha sempre evitato di frequentare un ragazzo perché intimorita dalla possibile reazione dei genitori.

Di fatti non ha mai tentato nel corso dell'adolescenza di raggiungere una vita autonoma e separata dai genitori. Non ha mai fatto vacanze da sola o con gruppi di amici. Non era solita neppure uscire con le amiche e questo l'ha fatta sentire ancora più isolata dal mondo.

Si può supporre che Agnese abbia cominciato in quel periodo a costruire un ritiro psichico, che ha assunto le caratteristiche di un luogo d'amore in cui rifugiarsi, un mondo fantastico in cui simboli e segnali rinforzavano quanto lei stessa andava creando. Il delirio che l'ha portata al ricovero era, infatti, di carattere erotico. Il protagonista era un vecchio compagno di scuola che sarebbe stato innamorato di lei, la seguiva, le parlava, era presente ovunque ma non risultava visibile perché, a suo dire, si nascondeva continuamente ai suoi occhi. Lo stato mentale di Agnese era caratterizzato da una frenesia eccitata con allucinazioni visive e auditive che erano riferite alla presenza e ai segnali di questo suo innamorato.

Marco, il protagonista del delirio, è stato davvero un suo compagno di scuola. Ma l'elemento singolare è che Agnese ricorda che faceva capo a un gruppo aggressivo che continuamente la prendeva in giro e contribuiva al suo isolamento in classe.

Il ritiro delirante di Agnese le è servito per capovolgere completamente la realtà frustrante vissuta: Marco ora la ama e non può vivere senza di lei.

Riporto ora il materiale di una seduta del quarto mese di analisi. La paziente entra sorridente e un po' fatua: " Le racconto un sogno: vivevo dentro un video gioco; le pareti si aprivano e chiudevano a comando a seconda di come io dicevo: "apri file, chiudi file". Ma quando lo aprivo alcune persone si avvicinavano e volevano entrare, erano pericolose. Era un continuo apri e chiudi. Volevo aprire per uscire ma ero costretta a chiudere per proteggermi. Io ho sempre paura. Anche ieri che sono andata a Milano con mia madre avevo paura e quando sono tornata a casa ho tirato un respiro di sollievo."

Sembra che in questo sogno Agnese descriva il suo funzionamento psicotico: può creare un videogioco che si sostituisce alla realtà psichica aprendolo e chiudendolo a suo piacimento. Ma poi il sistema psicotico diventa minaccioso: Agnese non può più padroneggiarlo e rischia di essere tenuta prigioniera senza una via di uscita.

In una seduta successiva a circa un mese dalle vacanze estive:

"Sono contenta oggi perché sono riuscita a fare un sogno tranquillo e non angosciante. Ero con le mie compagne di Liceo ma c'erano solo quelle con cui andavo d'accordo incluse Diana e Luciana. Eravamo a una scuola che era vicino al mare. Io dovevo fare una prova di informatica, le mie amiche di matematica. Ad un certo punto confesso loro quello che era successo a settembre. Poi chiedo loro di recuperare il farmaco che devo prendere. Loro sono affettuose con me, mi capiscono ma la cosa assurda del sogno è che arriva anche Marco (il personaggio del delirio), non mi prende in giro né mi tratta male anzi mi dice che avrebbe desiderato avere a che fare con me e frequentarmi a patto che io smettessi di fare la sostenuta. Poi mi sono svegliata tranquilla e serena."

Il sogno è apparentemente sereno e positivo. Nella prima parte Agnese riesce a parlare alle sue amiche della crisi psicotica e si ricorda anche della medicina antipsicotica che deve prendere. Ma a questo punto inopinatamente compare Marco che è il protagonista del delirio amoroso.

Sembra davvero un sogno tranquillo ma a una più attenta lettura risulta ambiguo. Perché Marco compare improvvisamente nel sogno? Perché la scuola è sul mare? Davanti a questo materiale la domanda che l'analista dovrebbe porsi è se la paziente non stia cercando di convincerla (come fa nel sogno con le sue due amiche) che tutto va bene, che lei ha riconquistato la sua sanità mentale mentre segretamente si prepara ad un altro incontro delirante con Marco in prossimità delle vacanze estive.

Nelle seduta successiva Agnese sembra apparentemente serena: "È un periodo che penso al futuro; mi euforizzo anche per delle semplici cose. Le faccio un esempio: ho comprato una crema per la cellulite da usare in estate ed è un pensiero fisso, non faccio altro che pensare alle vacanze. Ho comprato un nuovo costume da bagno. Passo molte ore davanti allo specchio. E' un pensiero euforizzante che mi fa sentire iperattiva. Poi mi sono messa a chattare con Daniele, abbiamo parlato di tutto, cinema, teatro, sport." L'analista commenta che effettivamente i pensieri della paziente sono piacevoli all'inizio poi diventano morbosi e sanno di cattivo. Agnese risponde: "Posso mandarli via solo se prendo un po' di calmante. Ogni volta che vado al mare sogno sempre di incontrare qualcuno che mi stravolga la vita e magari fuggire con lui..."

La conclusione che si può trarre dalla sequenza di queste sedute è che la paziente stia preparando un altro episodio psicotico in vista dell'estate, quando l'analista non ci sarà. La crema della cellulite sembra far intravedere l'inizio di una nuova euforia sessuale. Infatti, in poco tempo si ricostruisce la stessa atmosfera delirante del primo episodio psicotico. Agnese comincia a mancare alle sedute preferendo vagare per la città in modo paradelirante, mentre dice ai genitori di essere andata dall'analista. Solo un tempestivo e attento intervento psichiatrico e la ripresa delle sedute, dopo un intervallo non molto lungo, eviterà alla paziente un nuovo ricovero.

Questo breve esempio clinico è utile per mostrare come il delirio, una volta insidiatosi, tende a ripresentarsi. In questo caso il fascino dello stato erotizzato ed estatico è fortemente tentatore e le vicine vacanze analitiche rinforzano la parte psicotica. Agnese ha sempre vissuto una vita mortificata e isolata e appare per questo incline a percepire il suggerimento della parte delirante come un'esperienza inebriante di libertà. Nel momento in cui produce il sogno della scuola sul mare la paziente è già a rischio perché la parte delirante ha già creato una complicità collusiva con la parte sana. Anche

se la reticenza della paziente non è un buon segnale il sogno in questo caso rivela la macchinazione della parte psicotica.

Nella terapia dei pazienti psicotici i sogni restano di un'utilità incomparabile, in quanto forniscono, e rappresentano in qualche modo un accesso diretto alla trasformazione psicotica. Talvolta anzi l'unico, quando il paziente mantiene segreta la sua costruzione psicopatologica perché ha smarrito ogni consapevolezza di essere intrappolato nel funzionamento psicotico, come nel caso di Agnese.

Diventa allora assolutamente cruciale la capacità dell'analista di cogliere nel sogno le tracce di tale trasformazione; la loro mancata comprensione, viceversa, rinforza la parte del paziente soggiogata dalla costruzione psicopatologica e fa smarrire l'occasione per aiutarlo se non a uscire dalla presa del delirio, quanto meno a resistervi.

Il mio suggerimento è che dobbiamo imparare a riconoscere il significato comunicativo di questi sogni perché rivelano, a volte, il modo con cui si sta preparando una nuova crisi. Ho proposto per questo la distinzione tra *sogno-pensiero* e *sogno-delirio*. Questi ultimi sogni *contengono il delirio* e non si prestano all'interpretazione simbolica perché non sono portatori di un contenuto latente. Essi acquisiscono un' enorme importanza descrittiva e comunicativa.

Il materiale di Agnese rappresenta un'esemplificazione clinica del valore predittivo dell'esplosione psicotica che i sogni di alcuni pazienti possono acquisire, quando siamo preparati a comprenderne il significato.

La forza del delirio

Non è vero, come spesso si dice, che il delirio si manifesta come un'intuizione che si presenta con grande chiarezza e per questo viene accettato immediatamente dal paziente. Non è così.

A mio parere, il delirio non balza fuori come Minerva dalla testa di Giove, ma è preparato da una serie di nessi associativi. Inizialmente questi segnali non vengono presi in considerazione, sono ignorati o, per meglio dire, scissi dalla consapevolezza. Solo in secondo tempo acquistano visibilità perché si presentano in una sequenza apparentemente coerente. Superato un certo punto critico, le microtrasformazioni convergono "improvvisamente" nell'illuminazione delirante.

Il nucleo psicotico, come nel caso di Agnese, agisce nei confronti del resto della personalità come una metastasi cancerosa, che prolifera costantemente. In linea di massima, anche se per lungo tempo è difficile avere accesso al funzionamento psicotico, è imprescindibile lavorare sul nucleo delirante e in particolare sul primo episodio psicotico.

Mentre in condizioni normali inconscio e inconsapevole vengono a coincidere, nella psicosi il paziente è cosciente del delirio (ossia lo percepisce e lo fissa nella memoria) ma non è consapevole del suo significato. Da qui deriva la mia concezione che il lavoro analitico con i pazienti psicotici deve tendere a far loro sviluppare la *consapevolezza* (e non la coscienza) di cui essi mancano sin dall'infanzia.

Il delirio va decostruito e non può essere interpretato simbolicamente come si trattasse di un sogno (come aveva pensato Freud che ne interpretava i contenuti latenti), perché si tratta di una neo-costruzione sensoriale non simbolica e non integrabile con altre parti della personalità. Si pone al di fuori di quella "funzione onirica della veglia" che ci permette di operare trasformazioni emotive che contribuiscono costantemente a integrare il nostro senso di identità e la percezione della realtà psichica.

Garcia Badaracco (1980), che ha dedicato parte della sua vita professionale alla terapia della psicosi, si esprime in maniera simile quando afferma: "L'esperienza clinica ci ha portato a pensare che è come se mancassero gli anelli intermedi, come se il lavoro di elaborazione terapeutica fosse piuttosto un lavoro di smontare le produzioni psicotiche

al fine di poter ricomporre successivamente gli elementi in un'altra forma attraverso il processo terapeutico stesso".

Anche io propongo di operare per decostruzioni o per smantellamento. La decostruzione (termine simmetrico a costruzione psicopatologica) consente di esaminare nel dettaglio e riconoscere gradatamente in quale modo si costruisce e si sviluppa la costruzione psicopatologica, esaminando accuratamente anche le condizioni emotive presenti e quelle remote che preparano al delirio, collegando insieme i diversi frammenti sparsi, che sono comparsi e continuano ad emergere nell'esperienza psicoanalitica. Nel corso della terapia è augurabile che non si formi un transfert psicotico il che significherebbe che la parte delirante ha invaso anche lo spazio analitico e ha reso anche l'analista prigioniero della psicosi e pertanto impossibilitato a svolgere il suo ruolo curativo. Quando si sviluppa è necessario intervenire precocemente per decostruirlo. Bisogna infatti salvaguardare la relazione analitica che permette la comunicazione tra la parte sana recettiva del paziente e l'analista.

Lo smantellamento della forza del delirio si accompagna all'acquisizione delle funzioni della consapevolezza, che permettono gradualmente al paziente di "vedere" e pertanto di sottrarsi al fascino della costruzione psicopatologica. Il mantenimento di tale capacità nel tempo, al di là dei continui mutamenti di prospettiva, garantisce che l'esperienza delirante, ove ricompaia, sia riconosciuta e resa potenzialmente trasformabile impedendo la conquista automatica della mente.

L'indagine e all'elaborazione del formarsi del delirio dovrà essere uno dei punti essenziali anche nell'analisi di Agnese. Questo lavoro dovrà essere fatto continuamente e per un lungo periodo.

CHI HA PAURA DEL LUPO CATTIVO? UNA NOTA SU PSICOANALISI E PSICOSI

Riccardo Lombardi

Chi pensa allo psicotico nei termini del malato deteriorato e assente dei vecchi manicomi, o alla furia omicida di Jack Torrance del finale del film “Shining” (Kubrick 1980) può attribuire una romantica onnipotenza al lavoro psicoanalitico con la psicosi. Ed è vero che quando la psicosi si è instaurata da decenni, subentrano processi degenerativi di natura biologica e condizioni di esclusione dalla realtà, per cui la trattabilità analitica può diventare impossibile.

Della psicosi non va fatta di tutt'erba un fascio, ma vanno valutate caso per caso le condizioni realistiche di trattabilità analitica, per evitare di ricascare nella diffidenza per la psicosi che ha caratterizzato in prima istanza la posizione di Freud, per cui i soggetti psicotici non sono analizzabili. Tale diffidenza sembra talvolta riaffiorare tra gli analisti, magari mascherata da fascinazione e delega alla psichiatria biologica, malgrado i contributi rivoluzionari di Klein, Fromm Reichmann, Arieti, Bion, Sullivan, Searles, e di tutta la moltitudine di analisti che hanno avvicinato clinicamente i pazienti più disturbati. Verrebbe da chiedersi se non stia intervenendo negli ultimi anni uno iato sempre maggiore a dividere psicoanalisi e psicosi: qualcosa che potrebbe essere l'espressione di antropologie che vanno sempre più divaricandosi, forse anche a causa di una crescente crisi della psicoanalisi, che condiziona la tendenza a rafforzare un modello identificativo, da cui la psicosi si distanzia per la sua incondizionata apertura al mondo dell'individualità e del mistero. Se così fosse, ci sarebbe una ragione in più per andare ad esplorare la relazione tra psicoanalisi e psicosi.

La 'cura' della psicosi.

Più volte sono stato deriso da alcuni dei miei pazienti psicotici per la mia incapacità a curare la loro psicosi. E da un certo punto di vista non gli si potrebbe dare così torto: è veramente 'curabile' la psicosi dalla psicoanalisi?

L'orientamento a 'curare' tout court la psicosi sembrerebbe discendere direttamente da assunti schizoparanoidei, per cui la parte cosiddetta 'malata' viene distrutta ed eliminata, piuttosto che integrata nel dialogo interno e nel contesto generale della personalità. Se il concetto di cura viene assolutizzato secondo questo tipo di logica allora è certamente vero che la psicosi non può esser curata dalla psicoanalisi.

Diventa viceversa diverso se collochiamo l'intervento della psicoanalisi nel contesto della interazione tra aree psicotica e non psicotica della personalità: la psicoanalisi della psicosi si rivolgerebbe allora alla crescita della parte non psicotica della personalità e ad un progressivo ridimensionamento dell'area psicotica, attraverso lo sviluppo di percezione e conoscenza del funzionamento psicotico personale.

Se l'esistenza di una componente genetica e costituzionale nella psicosi coinvolge la dimensione organica e la neurochimica del cervello, lo sguardo dell'analista privilegia la prospettiva del mentale, utilizzandola come fattore trainante che può indurre – ove possibile- cambiamenti anche a livello fisico.

Una nostra cautela è però sempre utile anche nella misura in cui il territorio della psicosi è sconfinato per la frammentazione stessa dei parametri spazio-temporali che essa implica, al punto che non sembra possano esistere risposte del tutto esaurienti rispetto ai suoi interrogativi. Nell'avvicinarci alla psicosi ci confrontiamo con il mistero, l'ignoto, o addirittura l'inconoscibile – visto che le sue manifestazioni concrete evocano

la dimensione ‘noumenica’ della realtà (Kant 1781). Solo l’esperienza personale di trattamento di questo tipo di pazienti dà consistenza empirica ad una nostra conoscenza della psicosi, per cui personalmente preferisco i resoconti clinici alle proposizioni generali. In seduta ogni nostra ipotesi è destinata ad essere superata o ricollocata dal movimento mentale successivo. Ed anche questa nota non vuole fare eccezione rispetto ad un carattere parziale e provvisorio.

Ipotesi

Visto che con Bion declina una prospettiva eziologica in psicoanalisi, mi terrò su un piano essenzialmente pragmatico, centrandomi sulle possibilità strategiche di intervento nella psicosi.

Le considerazioni che seguono sono sostenute da alcune ipotesi –da me verificate nella clinica- quali la correlazione della psicosi con un conflitto tra l’Io e la realtà esterna (Freud 1923, 1924), con attacchi distruttivi e frammentanti rivolti contro la personalità (Klein 1935, 1946) e con una relazione conflittiva tra le aree psicotiche e non-psicotiche (Katan 1954, Bion 1957). In una prospettiva più contemporanea trovo che questi assunti possano essere significativamente arricchiti tenendo conto di un conflitto/ disarmonia strutturale tra corpo e mente (Ferrari 1992, Ferrari & Lombardi 1998, Lombardi 2002), ordine e disordine (Prigogine 1988) e finito e infinito (Bion 1967, 1970; Matte Blanco 1975, 1988; Bria & Lombardi 2008; Lombardi 2009b).

Il corpo è inteso punto di origine del processo di simbolizzazione per cui è necessario che la spinta corporea (Freud 1915) trovi corrispondenza e contenimento in una formulazione astratta in grado di rappresentarlo (Bion 1963). Ogni corpo ha connotazioni uniche sul versante biologico prima ancora che psicologico, per cui lo sviluppo del dato sensoriale verso le emozioni e il pensiero presenta connotati personali (Ferrari 1992). La psicosi viene a collocarsi in relazione a questo percorso come interferenza/ o relais di passaggio sull’asse di sviluppo corpo-affetti-pensieri (Lombardi 2000).

La rêverie dell’analista (Bion 1962) e l’elaborazione analitica creano importanti condizioni di facilitazione alla crescita mentale del paziente; al tempo stesso va considerato che le operazioni mentali del registrare e contenere (Freud 1911) sono comunque interne all’analizzando e condizionate dalla sua responsabilità e intenzionalità personali.

Intervenire il prima possibile

Di fronte all’apparire della psicosi clinica sembra vantaggioso intervenire il prima possibile – possibilmente già dalla prima crisi e, ove possibile, già nel contesto stesso della crisi. E questo è particolarmente vero per le psicosi in età adolescenziale ed i primi esordi schizofrenici (Lombardi & Pola 2010). La crisi possiede un grande impatto traumatico che può essere attutito dalla messa in opera di strumenti analitici di contenimento. Accogliere nella seduta analitica il paziente psicotico nella fase acuta può permettere di sollecitare la presenza mentale dell’analizzando proprio nel contesto di un marasma, che tenderebbe ad annientare ogni forma di presenza pensante.

Per l’analista accogliere il paziente nella condizione acuta è correlato al riconoscimento del ruolo strutturale che hanno i fenomeni catastrofici nel funzionamento mentale (Bion 1970, Matte Blanco 1975), per cui non esiste pensiero che non contempi nei suoi livelli profondi le oscillazioni di frammentazione e integrazione (Lombardi 2009b).

L’interazione analitica nel contesto della crisi psicotica acuta ha il valore di rendere contenibili ed utilizzabili ai fini di esperienza e percezione dei fenomeni che –lasciati a loro stessi- porterebbero soltanto al caos, alimentando sfiducia verso ogni forma di

integrazione e dialogo tra emozioni intense, consapevolezza e pensiero. L'analista che preferisce attendere la scomparsa della crisi acuta, non ha purtroppo alcuna garanzia che il marasma psicotico non riaffiori, dal momento che momenti esplosivi possono ricomparire negli anni successivi: di queste crisi successive va accuratamente esplorato il significato regressivo o, al contrario, il valore evolutivo.

Assetto di Lavoro

Sembra improbabile credere di poter intervenire sulla psicosi secondo la modalità convenzionale che si usa per i soggetti mediamente integrati con la realtà. Vista la matrice multifattoriale - biologica, ambientale e psicologica - di questo disturbo (Grotstein 2001), il lavoro con lo psicotico è necessariamente un lavoro di equipe per cui l'analista va affiancato da uno psichiatra farmacologo e un analista consulente per la famiglia. Lo sconfinamento del disturbo psicotico nella realtà esterna richiede una monitoraggio continua di quanto accade, soprattutto in certi momenti critici, per cui diventa realistico lavorare analiticamente solo nella misura in cui esistono persone fidate che si prendono cure delle componenti di sconfinamento esterno del disagio del paziente. Esistono altresì colleghi che preferiscono gestire il trattamento farmacologico in prima persona, anche per facilitare l'obiettivo di una completa emancipazione dai farmaci (vedi per es. Steinman 2009, con una eccezionale casistica clinica). Personalmente ho sempre trovato giovamento da un lavoro di equipe, non ultimo anche per assicurare una continuità maggiore di assistenza al paziente grave durante le interruzioni analitiche. In ogni caso l'assistenza farmacologica tiene conto delle inevitabili componenti biologiche che accompagnano le manifestazioni psicotiche e ha lo scopo di abbassare il livello di ansia psicotica per facilitare l'avvicinamento relazionale ed il dialogo analitico. Solo il lavoro analitico può collocare il valore dei sintomi psicotici, dargli un significato, stimolare la crescita globale della personalità, e, con il tempo, creare condizioni di contenimento interno che permettano l'emancipazione dalla copertura farmacologica.

Il dialogo analitico

Il primo obiettivo a cui tendere nel contesto di una psicoanalisi della psicosi è la continuità del dialogo analitico, che deve seguire i criteri di semplicità ed evidenza. Rispetto agli autori che mettono in primo piano il ruolo della interpretazione (Rosenfeld 1965, 1987), altri sottolineano il ruolo del deficit e dell'empatia (Fromm Reichmann 1959, Killingmo 1989), o viceversa l'importanza di integrare orientamento supportivo e elementi interpretativi avvicinando la prospettiva del conflitto con quella del deficit (Blechner 1995, Williams 2010). Personalmente direi che è essenziale un approccio dialogico ed interattivo in grado di sostenere in modo costante le molto deboli risorse dell'Io dell'analizzando psicotico, alimentare il suo orientamento a correlare elementi mentali diversi e sollecitare fiducia nelle proprie risorse comunicative e percettive.

Mondo interno e mondo esterno

L'analista si occupa con sguardo binoculare (Bion 1963) dell'assetto interno del paziente e della realtà esterna mettendo l'accento sulle implicazioni più urgenti. I modi e le forme del funzionamento mentale su cui tende a fermarsi in modo prioritario l'attenzione dell'analista non sono meno reali di altri aspetti della vita del paziente: essi meritano una attenta considerazione nella misura in cui il loro funzionamento getta le basi del legame del paziente con la realtà.

Una paziente che aveva sofferto di manifestazioni di tipo esplosivo aveva avuto sogni ricorrenti di un gabinetto intasato: il giorno in cui sognò che era seduta su un gabinetto che scaricava regolarmente le feci che lo riempivano, nel sogno alzò per la

prima volta gli occhi per guardarsi attorno scoprendo che la stanza da bagno era in un grave stato di trascuratezza con varie mattonelle staccate. Da quel momento in poi occuparsi della propria realtà esterna divenne per la paziente un obiettivo prioritario: un dato che necessitò anche un aggiustamento analitico sintonico sul nuovo orientamento dell'analizzanda.

Inter-soggettività di base ed elaborazione centrata sul paziente

Il livello inter-soggettivo costituisce la piattaforma di partenza e di arrivo della psicoanalisi della psicosi: la costruzione di una esperienza di scambio, comprensione e fiducia nella relazione analitica crea un determinante trampolino per la costruzione di un legame del paziente con la dimensione relazionale. Considerato il debole senso di realtà del paziente grave ed il rischio di colonizzazione delirante, la relazione analitica va trattata in primis sul piano delle sue implicazioni di realtà ed i confini del setting vanno utilizzati per rafforzare la consapevolezza di tale realtà inter-soggettiva. Il paziente psicotico soffre di una condizione di saturazione – un troppo pieno talvolta avvertito dal paziente come troppo vuoto- che richiede con urgenza l'avvio di un metabolismo interno. Lo stato di saturazione condiziona una non ricettività dell'analizzanda alle interpretazioni di transfert, come pure – a causa del pensiero concreto- alle interpretazioni simboliche e ricostruttive.

Il transfert è nondimeno 'totale', come già intuito da M. Klein. Personalmente accolgo tale transfert lasciando sullo sfondo i fenomeni relazionali per aiutare l'analizzanda ad andare verso sé stesso. In questo modo l'analizzanda può mettere in moto una prima capacità auto-osservativa e prendere distanza dalla pressione sensoriale interna: la saturazione può lasciare così gradualmente posto alla costruzione di uno spazio mentale. Con l'espansione progressiva dello spazio mentale si creano condizioni per l'elaborazione dell'alterità relazionale, lì dove una enfaticizzazione precoce dell'alterità esporrebbe ad uno scollamento interno e ad imitazione.

Nel linguaggio di Ferrari (1992) il transfert si compone di una parallela e contemporanea relazione orizzontale (relazionale) e verticale (intrasoggettiva). L'elaborazione iniziale asseconda soprattutto lo sviluppo di una 'relazione verticale' nell'analizzanda, per cui il paziente può scoprire sé stesso e le potenzialità inerenti ad un dialogo interno corpo-mente. Tale lavoro non va confuso con una 'one person psychology', dal momento che contiene molto potenti implicazioni relazionali, per cui l'analista è chiamato ad una particolare capacità di coinvolgimento e attunement al fine di facilitare l'accesso del paziente a condizioni di visualizzazione/ insight delle proprie condizioni interne.

Livelli profondi

Il paziente declina nelle sue comunicazioni all'analista i modi e le forme che gli sono propri: e come tali possono essere avvicinati e conosciuti nella relazione analitica. Freud (1899) scopre nel sogno una dimensione totalmente egoistica in grado di tradurre la multidimensionalità della mente; Bion (1962) vede il sogno infiltrare la totalità della seduta analitica, per cui ogni comunicazione diventa una potenziale porta d'accesso ai livelli di profondità del paziente. Le disposizioni formali dell'apparato per pensare, il paziente di fronte a sé stesso, la mente di fronte al corpo come pure il corpo di fronte alla mente, la mania ed il terrore dell'infinito, il transfert sullo spazio- tempo, prendono consistenza e rappresentazione nella relazione analitica. L'analista 'diventa' (Bion 1970) quella parte di sé che corrisponde all'analizzanda per conoscere e comunicare sulla lunghezza d'onda dei livelli intrasoggettivi del paziente, rispondendo all'urgenza

di definire parametri di soggettività e differenziazione, nonché condizioni di attivazione della mente.

Logica schizofrenica e dispiegamento della Simmetria

La logica del paziente psicotico mostra connotati differenti dalla comune logica aristotelica dei nostri ragionamenti correnti. E' una logica infiltrata dal processo primario (Freud 1899), in cui condensazione e spostamento hanno un ruolo rilevante. Si tratta di un pensiero paleolitico (Von Domarus 1944, Arieti 1955) in cui un oggetto viene identificato con la sua classe logica di appartenenza, e messa in crisi la distinzione asimmetrica tra oggetti, persone, situazioni, etc. Gli aspetti paleolitici del pensiero agiscono come 'un acido', che allenta e distrugge la distinzione logica sino a rendere impossibile ogni forma di riconoscimento e pensiero. Gli effetti devastanti che ha il cosiddetto principio di simmetria (Matte Blanco 1975) nel paziente psicotico comporta la necessità all'analista di dedicare attenzione al dispiegamento (Unfolding) di tutte le forme simmetriche che appaiono in seduta, per favorire una comunicazione plausibilmente realistica, lo sviluppo delle emozioni ed il riconoscimento della realtà (Lombardi 2006, 2010a, Niemi e Lombardi 2008).

Far evolvere il linguaggio del paziente

Il paziente grave risulta facilmente privo di elementi definiti di soggettivazione, ovvero di quel definito centro identitario che certi autori anglosassoni chiamano la 'agency' del paziente. Da questo punto di vista sembra eccessivo enfatizzare il narcisismo o la perversione relazionale di questi pazienti, quando il loro problema in genere deriva essenzialmente da un deficit di narcisismo.

Lo psicotico non ha chiare le sue ragioni, né tanto meno è in grado di difenderle, ma ciò non significa che egli sia privo di ragioni, percezioni o posizioni sue proprie. La sua stessa capacità linguistica può essere compromessa o ridotta a modalità fortemente condensate, infiltrate dal processo primario, per cui il paziente ci interroga secondo un modo oracolare che 'non dice, né nasconde, ma accenna' (Eraclito). Compito dell'analista è di lavorare sui precursori del linguaggio organizzato, o 'registri di linguaggio' (Ferrari & Stella 1998, Lombardi 2004a), per farli evolvere verso modalità più oggettivabili e comprensibili. In questa prospettiva deliri ed allucinazioni possono essere recepite piuttosto che sul versante patologico, nel loro valore potenziale di comunicazione.

Lo sviluppo di queste modalità comunicative è fortemente influenzato da istanze relazionali: sta alla capacità dell'analista di raggiungere l'analizzando e di stabilire un linguaggio transizionale con potenzialità simboliche (Ekstein & Caruth 1969, Winnicott 1971), che sottragga l'analizzando ad un imprigionamento solipsistico.

Analisi di modelli e teorie mentali

Le teorie analitiche per il loro connotato astratto sono troppo lontane dai bisogni costruttivi ed organizzativi del materiale che si incontra nella seduta analitica (Bion 1962). In genere l'uso delle teorie analitiche segnala un'angoscia dell'analista di fronte all'ignoto che si apre davanti a comunicazioni enigmatiche del paziente. Da questo punto di vista è utile non far mai entrare 'la' psicoanalisi – come corpo di conoscenze prestabilite- nella seduta analitica. L'analista può viceversa fare attenzione a tenere aperto il dialogo con la psicoanalisi nello spazio fuori delle sedute per confrontare la sua esperienza con le conoscenze acquisite.

Piuttosto che porre enfasi sui contenuti simbolici o sulla ricostruzione il lavoro analitico con lo psicotico si avvantaggia di un vertice orientato ad osservare i modi e le forme del funzionamento mentale. I modelli mentali (Bion 1962, Lombardi 2003a, 2004a) si

prestano ad introdurre progressivi livelli di astrazioni nelle comunicazioni cariche di concretezza del paziente. E l'astrazione rende definibili e comunicabili gli assetti di funzionamento interno.

Una elaborazione su questi livelli permette di rendere il paziente consapevole di sue attitudini ricorrenti e di responsabilizzarlo rispetto ad un suo funzionamento mentale, che può diventare in questo modo gestibile dall'interno stesso del paziente. L'osservazione del funzionamento interno del paziente è funzione della rêverie dell'analista (Bion 1962), ovvero della capacità dell'analista di sentire i bisogni primari dell'analizzando, tra cui vanno annoverati i bisogni di generare e manipolare astrazioni e sviluppare percezione e conoscenza di sé.

Odio, distruttività e transfert negativo

Attivare il metabolismo mentale dell'odio è molto importante nel paziente psicotico, al fine di prevenire situazioni di acting out che possono rivelarsi pericolose per l'analista o che possano portare ad una interruzione del trattamento. È importante per l'analista tenere una distanza relazionale– ovvero non forzare con varie modalità lo sviluppo di un transfert positivo, né tanto meno una condizione di dipendenza- in modo da permettere al paziente di portare direttamente l'odio nel transfert quando necessario. L'esperienza del transfert negativo facilita l'elaborazione dell'odio, rafforza la fiducia del paziente in sé stesso e modula la relazione analitica facilitando la differenziazione inter-soggettiva. Date le condizioni di difetto di pensiero del paziente, in certe condizioni il transfert negativo può assumere proporzioni drammatiche, per cui non a caso autori come Federn (1952) hanno consigliato l'interruzione del trattamento in una eventualità del genere. Il transfert negativo può assumere i connotati di transfert omicida in situazioni particolari. Ciò può esser dovuto ad una situazione scissionale particolarmente violenta, per cui il paziente quando riesce ad accedere all'odio lo scopre nel suo versante più concreto ed infinito. Nel paziente con implicazioni suicide, il transfert omicida può inoltre segnalare una evoluzione che diventa l'anticamera per accedere ad una prima dimensione rappresentativa delle componenti distruttive più subdole ed inconse della personalità. Analizzare i livelli omicidi è inoltre importante nel senso che il paziente grave può avere una relazione omicida con la propria mente, per cui questa elaborazione può permettere di emergere da una condizione di morte mentale. La capacità dell'analista di contenere gli attacchi diretti e tenere integrati al suo interno amore e odio è essenziale per modulare i fenomeni più estremi che possono apparire in seduta, tenendo conto che una certa quota di sentimenti affettuosi e di ambivalenza odio- amore è sempre presente anche nel paziente più aggressivo. Tutto ciò implica non di meno la presenza di rischi effettivi per l'analista, per cui va da sé che questo tipo di analisi contenga una variabile legata in modo stretto alla motivazione personale – ed anche in questo ambito sembra valere il detto 'chi non risica, non rosica'.

Il transfert sul corpo e il dialogo corpo-mente

Tra le teorie più forti che si riscontrano nel paziente psicotico e nei cosiddetti borderline c'è la tendenza a considerare il pensiero indipendente dalle sensazioni, nonché la mente separata dal corpo (Laing 1959; Lombardi 2000b, 2004b, 2007b). Negli assetti fortemente disarmonici corpo e mente si oppongono come entità mutuamente incompatibili – come è, per esempio, particolarmente evidente nelle psicosi associate a disturbi del comportamento alimentare. "Vorrei essere un palloncino", dice una analizzata, condensando in una battuta il suo ideale anoressico ed incorporeo. "Per me tutto diventa assoluto", commenta un'altra analizzata bulimica, che oscilla tra un essere 'tutto corpo' per cui mangia senza alcun limite, o un essere 'niente corpo' senza sessualità, imprigionata in un ideale puramente ascetico.

Il passaggio dal corpo alla mente nella psicosi può collocarsi ai limiti dell'impossibile come - per usare una espressione cara a Freud - far passare un cammello per la cruna di un ago (Lombardi 2009a): viceversa il lavoro analitico può catalizzare un transfert sul corpo ed avviare un dialogo corpo-mente nell'analizzando (Lombardi 1992, 2003b, 2005a, 2006). Al tempo stesso il corpo - insieme all'organizzazione spazio-temporale che gli è propria- può arrivare a costituire il perno per la costruzione di un senso di identità personale rispetto al gorgo paralizzante delle angosce di annientamento (Lombardi 2008, 2010, 2011a).

Tempo e Psicosi

Il tempo dello psicotico è come quello del tè del cappellaio matto: l'orologio è fermo sempre sulla stessa ora. Lo psicotico odia il tempo nella misura in cui costituisce un elemento fuori del suo controllo che lo confronta con il limite (Bion 1967; Kernberg 2008), al punto che vita e morte possono risultare completamente indifferenziate (Lombardi 2007a). Il confronto con la scoperta del tempo lineare ed irreversibile può scatenare acting-out estremi sino al suicidio e l'omicidio (Lombardi 1985, 2011b). Il tempo può essere oggetto di un vero e proprio 'furto del tempo' - come nel racconto 'Momo' di Michael Ende, che fu collocato da Alberto Schön (1985), con intuizione folgorante, a prototipo dei livelli primari del lutto (per le sue implicazioni cliniche cfr. Lombardi 2009c). Prima ancora di odiarlo, lo psicotico può, però, del tutto ignorare il tempo -come categoria propria al funzionamento mentale (Kant 1781) -, per cui può rispondere in maniera estremamente sensibile e fortemente organizzante ad una elaborazione che pone la relazione con il tempo in primo piano (Bonaparte 1940, Lombardi 2003b, 2005b).

Psicosi e Regressione

Il lavoro analitico con la psicosi tende a contenere le spinte regressive e ad accompagnare/ favorire l'orientamento progressivo: accompagnare la progressione del paziente può costituire una ardua sfida alle risorse personali dell'analista. Scrutando nel mio volto il travaglio indotto da una seduta drammatica, fatta di urla, pianti, insulti e disperazione, una paziente improvvisamente si arresta per chiedermi: "Le faccio fare fatica? Eh? Ma perché questa fatica? Perché si nasce? Chi è che ci fa nascere?"

Lo psicotico mostra una specifica sensibilità per i problemi ontologici - come ben ci aveva insegnato, già dagli anni della mia specializzazione in psichiatria, Salomon Resnik (1972), con la sua unica capacità di articolare psicoanalisi e fenomenologia. Spesso e volentieri è proprio l'esperienza della psicosi a catalizzare la nascita nel paziente di una dimensione spazio-temporale.

Rispetto alle condizioni di non esistenza, connotate da un adattamento bi- dimensionale ed imitativo alla realtà, la crisi psicotica si pone come apertura, tentativo di accedere - attraverso la mediazione di un contesto analitico - ad una dimensione vitale tessuta di significati e consapevolezza.

"La psychose: c'est autre chose", amava dire Liliane Abensour, avendo in mente l'"Io subliminale" di André Breton e dei surrealisti: "Distinta dall'inconscio, questa zona, situata al di sotto della soglia della coscienza, non organizzata e talvolta feconda, non è proprio questa ad abitare i pazienti psicotici? Un luogo di non-contraddizione, di non differenziazione dal reale e dall'immaginario, dalla vita e dalla morte, del passato e del futuro" (Abensour 2008, 166).

Trainato in questa zona subliminale dalla relazione con lo psicotico, l'analista si trova confrontato con "une avalanche de sensations qui repoussent toute forme" [una valanga di sensazioni che rifiutano ogni forma] (Cioran 1971, 24).

Controtransfert, controtransfert somatico ed evoluzione dell'analista

Una elaborazione continua del cosiddetto controtransfert è essenziale per accompagnare l'evoluzione del paziente psicotico. La dizione di controtransfert appare, ahimé, riduttiva nel senso che le esperienze che si attivano nel corso di queste analisi hanno un profondo valore mutativo per l'analista ed implicano una sua capacità di 'evolvere' – come diceva Bion- verso un sé stesso sconosciuto, tollerando l'accesso ad aree generalmente sottoposte a rimozione. Il paziente diventa in questo senso un vero e proprio Virgilio in grado di introdurre l'analista all'ambito delle esperienze profonde (Lombardi 1987). Da questo punto di vista può esser vantaggioso avere esperienza di trattamento della psicosi nel corso della propria analisi personale, dal momento che tale esperienza introduce una ulteriore dimensione di profondità al percorso analitico personale dell'analista. L'area investita coinvolge in primo piano le origini somatiche del pensiero fortemente impregnate di concretezza – vedi la Ding- Vorstellung di Freud (1915) o la dimensione primaria dell'Oggetto Originario Concreto di Ferrari (1992). Si tratta di esperienze molto complesse, difficilmente traducibili e trasmissibili, come è inevitabile per le aree asimboliche e preverbalì: l'analista accoglie i precursori somatici delle emozioni e pensieri che sono in corso di definirsi nel processo analitico, tollera dentro di sé lo sviluppo di sensazioni nuove ed ignote, o di veri e propri fenomeni somatici transitori, sia all'interno della seduta che fuori. Questo 'controtransfert somatico' – chiamiamolo così- implica grande impegno ed investimento di energie individuali, oltre che cautela nella gestione della propria vita personale. L'affiorare in primo piano del corpo in questi casi va distinto dalle reazioni dovute ad aree cieche non analizzate, resistenze o deficit di contenimento: esso segnala prima di tutto una presenza. Il corpo 'c'è', perché l'analista – prima ancora che come soggetto pensante- 'c'è', appunto, come persona reale e corporea in relazione ad un analizzando 'in nuce' altrettanto reale e corporeo: in questo modo l'analista accompagna il transfert sul corpo dell'analizzando, ovvero il suo prendere corpo e diventare reale. L'analista vive allora non solo il problema di contenere l'odio nel controtransfert (Winnicott 1947), ma una sorta di 'preoccupazione materna primaria' – ovvero quell'affiorare dello psiche-soma con ampio coinvolgimento dell'inconscio che Winnicott (1956) attribuiva alla donna gravida; esperienza che può essere ancora più complessa per l'analista nella misura in cui i pazienti 'difficili' in trattamento sono più di uno. Inoltre la mente dell'analista può esser chiamata – in condizioni di grandi pressioni nella relazione analitica- a sognare in parallelo al paziente, o addirittura 'al posto del' paziente, aprendo la strada alle forme primarie di rappresentazione ed organizzazione del mondo interno.

Al tempo stesso va ricordato che per reggere questo tipo di esperienze è estremamente importante –come già notato da Fromm Reichmann (1959)- che l'analista abbia una vita propria, separata dal suo impegno professionale, da cui ricavare autonoma e piena soddisfazione.

Limiti del controtransfert

Il coinvolgimento di aree asimboliche e preverbalì implica un legame non immediato di sensazione e pensiero. Una condizione potenziata dalla grave disarmonia della relazione corpo-mente di questi pazienti. E' quindi necessario per l'analista poter accompagnare in maniera distinta le esperienze che coinvolgono corpo e mente, come espressione del dualismo funzionale (Damasio 1999) che è proprio all'animale uomo. Da questo punto di vista è essenziale poter dar luogo ad un 'approccio oggettivo' (Tustin 1981) che valorizza l'attitudine osservativa dell'analista ed il suo radicamento negli organi di senso specializzati rivolti alla realtà esterna (Freud 1911; Bion 1962). La ricezione del paziente nel suo insieme di sensazioni, emozioni, linguaggio corporeo e simbolizzazione verbale è quindi essenziale. Le comunicazioni verbali vanno colte nella

molteplicità di livelli comunicativi – dal concreto al simbolico, dall'intrasoggettivo al relazionale esterno - selezionando di volta in volta il piano più urgente e funzionale allo sviluppo del processo analitico. Tutto ciò implica, quindi, non farsi guidare soltanto dalle proprie sensazioni interne – che possono essere facilmente ingannate e messe fuori pista dalla condizione di saturazione interna vissuta dal paziente-, bensì essere attenti ad accogliere le comunicazioni oggettive del paziente, e a confrontare i dati di questo livello con la propria risposta controtransferale.

Andando a finire potrei auspicare che la familiarità con i livelli arcaici delle aree di confine tra corpo e mente - dove la vita, l'esperienza ed il pensiero si organizzano a partire dal caos - possa aiutarci a rispondere ai bisogni e alle sfide poste alla clinica da un mondo sempre più complesso ed in continuo divenire. In questa prospettiva non mi sembra insensato credere che l'esplorazione della psicosi possa rivelarsi, oggi più che mai, determinante per aprire nuovi orizzonti alla psicoanalisi.

DIBATTITO

Psicoanalisi delle psicosi: un tema da sviluppare.

15 settembre 2011

Commento

Gabriella Giustino

In questo breve commento cercherò di sintetizzare i punti salienti delle relazioni di De Masi e Lombardi tentando di cogliere aspetti comuni e punti di vista differenti. Mi sembra che entrambi gli autori concordino in generale sull'assetto analitico da prediligere con i pazienti psicotici: la necessità di lavorare in collaborazione con altri professionisti (anche per somministrare una terapia farmacologica), l'opportunità d'intervenire il più precocemente possibile, la necessità di avere in mente il carattere progressivo del processo psicotico.

Dal lavoro di De Masi si evince che il tentativo dell'analista è quello di stabilire innanzi tutto una relazione di fiducia col paziente in modo da rendere possibile, col tempo, di accedere ai contenuti mentali deliranti (che sono spesso dissociati o tenuti segreti). Favorire la comunicazione del funzionamento mentale psicotico e dei suoi sintomi (deliri, allucinazioni...) permette, secondo l'autore, di condividere col paziente le sue false credenze su di sé e sul mondo, ed è il primo passo per poi aiutarlo a sottrarsi al potere del nucleo delirante. Analizzare il delirio per De Masi significa "descrivere" al paziente i processi psicopatologici che lo sottendono e lo caratterizzano. Se ciò avviene con tatto e sensibilità, di solito emerge che il paziente era in una certa misura cosciente di questi processi mentali (cosciente ma non consapevole). Insieme al procedere della fiducia nella relazione analitica, si comincia a lavorare "decostruendo" il delirio. È fondamentale per l'autore aiutare il paziente a comprendere come la parte psicotica lo conquista e stimolare la percezione del pericolo che corre quando se ne lascia sedurre. L'analista comincia a funzionare come Io ausiliario del paziente. Questi pazienti per l'autore sono carenti di un inconscio che gli permetta di comprendere le emozioni proprie e degli altri (non sono in grado di usare le emozioni per costruire e comprendere la realtà psichica) e sono carenti di un apparato psichico idoneo a simbolizzare. De Masi si sofferma molto sul ritiro come condizione che rende vulnerabili, sin dall'infanzia, alla psicosi. Il ritiro è, secondo l'autore, centrato su un'esperienza sensoriale autoindotta e nel ritiro la consapevolezza della realtà psichica viene annullata. Il delirio grandioso che vi si espande man mano colonizza la mente del paziente e si alimenta di continue operazioni sensoriali che si oppongono al pensiero relazionale simbolico. Il paziente psicotico è fatalmente attratto dal ritiro, come da una droga.

L'approccio dialogico e interattivo dell'analista è per Lombardi indispensabile a sostenere in modo costante le deboli risorse dell'Io dell'analizzando psicotico.

Il livello inter-soggettivo costituisce per l'autore il punto fondamentale della psicoanalisi delle psicosi e crea le condizioni per l'elaborazione dell'alterità relazionale.

Nell'oscillazione tra intrapsichico ed intersichico (come direbbe Bolognini, 2004), Lombardi tende a favorire inizialmente la "relazione verticale" con l'analizzando, per questo il paziente può scoprire sé stesso, avviare un possibile dialogo interno tra corpo e mente, mentre l'analista è chiamato ad una particolare capacità di sintonizzazione. Il lavoro analitico con la psicosi deve tendere a contenere le spinte regressive e a favorire l'orientamento progressivo.

Lombardi sottolinea le gravi condizioni di deficit narcisistico del paziente psicotico e ci dice, tra l'altro, di una sua specifica "disarmonia strutturale tra corpo e mente"; il corpo in questi casi non ha una formulazione astratta in grado di rappresentarlo (Bion 1963). L'autore descrive inoltre alcuni aspetti specifici del transfert nell'incontro col paziente psicotico. Egli tende ad accogliere il transfert (senza necessariamente interpretarlo) per mantenere la continuità del dialogo analitico. In certe condizioni per Lombardi il transfert negativo può assumere proporzioni drammatiche, e la capacità dell'analista di contenere gli attacchi diretti e tenere integrati amore e odio è essenziale per modulare i fenomeni più estremi che possono apparire in seduta. Non sempre è facile, sia da un punto di vista concettuale che clinico, distinguere nettamente il transfert dalla relazione analitica. Quando Lombardi scrive del transfert totale di questi pazienti afferma che tende a mantenere la relazione analitica sullo sfondo. Mi pare d'intuire che invece De Masi lavori sin dall'inizio sulla relazione analitica e sia convinto che un possibile e temibile evento sia quello che si verifichi un transfert delirante.

Per Lombardi un'elaborazione continua del controtransfert è essenziale per accompagnare l'evoluzione del paziente psicotico ed è quindi importante la ricezione del paziente nel suo insieme di sensazioni, emozioni, linguaggio corporeo e momenti di simbolizzazione. L'autore ci ricorda inoltre il bel libro di Matte Blanco (1975) sull'"Inconscio come insiem infiniti". Un saggio sulla bi-logica che, a suo parere, dice molto del funzionamento mentale psicotico. Esso non segue più la logica aristotelica (che è quella che nei nostri ragionamenti e riflessioni condividiamo) ma leggi completamente diverse, infiltrate dai processi primari di pensiero, dove è messa in crisi la distinzione asimmetrica tra oggetti, persone e situazioni. E' una logica governata da principi di simmetria che crea una disarmonia finito-infinito ed ha effetti devastanti sul pensiero.

Entrambi gli autori partono da Bion (1957) (che, come noto, distingue la parte sana da quella psicotica) per la comprensione del funzionamento psicotico ma "transitano", nel definire i propri modelli d'intervento, per altri autori e concettualizzazioni. De Masi cita John Steiner, Meltzer (il claustrum) e la O'Shaughnessy (le organizzazioni patologiche). Lombardi, tra gli altri, Frieda Fromm Reichmann, Ferrari, Paul Williams, Sullivan e Searles. Dal lavoro di Lombardi, peraltro, emerge una matrice che fa riferimento ad un modello relazionale intersoggettivo.

Partenza comune, approdi diversi, ma entrambi i colleghi sinceramente appassionati e convinti della necessità della nostra disciplina di andare avanti, di cimentarsi con questi pazienti, nella clinica e nella ricerca. Davvero loro due (e spero molti altri) non hanno paura del lupo cattivo.

25 settembre 2011

E l'adattamento dove è finito?

Andrea Seganti

Concordo con Gabriella Giustino circa il fatto che le due interessanti relazioni di Franco De Masi e di Riccardo Lombardi non siano contrapposte pur offrendo sfumature diverse nell'approccio verso la psicosi. La loro diversità sembra più legata a stile e preferenze individuali degli scriventi - con De Masi più orientato a combattere la fuga dalla realtà degli individui e Lombardi più interessato a differenziare i livelli di astrazione e di conoscenza all'interno del "sistema" corpo individuo ambiente.

Quello che tuttavia mi sorprende e mi stimola ad intervenire è una singolare omogeneità che ho riscontrato nella lettura delle relazioni e che dal mio punto di vista sta nella comune assenza di ragionamenti sulla psicosi come tentativo adattativo rispetto a situazioni di impasse relazionale. Inoltre - secondo punto - il fatto che a seguito di questa mancata considerazione del punto di vista adattativo manchi anche la sottolineatura di quanto sia importante nel trattamento degli psicotici dir loro qualcosa che abbia per loro un senso, che gli arrivi. Un secondo punto che io collego al primo in quanto nella mia esperienza quello che ha un senso sia per gli psicotici che per i "non psicotici" è il riconoscimento degli sforzi di adattamento che essi hanno fatto e che continuano a fare nel costruire la loro bislacca ma originale modalità di relazione con l'ambiente.

Con questo voglio dire che de Masi e Lombardi nella loro ansia di spiegare a noi che cosa può essere accaduto agli psicotici (ritiro distacco corpo mente etc), sembrano dimenticare di segnalare ciò che essi sicuramente pensano e cioè quanto sia importante spiegare agli psicotici perché - cioè con quali fini adattativi - essi operano con i loro meccanismi per fronteggiare le loro particolari condizioni di vita.

Nei limiti offertimi da questa discussione cercherò di argomentare meglio le mie affermazioni.

De Masi parla del fatto che l'attrazione delirante sia associata ad uno stato mentale piacevole ma non tiene conto della possibilità che la parziale piacevolezza dello stato delirante vada associata con la sensazione di prendersi carico di messaggi non verbali che sono in contraddizione con quelli verbali. Nel precedente dibattito Spiweb (sulle "Strutture adattive patogene") ho argomentato con dovizia di particolari sull'importanza del rovesciamento dei ruoli nei rapporti madre bambino e rinvio a quello scritto per quanto riguarda sia l'aspetto fisiologico che patologico del rovesciamento dei ruoli: un fenomeno alquanto sconosciuto dalle teorie dello sviluppo correnti.

De Masi parla inoltre del fatto che gli psicotici non sono in grado di usare le emozioni ma non parla della possibilità che essi non sappiano usare le emozioni tradizionali (quelle mimiche e verbali) in quanto permeati da altre emozioni: quelle che riguardano il loro adattamento pragmatico ad un ambiente che nei fatti manda messaggi che sono separati e contrari da quelli mimici e parlati. Sto parlando qui delle emozioni della vitalità (o non verbali non simboliche nel linguaggio della Bucci) che sono oggetto di contrattazione interpersonale e che possono essere dominate da messaggi che passano attraverso questioni di sostanza più che di parola come i turni di attività, il blocco delle attività del bambino, il disconoscimento dei segnali di chiusura e di apertura e tant'altro. De Masi parla inoltre giustamente delle incapacità dei genitori ma parla poco delle capacità dei bambini di supplire a queste carenze tanto da rasentare forme deliranti. E nemmeno del fatto che essendo dato che i genitori sono contenti di ricevere gli sforzi di

adattamento dei bambini queste modalità di rovesciamento dei ruoli possano essere rafforzate in modo parossistico. Infine quando de Masi parla giustamente del ritiro nelle sue forme estremizzate egli non parla del fatto che il ritiro nasca come una forma di adattamento contrattualmente valida e non vada intesa come una semplice sconfitta o incapacità di stare in relazione. Il ritiro aiuta i genitori e permette loro di farsi avanti anche quando le loro proposte sono relazionalmente oscure e ambigue.

Lo scritto di Lombardi dal mio punto di vista si presta alle stesse critiche. Non potrebbe esserci una funzione adattativa in quello che Lombardi chiama pensiero paleolitico. Non potrebbe essere un pensiero gradito e uno sgradito a genitori paleolitici tanto da venire avvertito da entrambi come una valida intesa interpersonale? E inoltre le divisioni mente corpo di cui egli ci parla non potrebbero essere un modo di convivere con ambienti che gradiscono queste divisioni che permettono di pensare una cosa e sentirne un'altra, a patchwork? E infine il tema Matteblanchiano ancor più interessante della simmetria psicotica non potrebbe essere la testimonianza di un profondo senso di intesa con degli oggetti con i quali si rimane in segreto collegamento mentre si aderisce formalmente a un linguaggio solo apparentemente asimmetrico?

Beh per ora mi pare che possa bastare, anche se mi riservo di dire qualcosa nella stessa direzione di questo intervento sull'interessante caso clinico di de Masi. Ma per l'intanto mi piacerebbe capire dai colleghi quale sia il motivo dell'assenza del punto di vista adattativo nei loro scritti.

26 settembre 2011

Risposta a Seganti

Riccardo Lombardi

Trovo molto gradito il commento di Seganti, che ringrazio che per il suo introdurre il tema dell'adattamento e per il suo essere il primo a non adattarsi al "silenzio analitico" di questi primi dieci giorni di dibattito.

Seganti introduce una dimensione che, in linea di massima e per quello da lui qui prospettato, mi trova concordante. Non ho sviluppato questo aspetto in primis perché non è mio interesse sviluppare tutto: e quello dell'adattamento non è certamente l'unico tema che lascio fuori. Presumo che vari colleghi ne tireranno fuori altri. Da questo punto di vista l'intervento di Seganti potrebbe stimolare altri interventi e prospettive differenti. Nella mia introduzione al dibattito ho privilegiato quello che, per mia esperienza, è il problema più urgente della clinica psicoanalitica della psicosi, ovvero quello della attivazione di una pensabilità. Questa priorità tende a favorire un viaggio dalla indifferenziazione alla differenziazione – inclusa la differenziazione relazionale. Ho anche sottolineato che il mio approccio cerca di prescindere dal problema eziologico: in questo senso non so, però, se ho tutta quella "ansia di spiegare a noi (ovvero ai partecipanti al dibattito) che cosa può essere accaduto agli psicotici", come dice Seganti.

Presumo che una volta che si è avviata una certa capacità di pensare nel paziente psicotico prendano progressivamente piede varie dimensioni, non ultima quella cui si riferisce Seganti. Nella difficoltà ad attivare il pensiero talvolta è condensato e concretizzato un problema relazionale adattativo del paziente, che prende vita e può modificarsi in vivo nella relazione analitica. In altri termini può accadere che prima il paziente cambi, e solo dopo avvii una elaborazione cosciente delle implicazioni

relazionali ed adattative che hanno portato al suo disturbo, consolidando in questo modo un cambiamento già avviato.

Aggiungerei a quello che propone Seganti che è presumibile che le strutture adattative di tipo psicotico \rightarrow ovvero ciò che, nel mio vertice, considero parte del sistema delle teorie interne del paziente- abbiano svolto una essenziale funzione di sopravvivenza nel contesto ambientale con cui si è dovuto confrontare il paziente. Andando però al problema clinico attuale, vediamo che ciò che a suo tempo era stato funzionale alla sopravvivenza, ora non lo è più: anzi spesso e volentieri va esattamente nella direzione opposta della sopravvivenza.

A rendere più complicata la questione c'è anche il fatto che queste strutture adattative affondano spesso in strati molto arcaici ed indifferenziati, strati pre-simbolici strettamente intrecciati ai processi somatici. Non sarà un caso che anche la chimica del cervello è coinvolta nel problema psicotico.

Andando alla clinica affinché la nostra discussione non diventi troppo astratta, mi viene in mente una paziente psicotica il cui quarto episodio psicotico acuto al settimo anno di analisi a quattro sedute si mise in moto dopo un grave scompenso diabetico della madre. Non so dirvi come e perché, ma accadde di fatto che alla elaborazione dell'odio oceanico portato in seduta dalla paziente corrispose una compensazione del diabete materno: una compensazione che i medici non riuscivano a spiegare in termini biologici.

Ci potremmo allora chiedere se lo scollamento dalla realtà della paziente non fosse in questo caso correlato a problemi adattativi di tipo ambientale.

Non so se riesco a stare sulla lunghezza d'onda di Seganti, ma se ragioniamo in termini di adattamento potremmo immaginare che la paziente si fosse adattata ad una richiesta materna implicita che escludeva tutto un settore emozionale (oltre a vari altri aspetti). L'analisi avrebbe permesso un dis-adattamento in grado di ricollocare la paziente rispetto a sé stessa e alla realtà, avendo al tempo stesso anche un impatto non irrilevante \rightarrow un impatto psico-somatico! - con il suo ambiente relazionale.

Questo tipo di situazione può forse mostrare il livello di complessità a cui può porsi l'elaborazione delle strutture adattative relazionali. Non sembra, inoltre, trascurabile che in questo caso clinico si assista a tali fenomeni \rightarrow che implicano un importante procedere verso la differenziazione relazionale- in una epoca abbastanza avanzata del processo analitico.

27 settembre 2011

Pensando a Racamier

Claudia Peregrini

Ho letto con attenzione il ricco e davvero stimolante testo di Lombardi, e il testo di De Masi, che apprezzo e conosco meglio, perché ho recensito per l'IJP il suo libro *Vulnerabilità alla Psicosi*.

Il contenuto teorico-clinico dei due lavori mi è sembrato molto, molto diverso, nonostante alcune somiglianze, per esempio l'importanza accordata da entrambi gli autori al fattore intersichico, sia nell'eziopatogenesi della malattia, sia nella cura analitica.

Accenno adesso a una diversità che mi sembra fondamentale. Un punto teorico forte in De Masi è il "discontinuità": la realtà psichica negli psicotici viene distorta profondamente, per cui si formano strutture psicopatologiche che nulla hanno a che

vedere con i livelli arcaici, o paleolitici, della mente, di cui mi sembra parli Lombardi, nella linea del “continuismo”.

Le neostrutture di De Masi si sviluppano molto presto nell’infanzia e consistono fondamentalmente in ritiri, descritti come sacche mezzo vuote, popolate solo da segrete, onnipotenti, inaccessibili fantasie. Le sacche si sviluppano per una insufficienza nei meccanismi di fisiologica scissione e per una patologia dell’ identificazione proiettiva. Aggiungo che questi meccanismi, più o meno forti, hanno caratteristiche sempre uguali, perché coinvolgono l’intera mente, operando attraverso l’espulsione, il rigetto, una forma di proiezione e identificazione proiettiva massiccia e violenta, come sottolinea Racamier.

Continuismo e discontinuismo non sono solo nomi che si usano per le teorie, ma sono nomi che hanno ricadute cliniche importanti. Infatti, l’approccio clinico di Lombardi e di De Masi, nonostante l’enfasi data da entrambi gli autori all’ascolto profondo, non interpretativo e supportivo del debolissimo Io, sono ben differenti. Il primo parla di transfert e di continua elaborazione del controtransfert (particolare, ovviamente), lasciando sullo sfondo, soprattutto all’inizio, la relazione tra analista e paziente, e prendendo l’affascinante, complessissima, implicita via del ritorno agli elementi arcaici. Mentre il secondo parla di relazione *ab initio*; di decostruzione del delirio e di ricostruzione, come elemento portante della terapia...

Faccio un paio di osservazioni, dopo una premessa.

Entrambi gli autori utilizzano un inconscio che ha lo stesso statuto epistemologico bioniano. Gli psicotici non dispongono di un inconscio (emotivo), non possono elaborare (inconsciamente) gli avvenimenti, non possono sognarli.

Ma, poi, De Masi allude spesso all’inconscio non rimosso e ne parla anche con un linguaggio neurobiologico. Potremmo dire, seguendo il suo discorso, che le primitive memorie “traumatiche” iscritte nell’inconscio non rimosso, nella memoria implicita (intesa nel doppio senso, di sede e funzione), rimangono attive costantemente, agendo come matrici in cui prendono vita e si organizzano le neostrutture patologiche, le fantasie onnipotenti. Questi ritiri-sacche-circuiti neuronali profondi, una sorta di cuore del sistema ancorato nella storia remota di ciò che chiamiamo corpo, sono destinati a cambiare molto difficilmente. Anche perché le architetture neuronali (corporee) e mentali di questo tipo probabilmente si deteriorano nel tempo, lasciando spesso i malati nell’impossibilità di accedere a un vero mondo fantasmatico. In De Masi il bambino per così dire destinato alla psicosi non usa la propria mente per capire il mondo, per relazionarsi con gli altri, ma la usa per produrre immagini- sensazioni piacevoli, che diventeranno appunto, nel tempo, le abitanti predominanti dei suoi ritiri, sotto forma di percezioni autogenerate ...Lo psicotico soffrirebbe quindi di una condizione drogata autoindotta (per sopperire alle gravi carenze di comprensione emotiva degli adulti), in cui poi si palesano le percezioni persecutorie e terrorizzanti... Solo successivamente esploderebbe l’angoscia, catastrofica e devastante....

Ora, anche Lombardi parla di un’area psicotica e di un’area non psicotica della personalità, e di crescita, nella cura, della parte non psicotica... Ma sottolinea di più il mistero, l’ignoto, l’inconoscibile di questa malattia. In fondo, le manifestazioni concrete della psicosi evocano la dimensione noumenica della realtà. E sottolinea, ovviamente, la matrice multifattoriale, biologico-ambientale e psicologica, di questo disturbo. L’approccio psicoanalitico nelle fasi precoci può essere solo dialogico e interattivo, per supportare il debolissimo Io...

Faccio a questo punto una prima osservazione a De Masi, ricordando Racamier e la sua introduzione in psicoanalisi del concetto di Paradossalità, che può ben completare il discorso fondamentale di Seganti sulle struttura adattive. Continui messaggi scollati, paradossali, da parte dell’ambiente familiare, organizzano negli schizofrenici un’unica

suprema lussuria: lo sforzo continuo di reintrodurre un certo piacere nell'esercizio di una difesa (perché Racamier parla di difese e non di neo costruzioni), che all'inizio ha un solo scopo, quello di far sopravvivere. Noi sappiamo che i meccanismi di sopravvivenza vengono messi in atto come fatto di urgenza assoluta! E' una questione di vita o di morte. Il puro piacere di riuscire a sopravvivere. I meccanismi (difese o neocostruzioni?) operano non solo internamente, nel mondo del soggetto, ma anche tra l'interno e l'esterno, nell'*entourage* (scelto, trovato e designato, e al contempo fantasticato, e magari prima solo fantasticato).

Tutto questo succede per far posto alle massicce proiezioni, e perché vengano confermati i dinieghi, perché venga assorbita un po' la pazzia...La paradossalità ammorba tutto, ma è ciò che veramente permette anche di organizzare l'insolubile. L'ultimo baluardo prima della morte.

Quando, per tutta la vita, l'Io deve essere trovato o preservato; quando l'oggetto è fortemente elusivo; quando l'angoscia è quella di morire ogni minuto, –un'angoscia che può culminare in una vera e propria agonia psichica–, l'unico attore a rimanere in scena è la Sopravvivenza. (Racamier, 1985).

Parlerei, con Racamier, non tanto di piacere drogato, per cui lo psicotico rimane incistato nei suoi ritiri, parlerei, ma di quell'unica lussuria permessa agli psicotici dalla paradossalità legata strenuamente alla sopravvivenza... (Mi rendo conto che si tratta di modelli teorici diversi).

Attivare il metabolismo mentale dell'odio, elaborarlo controtransferalmente, è molto importante nella terapia della psicosi, sottolinea Lombardi, diversamente da De Masi che mi sembra si tenga più lontano dagli affetti, mettendoci in guardia: facilmente il delirio può fare irruzione nella stanza d'analisi, distruggendo.

La seconda osservazione a Lombardi, perché, leggendolo, rinasce un mio problema. Cito a caso passi del suo testo: *La mente separata dal corpo...Il passaggio dal corpo alla mente...ai limiti dell'impossibile. ... L'analista, trainato dalla zona psicotica, distinta dall'inconscio, al di sotto della soglia della coscienza, un luogo di non contraddizione, di non differenziazione dal reale e dall'immaginario... Una elaborazione continua del controtransfert somatico è fondamentale... L'analista c'è come persona reale e corporea in relazione ad un analizzando in nuce altrettanto reale e corporeo...in una grave disarmonia corpo-mente...*

Noi tutti usiamo nei pensieri e nelle parole questa dicotomia (corpo-mente) che però alla fine mi sembra non abbia senso. Anche l'interessantissimo discorso di Ferrari citato da Lombardi, forse, oggi, sarebbe da rivedere. . Certo, esistono una maggiore e una minore mentalizzazione, che in fondo mi pare vogliano dire una barriera di contatto più o meno funzionante.

Esistono certamente gradi diversi di differenziazione, e un va e vieni indifferenziato–differenziato, che gli psicotici conoscono poco. Lo studioso matteblanchiano Lombardi ci ricorda la simmetria dell'indifferenziato nella psicosi...

Introduco di nuovo Racamier (1988, 93): “Nulla è dato all'individuo, che egli non debba costruire; niente si costruisce nella psiche che non abbia il suo correlativo di verità interattiva e biologica”.

Nel senso che parlerei volentieri di correlati (corporei e mentali), di elementi concomitanti, di simultaneità di fatti corporei e mentali, addirittura di “identità disidentiche”...ricordando appunto, tra gli altri, Matte Blanco.

Ma mi rendo conto di voler liquidare con pochi accenni un discorso enorme.

Infine, ho molto apprezzato Seganti, quando dice che gli psicotici non sanno usare le emozioni tradizionali, mimiche e verbali, perché permeati da altre emozioni, che riguardano il loro adattamento pragmatico a un ambiente che nei fatti manda messaggi

che sono separati e contrari da quelli mimici e parlati... I teorici della regolazione, certo, Wilma Bucci..., ma anche la Paradossalità introdotta da Racamier. I bambini in certi ambienti "psicotizzanti" cercano di supplire alle carenze e alle distorsioni relazionali dei genitori tanto da rasentare forme deliranti...

27 settembre 2011

Adattamento e disadattamento

Sarantis Thanopulos

La questione dell'adattamento posta da Seganti ne porta con sé un'altra: chi deve adattarsi e a che cosa? Secondo Winnicott il nucleo profondo della soggettività (il Vero Sé secondo la sua terminologia) prende forma nella spontaneità più assoluta e se deve reagire per adattarsi a qualcosa il suo sviluppo prende la strada della compiacenza (nella direzione di un Falso Sé). Va da sé che dopo la fase iniziale di autoreferenzialità della sua esperienza, che non gli impedisce affatto di discriminare tempi, ritmi, stimoli, il soggetto deve collegare il suo modo di essere alle condizioni oggettive della sua esistenza. Questo processo non mi sembra opportuno chiamarlo adattamento, perché l'avvicinamento alla realtà ha una componente creativa, trasformativa ineliminabile. Il dramma del paziente psicotico è proprio il fatto che questa componente è danneggiata e di conseguenza lui è effettivamente costretto ad adattarsi a ciò che lo circonda se vuol sopravvivere. Detto in altre parole, la struttura psichica sopravvissuta del paziente teme la spontaneità, che potrebbe riattivare il crollo che sta alla base della reazione psicotica, e vive in una prospettiva di sforzo adattativo, che include l'adesione al nostro discorso interpretativo (in una ripetizione dell'adesione al discorso materno). Che l'analista lavori spesso in questa direzione (aiutando un riassetamento) è inevitabile (la violenza dell'interpretazione è necessaria: è una richiesta del paziente non suicida, che salvaguarda le condizioni oggettive della sua vita col sacrificio di una parte consistente della sua soggettività). Tuttavia, la tendenza del paziente psicotico all'adattamento è al tempo stesso un auto-adattamento (la necessità di ripiegare su un punto di equilibrio in cui la struttura psichica disastata riesce a reggere su se stessa) che l'analista deve saper differenziare e riconoscere: il ritiro del paziente (un forma di autosostegno) è automatico se le sollecitazioni ambientali superano una certa soglia.

Se vogliamo andare oltre al riassetamento (all'interno del quale la nostra interpretazione funziona come un tipo di contenimento non molto dissimile a quello farmacologico) la questione del dis-adattamento proposta da Lombardi, diventa ineludibile.

Qui l'analista lavora con la consapevolezza che una buona analisi della parte relativamente sana, che presta grande attenzione alle configurazioni fantasmatiche e al livello isterico della relazione, è la premessa necessaria. Non perché un dispiegamento adeguato di significato possa mai essere raggiunto in questo modo ma per due altri motivi: a) perché nella configurazione del fantasma, per quanto incompleta e lacunosa essa sia, è in gioco la parte dell'esistenza spontanea del paziente sopravvissuta al crollo; b) perché lavorando in questa direzione si crea una giusta tensione tra il discorso dell'analista che non riesce a chiudersi e il discorso del paziente che si sgrana quando comincia a prendere forma. E in questo luogo di divergenza nella convergenza, che richiede una tolleranza dell'assenza di risposte disponibili, che nel

paziente può riemergere, cercando di prendere forma per la prima volta, un'esperienza spontanea, caduta agli inizi della vita, nel momento in cui si stava configurando, ma rimasta iscritta come potenzialità dentro di sé. La struttura psichica del paziente psicotico è contratta e deformata sotto la pressione di una discontinuità catastrofica della sua esperienza originaria. Essa nondimeno tende a espandersi per superare la sua contrazione in misura che è proporzionale alla quantità di esistenza spontanea che è rimasta allo stato potenziale in attesa di prendere forma. Tuttavia questo movimento verso la vita è sempre sul punto di rientrare (il che è la cosa che si verifica più spesso) perché se non venisse accolto dall'altro rischierebbe di provocare una ripetizione del crollo psichico.

Questo mi sembra il punto: che strumenti abbiamo per accogliere il paziente nel momento in cui un vissuto spontaneo in lui torna a cercare la via di una forma per esistere realmente? In qualche mio scritto ho abbozzato una risposta ma mi interessa di più un dialogo tra di noi su un tema che rimette in discussione una facile e piuttosto sbrigativa definizione dell'uso clinico della rêverie bioniana, proprio nel campo che avrebbe dovuto essere il suo luogo elettivo, la terapia dei pazienti psicotici.

28 settembre 2011

Iperadattamenti

Andrea Seganti

Credo di aver capito con i tre interventi di Lombardi, Peregrini e Thanopoulos la ragione per la quale il punto di vista adattativo non viene da loro considerato come una chiave di lettura sufficientemente penetrante per entrare in contatto con il pensiero e il comportamento psicotico. O almeno mi sembra di aver capito che l'adattamento relazionale del bambino viene quasi unanimemente considerato un adattamento passivo di fronte a una minaccia per la sopravvivenza. Per quanto quindi i colleghi sono certamente al corrente delle capacità del bambino di regolare una madre "realisticamente fallace" essi tuttavia fanno riferimento alla concezione tradizionale che dà per scontato - porta con sé in modo implicito e scontato - che il bambino rimanga una vittima rispetto a madri "insufficientemente buone".

Da notare che il fatto che il bambino riceva messaggi di ritmo pausa ad effetto immediato etc viene riconosciuto sia da Lombardi che da Peregrini, ma viene sottovalutato - e non di poco dal mio punto di vista - il lato attivo della faccenda. Ora lungi da me disegnare un bambino con funzioni paritetiche a quelle della madre, piuttosto la mia intenzione è di sottolineare che egli tuttavia fa alcune piccole cose che hanno un profondo effetto sull'ambiente come da osservazione dei movimenti oculari e posturali (e altri) e del loro effetto sulla madre. Due cose può fare essenzialmente fin da neonato, cercare di seguire ritmi e proposte materne quando queste interferiscono positivamente con i propri ritmi e proposte oppure cercare di tirarsi indietro quando queste proposte interferiscono pesantemente con i suoi ritmi e capacità endogene (engagement/ disengagement). Inoltre il neonato è in grado di segnalare questi eventi con segnali di rifiuto e di ritiro oppure apertura/accettazione, segnali che sono modulabili e che pertanto gli danno modo di contrattare il suo coinvolgimento nelle relazioni. A volte quindi sarà la mamma a comandare e ad esigere uno sforzo di consenso a volte sarà il bambino a comandare e ad esigere complessivamente il consenso della madre pur accettandone l'influenza su alcuni punti. In linea di massima

la madre si impone maggiormente come guida in alcuni contesti mentre offre in concambio al bambino la possibilità di guidare in altri contesti (gioco) anche se le divisioni non sono così rigide se non in casi patologici.

Se quindi prendiamo un caso in cui questa contrattazione è scarsa per il fatto che la madre premia apertura e ritiro non tenendo conto delle capacità reali dei bambini e del fatto che le manifestazioni del bambino sono motivate da ragioni contestuali ecco che il ritiro e l'apertura vengono premiati seguendo esigenze e urgenze che provengono da una sola parte del mondo. Pertanto le esigenze di un'unica relazione sovrastano le esigenze provenienti dalla variabilità e specificità di ogni contesto relazionale (si viene portati in un altro mondo ci direbbe lo psicotico). Un esempio classico di questo tipo di interazioni è quello del bambino della Fraiberg (1987) (*Ghosts in the nursery*) che si adatta all'umore depresso della madre ed assume atteggiamento depresso come unica modalità di stare in relazione in quanto la madre si deprime ulteriormente nel momento in cui il bambino si manifesta in modo più vivace.

Negli interventi dei colleghi io riscontro molti sforzi per descrivere la drammaticità angosciosa del vissuto psicotico ma io credo che essi sottovalutino alla grande il fatto che la capacità del bambino di adattare le proprie aperture e chiusure ai tempi e ai modi che sono graditi dalla madre possa essere molto gradito alle madri stesse che trovano nei loro bambini quelli che "veramente le capiscono". Per cui l'adattamento dei bambini ha un effetto positivo sulle madri ed esaltante sui bambini che si sentono in qualche modo parossisticamente amati e indispensabili per la sopravvivenza materna. La drammaticità angosciosa del vissuto psicotico quindi - dal mio punto di vista - sta nel fatto che nel momento in cui le persone si sottraggono al loro ruolo ancillare per la naturalità delle loro spinte endogene che le porta a rispondere alla variabilità dei contesti essi avvertono che questo causa reazioni di delusione, rabbia e smarrimento in quelle che sono le relazioni principali nelle quali si sentono impegnati. E queste reazioni alla loro crescita, per quanto siano poco visibili, esistono per davvero e causano una forte tendenza a rilanciare l'adattamento psicotico rimettendosi in sintonia con le richieste più pazze ai fini di placare quegli oggetti con i quali stanno in stretta connessione e che essi sentono che possano diventare fortemente persecutori ("mamma si è offesa a morte e senza ragione apparente"). Il fatto che quindi gli psicotici non sviluppino le parti "sane" viene da loro associato a perentorie richieste di oggetti silenti e sofferenti per cui essi inventano continuamente nuove modalità per proporsi come parte sempre più attiva di richieste sempre più folli, la paradossalità di cui ci parla Racamier con Peregrini.

Pertanto quando costoro arrivano in analisi si preoccupano come prima cosa di placare i loro oggetti persecutori. Nel caso di De Masi sembra di capire che la madre abbia sempre chiesto alla figlia di allontanare incontri sessuali, e che la figlia abbia sviluppato il deliro erotico di un ragazzo che la vorrebbe a tutti i costi. Questo delirio - scusate se semplifico ma è inevitabile - descrive l'esaltazione cui la ragazza è giunta nel pensare al ragazzo come il diavolo seguendo il pensiero della madre che come sappiamo ha da sempre reagito in modo scomposto quando lei cercava un contatto con l'altro sesso. Avendo in mente le brutte sensazioni della madre verso l'altro sesso la ragazza se ne fa carico per liberare la madre da analoghe brutte sensazioni. Essa agisce quindi d'anticipo, pensa lei le cose brutte prima che la madre le debba pensare! Ciononostante questa presa in carico non basta mai in quanto più la madre si adegua ad appoggiarsi su una figlia compiacente più comincia a temere di venire brutalmente abbandonata. Pertanto nel momento in cui la paziente comincia a prendere le distanze dal delirio e a sognare che il ragazzo è diventato gentile rispunta ancora una volta il vissuto persecutorio circa il fatto che la madre se ne accorgerà e cioè si accorgerà che da quando la ragazza va in analisi dall'analista gentile non ha più un coinvolgimento totale con il pensiero della madre. Ecco che, ci informa De Masi, la paziente ricomincia a

pensare agli aspetti morbosi, io dico per rilanciare il suo ruolo ancillare. Soltanto che questa volta per placare la madre essa si deve inventare che anche l'analista possa essere sentito dalla ragazza come morboso un nuovo modo di placare la madre persecutoria che sorveglia realmente le emozioni della paziente e che teme di essere abbandonata anche se questo rimane largamente inconsapevole per entrambe e scarsamente visibile.

Si tratta pertanto di pazienti iperadattati a vivere in nicchie specifiche per stare nelle quali essi sviluppano incredibili competenze. Tanto per fare un esempio non sarà difficile per una paziente del genere individuare nell'analista qualcosa che lo accomuni e lo renda simpatico alla madre. Andrà quindi a pescare nelle abitudini dell'analista - a partire da setting e pagamento - per coltivare quelle idiosincrasie e abitudini che possano far pensare a lei e alla madre che anche l'analista preferisce una paziente docile che si prenda carico di suoi umori e che inoltre si offenda mortalmente se le sue ragioni e le sue esigenze non vengono tenute in primissimo piano.

Ho fatto questo esempio che verrà certamente contestato per richiamare la forza reale degli accordi interpersonale circa ciò che è lecito pensare e sentire. Quindi la questione della spontaneità e del falso sé non è una questione di spinte interne contro pressioni esterne ma ha a che fare con ferrei accordi interpersonali circa la questione del confine tra lecito e non lecito e delle reazioni ambientali che accadono immancabilmente nel momento in cui si fa diventare lecito qualcosa che prima non lo era - sottraendosi a quelle funzioni relazionali indispensabili che vengono appunto assolute nel pensare che qualcosa che proviene dalla propria esperienza non sia lecito.

29 9 2011

Nelle produzioni psicotiche c'è molto di "verità"

Antonello Correale

Credo che il problema più importante da affrontare, quando si parla di psicosi, sia se e quanto ci sia di realtà o di "verità" nelle produzioni psicotiche.

Quanto lo psicotico ci dice, è frutto di una "fuga" dalla realtà, di una "perdita" assoluta della realtà, è un attacco rabbioso o invidioso a tutto ciò che nel mondo esterno e nell'insieme dei suoi legami costituisce il suo tessuto affettivo e esistenziale? Siamo in presenza soltanto di dinieghi onnipotenti, grandiosi ritiri in mondi solitari e irraggiungibili? Siamo in presenza soltanto di espulsioni, evacuazioni, violente proiezioni al servizio di fantasie intolleranti e solitarie?

Io non credo che sia possibile ridurre a questo la "realtà" dello psicotico. Quasi sempre gli psicotici ci mettono, al contrario, a contatto con una realtà ancora più "reale" del consueto, in cui gli oggetti – umani e non umani – assumono un potenziale espressivo e di presenza superiore al normale.

Come si può accogliere questa dimensione di "realtà" accentuata senza colludere coi sintomi psicotici?

Io credo che un concetto chiave sia quello di "rigetto" (Verwerfung). Questo concetto prevede che la realtà psichica sia, non proiettata, ma "messa fuori", abolita, annullata. Ma questo mettere fuori non coincide tout court colla proiezione.

Nel rigetto, esiste un collocamento della realtà psichica in uno spazio altro, in un "nulla", che è di fatto un luogo indefinito, non dentro e non fuori, in cui un non spazio, in un fuori che è un fuori dalle reti di senso consuete.

Non è per così dire né in cielo né in terra, ma in un altrove, ignoto e non descrivibile, che terrorizza e affascina. È importante approfondire questo meccanismo, che è un po' difesa, un po' passiva modifica della attività psichica, e determina quella "estraneità", che è al fondamento del fenomeno depersonalizzativo.

Nel rigetto sono presenti almeno due fattori. Il primo è il fattore allucinatorio. La non collocazione in uno stato definibile, conferisce all'oggetto paradossalmente un carattere iperdefinito, con un contorno accentuato, una abolizione dello scarto tra figura e sfondo della possibilità di osservare le cose da un preciso e riconoscibile punto di vista. L'oggetto diventa iperreale, senza contenuto, per così dire giunto da chissà dove (dire dal cielo vorrebbe dire già dargli una collocazione), e proprio per questa iperrealità, diventa irrealmente ed estraneo.

Inoltre nel rigetto la sintesi tra parola, cosa e affetti è perduta. Ogni elemento della triade diventa "cosa", iperpresente e ipersonoro, e lo psicotico si sente circondato da fatti e non da pensieri.

Questo fenomeno ci aiuta a capire il passo ulteriore, che potremmo definire lo sfondamento nel metafisico. Tutto quello che avviene nel mondo dello psicotico passa da una prima fase di mistero, a una seconda fase di universalizzazione, di logica trascendente, di necessità imposte dall'alto.

Quando Schreber dice che è Dio che vuole avere un rapporto intimo con lui non fa solo un'idealizzazione del Dottor Fleschig, suo psichiatra curante. Deve collocare il suo disturbo su uno sfondo di totalità sacra, per riassorbire il mistero che circonda le sue esperienze.

Se un oggetto psichico non è in un luogo – come si verifica nel rigetto – solo Dio, o comunque una dimensione sacrale, può offrire uno spazio di contenuto per l'incontenibile. Dio viene invocato infatti come contenitore ultimo di tutti i contenuti possibili.

Queste considerazioni, tendenti a valorizzare il rigetto, si trovano trattate in modo diffuso, ma sono ben presenti in Freud, che si mostra qui in sintonia paradossale e non volute coi grandi maestri della fenomenologia. Il libro di Stefania Nicasi su *Difesa e psicosi*, è di grande aiuto in questo senso.

La cosa importante, a mio parere, è che il rigetto colloca fuori, ma anche frammenta l'unità dei vissuti e sottopone tutti i frammenti – parola, immagine acustica, concetto, percezione nei suoi vari aspetti, passione, affetti concomitanti – a destini diversi.

Io credo che l'ipertrofia del concetto di identificazione proiettiva – a cui peraltro siamo tutti tanto debitori – tende a oscurare questo aspetto.

La proiezione avviene in un secondo momento o in uno spazio infinito (iperbole) o in un luogo definito. Ma l'oggetto proiettato è già profondamente modificato nel senso che ho detto. Prima c'è questa profonda deformazione del reale, che si colloca in uno spazio indefinito: il reale rigettato è al tempo stesso più cosa e meno cosa. La divaricazione tra parola e cosa rende l'oggetto più misterioso, ma portatore di una sua indiscutibile verità occulta.

Riassorbire tutto il rigetto nella identificazione proiettiva corre il rischio di far calare una scure svalutativa sul processo di pensiero dello psicotico, come se tutto si risolvesse soltanto in un gigantesco processo evacuativo. Non è soltanto la parte sana che si deve opporre alla parte psicotica, ma la componente di verità della parte psicotica che deve allearsi colla parte sana.

È importante quindi riesaminare il concetto di "investimento", operazione che però ci porterebbe molto lontano.

Possiamo dire che non abbiamo qui un ritiro dell'investimento, come Freud talvolta sembra pensare, ma una profonda modifica dell'investimento stesso, che si rifrange sulla parola, sulla cosa, sull'affetto, secondo modalità differenti.

Quanto detto ha grande importanza anche nella terapia istituzionale. Gli psicotici ci raccontano storie vere sulle loro famiglia, sull'infanzia, sugli eventi del passato. Spesso nei loro deliri compaiono segreti inconfessabili di famiglia o traumi antichi di tre generazioni prima.

Il fatto è che la realtà che ci trasmette lo psicotico è cifrata, filtrata dal rigetto. La proiezione successiva e poi i tentativi di dare ordine a questa realtà psichica con costruzioni deliranti, sono concepibili come storia cifrata di qualcosa che è veramente avvenuto allo psicotico.

Bisogna accogliere questa realtà, scomporla nei suoi elementi costitutivi e ricontestualizzarla, sullo sfondo delle grandi problematiche della vita: l'amore, il sesso, il bello, il sublime. Bisogna costruire insieme un linguaggio oserei dire filosoficamente e esteticamente capace di collegare le immagini iperdense a grandi temi della vita e poi a quelli della vita del paziente. In un secondo momento, quando il transfert è consolidato, si è formato un contrasto di discorso amplificato sarà possibile provare delle caute interpretazioni.

Ma sarebbe drammatico pensare che, anche nel lavoro istituzionale, nessuno creda allo psicotico: una realtà cifrata non è per questo meno realtà.

Individuare nei nostri psicotici l'elemento di rottura, il trauma che ripetutamente si presenta nella loro vita, che li divide dall'oggetto protettivo (un'area traumatica specifica per ognuno) significa cogliere come il trauma inneschi per ognuno di loro il meccanismo del rigetto e poi della proiezione. Se si può intervenire prima che il rigetto diventi proiezione, i giochi sono più aperti che nel momento successivo. Identificare le modalità del verificarsi della rottura, che innesca il rigetto è fondamentale, anche per il lavoro istituzionale, perché permette di intervenire con maggiore lucidità su meccanismi familiari e contestuali e prevenire le ricadute.

Mi pare che lo studio dei rapporti tra rigetto e identificazioni proiettiva ci permetta anche di aprire possibili ponti di confronto, non solo col lavoro istituzionale, ma colla fenomenologia e le neuroscienze.

Mi rendo conto di aver usato uno stile molto frettoloso e conciso, ma questo nasce dal desiderio di condensare in poche righe una massa molto grande di pensieri e di trasmettere quelli che a me paiono i punti essenziali.

30 9 2011

Le psicosi e la rappresentazione

Giuseppe Martini

L'argomento su cui si incentra il nostro dibattito è così esteso che al momento cercherò di limitarmi alle due relazioni principali, cui va il merito di una accurata articolazione che sollecita moltissimi punti di discussione. Confesso di non aver ancora letto (intenzionalmente) gli altri oramai numerosi contributi, in quanto mi piacerebbe reintervenire dedicando loro un'attenzione specifica.

In prima battuta, vorrei fare una premessa, che forse non troverà molti concordi. Non ritengo produttivo, né sul piano teorico né conseguentemente su quello clinico, parlare genericamente di "psicosi", senza specificare di quale psicosi si tratti. In ambito psichiatrico l'universo psicotico può essere assunto, in prima approssimazione, come l'insieme delle condizioni caratterizzate da una perdita del contatto con la realtà. Ciò può rideclinarsi più opportunamente, in ambito psicoanalitico, come l'insieme delle

condizioni che si connotano per alterazioni gravi della capacità di rappresentazione, alterazioni peraltro che possono essere assai difformi tra loro, sia per decorso temporale (episodi psicotici acuti versus schizofrenie e disturbi deliranti stabilizzati), sia nel senso che possono mettere in gioco un iperrappresentazione (psicosi isterica o *isteria maligna* che dir si voglia) o, con più frequenza, una carenza rappresentazionale, che può giungere all'estremo del vuoto schizofrenico (per cui rimando agli essenziali contributi di Salomon Resnik: 1986, 1989, 2003, 2008). Ho l'impressione che questo debba necessariamente riflettersi sul piano del lavoro clinico, altrimenti la specificità tecnica del lavoro con gli psicotici diverrà assai poco specifica e si tradurrà in una serie di raccomandazioni interscambiabili, valide anche per lavorare con i borderline, o addirittura con le così dette "aree psicotiche" delle persone che non sono né psicotiche né borderline. Purtroppo parlare aspecificamente di psicosi- o addirittura della psicosi, al singolare- è comune tra gli analisti e anche in ambito di psichiatria psicodinamica: particolarmente deludente, da questo punto di vista, il fatto che il recente *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM, 2006) si limiti a dedicare alle psicosi, appunto genericamente intese, solo 6 (!) delle sue 700 pagine: di queste tre sono una sintesi del DSM IV TR e le altre descrivono il vissuto soggettivo delle psicosi senza operare significative distinzioni tra le diverse forme.

La mia posizione, al contrario, è che la concettualizzazione psicoanalitica delle psicosi (sempre rigorosamente al plurale!) non possa che poggiare sul fondamento rappresentato dalla psicopatologia (così come sviluppata in particolare da Jaspers e dalla psichiatria fenomenologica), per poi rideclinarla in senso psicodinamico. (L'attuale nosografia, caotica e riduzionista, può invece esserci di aiuto, ma solo in modo più approssimativo...). Questo incide significativamente, ad esempio, anche sul discorso (anch'esso passibile di diversi *distinguo*) del rapporto tra psicoanalisi, trattamento farmacologico e trattamento in équipe (o integrato), in merito al quale mi trovo, in prima istanza, in perfetta sintonia con gli autori.

Di conseguenza, sarei portato a ritenere che certe affermazioni presenti nelle relazioni siano condivisibili solamente se rapportate non alla psicosi, ma ad alcune specifiche condizioni psicotiche. Mi riferisco ad es. alla notazione di Lombardi che "attivare il metabolismo mentale dell'odio è molto importante nel paziente psicotico" (si e con prudenza nel paziente che funziona secondo meccanismi paranoidei, ma non ne sarei altrettanto convinto con riferimento alle condizioni di autismo povero e disorganizzazione, ove odio e aggressività, in quanto secondari, non beneficerebbero di suddetta attivazione...), oppure all'affermazione di De Masi che "l'esplosione psicotica non è, a mio avviso, preceduta da perplessità, angoscia o panico, quanto piuttosto da uno stato di piacere grandioso" (vero per l'episodio maniacale e, talora, per gli episodi psicotici acuti, non pertinente a mio parere per quanto attiene i disturbi schizofrenici).

...Visto che ci sono, voglio segnalare un altro punto rispetto al quale mi sento distante dagli autori, vale a dire il ricorso alla distinzione, che ambedue propongono, tra parte psicotica e non psicotica. Personalmente preferisco, richiamandomi in particolare a Ogden (1989), un vertice teorico che si sviluppi in termini di *posizioni* (depressiva, schizoparanoide, contiguo autistica, essenziale quest'ultima per la comprensione della schizofrenia) e che ne evidenzi la ineludibile coesistenza (il che non contraddice, purtroppo, che una delle tre assuma la prevalenza e si disarticoli dalle altre, provocando la catastrofe psicotica). La contrapposizione tra parte sana e parte psicotica la trovo invece appropriata solo per quelle situazioni ad alta specificità psicopatologica, non frequentissime ma frequenti (e ahimé dimenticate parimenti sia dalla nosografia psichiatrica che da buona parte della psicoanalisi), rappresentate dalle psicosi isteriche. Se tale contrapposizione è invece assunta in termini generali, rischia di rinviare alla dissociazione, un meccanismo che, con buona pace di Bleuler (1911), ha

ben poco a che fare con la schizofrenia (mentre per l'appunto entra in gioco nelle psicosi isteriche ed anche nei disturbi borderline di personalità). Ha tutto questo un rilievo sul piano clinico? La mia risposta, che in diversi lavori ho cercato di motivare (Martini, 1998, 2005, 2011), è beninteso affermativa, ma mi piacerebbe girare la domanda ai colleghi...

Voglio ora venire ai punti di contatto con gli autori, che sono numerosi. Forse è inutile dilungarsi per ribadire quanto essi hanno già bene illustrato, ma vorrei enfatizzarne un paio.

Anzitutto la nota critica di Lombardi (che anche De Masi condivide in quanto la trovo riproposta in altri suoi lavori) sulle interpretazioni di transfert. Date infatti per assodate le “molto potenti implicazioni relazionali” dell’analisi degli psicotici nonché il fatto che “il transfert è cionondimeno totale” non possiamo ignorare il rischio che le interpretazioni di transfert allontanino il paziente dal contatto con la realtà (o meglio, come dice Lombardi, con l’alterità) e favoriscano un incapsulamento delirante della relazione terapeutica, specie quando l’interpretazione è posta in modo apodittico e assertivo e può essere tradotta dal paziente (con gli strumenti a sua disposizione) in una sorta di delirio di riferimento. Collegherei la posizione critica verso le interpretazioni di transfert a quella più generale difficoltà nella cura di cui parla De Masi segnalando la carenza dell’inconscio emotivo e della sua articolazione con l’inconscio dinamico, con la conseguente caduta dei processi di simbolizzazione. (Io ho parlato di una perdita dell’articolazione tra inconscio irrepresentabile, inconscio rappresentabile e piano coscienziale, con uno shunt diretto tra il primo e l’ultimo: non c’è lo spazio per dilungarmi, ma ho l’impressione che le nostre idee non siano dissimili).

Un altro punto di essenziale importanza mi sembra quanto afferma Lombardi sulla scorta di Winnicott e Ferrari (io aggiungerei anche Searles, 1965, e Benedetti, 1980, 1991) circa la necessità “di raggiungere l’analizzando e di stabilire un linguaggio transizionale con potenzialità simboliche che sottragga l’analizzando a un imprigionamento solipsistico”. Il lavoro di *costruzione* simbolica (piuttosto che di ricostruzione) con lo psicotico è davvero essenziale, sebbene purtroppo sempre a rischio (in special modo con lo schizofrenico). Questa potenzialità simbolica (di cui anche gli psicotici sono dotati nonostante la grave alterazione dei processi di simbolizzazione), e a cui l’analista dovrebbe condurlo, pesca tuttavia non nell’inconscio rimosso, bensì nell’inconscio irrepresentabile e dovrebbe avere perciò più una valenza evocativa che ricostruttiva. Anche l’analisi dei contenuti del delirio, inteso come una *iperrappresentazione artificialmente sostitutiva di un vuoto rappresentazionale* ci aiuta poco perché tra il delirio e la dimensione emotivo affettiva che sempre lo sottende ci sono di mezzo l’incomprensibile e l’irrepresentabile. Non so se questo vada nello stesso senso o in direzione difforme dall’affermazione di De Masi che “il delirio va decostruito e non può essere interpretato simbolicamente (...) perché si tratta di una neo-costruzione sensoriale non simbolica” (è una domanda che gli pongo, chiedendogli di chiarire il concetto di “decostruzione”, e scusandomi a mia volta per la mia oscura sinteticità...).

A proposito di delirio (e non solo), vorrei concludere riproponendo sinteticamente alcune idee, riguardanti specificamente i disturbi schizofrenici che ho illustrato nel mio *La psicosi e la rappresentazione* (che giusto in questi giorni esce presso Borla), ove ho anche tentato –per riportarmi a quanto dicevo sopra- di proporre una visione differenziata delle diverse psicosi e del loro trattamento. Un mio punto di partenza è la convinzione che abbiamo potuto assistere a un cambiamento progressivo, ma sostanziale, nella comprensione della schizofrenia nel momento in cui si è verificato uno spostamento dell’attenzione dalle peculiarità della vita fantasmatica alle sue carenze. Infatti, da parte di diversi autori, si è sempre più chiaramente avanzata l’ipotesi

che quanto caratterizza tale tipo di patologia non sia tanto riassumibile in fantasie e meccanismi mentali estremamente primitivi, ma anche sofisticati e complessi (quali, ad esempio, quelli caratteristici della fase schizoparanoide), bensì in un'incapacità più radicale di elaborare mentalmente una rappresentazione psichica delle persone, degli oggetti e delle relazioni. Le elaborazioni fantastiche e deliranti, laddove presenti (ad esempio, nella schizofrenia paranoide, ma non nelle forme disorganizzate), assumerebbero giusto in tal senso una sorta di funzione "restitutiva": il delirio verrebbe così inteso come una sorta di fenomeno secondario, ma non in quanto reinvestimento libidico del mondo esterno, bensì come modalità, caotica e quasi sempre fallimentare, di tornare a vivere, di provare nuovamente sentimenti ed emozioni.

In linea con ciò, nella mia prospettiva, l'analisi dello schizofrenico si gioca proprio nella possibilità di un passaggio continuo dal livello della irrepresentabilità, ove i processi ristrutturanti sono espressi dal contenimento, dalla rêverie, dalla comunicazione sensoriale e dalla fusionalità, ad un altro livello in cui le rappresentazioni prendono forma attraverso una paziente, prudente e progressiva attivazione delle capacità simboliche.

Il terapeuta si immerge nell'inconscio senza forma, poi torna in superficie, sul terreno della quotidianità, nella speranza di riuscire a costruire quella «terra di mezzo» di cui il pensiero schizofrenico risulta particolarmente carente: l'inconscio rappresentazionale o, in altri termini, la dimensione fantasmatica. Occorre creare connessioni tra il reale asimbolico e l'informe. Da questo punto di vista la psicoterapia della schizofrenia deve prevedere momenti di totale assenza della soggettività, in cui la soggettività stessa del terapeuta è chiamata a scomparire in una sorta di «terzo indifferenziato», e momenti in cui è forte il richiamo, anche a carattere pedagogico, al riconoscimento di quelle stesse soggettività e della alterità.

Per questa ragione non è sufficiente far emergere la rappresentazione, se rimane slegata dal suo fondamento magmatico. Al contrario, la capacità rappresentazionale deve saldarsi con la disponibilità a tollerare e accettare il limite dell'irrepresentabile.

Infatti se la perdita del senso del mondo e delle cose rimane l'atto fondativo del processo schizofrenico, è pur sempre vero che la rappresentazione «slegata» ne rappresenta il più frequente tentativo «autocurativo» che si sostanzia nella narrazione delirante. Il terapeuta tenta di distanziare il suo paziente dal rischio di incappare di nuovo in questi due scogli parimenti insidiosi (il delirio e il vuoto), guidando la zattera su cui lui stesso è costretto a navigare.

Del resto, l'irrepresentabile può essere visto come ciò che unisce paziente e terapeuta, e non più come ciò che li separa, in quanto fondamento dell'essere al mondo, dell'esistenza, e dunque esperienza ubiquitaria e condivisa, che però nello schizofrenico si assolutizza, si scardina dal fondo di autoevidenza e senso comune.

La differenza tra questi due modi di percepire l'irrepresentabile è enorme, forse incommensurabile, ma quella condivisione di partenza è sufficiente per far sì che sia possibile *incontrarsi senza comprendersi*. Una psicoanalisi che ha oltrepassato la centralità dell'interpretazione ed è pervenuta ad attribuire il più rilevante potere trasformativo all'esperienza emozionale ci fornisce gli strumenti per essere nella relazione tollerando l'incomprensibile. Ma questo non significa affatto dimenticare l'interpretazione o misconoscere il potenziale trasformativo della narrazione: nella misura in cui assumiamo il carattere infinito della rappresentazione, possiamo assumere come compito terapeutico quello di tessere senza sosta fili di raccordo (e... di sutura) tra la rappresentazione e il suo fondo di irrepresentabilità, e a questa tessitura non può essere estraneo il linguaggio.

4 ottobre 2011

Delirio e parabola

Mario Rossi Monti

Condivido gli aspetti sottolineati da Antonello Correale nel suo intervento. Anzi, li considero essenziali allo sviluppo di una relazione terapeutica con lo psicotico. Il delirio è una modalità di conoscenza, di sé e della realtà. Una modalità di conoscenza disgraziata alla quale ricorrere anche a prezzo della perdita della plausibilità e della partecipazione a una realtà consensuale. Una “soluzione” idiosincratica. Ma una soluzione anche molto preziosa. Conosciamo bene i disastri provocati da una frettolosa eradicazione farmacologica del delirio. Per questo il delirio necessita di un ascolto rispettoso. Va ascoltato un po’ come se fosse una parabola, che ha un suo essenziale contenuto di verità. Anche se questo nucleo si vede e non si vede, si legge in filigrana, come attraverso una lente deformante.

Ma uno dei grandi “pregi” del delirio è proprio lo sviluppo di una narrazione. Il tentativo di inscrivere la propria esperienza in una storia. Ancorché fissata e delirante. Per questo dialoghiamo con un delirante ma annaspiano con un paziente inerte, vuoto, immerso nei suoi “sintomi negativi”. Lì la parola ha ceduto a un silenzio vuoto di senso. Lì abbiamo la sensazione controtransferale forte di essere di fronte al biologico. E in qualche misura probabilmente è anche così. Ma quanto della nostra difficoltà a muoversi nel campo della psicosi bianca o paucisintomatica dipende dalla mancanza di una narrazione sulla quale potersi scontrare/incontrare?

Antonello cita opportunamente il debito che la conoscenza del delirio deve alla tradizione della psicopatologia fenomenologica. Il contributo di Jaspers è stato spesso ridotto e banalizzato al rilievo della incomprendibilità formale del delirio: il muro della incomprendibilità.

Ma incomprendibilità del delirio non è tanto incomprendibilità per gli altri. E’ anche incomprendibilità per se stessi. Ciò che scaturisce dalla rivelazione delirante ha un contenuto nuovo, sconvolgente. Rappresenta un tentativo di fondare la propria esistenza, quella degli altri, qualche volta quella del mondo intero, su basi nuove e sconvolgenti. Il delirio come operazione mediante la quale mettere in forma incomprendibile, in primo luogo a se stessi, un passaggio di vita che non può accedere alla narrazione. Nel delirio il nostro interno testimone-dialogante tace. Il delirio sconvolge l’esistenza, rivela nuove origini e nuovi destini, affida grandi missioni. Ma tutto questo – prima di essere una “soluzione” – viene vissuto, alla sua origine con sgomento e perplessità. Qualcosa di incredibile. In questo senso ridurre il delirio al un processo evacuativo coglie solo un aspetto del fenomeno. E forse anche quello meno utile allo sviluppo di una relazione terapeutica perché appunto, come dice Correale, “fa calare una scure svalutativa” su di esso. E un oggetto svalutato resta probabilmente ancor più sconosciuto.

5 ottobre 2011

Importanza del confronto clinico. Risposta a Peregrini e Martini

Franco De Masi

Intervengo nel dibattito in rete, limitandomi ad esprimere alcune considerazioni generali che sostengono il mio approccio alla cura analitica della psicosi e che si differenziano da quelle dei colleghi che sono intervenuti nella discussione.

Innanzitutto devo notare che esiste in tutti i contributi un netto divario tra il livello della teoria e quello della clinica.

In nessuno degli interventi, infatti, è stato portato materiale della seduta di un paziente in terapia. Eppure sono presenti nei nostri studi sia pazienti che rispettano un setting formale di tipo analitico sia quelli, clinicamente diagnosticabili come psicotici, che vengono seguiti vis a vis con un approccio analitico.

Questa mancanza di confronto clinico rende il dialogo attorno al tema della terapia analitica della psicosi spesso insoddisfacente, e non solo nel nostro dibattito in rete.

A mio avviso il nostro gruppo analitico avrebbe bisogno di selezionare casi sufficientemente omogenei di pazienti psicotici (ad esempio pazienti che hanno avuto un solo episodio psicotico come quella che ho presentato) per confrontarne le rispettive evoluzioni e i possibili approcci.

Nella mia pratica analitica ho seguito questo criterio.

Dopo gli inaspettati e dolorosi fallimenti di cui io ho dato un esempio nel mio libro *Vulnerabilità alla psicosi*, ho preso in terapia un numero limitato di casi in un setting analitico formale (realizzato dopo mesi di partecipe attesa) con un approccio nuovo, aperto alla riflessione personale e scevro in prima battuta da ogni riferimento teorico. Nel mio libro discuto i diversi momenti della terapia, la natura e i contenuti del delirio, la problematica del transfert, il trauma etc. corredando le mie ipotesi con molti esempi clinici.

Dato che non potevo basarmi sulla mia sola esperienza clinica, a questo scopo ho formato un gruppo di lavoro che è attivo da circa dodici anni in cui alcuni colleghi del Centro Milanese che hanno in terapia pazienti psicotici portano i loro casi (molti casi del mio libro provengono dal lavoro di questo gruppo). Un altro gruppo, condotto da me e tuttora al lavoro, si occupa della terapia analitica di bambini gravi e psicotici, il che mi ha permesso di capire meglio come si manifesta e quali sono le cause ambientali della psicosi nell'infanzia.

Da questi due gruppi ho molto imparato come imparo dalle supervisioni individuali di colleghi che si rivolgono a me.

Mi sembra che, nei contributi sinora presentati, l'assenza del materiale clinico ha enfatizzato il ricorso a modelli che, a mio avviso, mal si adattano alla complessità della cura dei pazienti psicotici e rischiano di mortificare l'apertura intuitiva e osservativa con la quale dovremmo guardare a loro.

Come ho scritto nel mio libro dovremmo operare allo stesso modo del fisico che, quando studia l'atomo, non applica le leggi della fisica meccanica perché sa che si trova in un ambito di fenomeni totalmente diversi.

Se cerchiamo di prendere le nostre teorie e i nostri modelli usuali per applicarle alla terapia del paziente psicotico sacrifichiamo al già conosciuto la straordinarietà dell'ancora da scoprire. Le trasformazioni psicotiche che avvengono nella stanza di analisi rappresentano un fatto perturbante ma davvero nuovo e stimolante che permettono di conoscere le estreme distorsioni patologiche della mente umana e di valutare con attenzione le potenzialità riparative di questi pazienti.

Potrei proseguire a lungo ma mi fermo.

Evito di entrare nel dettaglio degli interventi limitandomi solo a qualche passaggio.

Al generoso intervento di Andrea Seganti rispondo che trovo utile nelle analisi di alcuni pazienti che hanno avuto genitori deficitari e disturbanti la sua ipotesi del tentativo adattativo rispetto a situazioni di impasse relazionale, ma non la trovo applicabile nel caso dei pazienti psicotici e neppure borderline.

A Claudia Peregrini, che ha così affettuosamente e attentamente recensito il mio libro sull'International e con cui ho molti punti di convergenza, vorrei rispondere che anche io ho apprezzato e amato Racamier. Ritengo, tuttavia, che egli sia vissuto in un'epoca in cui non era ancora stata creata una teoria del pensiero come quella prospettata da Bion. Dobbiamo essere grati ai grandi pionieri della psicoanalisi ma anche saperli collocare in un'epoca storica determinata. Non abbiamo bisogno solo di felici intuizioni ma anche di aperture teorico-cliniche complessive. Penso che la psicoanalisi attuale abbia un quadro teorico molto più avanzato rispetto al passato e quindi idoneo a pensare alla clinica delle psicosi.

A Martini, che ci fa partecipi di un'ampia dissertazione psicodinamica sulle psicosi, vorrei chiedere, visto che ne propone una dinamica secondaria, da dove può nascere il delirio se non da un'esperienza «dissociata» dalla realtà psichica cioè dal ritiro psichico in cui tanti nostri pazienti sono vissuti all'insaputa dei loro genitori, insegnanti e a volte anche dei loro psichiatri o psicoanalisti. Il delirio deve essere considerato "primario" e non secondario "come tentativo caotico di rivivere le emozioni" come lui sostiene.

Ma di questo ho parlato ampiamente, lui presente, nell'interessante convegno organizzato sabato e domenica scorsi sui *Rifugi della Mente* dal Centro di Psicoanalisi Romano, con la partecipazione di John Steiner.

5 ottobre 2011

Minority reports

Andrea Seganti

La questione della varietà della casistica posta da De Masi potrebbe essere portata all'estremo affermando che ogni caso andrebbe considerato come unico. Tuttavia noi siamo qui a chiederci legittimamente se ci sono meccanismi di base comuni e perfino, come io propongo, se non esiste anche una continuità maggiore tra meccanismi psicotici e nevrotici di quanto non sembri a prima vista. Pertanto rimango perplesso sulla assoluta priorità della clinica che De Masi caldeggia, anche considerando che è lui stesso a perorare la causa di un approccio generale e complessivo con un forte richiamo a Bion. Bion propone una metodologia basata su una griglia molto ampia volta a favorire la libertà del nostro pensiero. Contenitore e contenuto sono tuttavia legati in modo inscindibile nella sua griglia e interagiscono costantemente a differenza delle precedenti teorie intrapsichiche "forti". Tuttavia Bion ci lascia in eredità il problema del funzionamento dell'interfaccia tra individuo e ambiente quando ci avverte che l'interfaccia può funzionare con modalità sia evolutive che evacuative che tuttavia egli considera comuni a tutti gli umani e che solo per particolari vicissitudini vanno a formare un'organizzazione psicotica del pensiero. Pertanto a me sembra che il problema

misconosciuto dei vari casi clinici che rubriciamo sotto il nome di psicosi è la genesi della violenza dei loro meccanismi sia che essi si manifestano in forma delirante sia che si manifestano in forma diciamo così non produttiva.

Nel tentativo di coniugare le infinite vicissitudini tra contenitore e contenuto all'interno di storie di vita, Rossi Monti, sulla scia del precedente intervento di Correale, ci accompagna nella grana fine dell'approccio fenomenologico dove il delirio è *una modalità di conoscenza, di sé e della realtà* e diventa *il tentativo di inscrivere la propria esperienza in una storia*. Infine e, una frase che trovo davvero illuminante e di notevole spessore antropologico *rivela nuove origini e nuovi destini, affida grandi missioni*.

Rossi Monti fa poi riferimento al fatto che *Il contributo di Jaspers è stato spesso ridotto e banalizzato al rilievo della incomprendibilità formale del delirio: il muro della incomprendibilità*. A questo proposito vorrei riproporre alla discussione di voi tutti se questa riduzione che effettivamente veniva condotta in modo pesante nei reparti psichiatrici negli anni della mia formazione (fine anni 60) non sia *anche* da ascrivere ad alcune misconosciute carenze della teoria fenomenologica. Carenze che forse hanno a che fare con una radicale separazione dei fenomeni mentali dai fenomeni sociali, una separazione tra contenitori e contenuti che ritroviamo pari pari in alcuni settori della psicoanalisi sotto forma di approccio intrapsichico (molto) forte. Perché a mio modo di vedere manca nell'approccio fenomenologico la considerazione che il delirio possa essere una modalità di conoscenza che viene relegata *in minoranza* rispetto alla *maggioranza linguistica* dei modi di intendere e di parlare di se stessi e degli altri. Basterebbe questa aggiunta per dare posto a un maggior dinamismo dei rapporti tra individuo e gruppo, dinamismo dato dal considerare da un lato la messa in minoranza della propria esperienza attraverso uno sforzo di iperadattamento linguistico e dall'altro lato una prepotente e parallela e silente ribellione che va in senso contrario al proprio adattamento linguistico. Ricordate *l'Io diviso* di Laing (1959), *La morte della famiglia* di Cooper (1971), *La famiglia che uccide* di Schatzman (1973)? Furono quelle intuizioni a dare forza alla rivoluzione di Basaglia, il quale cercò di coniugare l'acutezza della fenomenologia con l'enorme problema della esclusione delle minoranze. Minoranze di razza, di sesso e di classe ma soprattutto minoranze di pensiero e di *visioni del mondo* che rischiano di soccombere quando si convive con la sensazione che la propria esperienza personale non possa avere sbocchi linguistici in quanto la lingua condivisa è dominata da accordi interpersonali vincolanti che riguardano il non dire e il dare per scontato. Naturalmente concordo con il fatto che l'approccio fenomenologico, così come la costante attenzione ai problemi intrapsichici, ci possa oggi difendere dal pericolo di un riduzionismo sociologico ma credo anche che il riferimento sociale ci possa essere ancor oggi di grande aiuto per entrare in contatto con enormi capacità misconosciute di cui gli essere umani dispongono. Capacità di poter gestire con qualche speranza di successo l'intollerabile sofferenza che sta nella straziante sensazione di non poter diventare pienamente individui in quanto ogni strada rimane bloccata da parole. La qualcosa è ancora più presente negli psicotici non produttivi che in quelli produttivi.

5 ottobre 2011

Risposta a Rossi Monti e a De Masi

Claudia Peregrini

Condivido pienamente –ringraziando per gli stimoli a pensare– alcuni punti dell'intervento di Antonello Correale, ripresi da Mario Rossi Monti. Soprattutto la considerazione del delirio come «tentativo (disgraziato) di inscrivere la propria esperienza in una storia, ...là dove la parola ha ceduto a un silenzio vuoto di senso». E la ri-considerazione del contributo della psicopatologia fenomenologica, in particolare Jaspers.

Ecco, mi sembra che l'insegnamento fortemente clinico di Racamier vada proprio in questo senso.

Caro Franco (De Masi), (ho seguito purtroppo solo per qualche tempo il tuo vivissimo gruppo clinico sulla psicosi), vorrei sottolineare una tua svista unicamente per il motivo che dirò.

“*Second thoughts (Selected papers of Psychoanal.)*” (“*Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*”), di Bion, è del 1967.

“*Les Schizofrènes*” (*Gli schizofrenici*) di Racamier, è del 1980. Nella bibliografia di questo meraviglioso psicoanalista, clinico, oltre che teorico, il testo di Bion è ben citato! Eppure, hai ragione, Bion è così vivo e presente in noi, da sembrare più attuale, quasi la fonte Massima.

Però credo che noi italiani, e non solo, dobbiamo stare attenti alla considerazione che abbiamo della cultura francofona. Molti di noi italiani non la praticano, trovandola inutilmente verbosa, complicata, poco clinica, troppo basata sulla filosofia, Hegel in particolare. I grandi francesi, in effetti, per esempio Laplanche e Pontalis, entrambi analizzati da Lacan, sono psicoanalisti e filosofi.

Pontalis riconosce il suo debito con Merleau-Ponty...

Una delle grandi difficoltà della psicoanalisi inglese, e in parte anche dell'attuale psicoanalisi italiana, nel comprendere e accettare la psicoanalisi francese, sta forse nel fatto che c'è di mezzo troppa filosofia... (Io sono medico, quindi figurarsi la mia ignoranza filosofica). Lo stesso era avvenuto tra i ben pragmatici e clinici inglesi, e i francesi... Però, ricordiamoci che gli amici inglesi, dopo la conoscenza di Winnicott, si sono rivolti con molto più interesse ai francesi!

Tutto questo per dire che, pur lasciando a Bion il trono, Racamier rimane il francese per eccellenza che parla della psicosi e cura gli psicotici con una “lingua” intuitiva, semplice, straordinaria. Certamente più poetica – capisco che possa parere un limite, nel formulare una teorizzazione– di una certa lingua anglofona, più “precisa”. Bion, nel '67, era forse “preciso”, ma poi...

Le due lingue sono molto diverse, comunque.

7 ottobre 2011

Il ritiro infantile e la distorsione dell'immaginazione.

Laura Colombi

Un punto che mi sembra importante per il significato che il dibattito sulla 'psicosi' può avere per chi, come noi, approccia la psicosi in un *setting* psicoanalitico, riguarda l'importanza di porre in rilievo che la parte psicotica del paziente, anche quando si è già incistata in senso profondamente patogeno, non sempre entra nella stanza analitica in modo evidente e conclamato. Per questo motivo l'intuizione precoce da parte dell'analista, prima ancora che del paziente, della "conoscenza del funzionamento psicotico personale" (Lombardi), della modalità "segreta con cui il paziente costruisce lo stato psicotico" (De Masi) sono a mio parere fattori terapeutici essenziali in questi trattamenti.

Dalla mia esperienza (ma credo anche in quella di altri) ho tratto l'insegnamento che non di rado il funzionamento psicotico è *camuffato* da altre forme di sofferenza che mascherano tuttavia un sottostante nucleo psicotico che, se non individuato precocemente nella terapia e continuamente monitorato insieme al paziente (in alleanza cioè con la parte 'sana'), continua a proliferare sotterraneamente, conducendo verso analisi infinite e sterili o verso l'esplosione di crisi.

La crisi psicotica, preannunciata da un sogno predittivo senza associazioni fatto da Maurizio prima delle vacanze estive del 3° anno d'analisi "*Un enorme palazzo scintillante crolla. Osservo le macerie e sono stupito*", mi ha drammaticamente fatto sentire quanto possa essere devastante il crollo dell'impianto pseudoadattivo del falso sé.

Maurizio mi era stato inviato in analisi a 20 anni in seguito ad un ingravescente stato panico. Un percorso di crescita problematico, segnato da un'angosciabilità diffusa, fobie e consistenti angosce notturne infantili, che avevano reso necessario, a 9 anni, un intervento terapeutico.

Un ambiente familiare che il paziente aveva molto idealizzato. In realtà verrò gradualmente a comprendere in analisi, come questa realtà dorata e iperprotettiva coincidesse con l'assenza di una intuizione emotiva del suo mondo infantile, massicciamente intruso da vissuti materni e da richieste prestazionali paterne.

L'inizio dell'università e la prima relazione con una ragazza, mettono in crisi il precario equilibrio, innescando lo stato panico cui sottostava il vuoto di una reale struttura identitaria.

Nel corso dei primi 3 anni d'analisi il materiale delle sedute aveva messo in luce profonde angosce depressive e identitarie. Data la gravità del caso, l'andamento dell'analisi sembrava soddisfacente. Avevamo anche analizzato più volte come lui, di fronte a difficoltà o frustrazioni con cui si doveva confrontare, 'fuggisse' in un mondo di fantasticherie grandiose ed eccitate, i suoi "sogni telepilotati", che sembravano garantirgli la possibilità di evitare ogni esperienza emotiva che diveniva per lui catastroficamente angosciante. L'interpretazione di questi "sogni" nel loro versante difensivo e compensatorio sembrava aiutarlo e, anche se controtransferalmente sentivo una certa resistenza ad entrarvi più nel merito, mi sembrava che i miglioramenti cui assistevamo – sia del suo percorso di vita, che sintomatici- ci confermassero che eravamo sulla strada giusta.

Qualche mese prima della crisi, Maurizio viene lasciato da una ragazza con cui conviveva da qualche tempo e, se pur allertato in analisi della massiccia negazione

degli aspetti emotivi di questa vicenda, ‘risolve’ il tutto buttandosi a capofitto in un lavoro offertogli da un conoscente ‘potente’ del padre.

La crisi, scatenatasi durante l’estate, si presentò con ideazioni deliranti in cui Maurizio, drammaticamente e catastroficamente convinto di essere omosessuale, si vedeva costantemente avvicinato da uomini che avrebbero voluto avere rapporti con lui, o da uomini prestazionali e di successo che lo deridevano dispregiativamente per la sua presunta omosessualità. Dispercezioni corporee e allucinazioni percettive e uditive accompagnavano il quadro.

Non mi posso soffermare in modo più esauriente su questa fase di marasma - che necessitò anche interventi farmacologici-, ma voglio sottolineare, in estrema sintesi, che da questo momento iniziò un lungo e difficilissimo periodo di rapporto analitico in cui io continuamente cercavo di descrivere al paziente come la parte psicotica lo conducesse ad esperienze percepite come reali e, quindi, catastroficamente traumatiche. La veemenza con cui Maurizio mi diceva che era “veramente omosessuale” corrispondeva al suo disperato tentativo di placare la parte psicotica del Sé. Per molte volte avevo la sensazione di essere riuscita a risvegliare un certo insight in lui – una minima attivazione della parte sana-, ma la forza del delirio faceva sì che la seduta successiva lui tornasse ‘quello di prima’.

Solo dopo un lungo ed estenuante lavoro di contenimento della parte psicotica, che lo dominava anche per una sua componente di disponibilità passiva, riuscimmo ad analizzare più profondamente anche la natura coatta e praticamente continua dei suoi ritiri nei “sogni telepilotati”. Emerse allora quanto Maurizio, fin da molto piccolo, si rifugiava in un mondo di fantasie di carattere sensoriale corporeo che avevano assunto molto precocemente una qualità sessualizzata. Dimensioni cariche di piacere che “scambiava” per il normale piacere legato alla sessualità. Il carattere segreto – e quindi emerso solo parzialmente nella prima parte dell’analisi- di questi ritiri derivava da questo scambio confusivo, ma anche dalla difficoltà, poi, a rinunciare a quel ‘quegli’ stati che lui stesso poteva “telepilotare” a suo piacimento. Il paziente fin da bambino si era autointrappolato in questa dimensione, che via via aveva distorto il suo mondo percettivo: un mondo che si era trasformato da scenario eccitato e piacevole a scenario delirante e drammaticamente angoscioso.

7 ottobre 2011

Sogno e psicosi

Gabriella Giustino

Ho pensato ai sogni di alcuni pazienti psicotici e mi sono chiesta se possiamo individuare delle specificità.

Forse alla mia domanda hanno già in parte risposto Capozzi e De Masi distinguendo, nei pazienti psicotici, i sogni-delirio da quelli con qualità simboliche (IJP, 2001).

Nel 2009, in un articolo pubblicato sull’International Journal, mi sono occupata della memoria nel sogno e dei sogni traumatici in particolare. Qui vorrei solo evidenziarne la qualità sensoriale, quasi di flashback visivi. Diversi neuroscienziati hanno dato spiegazioni di questi fenomeni della memoria traumatica, rimossa o dissociata che sia.

Ma la mia curiosità si spinge oltre. Qualche tempo fa Marianne Bolheber ha parlato di “embodied memories”, memorie corporee sensoriali che riemergono in analisi o nei sogni di quei pazienti che, in età precocissima, hanno avuto gravi malattie o disabilità. La qualità operatoria del pensiero, dominata da una logica simmetrica e la disarmonia mente corpo di cui parla Riccardo Lombardi, non possono forse farci ipotizzare che anche nei pazienti psicotici (o soprattutto in loro) le “memorie corporee” si possano esprimere talora in “sogni” concreti e sensoriali? Personalmente ho esperienza di un paziente psicotico in cui un delirio somatico (la diarrea) continuava senza soluzione di continuo dalla realtà al sogno, persistendo nel perseguitarlo e tormentarlo (anche la notte quando dormiva e forse “credeva” di sognare). La vergogna e l’angoscia di perdere se stesso attraverso l’ano imperversavano, ma quello che più colpiva il paziente è che nel “sogno” il cattivo odore era insopportabile, si produceva un’allucinazione olfattiva vera e propria che perdurava anche dopo essersi svegliato. Era convinto che anch’io sentissi il pessimo odore che emanava da lui nella seduta d’analisi del giorno dopo. Così come quando da bambino temeva che i compagni sentissero il suo “sgradevole odore” e per questo lo lasciavano in disparte. Non posso dilungarmi oltre nel descrivere questo caso e c’è molta letteratura psicoanalitica che cerca di differenziare il sogno dall’allucinazione vera e propria. Naturalmente sto parlando di un paziente “clinicamente” psicotico (con tutto il corteo fenomenologico e sintomatico della psicosi) e non del nucleo psicotico di un paziente, ad esempio, borderline.

Credo che questa distinzione sia importante nella clinica perché, pur non smentendo la teorizzazione bioniana, determina quei presupposti specifici per la terapia analitica della psicosi che De Masi e Lombardi hanno così chiaramente individuato.

Tornando alla qualità meramente sensoriale di questi sogni/allucinazioni olfattive, Piera Aulagnier (1985), nello stesso momento in cui la Tustin concettualizzava le forme autistiche, ha affermato che le allucinazioni tattili (o sensoriali-corporee) sono il precursore precoce di altre forme allucinatorie (visive, uditive ecc.). Allora, per concludere, a me sembra che i pazienti psicotici tendono a fare un uso “sensoriale” della mente e questo talora crea le condizioni per “allucinare” anche nel sonno; il corpo, con il suo statuto di generatore di sensazioni (e di memorie di sensazioni), sembra capace di “sostare” nei loro “sogni” riproducendo il delirio e, a volte, alimentandolo con produzioni allucinatorie sensoriali. Un elemento macroscopico che distingue il sogno dall’allucinazione è palesemente rappresentato dal fatto che, al risveglio, ritorna il contatto con la realtà. Il trauma riemerge nel sogno ma può essere, seppur con fatica reintegrato e rielaborato in analisi. E il sogno-allucinazione- tattile? Oltre a collocarlo tra i sogni non sognati, possiamo dargli uno statuto particolare di veicolo di sensazioni-allucinazioni corporee?

7 ottobre 2011

Fantasticare sulle fantasie, un analista alla ricerca di significati

Carmelo Conforto

Quello che desidero proporre ai colleghi, riprendendo le osservazioni di Giuseppe Martini, è, innanzitutto il convincimento che l’uso del termine “psicosi” contiene spesso in noi analisti una eccessiva ampiezza e indeterminatezza di significato, alludendo soprattutto a dimensioni deliranti e trascurando (così mi pare) quegli stati della mente

ove si colloca "la perdita dell'evidenza naturale" (Blankenburg, 1971) la "vecchia" psicosi affettiva bipolare, le cadute nella invasione psicotica delle patologie "border" (di cui tanto ha parlato Feinsilver, ad es.), ecc.

La seconda osservazione, per me molto convincente, di Correale, ripresa da Rossi Monti, è che riassorbire tutto il rigetto della realtà (in diverse occasioni trasformazione non consapevole, della realtà) nell'identificazione proiettiva corre il rischio di svalutare massicciamente il potenziale tentativo del paziente di "raccontarsi" (in maniera metaforica, ipercondensata, frammentata, d'accordo).

Anch'io ritengo, come avverte Correale, che nel modo di comunicare, il paziente psicotico (delirante o no, penso alla "percezione delirante", al contenuto dell'allucinazione, a sconnesse bizzarre fantasie...) ci offre, sia pure in modo criptico, spesso metaforico delle "verità" sulla sua storia e su quella della sua famiglia e infine su di noi che cerchiamo di stare con lui (anche) per dare senso alle sue comunicazioni. Mi pare che il termine "parabola", proposto da Rossi Monti sia davvero centrale a questo proposito.

Avverto, forse ingenuamente, l'esigenza di entrare maggiormente nella ricerca dei significati proposti (le loro "parabole") dai pazienti, avendo la "credenza" di aspetti comuni che ho ritrovato nelle difese, nei deliri, nelle azioni, nelle allucinazioni ecc.

Un primo esempio è una fantasia oniroide di una giovane paziente: *"Ero rinchiusa dentro un personaggio di un libro, non so quale, e mi ribellavo e soffrivo e cercavo di chiedere che "loro" mi facessero ritornare me stessa, quel personaggio toglieva troppo di me. Gridavo aiuto"*.

In effetti mi gridava di aiutarla e ci mettemmo mesi per accedere al racconto racchiuso nella favola-sogno e a iniziare a liberarla e a restituirle almeno parzialmente il contatto con il corpo, con i desideri, alla parziale comprensione del senso della prigionia.

Scrivevo anni fa (1989, 89) che la persona psicotica "vede" che ogni azione ha un significato simbolico e che la congiunzione dei diversi elementi non è casuale, ma che significa qualcosa che per lei è chiaro". Ricordavo che Bion parla di "saturazione prematura" del significato, nel senso di aver distrutto ogni legame con ciò che potrebbe dimostrare che la congiunzione è fortuita e priva di significato, cioè non satura. L'effetto paradossale è rendere simbolici tutti gli atti senza che il paziente sia davvero in grado di formare quei simboli che sono utilizzabili proprio per la non "saturazione prematura" del significato e quindi per la possibilità di veicolare pluralità e ambiguità di significato.

Ritengo questo ancora verosimile, come non rinuncio all'altra "credenza", quella della potenziale riconoscibilità del "crollo raccontato" e dei modi per sprofondare con esso o sfuggirlo (delirio, incistamento autistico, insomma il repertorio dei "rifugi della mente" di cui ha parlato Steiner).

Credo, infine, e questo è un altro, complesso, discorso, che restituite in un certo assetto relazionale (setting interno, spazio e contenimento, valorizzazione dell'interpersonale oltre che dell'intrapsichico) le nostre interpretazioni e le modalità di porgerle abbiano un effetto a favore del recupero degli aspetti "sani" del paziente.

Uso il termine "credenza" nella direzione di Bion (1976), ovvero in opposizione a ciò che si ritiene conosciuto e sono convinto che nell'avviarmi nelle diverse terapie con strutture psicotiche sono stato mosso dal "credevo che valesse la pena comunque tentare la psicoanalisi con questi pazienti".

Entrerò direttamente in ambito clinico, molto sinteticamente, per condividere (eventualmente) quelle che ritengo situazioni di base del vissuto psicotico, il disperato bisogno/disperato terrore del legame.

Un adolescente schizofrenico, seguito a tre sedute nell'ambulatorio di una clinica dopo un ricovero (tema su cui penso valga la pena interrogarsi insieme) entra in seduta dopo che aveva interrotta la precedente dopo pochi minuti. Dice subito, rabbiosamente, che sta progettando di partire per un paese democratico, ove i medici sono molto più bravi e conoscono medicine che lo guariranno subito.

Gli rispondo osservando che io non sono presente tutte la volte che vorrebbe, lo vedo quando decido io, lo lascio quando decido io e questo è per lui molto doloroso da tollerare.

Dice che vorrebbe andare su Saturno con la ragazza che ha visto uscire dal mio ambulatorio e con essa fantastica una relazione. Poi prosegue dicendo che ieri ha urlato a sua madre, ha spaccato una bottiglia, perché sa che sua madre vuole che diventi un martire della libertà. Stiamo un po' in silenzio, poi urla "Voglio diventare un nazista!". Sta finendo la seduta, piange e mi dice che ha paura che io possa lasciarlo se non mi porta le cose che mi interessano.

Una giovane adolescente la cui mente è spesso governata da dimensioni psicotiche, viene nel mio studio, ove lavoriamo da un paio d'anni a tre sedute settimanali. Sa che, fra poche sedute interromperemo il lavoro perché dovrà seguire per un paio di mesi i suoi all'estero. Sta in silenzio, seduta sul pavimento, accanto alla poltrona, senza guardarmi, i capelli sugli occhi. Al termine della seduta estrae dalla borsa un foglio di carta, lo appallottola, lo butta per terra, poi scappa dallo studio.

Lo raccolgo, vi è scritto: "***Sento che dovrei urlare, andare a pezzi, perdermi, impazzire: il bambino puzzolente che nessuno vuole tenere in braccio***".

7 ottobre 2011

I confini della psicosi

Mauro Manica

A partire dagli interessanti stimoli offerti dai lavori di De Masi e Lombardi, ho la sensazione che attraverso gli interventi di Correale, Martini e Rossi Monti il dibattito sulla ψ delle psicosi si stia avviando ad incontrare i nuclei incandescenti della questione. Perché prima di occuparci di tecnica, di teoria della tecnica e, quindi, della terapia del paziente psicotico dobbiamo affrontare una zona d'ombra, un'area di indeterminazione che ha inficiato e rischia di inficiare gli esiti della ricerca psicoanalitica in tema di psicosi.

Lo spettro semantico del concetto infatti si è a tal punto diffuso nella riflessione psicoanalitica da poter rintracciare i riflessi di questa diffrazione sia nei differenti sviluppi dell'elaborazione teorica, come nel moltiplicarsi di comunicazioni e di presentazioni cliniche.

Da questo ampliamento è sembrato però procedere l'effetto di una perdita di specificità e di definizione. E' vero, infatti, che ad ogni espansione di conoscenze può essere implicito il rischio che si realizzi quanto avviene con le procedure di ingrandimento' in ambito fotografico: la figura si dilata, i dettagli dell'immagine si fanno più evidenti, ma l'insieme perde di precisione, si 'sgrana' e si diffonde. Così, attraverso un involontario effetto 'flou' che viene ad accompagnare la ricerca, gli *stati caotici della mente* (le psicosi, ma anche i disturbi borderline, quelli psicosomatici e le dipendenze,

secondo la bella definizione che ne da Luigi Rinaldi (2003)) rischiano di ribaltarsi in stati caotici della teoria e delle nostre capacità di comprendere il processo psicotico¹.

Allora l'impegno che a volte viene richiesto per rintracciare gli elementi di concordanza o di discordanza tra le diverse posizioni teoriche e nelle (ri)costruzioni cliniche, oltre a derivare dalla ricchezza di dati che la ricerca psicoanalitica ha messo a disposizione, potrebbe essere anche espressione di un disagio ad assegnare alla stessa area psico(pato)logica fenomeni osservati da vertici differenti. E così i contributi provenienti dalle applicazioni della psicoanalisi al campo istituzionale paiono offrire ipotesi e rappresentazioni delle esperienze psicotiche che non sono immediatamente sovrapponibili a quelle derivate dalla stanza d'analisi.

Ciò che è clinicamente psicotico cioè, non sempre coincide con quanto viene considerato psicoanaliticamente psicotico. La sovrapposizione di concetti come quelli di nuclei psicotici, di parti psicotiche della personalità a quello di psicosi clinica (della psicosi osservabile "al letto del malato"), l'omologazione spesso accolta riduttivamente tra esperienza infantile ed esperienza psicotica, una certa idiosincrasia nei confronti della diagnosi, hanno fatto sì che la vera psicosi non sempre sia stata messa a fuoco dalla ricerca psicoanalitica.

Credo che, per riemergere da questi vortici di possibile confusione, vada innanzitutto recuperato il significato psicopatologico della diagnosi. La diagnosi cioè come descrizione e conoscenza di un mondo e di un particolare rapporto dell'altro con la realtà e con sé stesso, non potendoci nascondere che come clinici (come psicoanalisti clinici), nel corso del nostro lavoro, oscilliamo continuamente tra due momenti natura radicalmente diversa, definiti dal rapporto che l'osservatore intrattiene con la 'cosa' osservata: l'altro sofferente e i modi della sua sofferenza. Il momento della oggettivazione è insomma una parte ineludibile di ogni operazione conoscitiva (Rossi Monti, 2008).

Nel caso dei disturbi psicotici non si può non tenere conto del fatto che qualsiasi clinico ha bisogno di passare e ripassare attraverso il momento di riduzione e sintesi diagnostica per lavorare in maniera proficua. Così come non ci si può certo fermare alla diagnosi: la *fixierung* freudiana non può essere assunta come modello o strumento di fissità diagnostica; non può essere intesa quale espressione di un rigido meccanicismo delle tappe evolutive della libido. Va piuttosto recuperata come possibilità di rappresentarsi delle evenienze traumatiche che possono intervenire più o meno precocemente a distorcere, arrestare o deviare lo sviluppo (forse la stessa nascita) della mente e delle sue capacità di pensare e di simbolizzare: di dare un senso alla vita e di comprenderne la bellezza.

Allora una diagnosi di psicosi si ribalta immediatamente, in una prospettiva psicoanalitica, nella necessità di riflettere su quali indicazioni ci siano all'integrazione del setting (supporti farmacopsichiatrici; coinvolgimento del nucleo familiare; mediatori sociali; ecc.) e sui limiti di analizzabilità. Dove il criterio di ciò che è analizzabile e di ciò che non è analizzabile ritengo sia soprattutto costituito, da parte dell'analista, dall'interrogarsi spregiudicatamente sulle sue capacità di assumersi la responsabilità di mantenere un setting con quello specifico paziente..

Insomma, è necessario che l'analista sia consapevole di essere disposto a varcare le Colonne d'Ercole di un'esperienza umana estrema e abbia a disposizione un romanzo

¹ Vorrei riferirmi al concetto di processo conservandone le diverse articolazioni di senso: impiegandolo, ad esempio, in consonanza all'uso che ne fa Meltzer (1967) quando parla di 'processo psicoanalitico', per conferirgli un carattere evolutivo, di progressione e sviluppo; e, d'altro canto, conservando anche quel significato di rottura, di 'alterazione permanente della vita' psichica con cui Karl Jaspers (1913) l'ha introdotto nel linguaggio psicopatologico.

personale e professionale che gli permetta di affrontare quello che per lui potrebbe essere uno sconosciuto-mai-pensato, senza rinunciare a rimanere sé stesso.

“Esagerando un po’ - ha scritto Bleger (1967) - direi che l’analisi con questi pazienti [...] non deve consistere tanto nell’analisi del soggetto quanto di quello che egli fa con l’analista, in modo che quest’ultimo possa attenersi unicamente al ruolo di depositario senza fondersi con ciò che viene depositato, e *mantenere così la propria personalità e la propria identità*”².

Ma come ci aveva già mostrato Freud, non si può prescindere da un’articolazione psicopatologica delle esperienze psicotiche: c’è psicosi e psicosi; da un lato ci sono le *parafrenie* - diceva, in un linguaggio che pare appartenere alla paleontologia della clinica - che si organizzano attorno al meccanismo allucinatorio dell’isteria e, dall’altro lato, ci sono le *paranoie* che procedono dal meccanismo di trasposizione (spostamento) delle nevrosi ossessive.

Così, al di là delle differenze terminologiche che la ψ successiva ha omogeneizzato e la psichiatria dei DSM ha disconosciuto, la direzione della cura varia nelle diverse regioni psicopatologiche? Varia il campo bipersonale della relazione analitica che il paziente parafrenico o paranoico, schizofrenico o istericamente psicotico, oppure bipolare (maniaco-depressivo), creano con il proprio analista?

Io penso che inevitabilmente subiscano delle variazioni, ma che, al contempo, non vari la responsabilità dell’analista, la sua necessità di chiedersi se sia disposto a diventare, nel corso dell’analisi, quell’analista di cui il paziente ha bisogno (Searles, 1979). Forse possiamo pensare che un paziente psicotico (e quando dico ‘psicotico’, penso a ‘schizofrenico’) viva in uno stato pressoché permanente di terrore notturno (o di terrore senza nome) sia nel sonno come nella veglia; ed essendo un’esperienza insognabile non può distinguere (Bion) l’essere addormentato dall’essere sveglio, il percepire dall’allucinare, la realtà esterna da quella interna (dopo quanti anni sognano i nostri pazienti ‘psicotici’!). Deve essere allora l’analista a trovare in sé la capacità di sperimentare quel terrore, collegandolo alla propria esperienza emotiva, riuscendo a sognarlo, ri-attraendosi quei terrore notturni che temporaneamente aveva già sperimentato e su cui aveva sviluppato le proprie rêveries nel corso della sua esperienza formativa e professionale....

E la questione del delirio poi: sappiamo dal 1911 (con Eugen Bleuler) che non possiamo fondare la nostra diagnosi di psicosi (di psicosi schizofrenica, in particolare) sulla presenza del delirio. Al più, il problema potrebbe essere l’elaborazione autistica del delirio.

Perché nella sua essenza fenomenologica il delirio è una rivelazione, o una conferma, oppure un’evocazione (Ballerini, 1999), ma sul piano clinico e psicopatologico, rimane un fenomeno secondario e accessorio del “processo” schizofrenico.

E un’esperienza delirante può essere comprensibile e interpretabile in senso tradizionalmente psicoanalitico, quando si realizzi al di fuori di una forma di vita schizofrenica. Ma nelle esperienze cosiddette schizofreniche non può essere immediatamente interpretato, o decostruito o spezzato, né in via farmacologica, né in via psicologica o psicoterapeutica. E’ il terrore senza nome che lo sottende a dover trovare una mente e una rêverie ce lo contenga, che gli dia, come direbbe Bion (Civitaresse, 2011), un complemento inconscio (e qui ha ragione De Masi, quando evoca la necessità di riferirsi ad un inconscio emotivo).

Il delirio, al limite, va modulato: non si può distruggere la zattera a cui il naufrago è avvinghiato. E’ la catastrofe del naufrago che va condivisa con ‘pazienza’ (PS) e rêverie, in attesa di un minimo di ‘sicurezza’ (D).

² Il corsivo è mio.

Così Adriano, un paziente ‘psicotico’ apparentemente dominato da un sistema delirante che si fa persecutorio in occasione di ogni movimento evolutivo, è costretto ad affrontare un drammatico esame di realtà, quando si trova a soccorrere il padre, vittima di un grave infarto del miocardio. A breve distanza dall’episodio drammatico, mi comunica con un realismo autentico e toccante che: *“Ho avuto solo poche ‘idee’, mentre mio padre stava male...(le ‘idee’ sono, nel nostro slang analitico, le esperienze allucinatorie, le “voci”, che alimentano il delirio che lo costituisce come un “drogato”, un “assassino famoso”, un “omosessuale schizofrenico”)...ma, per quanto mi tormentassero, non potevo rinunciarci...perché, sa dottore, le “idee” torturano... però... sostengono la persona...senza le “idee”...la persona...si accascia...si affloscia...va in pezzi...e può morire...”*.

Sì, in queste regioni estreme della clinica, si può andare in pezzi e si può morire e viene da pensare che non possa darsi una terapia psicoanalitica (in qualsiasi modo integrata) della schizofrenia (delle schizofrenie, delle psicosi primarie) senza che ci sia la disponibilità dell’analista ad attraversare con il suo paziente un’esperienza catastrofica originaria.

Senza la dia-gnosi, senza quell’attraversare per conoscere, le psicosi primarie, il gruppo delle schizofrenie, rischiano di rimanere quell’oracolo delfico, di cui parlava Kurt Schneider (1962), non solo della psichiatria, ma anche delle psicoanalisi, e continueremo a correre il rischio di balbettare o di sproloquiare di fonte ai nostri pazienti ‘psicotici’, di fronte a questi eroi tragici dell’umano, dinanzi a questi poeti che hanno perso ogni rapporto con la propria poesia.

8 ottobre 2011

Risposta a Conforto

Franco De Masi

Mi pare che negli ultimi interventi cominciano a esserci quegli elementi che io ritengo indispensabili per una discussione sulla psicosi. Cioè la riflessione sul materiale clinico dopo la presa in carico del paziente in un contesto individuale psicoanalitico. Tra gli altri, voglio riferirmi al contributo di Conforto che mi pare possa utilmente mettere in luce alcune dinamiche di base della trasformazione psicotica.

Prendo due frammenti che mi paiono assai significativi. Il primo:

"Ero rinchiusa dentro un personaggio di un libro, non so quale, e mi ribellavo e soffrivo e cercavo di chiedere che "loro" mi facessero ritornare me stessa, quel personaggio toglieva troppo di me. Gridavo aiuto".

Suppongo che la paziente avesse da tempo creato un ritiro in cui aveva creato personaggi immaginari con i quali dialogava e con i quali si era progressivamente identificata. Ora la paziente si sente prigioniera dei personaggi con cui si è identificata e non riesce più a trovare la sua vera identità.

Questo ci ricorda il lavoro di Melanie Klein “Sull’identificazione” (1955) in cui l’autrice descrive lo stato di prigionia sperimentata da Fabien alla fine di una serie di

trasformazioni in cui si appropriato dell' identità di personaggi invidiati. Per ritrovare la propria identità perduta Fabien deve intraprende una peregrinazione a ritroso e ritornare di volta in volta nei personaggi in cui è entrato, attraverso una difficile esperienza di riconquista e di integrazione del sé.

A mio parere nello sviluppo delirante *l'identificazione proiettiva* (ossia, la trasformazione dell'identità) non si attua con oggetti reali, sia pur idealizzati o invidiati, ma *con i personaggi onnipotenti creati nella fantasia* del ritiro psicotico. Quando si sviluppa la psicosi, il paziente è già da lungo tempo immerso nel suo ritiro popolato da personaggi creati in fantasia con cui, di volta in volta, avviene l'identificazione proiettiva.

Un altro punto importante dell'intervento di Conforto:

“Scrivo anni fa (1989) che la persona psicotica << vede >> che ogni azione ha un significato simbolico e che la congiunzione dei diversi elementi non è casuale, ma che significa qualcosa che per lui è chiaro. Ricordo che Bion parla di "saturazione prematura" del significato, nel senso di aver distrutto ogni legame con ciò che potrebbe dimostrare che la congiunzione è fortuita e priva di significato, cioè non satura. L'effetto paradossale è rendere simbolici tutti gli atti senza che il paziente sia davvero in grado di formare quei simboli che sono utilizzabili proprio per la non <<saturazione prematura >> del significato e quindi per la possibilità di veicolare pluralità e ambiguità di significato.”

Mi pare che le parole di Bion a proposito della “saturazione prematura” e quelle di Conforto riguardano l'esperienza sensoriale che pervade lo stato psicotico. In questo caso è improprio parlare di ideazione perché il paziente non è più capace di pensare ma, come ho scritto nel mio intervento, “usa la sua mente come un organo sensoriale”. Egli invece di usare il pensiero, che guida l'indagine dubitativa della realtà, produce un film, saturo di realtà visive, acustiche, sensoriali, di cui alla fine diventa prigioniero. Di qui l'angoscia che diventa catastrofica quando il paziente si accorge di aver perduto quegli stessi strumenti di pensiero che potrebbero liberarlo dalla prigionia psicotica.

La parte psicotica che vede “significati” deliranti e che non simbolizza è un anti-pensiero (-K) che viene ritenuto dal delirante “reale” proprio per la natura sensoriale, concreta, della percezione. Appunto, la mente funziona come un organo sensoriale e non di pensiero. Di solito non si può dire al paziente che delira perché dal suo punto di vista gli si dà del matto. Io ho trovato utile non attaccare le sue percezioni parlando di “realtà” delle stesse e facendo una differenza tra “realtà” e “verità” che deve essere condivisa per essere tale.

Credo che l'analista debba diventare progressivamente familiare con le modalità della trasformazione psicotica, che si ritrovano in ogni analisi e in diverso stadio di sviluppo, ed essere pronto a descriverle al paziente per costruire con lui un insight anche parziale che può essere la prima difesa contro l'invasione della parte psicotica. Conforto descrive come dopo un lungo e faticoso lavoro è riuscito a liberare la sua paziente dalla prigione psicotica in cui si era inconsapevolmente rinchiusa e a ristabilire la capacità di pensare e di legarsi al mondo emotivo.

11 ottobre 2011

Corpo vissuto e Super-io psicotico. Origini remote di una crisi psicotica acuta

Francesco Carnaroli

Penso che il fossato della “terra di nessuno fra psichiatria e psicoterapia” (Ferro & Vender, 2010) possa essere colmato se vi è – da entrambe le parti – una certa dose di ascolto, di disponibilità e di flessibilità riflessiva del setting.

Presento qui il caso clinico di Marta – una paziente di 35 anni, in analisi – che durante una pausa estiva cadde in una crisi psicotica acuta (cfr. De Martis, Barale, Caverzasi, a cura di, *La crisi psicotica acuta*, 1989).

Fino a quel momento il setting era stato quello di un’analisi classica, a tre sedute, sul lettino.

Prima della pausa estiva era in corso una interpretazione/elaborazione del transfert. Per transfert non intendo qui quella miriade di microtransfert che secondo molti oggi dovrebbero essere interpretati/sognati in tempo reale in analisi. Intendo invece un transfert “onda lunga”, ossia ciò a cui si riferiva Freud (1912, 524): “un cliché (o anche più d’uno), che nel corso dell’esistenza viene costantemente ripetuto, ristampato quasi, nella misura in cui lo consentono le circostanze esterne e la natura degli oggetti d’amore accessibili”. A mio parere, affinché questo transfert possa svilupparsi (e successivamente essere interpretato ed elaborato), è necessario il contributo del controtransfert, ossia il controtransfert contribuisce alla costruzione del transfert. Mi riferisco in particolare alla modellizzazione che del controtransfert è stata fatta da Sandler (1976), quando parla di disponibilità alla “risonanza di ruolo”, ossia al farsi per il momento identificare dal paziente secondo quel personaggio che quest’ultimo sta cercando di costruire come “partner di transfert”³.

In analisi stavamo dunque parlando di come Marta stesse da tempo convocandomi ad assumere il ruolo di “Mastro Lindo”, di “posteggiatore” che posteggia al posto suo (entrambe immagini estrapolate da suoi sogni), e di come l’analisi si disponesse ad essere un’analisi “tisana”, “diuresi”, “dialisi” (...immagini derivate da fatti: per es. Marta assumeva una gran quantità di tisane depurative, e andava in bagno per far pipì due volte a seduta). Questo ci ricordava – nel nostro dialogo analitico – di come questo rapporto “Mastro Lindo/dialisi/diuresi” fosse proprio molto simile a quello che lei, Marta, aveva avuto per tanti anni con sua madre (persona che aveva avuto seri problemi psichiatrici), alla quale doveva andare a confessare tutto ma proprio tutto ogniqualvolta aveva avuto delle esperienze e delle sensazioni vitali che però nella sua mente si configuravano immediatamente come rappresentazioni disgustose (delle quali c’era appunto da liberarsi tramite confessione). Discutendo di queste cose, ci fu chiaro come fosse proprio il caso di andare avanti rispetto a questo cliché, perché esso era foriero di un circolo di staticità, ossia di un ripetitivo passaggio da rappresentazione disgustosa a confessione, senza mai arrivare a “sdoganare” quel tanto di spinte vitali che stava “sotto” il compulsivo carattere repellente dell’idea. Per altro queste “idee” non erano propriamente tali. Non erano simboli che “stanno per”. Erano piuttosto “equazioni simboliche” (Segal, 1957), evidenze (dis)perceptive.

La propensione di Marta a percepire i propri stati psichici con modalità allucinatoria era già presente fin dall’infanzia, e poi anche durante la prima fase dell’analisi (... in cui fu

³ “In ogni momento dell’analisi la relazione di ruolo del paziente comprende un ruolo che egli attribuisce a se stesso a se stesso e uno complementare che proietta sull’analista” (Sandler, 1976, 191).

importante arrivare a distinguere tra idee ossessive e percezioni allucinatorie), fino al ricovero.

L'“oggetto originario concreto” (di cui scrive Lombardi con riferimento a Ferrari (1992, 1998)), ossia il corpo vissuto, le sensazioni vitali emergenti dal nostro corpo/cervello darwiniano, è il fondamento di una relazione intrapsichica di base, i cui formati rappresentazionali dipendono dalla relazione interpsichica di base. E' all'interno della coppia madre-bambino che vengono nominati i vissuti corporei di base. E l'accoglienza che il bambino donerà ad essi dipende dalla valutazione che la madre darà di essi. Tanto più la madre dirà “questo è cacca!”, quanto più il bambino rigetterà/forcluderà il proprio vissuto.

... Marta è cresciuta in una famiglia in cui pressoché quasi tutte le spinte vitali sono state forcluse. Entrambi i genitori assai ritirati dal mondo, entrambi senza alcuna passione l'uno nei confronti dell'altro, entrambi assai evitanti rispetto alle spinte che danno un senso alle realizzazioni economiche e lavorative. Tutto forcluso, dunque: sia eros che ananke.

Marta bambina aveva evidenze allucinatorie persecutorie (cose abbastanza schifose, il cui prototipo era il diavolo) ogniqualvolta emergeva in lei una spinta vitale. E correva dalla madre (la fonte stessa di quella modalità di traduzione psichica, ossia fonte di un Super-io psicotico) per confessare nel tentativo di alleviare la persecuzione.

Così, in analisi, Marta subiva l'invadenza di flash allucinatori ogni qualvolta stessimo parlando con viva partecipazione di temi vitali: ... dopodiché lei contrita mi trasformava immediatamente nel suo confessore.

Prima di quella pausa estiva stavamo dunque proficuamente discutendo di questo. Dopo di essa, Marta non tornò in analisi, e allora io – per la prima volta – telefonai a casa dei suoi genitori e, avuta da loro la notizia del suo ricovero in un reparto psichiatrico, presi contatto con lo psichiatra che l'aveva seguita di più: poi andai a trovarla, una volta alla settimana, in reparto (ci veniva data una stanza per i colloqui, che furono 4 in tutto).

Lo psichiatra di riferimento mi disse che le era stata diagnosticata una sindrome schizoaffettiva (cfr. Kasanin). Farmaci: Risperidone, Litio, Impromen. Non era stato possibile fino a quel momento (dopo 3 settimane di ricovero) stabilire un contatto con lei, perché pressoché per tutto il tempo era stata immersa in uno stato delirante e allucinatorio, anche con forte resistenza all'alto dosaggio di farmaci. Fra l'altro spesso parlava in spagnolo.

Fin dall'inizio del primo colloquio in reparto e durante tutti e 4 i colloqui mi fu possibile ristabilire un contatto con Marta. Questo fatto fu reso possibile poiché io conoscevo le *regole di trasformazione/traduzione* che governavano il suo delirio e le sue allucinazioni, in quanto conoscevo la sua storia, i suoi sogni, i problemi della sua personalità. Il delirio e anche le allucinazioni costituiscono narrazioni... ma non comunicazioni, se non vi è qualcuno che li comprende.

Innanzitutto la catastrofe/esplosione aveva provocato, in modo psicoticamente *reale* (...il ritorno del rigettato/precluso nel reale...), una catastrofe dello spazio/tempo. Lei si trovava a Lima in Perù nell'800 avanti Cristo, ed aveva a che fare con gli Incas. L'architettura del luogo in cui lei si trovava (non percepito come “reparto”) veniva di giorno in giorno ristrutturata. E venivano in continuazione cambiati gli orari.

La prima cosa che mi disse nel primo colloquio fu: “Anche lei è stato riprogrammato”. Ma poi subito, abbandonando per un attimo lo sguardo assorto e guardandomi intensamente in faccia, mi disse: “no, lei ha resistenza”.

Lei era colpevole di disastri in cui erano morte tante persone. Lei sapeva che in quel luogo avvenivano delle violenze, 15 uomini con una donna. In quel luogo vi era la direttrice di un campo di concentramento in Cile (... capii che era un'infermiera), e lei

Marta doveva subire torture. Nella stanza dove dormiva venivano gettati di notte dei serpenti: al buio, così lei non poteva difendersi.

Nel terzo colloquio mi disse che quella sera doveva essere organizzata una “festa porno”. “E cosa si fa nella festa porno?” – chiesi. “Come minimo ci dobbiamo spogliare tutte”.

Lo psichiatra di riferimento mi comunicò che Marta aveva protestato di essere importunata sessualmente da un paziente, ma che i testimoni dicevano che lui “non ci pensava manco per nulla”, e che piuttosto era lei a denudarsi nel reparto.

Nel quarto e ultimo colloquio in reparto Marta mi disse: “c’è un quadrato: il quadrato della mia claustrofobia”. E col dito “disegnò” sul tavolo questo quadrato. “Questo angolo è la testa; questo angolo è gli amici; questo angolo è il lavoro; e questo angolo è il diavolo”.

LA TESTA: io avevo conosciuto Marta come “un cervello nella bacinella”, dedito a pensare ad oggetti che fossero irreprensibili tanto da non suscitare le persecuzioni del suo Super-io psicotico.

GLI AMICI e IL LAVORO: oggetti molto importanti per lei, che però dovevano rimanere “puri”, e, affinché la purezza della loro configurazione fosse garantita, Marta aveva molto cercato l’appoggio del suo analista “tisana/Mastro Lindo/posteggiatore”.

IL DIAVOLO: tutto ciò che è spinta vitale, che può sostenere il processo di separazione/ individuazione. Non solo il sesso, bensì tutto ciò che sostiene un buon rapporto con eros e ananke, amore e lavoro. La rappresentazione che tale materiale riceveva era immediatamente “diabolica”, e perciò doveva essere subito espulsa/confessata, nella speranza di un sollievo.

Dissi a Marta: “In questo angolo del quadrato – detto *il Diavolo* – ci stanno tutte quelle sensazioni che le potrebbero servire per vivere con vitalità, ma che è come se venissero immediatamente e fin da sempre interpretate e nominate con fattezze disgustose”.

Il Super-io psicotico che colonizzava la mente di Marta (continua presenza in ogni nostro momento d’incontro) fece immediatamente sentire la sua autoritaria definitoria presenza. Infatti Marta disse:

“Ah, ora gli amici sono ‘compagni di merende’, e il lavoro è ‘la prostituzione’”.

Cioè: poiché nel nostro dialogo ci eravamo azzardati a dire che il diavolo non è diavolo, ma che bensì (in sostanza) c’è un Super-io psicotico che dipinge con tali fattezze ciò che altrimenti costituirebbe “spinte vitali”, tale Super-io psicotico marcò immediatamente con la sua concreta presenza colonizzante lo spazio psichico di Marta.

Ed è per il terrore di questo potere che io avevo sempre conosciuto Marta come un Io bidimensionale che, cercando di verificare continuamente la propria esangue “purezza”, strisciava (nel quadrato claustrofobico del suo Sé) appiattito lungo le pareti che vanno da TESTA ad AMICI, e da TESTA a LAVORO.

Il ricovero fu concluso quando fu raggiunto da Marta un equilibrio accettabile tra delirio, insight, consapevolezza riflessiva: il che le permetteva di intercalare con un “ma forse questa è solo una fantasia” il suo racconto di fatti realmente avvenuti.

Dopo essere stata dimessa, Marta riprese l’analisi, a tre sedute, per un certo tempo faccia a faccia.

14 ottobre 2011

Sul contributo di Carnaroli

Franco De Masi

Vorrei dedicare qualche nota al generoso e onesto contributo di Carnaroli al nostro dibattito.

Innanzitutto mi domando perché le crisi psicotiche dei pazienti avvengono frequentemente durante le pause dell'analisi come è avvenuto anche per questa paziente. Le vacanze sono un momento assai delicato per il paziente psicotico perché l'analista viene a mancare come presenza. Ma non è come per il paziente nevrotico che può sentire l'abbandono e soffrirne. Il paziente psicotico perde una voce (l'analista) che lavora in alleanza con la sua parte sana che, non più sostenuta dal lavoro analitico, è più facilmente colonizzabile dalla parte psicotica.

Sottolineo ancora l'importanza di lavorare sin dall'inizio della terapia sul potere della parte psicotica di portare il paziente al delirio.

Carnaroli, a mio parere, con molta attenzione e tenacia, cerca di percorrere le vicende transferali per arrivare a una interpretazione mutativa.

Nello stesso tempo vuole offrire alla paziente l'esperienza di un nuovo oggetto capace di farla crescere e superare il blocco emotivo e l'angoscia dell'esperienza con la madre psichicamente disturbata.

Il non aver lavorato precocemente sul delirio (e sul primo episodio) è stata la causa dei miei insuccessi del passato, di cui uno molto drammatico di cui dò notizia nel mio libro. Anch'io al tempo trattavo il paziente come si fa normalmente con un paziente nevrotico (peraltro con un graduale miglioramento dello stesso paziente) e rimasi veramente stupito e drammaticamente sorpreso quando, durante una vacanza estiva, il mio paziente entrò in un altro grave episodio psicotico e allucinatorio che l'allontanarono dalla terapia.

La specificità del lavoro analitico con i pazienti psicotici consiste nell'enucleare sin dall'inizio l'attività delirante che viene di solito nascosta all'analista e per questo diventa più pericolosa.

Nel caso presentato da Carnaroli è evidente che la paziente aveva già sofferto di una psicosi infantile con fenomeni allucinatori.

Nell'analisi questa vicenda si ripete e la paziente soffre di fenomeni allucinatori ogni volta che comincia a percepirsi come viva. La mia ipotesi è che la paziente fosse dominata da una parte psicotica che era contro il suo miglioramento e che la minacciava ogni volta che ella tendeva, anche grazie all'aiuto analitico, a sottrarsi al suo dominio.

Questa è la parte psicotica, invidiosa della sua sanità mentale, di cui bisogna parlare continuamente alla paziente. Lascio da parte l'idea che questa parte psicotica può essere stata originata dall'esperienza con un madre matta percepita come invidiosa della crescita e vitalità della bambina.

Voglio dire solo che mi sembra importante individuare la sorgente delle voci allucinatorie come la parte psicotica. In altre parole indicare qual è, nel mondo interno della paziente, il nemico da cui si deve guardare e che deve imparare a contenere nella sua azione terroristica.

La paziente nel delirio si vive come distruttiva e colpevole (è preda di un Super-io psicotico che di solito spinge il paziente all'eccitazione per poi colpevolizzarlo).

Lei sa che è stata “riprogrammata” cioè che ha perso la sua autonomia ed è prigioniera della parte psicotica che gli proietta continuamente un film terrificante e in parte sessualizzato, di cui lei è la protagonista.

Ho apprezzato molto il lavoro di Carnaroli.

Volevo solo segnalare come tecnicamente non si può mai perdere di vista il delirio e l'azione della parte psicotica, prima che questi si manifestino apertamente e catastroficamente.

Già nella mia nota introduttiva ho affermato l'importanza a questo scopo della comprensione dei sogni « psicotici ». Nel caso dei pazienti psicotici il transfert va eventualmente interpretato quando ci siamo davvero lasciati alle spalle la potenziale evoluzione psicotica e il paziente funziona prevalentemente su una modalità nevrotica.

16 ottobre 2011

Relazione corpo-mente, spazio-tempo e contenimento della catastrofe.

Riccardo Lombardi

Ho trovato interessanti molti interventi, ma mi fermerò qui su alcuni aspetti del materiale di Carnaroli. Il suo caso mostra, tra l'altro, l'attualità della psicosi nella misura in cui ci fa vedere come l'analista se la può trovare davanti, anche quando inizialmente la devastazione psicotica non è evidente. Carnaroli mostra una non comune sensibilità al problema della relazione corpo-mente e desta la mia ammirazione per la sua tenuta di fronte alla gestione di un caso così estremo.

A proposito di questo caso, De Masi ha notato che si può lavorare con il “*mondo interno della paziente, il nemico da cui si deve guardare e che deve imparare a contenere nella sua azione terroristica*”. Da parte mia non so se riferirsi all'idea di un mondo interno e di parti terroristiche non rischi di portarci troppo avanti rispetto ai livelli primitivi di questo caso, dove -mi sembra- una prima matrice identitaria cerca di farsi avanti a partire dal riconoscimento di un nucleo fisico molto concreto.

Nel delirio Marta si trova a Lima in Perù nell'800 avanti Cristo. Se il corpo di Marta è, mettiamo, a Firenze nel 2011, la sua mente è esplosa nel Sud America del tempo degli Incas. Una catastrofe nello spazio-tempo - come giustamente la chiama Carnaroli - per cui la paziente si trova esplosa ad una distanza di 10.000 km (10.789 Km, per l'esattezza) e 2.800 anni rispetto allo spazio-tempo reale in cui effettivamente è collocata.

Ma guardiamo alla prima fase dell'analisi, seguendo Carnaroli:

“In analisi stavamo dunque parlando di come Marta stesse da tempo convocandomi ad assumere il ruolo di “Mastro Lindo”, di “posteggiatore” che posteggia al posto suo (entrambe immagini estrapolate da suoi sogni), e di come l'analisi si disponesse ad essere un'analisi “tisana”, “diuresi”, “dialisi” (...immagini derivate da fatti: per es.

Marta assumeva una gran quantità di tisane depurative, e andava in bagno per far pipì due volte a seduta)”.

La paziente sembra dare segnali che mettono in primo piano il corpo: un corpo che urina, che viene accudito con tisane, accudito con l'essere accompagnato in bagno durante le sedute. Questi segnali si fanno evidenti nella concretezza della stanza di analisi e vengono rappresentati nei sogni. Carnaroli è consapevole dell'importanza dell'affiorare di materiale con riferimento corporeo e fa riferimento all'ipotesi dell'Oggetto Originario Concreto (O.O.C) utilizzata da Ferrari e da me. Egli al tempo stesso fa riferimento al transfert, sottolineando il ruolo dell'analista come nuovo oggetto – un punto condiviso anche da De Masi. Carnaroli è quindi attento a non perdere d'occhio le matrici storiche del transfert e la sua riattualizzazione.

Anche se Carnaroli è molto attento al ruolo della relazione corpo-mente, credo ci siano delle differenze di punti di vista tra di noi, soprattutto in relazione al focus da usare negli interventi analitici diretti al paziente. Può darsi, però, che Carnaroli ed io siamo più vicini di quanto ho inteso: nel qual caso colgo l'occasione a pretesto per chiarire la mia posizione.

Un primo punto riguarda come possa essere inteso l'analista-Mastro Lindo e l'analista-posteggiatore.

Carnaroli scrive:

“Questo ci ricordava – nel nostro dialogo analitico – di come questo rapporto “Mastro Lindo/dialisi/diuresi” fosse proprio molto simile a quello che lei, Marta, aveva avuto per tanti anni con sua madre (persona che aveva avuto seri problemi psichiatrici), alla quale doveva andare a confessare tutto ma proprio tutto ogni qualvolta aveva avuto delle esperienze e delle sensazioni vitali che però nella sua mente si configuravano immediatamente come rappresentazioni disgustose (delle quali c'era appunto da liberarsi tramite confessione). Discutendo di queste cose, ci fu chiaro come fosse proprio il caso di andare avanti rispetto a questo cliché, perché esso era foriero di un circolo di staticità, ossia di un ripetitivo passaggio da rappresentazione disgustosa a confessione, senza mai arrivare a “sdoganare” quel tanto di spinte vitali che stava “sotto” il compulsivo carattere repellente dell'idea”.

Se comprendo bene il commento di Carnaroli, Mastro Lindo rimanderebbe alla madre di Marta e alla riattualizzazione di questo rapporto in analisi. Da questa elaborazione si riesce a mobilitare una staticità di Marta che rifiuta le sensazioni, sdoganando così le sue spinte vitali, altrimenti sentite come disgustose. Senza dubbio Carnaroli lavora nell'area che anche io ritengo più urgente: il problema se questo tipo di avvicinamento è sufficiente, o, con un paziente del genere, non lasci ancora margine ad equivoci.

Se diamo uno sguardo ad internet troviamo uno spot di Mastro Lindo che può forse ampliare in senso associativo i dati offerti da Carnaroli. Vedi: www.youtube.com/watch?v=c4kqve8xraM&NR=1 . Non è escluso infatti che la presentazione onirica di Marta sia influenzata dalla componente visiva del film su Mastro Lindo, come accade a molti pazienti gravi che usano frammenti di film come una alternativa alla funzione onirica. Nello spot Mastro Lindo permette di tenere puliti i luoghi deputati alla fisicità come il bagno e di detergere superfici sino al punto che possono funzionare come uno specchio. Nello spot pubblicitario la signora pulisce le mattonelle, si guarda, ovvero guarda il suo corpo riflesso, ed esclama: “Mi ci vedo!”

Tornando al materiale, vedrei l'andare in bagno di Marta in seduta, le tisane e il contenuto dei sogni come comunicazioni che ci parlano della possibilità di **aprire ad una percezione dell'esistenza del corpo come oggetto reale**: un proprio corpo reale che Marta può, quando vuole, accudire in vario modo, come accade attraverso l'offerta di tisane o nell'atto di portarlo al gabinetto. Un corpo che può essere scoperto in quello spazio per la fisicità che è il bagno dell'analista – traslazione di una scoperta che avviene durante la seduta in presenza di una rêverie analitica. Il riferimento al bagno ritorna nel riferimento al Mastro Lindo, che 'deterge' la superficie in cui la paziente può riconoscersi e ritrovarsi: "Mi ci vedo!".

Per quanto comprendo, Carnaroli dal canto suo propone un lettura che coinvolge la coppia analitica nella sua funzione di sdoganare spinte vitali non integrate ('rigettate', direbbe forse qui Correale). E il riferimento al Mastro Lindo diventa "*Mastro Lindo/dialisi/diuresi*" con rimando al "*confessare tutto ma proprio tutto*" caratteristico della relazione con la madre. Carnaroli introduce quindi in analisi una metafora che possa esprimere sia il passato che l'attuale cambiamento che è in corso, sia la relazione della paziente con le sue spinte vitali che la relazione con l'analista Mastro Lindo.

Qual è allora la differenza che propongo rispetto alla lettura di Carnaroli?

La differenza è che io non offrirei al paziente alcuna sottolineatura del ruolo dell'analista. C'è troppo rischio di confusione e di slittamento su un versante pseudo-relazionale. Dico pseudo-relazionale perché qui non c'è ancora alcuna identità definita della paziente in grado di reggere un qualsiasi confronto relazionale. Ogni riferimento all'analista rischia di diventare un pretesto per una emorragia narcisistica, proprio lì dove una prima organizzazione narcisistica del paziente stenta ad affermarsi. Inoltre l'uso della metafora in relazione a Mastro Lindo – come fa Carnaroli- mi sembra altrettanto rischiosa in questo contesto, visto che la paziente mostra un difetto di pensiero con confusione tra astratto e concreto, per cui il pensiero metaforico è a dir poco precario.

Da parte mia metterei viceversa con forza l'accento percettivo sulla scoperta di un corpo concreto. Nessuna comunicazione metaforica quindi, ma solo la percezione di un livello concreto brutto (il corpo). E metterei l'accento sulla funzione che la paziente sta mettendo in moto in relazione a sé stessa: in questo senso la paziente "È" Mastro Lindo, che -detossicando l'impatto saturante delle sensazioni fisiche- crea le condizioni per accedere alla percezione della concretezza del proprio corpo. Nessun riferimento all'analista nelle comunicazioni al paziente, bensì enfasi sulla paziente – e sul ruolo che la paziente assume di fronte a sé stessa. Nessun riferimento al pensiero metaforico, ma solo riferimento ad una attività proto-percettiva – una percezione che cerca di attivarsi in un area non facile, perché iperdensa di concretezza. Come nello spot di Mastro Lindo, Marta deve lavorare per emergere dalla confusione dell'indistinto ed accedere ad una percezione di Sé e del suo corpo. Se diamo credito al legame tra le comunicazioni di Marta e lo spot di Mastro Lindo, nel "Mi ci vedo!" appare all'orizzonte un primo possibile profilarsi percettivo (mentale) dell'identità dell'analizzanda.

In mancanza di questa integrazione la paziente è condannata ad una paralizzante dissociazione tra corpo e mente, come appare nel materiale per cui la paziente o è un

quadrato – ovvero una figura geometrica, un oggetto ‘mentale’ astratto- o è ‘spogliata tutta’ e ‘festa porno’ – ovvero un mero corpo concreto.

E l’analista-posteggiatore? Carnaroli non ci dà, mi sembra, notizie specifiche. Per parte mia potrei azzardare che la paziente stia qui evocando il suo iniziare a posteggiare il suo corpo. [A margine ricordo che la scoperta del “posteggiare” da parte di un paziente in preda ad un transfert omicida nei miei confronti, ha contribuito non poco a far sì che io stia ancora qui a poter dialogare con i colleghi]. Posteggiare all’interno di un confine spaziale potrebbe allora fornire a Marta la rappresentazione di una identità definita nello spazio-tempo, come l’area destinata al posteggio delle auto definisce un possesso ed un diritto. Ma anche qui direi che non esiste nessun analista-posteggiatore: esiste viceversa la Marta-posteggiatrice che può mettersi in moto, esercitando – se volete- una sua prima funzione auto-analitica.

L’importanza di un materiale del genere – ovvero la possibilità di poter aprire ad una prima collocazione in uno spazio-tempo reale- diventa forse più comprensibile alla luce del frantumarsi del confine spazio-temporale di Marte nella fase delirante. Alla esplosione di 2.800 anni e 10.000 km si contrappone nel ‘modello mentale’ (Lombardi 2004) del posteggio una definizione percettiva e mentale che coincide con i confini dello spazio-tempo corporeo reale di Marta.

Secondo questa mia prospettiva lo strumento principale di avvicinamento dell’analista verso il paziente non è il transfert, né tanto meno la interpretazione del transfert, quanto piuttosto la rêverie (Bion 1962): in questo modo diventa possibile accompagnare una elaborazione che in primis nulla ha a che fare con la relazione oggettuale verso l’analista, bensì è centrata sulla relazione che il paziente ha con sé stesso. Nel catalizzare questa relazione, l’analista diventa quella parte di sé che corrisponde al paziente ed opera essenzialmente come se fosse all’interno del paziente stesso, per dar forza ai primi legami organizzativi tra corpo e mente.

La devastazione esplosiva del caso di Marta si presta tra l’altro ad illustrare le ragioni per cui nell’analisi degli psicotici son necessari attenzione e rigore al massimo grado: è qui evidente che l’elaborazione analitica si trova a contrastare e contenere una spinta centrifuga di potenza devastante. Per questo motivo non va perso di vista che in queste fasi di elaborazione noi ci muoviamo in un contesto centrato sull’ “Uno”, in cui esiste SOLO l’analizzando. Qualcosa che - tanto per echeggiare l’allargamento di confini vissuto da Marta - ci riporta al pensiero formulato 25 secoli addietro da Parmenide, per cui, nell’ambito che compete all’Essere, l’Uno corrisponde ad una totalità.

Soprattutto in contesti clinici come quello di Marta, noi analisti possiamo agire come mera controparte interna del paziente. In questo modo l’analista può provare a promuovere una integrazione che è complementare ad una dis-integrazione esplosiva di 10.000 Km e 2.800 anni. Il focus di elaborazione andrebbe quindi identificato con la massima precisione possibile. Già Bion notava che nei casi con difetto di pensiero basta che la comunicazione dell’analista sia appena, appena imprecisa per risultare sbagliata, visto che il paziente non ha strumenti per poter adattare le imprecisioni della proposizione analitica.

Andando a finire vorrei riprendere la notazione di De Masi sulla pericolosità delle vacanze: egli ci dice che il paziente, perdendo l’analista, perde una voce che lavora con la sua parte sana e si trova più facilmente esposto alla colonizzazione dalla parte

psicotica. Condivido questa sua idea, ma mi sembra che questo sia solo un aspetto del problema.

Vorrei allora mettere l'accento sulla condizione clinica in cui il paziente arriva alle vacanze. Ritengo che, nei casi più gravi, se l'analista non riesce a dare forza sufficiente ai proto-movimenti integrativi del paziente sull'asse della relazione corporeamente, il paziente si trova esposto a grave rischio di disorganizzazione. E' importante essere consapevoli che, affrontando il paziente psicotico, lo psicoanalista lavora sulla carta millimetrata, nel senso che il tempo – limitato!- a sua disposizione è prezioso e che ogni singola battuta, ogni interazione di dialogo analitico, va messa a frutto nel migliore dei modi. Infatti tutto ciò che noi siamo riusciti a guadagnare sul piano della integrazione interna del paziente, verrà duramente messo alla prova in occasione della prossima vacanza analitica. E questo non solo per la pressione della parte psicotica, ma soprattutto per il rischio di mancanza di un primo interlocutore interno che il paziente trova nella relazione con sé stesso. Infatti trovando sé stesso la mente del paziente trova anche la cornice spazio-temporale che gli deriva da avere un corpo reale: un limite spazio-temporale che contrasta la tendenza ad una esplosione che tende verso l'infinito – come vediamo, appunto, nel caso di Marta. E questa relazione del paziente con sé stesso non va affatto confusa con i cosiddetti “oggetti interni” che sono l'esito di un processo introiettivo e identificativo.

In questo senso ogni istante dell'analisi con questi pazienti è cruciale ed ogni intervento nel dialogo analitico va trattato con concentrazione estrema. Una questione di vita e di morte può esser sempre dietro l'angolo nel trattamento di questi analizzandi; non solo quando l'esplosione catastrofica si svela nella sua evidente devastazione.

17 ottobre 2011

Sul resoconto clinico di Carnaroli

Antonello Correale

Ho sempre qualche difficoltà a discutere un resoconto clinico a distanza, perché temo che la comunicazione scritta, e per di più online, non possa fare a meno di semplificare il resoconto e comunque di privarlo di quello sfondo associativo e biografico, senza il quale la discussione rimane parziale.

È vero però che il nostro tema è così importante e il resoconto di Carnaroli così rappresentativo e esemplare, che penso sia opportuno superare questa perplessità.

Mi sembra che il caso portato da Carnaroli, oltre a essere molto ben descritto, si presti a definire meglio alcune distinzioni teoriche, che hanno forti ripercussioni sulla clinica e sulla modalità di intervento dell'analista.

Direi che ciò che caratterizza questa paziente è una sorta di eccessiva e troppo intensa “penetranza”, che si attiva nell'incontro coll'altro significativo e quindi anche coll'analista.

Per “penetranza” intendo l'attivarsi di intense fantasie di commistione corporea, che si accentuano in modo tumultuoso, quando sale l'intensità emotiva, per esempio nei periodi di separazione, ma non solo.

In queste fantasie, il desiderio di incontro coll'altro assume il carattere di frammenti corporei dell'uno o dell'altro che si scambiano, si intersecano, entrano e escono dal corpo dell'uno o dell'altro. È una specie di commistione inevitabile di desiderio o paura, di fame avida e di terrore, come se ad ogni slancio corporeo corrispondesse un tentativo di capovolgimento nel suo contrario, "Non sono io che voglio entrare in lui, ma lui che vuole entrare in me e viceversa".

Ma c'è un secondo fattore. Questi frammenti corporei, eccitati e eccitanti, assumono un carattere di sospensione extratemporale e spalancano il senso di una sacralità terrorizzante, come se fossero piccole divinità persecutrici e seduttrici.

Io credo che il rapporto originario coll'oggetto-madre sia stato caratterizzato da tremende fratture (la madre diventava un muro inaccessibile e in altri momenti un mostro altrettanto inaccessibile ma invadente) e che il modo di riempire queste fratture sia stata questa modalità, che ho chiamato di "penetranza", in cui aggressività e desiderio sono mescolate in modo inestricabile.

Queste fantasie assumono inoltre un carattere di "irruzione" invasiva e paralizzano l'incontro, o dilagano, psicotizzando l'atmosfera in modo incontenibile.

È qui che il concetto di rigetto mi pare utile. Rigetto come profonda modifica dell'oggetto corpo (proprio e della madre) che viene sentito, quando sale la tensione emotiva in seguito alla frattura, come rifiutato in certa misura: ma, proprio perché rifiutato, verrà poi avvertito come ritornante, carico di potenza eccitatoria e minacciosa. Trovo invece che classificare il tutto come l'espressione della prepotenza, di una parte onnipotente, violenta e mortifera contro una parte vitale, rischi di dividere la paziente in due, spingendola a un eterno braccio di ferro con se stessa, impregnato di spaventosi sensi di colpa.

D'altra parte, classificare questi eventi come transfert erotizzato psicotico, se da un lato è legittimo, dall'altra rischia di buttare via, colle fantasie corporee ipereccitate e violente, anche la parte amarevole che c'è nella paziente, che è inestricabilmente legata alla prima.

Mi viene in mente una frase di Rilke: non mi togliete i miei demoni, perché altrimenti anche i miei angeli mi abbandoneranno.

Peraltro è vero che la paziente vuole "tornare" al corpo, all'oggetto originario. Ma anche il corpo è sottoposto al rigetto e assume un carattere iper concreto e enigmatico, per cui questo ritorno diventa di fatto l'incontro con qualcosa al tempo stesso iperfamiliare e sconosciuto.

Come procedere? Io credo che si debba ampliare il discorso sul corpo, non presentandolo diviso in corporeità buona e corporeità violenta, ma riflettendo colla paziente sul fatto che i due opposti continuamente si richiamano e che la bocca può sia baciare che mordere, che la mano può sia accarezzare che colpire. Abituarla lentamente a tollerare gli opposti, accettando, senza esplicitarlo, il transfert anche nelle sue componenti erotizzate, non nel senso di agirlo, come è ovvio, né di attivare climi seduttivi, ma di considerarlo come un substrato emotivo necessario per questo lavoro di ampliamento quasi dialettico degli opposti, e quindi limitandolo più con l'atteggiamento analitico complessivo, che non con interpretazioni specifiche.

Il tema meriterebbe ulteriori approfondimenti, ma vorrei per il momento fermarmi qui, ringraziando ancora Carnaroli per la preziosa opportunità.

18 ottobre 2011

Trasformazioni

Claudia Peregrini

Dice la paziente dell'intenso e coraggioso testo di Carnaroli:

“In analisi stavamo dunque parlando di come Marta stesse da tempo convocandomi ad assumere il ruolo di “Mastro Lindo”, di “posteggiatore” che posteggia al posto suo (entrambe immagini estrapolate da suoi sogni), e di come l’analisi si disponesse ad essere un’analisi “tisana”, “diuresi”, “dialisi” (...immagini derivate da fatti: per es. Marta assumeva una gran quantità di tisane depurative, e andava in bagno per far pipì due volte a seduta)”.

Provo adesso a riassumere, molto a spanne, quello che ho capito dei tre interessanti commenti a questo lavoro.

Dice Riccardo Lombardi: “La paziente sembra dare segnali che mettono in primo piano il corpo: un corpo che urina, che viene accudito con tisane, accudito con l’essere accompagnato in bagno durante le sedute. Questi segnali si fanno evidenti nella concretezza della stanza di analisi e vengono rappresentati nei sogni. Carnaroli è consapevole dell’importanza dell’affiorare di materiale con riferimento corporeo e fa riferimento all’ipotesi dell’Oggetto Originario Concreto (O.O.C) utilizzata da Ferrari e da me. Egli al tempo stesso fa riferimento al transfert, sottolineando il ruolo dell’analista come nuovo oggetto – un punto condiviso anche da De Masi. Carnaroli è quindi attento a non perdere d’occhio le matrici storiche del transfert e la sua riattualizzazione...”

Lombardi, attentissimo alla relazione mente-corpo, a differenza di Carnaroli non offrirebbe da subito alcuna sottolineatura del ruolo dell’analista, perché c’è troppo rischio che diventi un pretesto per un’emorragia narcisistica...(Si tratta di una pseudo relazione, quella tra analista e paziente, da non commentare, né interpretare, per il momento). Mastro Lindo (dallo spot pubblicitario) è la paziente stessa che sta detossicando l’impatto saturante delle sensazioni fisiche, e crea così le condizioni per accedere alla percezione della concretezza del proprio corpo.....

Anche Franco De Masi dice che il transfert va interpretato solo quando ci siamo lasciati alle spalle la psicosi e siamo entrati nel campo della nevrosi. (Naturalmente Carnaroli sta parlando di uno specialissimo transfert...e di uno specialissimo controtransfert). De Masi poi sottolinea un fatto fondamentale: se l’analista non lavora fin dall’inizio sul delirio e sulla parte psicotica nascosta, presente fin dall’infanzia sotto forma di ritiri e fenomeni allucinatori, onnipotente, invidiosa, violenta, che vuole sotto il suo dominio la parte sana, incline invece all’analisi, rischia di perdere il paziente.

Antonello Correale: la paziente vuole tornare al corpo, all’oggetto originario, ma anche il corpo è sottoposto al **rigetto**, e assume dunque un carattere iper concreto e enigmatico, per cui questo ritorno diventa di fatto l’incontro con qualcosa che è al tempo stesso iper familiare e sconosciuto.

Correale propone di parlare con la paziente del fatto che la bocca può sia baciare che mordere, che la mano può sia accarezzare che colpire...si tratta di abituarla lentamente a tollerare gli opposti, accettando, senza esplicitarlo, il transfert anche nelle sue componenti erotizzate...

Tre vertici teorici differenti. La differenza maggiore la vedo in De Masi .

Torniamo adesso per un momento alla relazione mente-corpo, ben presente nello scritto di Carnaroli e nei tre commenti che ho cercato di riassumere. Possiamo accomodarci con una certa facilità nel momento teorico ricordato da Grotstein (2007): Bion ha ragione nel proporre l'assunto che l'elemento beta (fisico) dia luogo all'elemento alfa (mentale). (Questo è anche il presupposto, mi pare, di tutti gli interventi in web sul caso Marta).

Ma se invece presumiamo (continua Grotstein) che la differenziazione tra mente e corpo sia un'illusione (fatto per altro ricordato da Bion in molti punti del suo lavoro), la questione diventa assai più problematica. Ritornare a, o vedere riemergere l'O.O.C. (l'oggetto originario concreto, le sensazioni vitali emergenti dal corpo/cervello darwiniano...), e di lì muoversi progressivamente verso il mentale, come suggerisce Lombardi ricordando Ferrari, secondo questa nuova prospettiva perde di senso. Vediamo perché.

Se immaginassimo che gli elementi beta non si trasformano affatto in elementi alfa, che non esiste cioè alcun O.O.C. che "deve" trasformarsi e venire integrato, quanto *«piuttosto siamo noi che ci trasformiamo; in realtà è la nostra percezione soggettiva degli elementi beta che subisce una trasformazione. In altre parole, la nostra percezione degli elementi alfa si trasforma, non si trasformano gli elementi beta stessi...soltanto colui che percepisce la verità, può trasformarsi...»* (Grotstein, 2007, 72)... (E, a questo punto si apre in Grotstein tutto il rovesciamento di prospettiva sugli elementi beta che sarebbero sempre e comunque degli alfa (simultaneamente, non prima e dopo), degradati), la questione della relazione mente corpo cambierebbe molto.

Non è certo per parlare di Grotstein che dico questo. Avrei potuto citare altri vertici teorici, altri autori. Dico solo che la questione non è banale, né si può rispondere immediatamente che per pensare e parlare bisogna distinguere (perciò usiamo la dicotomia mente corpo).

Mi preme solo sottolineare che questa questione ha vaste ricadute cliniche. Tanto più, mi pare, con pazienti gravi come Marta (almeno nel momento in cui ce la presenta Carnaroli), e in certi passaggi dell'analisi.

Con questo punto di vista in mente, per esempio, siamo sicuri che continuano ad avere molta importanza le nostre tradizionali teorie (esplicite e implicite) di riferimento? Non dico che possiamo non averne, certo...Ma ha davvero molta importanza accennare, o non accennare, da subito, a quello specialissimo transfert-controtransfert di cui parla Carnaroli, piuttosto che prendere in considerazione esplicita da subito la parte onnipotente delirante nascosta o evidente, piuttosto che, all'interno della rêverie, rivolgersi all'O.O.C.....?

Dal mio punto di vista, all'interno di questa prospettiva per così dire simultaneista, non sono queste le cose importanti, anche se si tratta di cose interessantissime. Importante diventa invece pensare insieme a quali possono essere state le trasformazioni a cui l'analista (Carnaroli) ha sentito di andare incontro seguendo Marta, o il campo, o quello che si vuole... (Tra l'altro, come mi piacerebbe avere di lei un'immagine! Come mi piacerebbe sapere qualcosa di più sulle sue allucinazioni infantili!)

Poi, perché l'insicurezza ontologica assoluta di Marta, il suo bisogno assoluto di non avere bisogni (ma c'era già Mastro Lindo con Marta-Coppia analitica, a quel punto), hanno ripreso il sopravvento nella separazione estiva? L'analista l'aveva pensata più pronta di quello che in effetti era a stare sola? Marta aveva il numero di telefono e per lo meno appuntamenti telefonici previsti con il suo analista-mastro Lindo? (Che poi è stato l'eroe Mastro Lindissimo Cantastorie private, che ha saputo riacciuffarla, **agendo**, e andandosela a riprendere in quell'ospedale, tra i quadrati magici..) Non è tanto quello che si immagina e si dice, neppure con i più straordinari stati di rêverie..., a mio parere, perché i pazienti gravi, gravi prima di tutto per loro privatissime ragioni, e poi perché

hanno avuto madri e padri che uccidevano ogni loro spinta vitale, hanno bisogno di analisti che sappiano lasciarsi trasformare (role responsiveness?...di Carnaroli) in oggetti deanimati, in un viaggio trasformativo che è di grande espoliamento, e li sappiano stare tutto il tempo necessario. Punto. Con qualche accompagnamento verbale, certo.

Allora, lentissimamente, qualche volta, questi pazienti possono andare incontro a trasformazioni che li traghettano verso una incostante, frantumata umanizzazione...

Ho sentito una cosa bellissima sabato pomeriggio, al convegno su Zapparoli: l'unico vero fattore terapeutico nella psicosi è l'intersoggettività. Non l'intuito, non la buona volontà, non la bravura o la competenza teorico-clinica, ma l'autenticità (termine abusato!), e quella qualità speciale (*che nessuna teoria, neppure la bioniana, ha saputo veramente descrivere*) per cui due esseri, e i loro due linguaggi, ogni tanto si attraversano, come dire, poeticamente, lasciando da parte il cortocircuito del senso. (Il corsivo è mio).

Penso che di questo cortocircuito (del senso e delle teorie) abbiamo molto bisogno sempre e solo noi analisti, soprattutto nei casi gravi.

22 ottobre 2011

Il diavolo, il Super-io psicotico, il Vaso di Pandora

Francesco Carnaroli

Ringrazio i colleghi che hanno commentato il caso di Marta. Per non debordare troppo, mi limito a rispondere ai commenti di De Masi e di Lombardi.

Condivido con De Masi (14/10) – in riferimento a *questo* caso clinico – la necessità di interpretare quanto più precocemente possibile gli attacchi terroristici provenienti dalla parte psicotica, fonte dei continui flash allucinatori, e che spinge la paziente all'eccitazione per poi colpevolizzarla.

De Masi aggiunge: “questa parte psicotica può essere stata originata dall'esperienza con un madre matta percepita come invidiosa della crescita e vitalità della bambina”.

Come ho accennato, Marta crebbe in una famiglia in cui tutte le spinte vitali erano state rigettate, ed entrambi i genitori conducevano una vita evitante, ritirata. La madre aveva avuto problemi psichiatrici, ed era una persona molto diffidente.

La psicosi infantile di Marta (a cui accenna De Masi) era costituita da una follia a due, da una *relazione simbiotica psicotica* fra la bambina e la madre.

La madre era rigettante rispetto alla maggior parte sia degli elementi espressivi emergenti da parte di Marta, sia degli aspetti nuovi della realtà esterna con cui Marta veniva in contatto. Per es. questa madre – quando accompagnava Marta al giardino pubblico - esprimeva diffidenza rispetto agli altri bambini e alle altre madri.

Penso che questo atteggiamento della madre abbia costituito il contributo materno all'istituzione di un Super-io psicotico in Marta⁴.

⁴ Penso però che questa caratteristica dell'ambiente primario sia una caratteristica necessaria ma non sufficiente per l'instaurazione di un tale Super-io. A mio parere non è corretto porre un rigido nesso causale fra certe caratteristiche ambientali e certi esiti patologici. Per riportare un es. che in questo dibattito è stato portato da Seganti (5/10), dal fatto che il piccolo Schreber sia cresciuto in una famiglia che uccide (Schatzman, 1973), secondo i dettami della torturante educazione totale del padre pedagogista (Schreber, 1858-1861), non consegue necessariamente la successiva paranoia di Schreber (anche se tale esito è piuttosto probabile). Ogni bambino è attivo e creativo nell'elaborare la realtà ambientale che gli è data: interagisce fin da principio con essa.

Sappiamo che il bambino piccolo si volge verso il volto della madre per valutare se gli oggetti e le situazioni sono buoni o cattivi, accessibili o pericolosi.

In un mio intervento (4/5/2011) nel dibattito spiweb online su *Strutture adattive patogene* (www.spiweb.it/IT/index.php?option=com_content&task=view&id=1428&Itemid=227) ho menzionato a tale proposito il fenomeno del “riferimento sociale”:

“Robert Emde mise a punto l’esperimento del “*precipizio visivo*” o “falso abisso” (Emde, 1988, 161; 1989, 57), compiuto con bambini a partire dai 6-8 mesi. Tale dispositivo sperimentale è il seguente: vi è un bambino che cammina carponi e la madre gli è vicina. Il bambino si trova davanti un piano di vetro, con sotto uno spazio vuoto. Il bambino si accinge a camminarvi sopra, anche mosso dalla curiosità verso figure che appaiono sul piano sottostante. Ma prima di andarci sopra, si volge a guardare l’espressione del volto della madre. “Se la madre mostra allegria o interesse, il bambino attraverserà quella zona. Se la madre mostra paura o rabbia, non l’attraverserà” (Emde, 1989, 57). Tale esperimento illustra il fenomeno del “*riferimento sociale*”, costituito dal fatto che il bambino, quando si trova in una situazione ambigua (che non è in grado di valutare come sicura o pericolosa), si volge verso la madre per ottenere una valutazione: come se il caregiver fungesse da “*faro di orientamento*” per l’esplorazione (Mahler, Pine e Bergman, 1975).”

In una relazione primaria sufficientemente buona, la relazione interspichica della madre con il bambino facilita – in quanto portatrice di rêverie - la formazione della relazione intrapsichica del bambino con se stesso, facilitando la formazione di un *inconscio emotivo* (De Masi, 2000; 2010), di una *rete di contatto* (Ferrari & Stella, 1998; Lombardi, 2004) per cui i contenuti emergenti vengono sognati/metabolizzati. Attraverso questa via il bambino apprende a fidarsi della propria esperienza emotiva come parte ineludibile della propria capacità di valutare correttamente i fatti della realtà (Damasio, 1994).

Ma l’influsso materno può anche essere, al contrario, intrusivo e colonizzante, istituendo con ciò un oggetto estraneo interiore, che impedisce lo sviluppo dei processi intrapsichici di mentalizzazione. Si ha in tal caso l’istituzione di un oggetto interno/Super-io psicotico, che produce rigetto dei contenuti emergenti interni anziché mentalizzazione di essi.

Ebbene, la madre di Marta rispondeva allo sguardo interrogativo della bambina codificando gran parte degli oggetti dell’esperienza come “cacca”, cattivi, schifosi, disgustosi.

Nel “quadrato della claustrofobia” di Marta (che poi è la casa del suo corpo, di cui lei non è padrona), se in un angolo c’è il “diavolo”, non è perché i contenuti emergenti in quella parte siano di per sé diabolici, ma perché essi sono denominati come tali al loro nascere, ad opera del Super-io psicotico (direttrice sadica).

Perciò, anche se conosco e condivido il quadro di riferimento teorico-clinico di Lombardi (e di Ferrari), *in questo caso* non condivido la sua modellizzazione del problema che Marta (nella fase dell’analisi che ho presentato) ha col corpo come problema di un “livello concreto brutto”, di un “impatto saturante” che va detossicato (Lombardi, 16/10).

Il problema di Marta è che fra il suo corpo vissuto e il suo Io metabolizzante/riflessivo si è sempre incuneato e frapposto un Super-io psicotico che ha immediatamente e precocemente nominato i contenuti emergenti come schifosi/disgustosi. L’Io di Marta non è mai stato padrone in casa sua, nella casa del suo corpo. Perciò c’è stato un amplissimo fascio di contenuti emergenti che non sono mai potuti diventare oggetto di elaborazione da parte della funzione egoica/riflessiva di Marta. Marta è sempre stata

molto capace di pensare ed elaborare gli oggetti mentali a cui aveva accesso diretto, ossia quelli non sottoposti all'intermediazione materna: e proprio per costruirsi un ambito di libera-mente, Marta si è dedicata a studi intellettuali complicatissimi, in cui la madre non poteva intrudere perché non ci capiva un fico secco. Solo che questi interessi l'hanno portata a costruirsi una mente "cervello nella bacinella", che è come se stazionasse un metro sopra il cranio, rifuggendo la propria collocazione corporea.

L'Io di Marta si è sviluppato in modo fragile (nel senso di Federn, 1952) in tutti i campi vitali – fondamentali - in cui si è incuneato fin da principio il "traduttore" materno arcaico.

Questo Super-io psicotico ha sempre fatto sentire in modo molto concreto e terrificante la sua presenza (come ho cercato di mostrare): come in una sorta di condizionamento classico pavloviano, in cui la persona è ridotta a percepirsi come un topolino in gabbia, che – qualora cercasse di oltrepassare una determinata soglia – riceverebbe una scarica elettrica. Questa persona/topolino, anche nel setting accogliente, protettivo e rispettoso dell'analisi, tenderà ad evitare, per quanto possibile, l'esperienza (di cui ha costante premonizione) della propria elettrificazione. Il Super-io psicotico colonizza ed è padrone dell'immediata nominazione/ etichettatura degli eccitamenti endogeni. Li raffigura al loro sorgere come una parodia grottesca e disgustosa di ciò che essi sarebbero, e poi ingenera colpa e castrazione.

Durante l'adolescenza una volta Marta sentì una conversazione tra ragazzi: parlavano di uno spettacolo porno in cui Ilona Staller si era infilata un serpente nella vagina. Questa immagine fu immediatamente assimilata dal lessico allucinatorio del Super-io psicotico di Marta. E le sensazioni emergenti del corpo adolescente di Marta si traducevano in modo allucinatorio e assillante come "Ilona Staller che si mette un serpente nella vagina". Marta divenne sicura di essere *posseduta dal Diavolo*, e per questa sua certezza ebbe un primo breve ricovero a 20 anni. Durante il ricovero che ho precedentemente descritto, Marta mi raccontò – in tre incontri in sequenza - le seguenti ideazioni allucinatorie: 1) "Ho perso gli occhiali. Mi hanno detto che mi sono infilata degli oggetti nella vagina". 2) "Una voce mi ha detto che fra due giorni diventerò cieca". 3) "Ho visto gli occhi di un bambino che venivano affettati, e poi venivano messi in un tramezzino".

Le dissi: "Ma non sarà che questi occhi rappresentano la sua sana curiosità infantile?, che è sempre stata sbeffeggiata rendendola disgustosa? Alla fine del viaggio in Perù che lei ha fatto in questo luogo, la direttrice sadica vorrebbe strapparle gli occhi e mangiarseli in un tramezzino: ma invece questa può essere l'occasione per appropriarsi del proprio sguardo per guardare con esso le proprie cose".

Ma veniamo, ora, a "Mastro Lindo" e al "posteggiatore", che io ho descritto come rappresentanti di uno specifico transfert oggettuale che andava interpretato/elaborato/superato, e che invece Lombardi interpreta come albori di un rapporto intrapsichico trasformativo, fra la mente di Marta e il suo corpo proprio ("la paziente 'È' Mastro Lindo, che -detossicando l'impatto saturante delle sensazioni fisiche- crea le condizioni per accedere alla percezione della concretezza del proprio corpo").

In una sorta di *sindrome di Stoccolma*, Marta bambina si affidava totalmente alla madre: Marta se ne stava con le manine alzate in modo quasi-autistico, evitando di toccare le cose per timore che fossero sporche e cattive; lasciava che fosse la madre (depositaria della distinzione tra buono e cattivo) a decidere quali fossero gli oggetti che lei poteva toccare. D'estate al mare Marta non andava in prima persona a imbrattarsi le mani con la sabbia bagnata in riva al mare: se ne stava invece seduta sotto l'ombrellone. Era la mamma che andava a riempire il secchiello d'acqua, e lo portava da Marta, in qualche modo sterilizzandone il gioco.

La prima volta che è comparso Mastro Lindo in seduta, è stato col racconto di un sogno, in cui: *Marta stava sul water a fare la cacca. Sotto il water non c'era la normale tubatura a scomparsa, ma un grande ambiente buio. La mamma intanto stava dando il cencio per lavare il pavimento molto sudicio. E accanto a lei compariva Mastro Lindo in persona.*

Mastro Lindo – secondo Lombardi - non rappresenterebbe il ruolo che viene conferito all'analista in quella fase dell'analisi. Lombardi scrive: “Ogni riferimento all'analista rischia di diventare un pretesto per una emorragia narcisistica, proprio lì dove una prima organizzazione narcisistica del paziente stenta ad affermarsi”. Rispondo: proprio in quanto l'organizzazione narcisistica di questa paziente stenta ad affermarsi (...e non lo può se non comincia a sbarazzarsi del Super-io psicotico che la colonizza), l'interpretazione del transfert come aggrappamento simbiotico non provoca alcuna emorragia, proprio perché tende alla costruzione di un sé separato- individuato, che si senta “padrone in casa sua”, e che giunga a fare le pulizie come crede, secondo uno stile personale, in modo da essere infine lei stessa Mastro Lindo che fa un pulito che “ci si vede”.

Anche il “posteggiatore” proviene dai sogni di Marta, in cui lei (ancora bambina “manine alzate”) chiede alternativamente al padre o all'analista di posteggiarle la macchina, perché lei non ci riesce.

Infine. Searles negli *Scritti sulla Schizofrenia* (1965, 259) usò il mito del VASO DI PANDORA come metafora (poi ripresa da Barale & Ucelli, 1989) della crisi psicotica. Searles scrive: “Mi sembra significativo il fatto che, in moltissimi casi in cui la psicosi diviene manifesta, la causa occasionale, quale che sia, coincida sempre con una serie di circostanze che hanno portato il paziente a prender coscienza di certe verità su sé stesso e sui suoi rapporti con altri membri della famiglia; tali verità sono obiettivamente preziose e necessarie, e tali da costituire la base di una rapida integrazione della personalità. Ma esse giungono troppo rapidamente perché l'Io del paziente le possa assimilare; perciò l'Io regredisce, indietreggiando di fronte a quello che può ora essere considerato, nei suoi effetti, un vaso di Pandora scoperto. In tal modo quella che avrebbe potuto diventare, come probabilmente accade in moltissimi casi, nelle persone che non si troveranno mai ad avere bisogno di uno psichiatra, un'esperienza preziosa, creativa, tendente all'integrazione, un'esperienza di crescita, diventa invece un'esperienza che porterà alla psicosi via via che viene eretta contro la consapevolezza di quelle verità tutta una serie di difese patologiche (deliri, allucinazioni, depersonalizzazione e così via)”.

Non avrei mai augurato a Marta di avere una così terribile esperienza. Ma a posteriori posso dire che, poiché i contenuti emersi durante la sua crisi psicotica non sono andati dispersi, essi sono poi tornati utili per una successiva esperienza creativa di integrazione e di crescita.

22 10 2011

Chi è Mastro Lindo?

Vera Bolberti

Desidero partecipare al dibattito che sto seguendo con piacere e che mi ha accompagnato durante una crisi di un paziente, accaduta proprio in questo periodo, facendomi sentire sostenuta e meno sola.

Vorrei dire qualcosa sul sogno di Marta che Carnaroli nell'ultimo intervento racconta dettagliatamente. L'effetto che ha fatto a me è in netto contrasto con le cose uscite sia nella lettura che Carnaroli ne ha fatto, sia con la lettura che ne faceva Lombardi. Riporto qui il testo del sogno per discuterne i dettagli: "Marta stava sul water a fare la cacca. Sotto il water non c'era la normale tubatura a scomparsa, ma un grande ambiente buio. La mamma intanto stava dando il cencio per lavare il pavimento molto sudicio. E accanto a lei compariva Mastro Lindo in persona." Ricordo anch'io molto bene la pubblicità di Mastro Lindo e l'effetto che a me ha sempre fatto è stato, diversamente dall'opinione dei colleghi, piuttosto inquietante. Trovo inquietante che in una casa non debba bastare una semplice pulizia, ma che occorra invece un'opera di disinfezione\disinfestazione che renda la casa una specie di campo operatorio sterile, come suggerito dalla pubblicità, che esalta l'intervento di questo omaccione dall'aspetto che a me sembra falsamente bonario. Omaccione che a me richiama quello che emerge dalla storia di Marta, che ha appreso dalla madre a dipendere dalla sua azione di disinfestazione preventiva della realtà per potersene accostare. Allo stesso tempo questa abbagliante pulizia di Mastro Lindo mi fa pensare alla caratteristica della parte psicotica della mente che detiene la conoscenza assoluta della verità, in una lettura della realtà così assolutamente chiara e indiscutibile da trasformare la realtà intera in un fatto in sé, totalmente indigeribile e inaffrontabile. Credo invece che la mamma del sogno, che umilmente si dà da fare col cencio per lavare il pavimento sudicio (che si presume anche imbrattato dalla cacca di Marta, che non viene fatta sparire nei tubi, ma può essere raccolta dal pavimento del setting) e che lavora non nell'abbagliante certezza del pensiero delirante, ma funziona invece, richiamando Grotstein, introducendo "un raggio di intensa oscurità", rappresenti il prezioso lavoro che l'analista ha fatto e che si è andato a sedimentare nelle immagini del sogno. Questo ambiente buio, indeterminato, vago, a me ricorda un possibile primo costituirsi di un abbozzo di qualcosa che potrebbe diventare la cosa più simile a un inconscio. Come se ora sia il funzionamento Mastro Lindo, sia il funzionamento\mamma (non la mamma della realtà del passato però) fossero entrambe presenti nel campo analitico come potenzialità che potrebbero opporsi, dialogare, scontrarsi, trasformarsi reciprocamente, ecc. O anche infettarsi. Per esempio il funzionamento Mastro Lindo potrebbe essere diventato un funzionamento controtransferale, inducendo l'analista a sentirsi il buon portatore di un'igiene mentale che guarisca la paziente da ogni traccia di germi di malattia.... Scagli la prima pietra chi, seguendo questi pazienti gravi, a un certo punto non si sia trovato a cullare la fantasia di poterli risanare come cancellando ogni traccia di sofferenza. Illusione che è esattamente ciò che è andato a costituirsi nella mente dei pazienti come tentativo di autocura per sopravvivere a sofferenze senza nome e che hanno impedito loro di costituire un pavimento psichico che fosse la base della loro mente. L'idea che mi sono fatta io sul possibile compito che un'analisi potrebbe porsi con pazienti in cui il funzionamento psicotico (nelle sue varie declinazioni) è così prevalente, sia di condurli a venire a patti con la loro fragilità, accettando di accontentarsi di qualcosa che potrebbe sembrare veramente molto poco. Per alcuni potrebbe essere di arrivare ad accettare per esempio di avere davvero bisogno del supporto farmacologico, per altri potrebbe essere di aiutarli a riconoscere tempestivamente quando il funzionamento psicotico sta per avere il sopravvento (vedi ciò che dice De Masi sulla funzione del sogno nel suo intervento)...

E noi? Credo che anche noi dobbiamo imparare a riconoscere e valorizzare (anche al paziente) qualsiasi piccolissimo cambiamento, frutto, magari, di anni di lavoro, accettando anche di riconoscersi in qualcuno che tenta, con un cencio, di pulire un pavimento sudicio di un luogo oscuro rinunciando alla mirabolante efficacia di terapie risolutive.

23 10 2011

Qualche altro breve pensiero sul tema.

Carmelo Conforto

- Desidero accennare ai modi con cui spesso i pazienti schizofrenici nel rapporto col terapeuta propongono la frammentazione-deformazione della immagine corporea (sia propria che dell'altro), che può essere assunta pertanto come modello rivelatore delle presenze, dei progetti e dei contenuti emotivi di oggetti parziali frammentati, proiettati e introiettati, circolanti comunque, in una sorta di "sabba" interminabile, nelle bizzarre stanze della psicosi.

Sono grato a Carnaroli che nell'intervento "Il diavolo, il Super-io psicotico" narra le ideazioni allucinatorie di Marta. Mi ha colpito soprattutto : "Ho visto gli occhi di un bambino che venivano affettati, e poi venivano messi in un tramezzino", a cui l'analista risponde suggerendo la possibilità che la ragazza esprima in quel modo l'angoscia di distruzione della spinta a conoscere, proibita dal sadico Super-io. Giustamente Carnaroli offre a Marta la possibilità di recuperare pensabilità (e spazio mentale ove collocare i pensieri).

Ricordando Bion, ho ritrovato nel saggio "L'allucinazione" (1958) un forte riferimento all'allucinazione visiva e alla funzione degli occhi (della vista, ma non solo, come credo) intesi in due modi; come percorso dall'esterno all'interno della mente di un oggetto oppure come "tragitto" in direzione opposta, evacuazione di un oggetto intollerabile.

Ritornando a Carnaroli credo sia fondamentale, come suggeriscono e il modello della funzione materna "sufficientemente buona" e quello della *rêverie*, che Marta abbia trovato nell'analista la disponibilità a trattenere per un tempo sufficiente la comunicazione, provvista di terribili emozioni. Abbia cioè mostrato, nella risposta, la presenza in lui della spinta a conoscere, della curiosità, rendendosi così disponibile ad essere introiettato come oggetto che riabilita la tendenza a conoscere e che allontana Marta dal Super-io sadico e irragionevolmente bloccante.

David Rosenfeld (1992, 51) sostiene che la presentazione che lo psicotico fa del suo "schema corporeo psicotico primitivo" è un *modello* (sottolineatura mia) che incorpora meglio di altri modelli esplicativi la condizione del paziente, sia dal punto di vista evolutivo, (regressivo, aggiungo io), genetico e transferale. Aggiunge, a mio parere assai saggiamente, che ciò non significa che questo modello rappresenti la verità ultima (rischio riconoscibile nella "forza" della teoria), "ma che è solo un modello utile, allo stato attuale delle cose".

Proseguo presentando brevemente alcune esemplificazioni cliniche di quanto intendo, presentando frammenti in cui l'occhio, lo sguardo, sono protagonisti della comunicazione.

-Sabina Spielrein scrive (1911, 57) a proposito di "Il contenuto psicologico di un caso di schizofrenia":

P.: *Lei non ha mai avuto delle visioni?*

T.: *Sì.*

P.: *Qualche volta ha visto degli occhi nella neve?*

T.: *Non capisco bene che cosa voglia dire con questo.*

P.: *Lei però sa che l'acqua significa lacrime che vengono dal cielo?*

T.(dubbiosa): *Sì.*

P.: *L'acqua gela, diventa ghiaccio e neve.*

T.: *Che cosa sono allora gli occhi?*

P.: *Negli occhi si manifesta l'anima che per il dolore si è congelata trasformandosi in neve.*

-Una seconda *tranche* tratta dalla psicoterapia che ho condotto per molti anni con un adolescente schizofrenico ebefrenico-paranoide, vis-a-vis. Nelle sedute precedenti ha accennato all'infanzia, alla madre e al suo timore che volesse "sacrificarlo" per scopi magici. Vuole fuggire, nello spazio, su una capsula volante da cui sorvegliare il mondo, mi sta dicendo da un paio di sedute.

P.(entra torvo, sbatte la porta, si appoggia alla sedia senza sedersi, in piedi, rigido). *Dice: Vorrei toglierle gli occhi e metterli sul tavolino.(La voce è fredda, penso che stia trasferendo su di me l'oggetto interno sadico, il Super-io persecutorio, una sorta di divinità primaria materna che lo insegue, che tutto sa e vede, oggetto "ostruente" e mortifero).*

Si alza e esce. Poco dopo apre nuovamente la porta.

P.: *Ho pensato al suicidio.*

T.: *Ha temuto che io volessi obbedienza e questa è pericolosa.*

P.: *La vedo pallido, stanco, ho paura che stia male.*

T.: *Penso che lei possa temere che io non riesca a reggere le sue sofferenze, che mi ammali.*

P.: *Non penso che mi suiciderò.*

Ancora un breve colloquio tra una operatrice di Comunità Terapeutica e una anziana schizofrenica cronica.

P.: *Non mi lasciano sognare.*

O.: *Ci sono i sogni della notte quando dormiamo e quelli del giorno quando sogniamo a occhi aperti. Di quali sogni parla?*

P.: *Voglio sognare, che sono Anna, e appena si potrà che si vedano i miei occhi di nuovo.*

O.: *I tuoi occhi parlano per te, io vedo quando sei triste, quando stai bene, se sei arrabbiata o sei contenta.*

P.: *Anche i tuoi parlano di te?*

O.: *Sì.*

P.: *Io, che sono Anna, ho per disgrazia gli occhi ammalati. Tutti i mali passano dopo aver lavorato nel territorio delle cure curative.*

O.: *Cosa ti auguri?*

P.: *Lunga vita e che ci facciano passare i nostri mali. Quando ero malata non capivo niente. Che si veda di nuovo negli occhi con gli occhi, sono la dottoressa Anna.*

Il commento di quello che sto scrivendo è affidato a voi che mi leggete.

In termini più generali, cercando di descrivere ciò che è accaduto nella catastrofe schizofrenica, Bion in *Cogitations* (1992) ha scritto:

“Un paziente può essere talmente spaventato da produrre un artefatto che non è un sogno ma una allucinazione...” (ibid., 58). *“Il conglomerato di frammenti che fa da personalità al paziente può soltanto essere considerato come la prova che è avvenuto un disastro. ...abbiamo a che fare non con le normali strutture della personalità umana*

per cui Freud ha introdotto termini come Io, Es, Super-io ma con i pezzi di questa struttura, che sono stati rimessi assieme ma non riarticolati tra loro” (ibid., 91).

Parti del corpo, spezzoni bizzarri della body image (gli occhi, ad esempio, come ho cercato di mostrare) credo possano ospitare frammenti di 'credenze/verità', avvolte in un messaggio relativamente idoneo alla comunicazione intrapsichica o interpersonale (nel caso sia presente qualcuno, un 'Carnaroli', dotato di curiosità e attenzione).

25 10 2011

Riflessioni sulla psicosi di uno psicoanalista “senza qualità”

Marco Ramella

Sono ormai più di vent'anni che mi occupo di 'psicotici' anche gravi. Dapprima solo come psichiatra in istituzione, poi anche come psicoterapeuta con formazione psicodinamica, ora come psicoanalista di “psicotici”. Per “psicotici” intendo schizofrenici veri e propri, nevrosi narcisistiche, nel senso di Freud: personalità particolarmente predisposte a scompensi psicotici; disturbi borderline con particolare disposizione a sviluppare vissuti di diffusione dell'identità e sentimenti persecutori accompagnati a gravi anomalie comportamentali. E poi tutta la vasta gamma di disturbi affettivi gravi che portano in sé la tendenza a sviluppare deliri ed allucinazioni. Dopo tanti anni penso di poter pensare che ognuno di questi gravi disturbi giustamente inseriti nella vasta galassia delle psicosi meriti un approccio terapeutico diverso, e non solo: ciascun individuo affetto da tali patologie merita, come appare ovvio, un approccio individualizzato, visto che a tutt'oggi non vi è alcuna chiarezza sulle cause, sull'eziologia di questa patologia. Nessuno può ritenere di aver trovato il bandolo della matassa che invero è assai complessa.

Sono arrivato a pensare che i sintomi dei pazienti rivelino una loro visione del mondo che non trova possibilità di essere espressa e condivisa, e che le mie teorie, specularmente, non esprimano altro che un delirio che nasce, come ogni delirio, dalla difficoltà di farmi una ragione delle origini (di tali patologie). Così come facevano i miei pazienti che non riuscivano a dare un nome alle cause della loro sofferenza ed erano costretti a costruirsi il loro mito eziologico delirante, ugualmente io utilizzavo i modelli teorici in maniera delirante. Il mio 'delirio' non stava nel modo, coatto, ipersaturo, quindi non spontaneo, dell'utilizzo delle teorie. Utilizzavo, allora, soprattutto Rosenfeld e Bion, con una certa agilità. Molti anni fa ho lavorato, purtroppo solo per un breve periodo, nella comunità terapeutica “La Velotte” diretta a quei tempi da P.C. Racamier, il quale, un bel giorno, mi disse: “Lei comincerà a capire qualcosa delle psicosi il giorno in cui davanti ai sintomi di un paziente avrà il coraggio di dire e soprattutto di dirsi sul serio ‘io non ci capisco niente’. Guardi che dirselo è facile, ma non lo fa nessuno. Da quel momento comincerà a capire qualcosa e soprattutto a essere utile al suo paziente”. In fondo già Riolo (1983) nel suo articolo “Sogno e teoria della conoscenza in psicoanalisi” ci invitava a riflettere sul concetto di abduzione introdotto dal filosofo americano Peirce (1931-1935). Si tratta, di fronte ai fatti della vita, di cercare con fatica le teorie che la possono in qualche modo spiegare e non viceversa cercare i fatti che confermino le nostre teorie... D'altronde Galileo diceva che si trova solo quello che si cerca, e quello che si cerca lo si trova sempre.

Sulla base di queste riflessioni introduttive mi sembra che in fondo quasi tutti i colleghi partecipanti a questo importante dibattito abbiano a loro modo ragione, e che i modelli proposti abbiano tutti una loro ragion d'essere. Quello che meno mi convince e che a mio parere accomuna quasi tutti gli interventi è il senso di orrore e timore che la psicosi suscita in chi ha il coraggio di occuparsene e affrontarla. Sembra quasi che avvicinarsi allo psicotico implichi la costruzione da parte del terapeuta di una sorta di apparato bellico allo stesso tempo difensivo e offensivo, camuffato sotto una maschera affettiva, volto a vincere una guerra contro un nemico potente ed inarrestabile che rischia di travolgere e di distruggere ogni cosa gli si ponga di fronte. Una sorta di lotta solipsistica tra istanze psichiche contrapposte, un vero combattimento all'ultimo sangue tra “Il Bene” ed “Il Male” come nella migliore tradizione dei film americani. Il rischio in agguato è che il Male trionfi. Assomiglia a un copione: ogni tentativo di cura deve passare per lo scompimento, e la speranza della “redenzione” è sempre posticipata in attesa di un evento salvifico che non è detto avvenga.

Io non so se la parte psicotica sia in effetti un nemico da combattere o se in qualche modo non sia costitutiva ed indispensabile come elemento atemporale e per così dire narcisistico che in qualche modo garantisca la possibilità di una oscillazione creativa tra oggettualità e narcisismo appunto. D'altra parte le teorie ci hanno parlato molto dei deliri come fattori autoterapeutici.

Hegel diceva che l'uomo è la possibilità della follia, se così non fosse sarebbe un'ostrica. La psicosi fa parte della struttura ontologica dell'essere umano ed è al di là di ogni problema epistemologico, anzi, pare sia determinante in ogni modificazione dei saperi e, appunto, in ogni modificazione epistemologica.

Se così fosse, il problema della cura non si porrebbe in termini di decostruzione o sconfitta della parte psicotica, ma in una sorta di accoglimento benevolo di essa nel tentativo di armonizzarla all'io “sano”. Detto in termini quotidiani, la psicosi, per curarla, bisognerebbe amarla, ma non è come dirlo. Il diavolo, da che mondo è mondo, è sempre inserito in un percorso di salvezza. Soprattutto non lo si può sconfiggere, ma lo si può addomesticare se solo non lo si accarezza in “contro pelo” (Sassolas, 1997).

Voglio a titolo esplicativo esporre il caso di una paziente che ho visto per 4 anni a tre sedute la settimana sul lettino. Per anni era stata (con la tipologia di piacere quasi masturbatorio che ci ricorda De Masi) immersa nei suoi rifugi psichici connotati da immagini quasi romanzesche di amori e incontri sentimentali con personaggi fantastici, in cui la trama degli incontri rappresentavano forme idealizzate di relazioni virtuali possibili. Venne in analisi invasa da vissuti persecutori soprattutto verso la madre e la nonna. Era accompagnata da veri e propri propositi omicidi. Il mio proposito terapeutico fu quello di rendere compatibile il mondo fantastico con quello reale utilizzando l'analisi come possibilità di traghettare senza intrusioni aspetti di un mondo in un altro...Con il tempo la persecutorietà si estinse. La paziente decise di iscriversi ad una scuola di psicoterapia infantile che ora ha terminato, e di iniziare una relazione sentimentale che l'ha portata a 30 anni ad avere il primo rapporto sessuale completo. Era evidente che il mondo di fantasticherie rappresentava un rifugio, ma di volta in volta meno praticabile rispetto ai desideri di, e della vita, e a una nuova spinta a esistere con meno vissuti persecutori. Tale mondo (di rifugi ora non più in conflitto con i suoi autentici desideri) non è scomparso con l'analisi, bensì è stato da lei

-per così dire- trasferito nella pratica terapeutica, da un lato come risorsa narrativa, dall'altro come forme astratte e ideali di relazioni che le consentono di entrare in un contatto emotivo intenso con i suoi piccoli pazienti. So che è ora una terapeuta ed educatrice infantile molto apprezzata. Non so se sono stato io a curarla, oppure se è stata la vita ad accogliere la sua follia come una possibilità costruttiva. Da parte mia, sicuramente non l'ho lasciata sola nella sua psicosi e non me ne sono fatto spaventare,

non cercando ogni volta di decostruire, temporalizzare, interpretare. Non me ne sono fatto spaventare!

Alla fine di questo intervento mi pare di poter dire che occuparsi di pazienti psicotici rende utile qualche considerazione di carattere essenzialmente clinico, tralasciando le eventuali dispute continuiste e discontinuiste, senza dimenticare che probabilmente la psicoanalisi non è né una scienza né un'arte ma più auspicabilmente un'etica che deve tener conto della irriducibile alterità dell'uomo agli altri, e soprattutto a se stesso. Innanzitutto il fatto (ricordato da altri colleghi) che la psicosi non sia riconducibile semplicemente ad un alterato rapporto con la realtà, ma vi sia, alla base, un alterato rapporto con la verità. (Mentre la realtà si dà, e nessuno psicotico dirà mai che un tavolo non è un tavolo, la verità la si cerca e lo psicotico non è in grado di farlo se non attraverso fulminee rivelazioni deliranti). Sulla base di ciò, possiamo affermare che l'adattamento alla realtà dello psicotico esiste, ma noi non ne conosciamo i meccanismi, e che sicuramente tali meccanismi non sono quelli che ha il terapeuta. Questo implica un fiducioso accompagnamento del terapeuta nei tentativi di adattamento alla realtà da parte del paziente, senza soluzioni, anche teoriche, precostituite. Un terapeuta consapevole che, talora, anche i ritiri narcisistici più estremi non sono necessariamente un rifiuto della realtà, ma una difesa contro il naturale caos della vita. Forse strutture o forse no, ma certo modalità sicuramente un po' rigide ma non necessariamente distruttive. D'altronde, come era scritto sulla fabbrica degli Spitfire inglesi "Il calabrone, secondo le leggi della aerodinamica, non potrebbe volare, eppure vola". Ogni nostro tentativo di edipizzazione, che è in fondo non diverso da altri tentativi di intrudere, più o meno consapevolmente, con le nostre visioni di "guarigione", conducono solo alla disarmonia del fragile equilibrio narcisistico e, nei casi peggiori, allo scompensamento delirante.

Altro aspetto è appunto il concetto di guarigione. Ritengo l'"ideale della guarigione" uno dei sintomi più gravi del paziente psicotico. Quando un paziente si presenta all'analista chiedendogli di guarire noi dobbiamo già sapere che il nostro compito sarà arduo. Il meccanismo di fondo di questa richiesta è "lei dottore mi deve guarire solo così io sarò in grado di vivere", che è di base una richiesta onnipotente che può sedurre il narcisismo del terapeuta, ma che necessariamente finisce con l'inchiolarlo ad una condizione di impotenza. I medici francesi dell'800 erano soliti dire: "Noi curiamo, Dio (la Natura) guarisce". Ciò sta a significare che è necessario che l'analista sappia affidare fiducioso il proprio paziente ai meandri della vita, elaborando innanzitutto lui stesso una sorta di lutto della guarigione, e uscendo da quella sorta di diade narcisistica che il paziente inevitabilmente cerca di creare per evitare il naturale conflitto con se stesso e con l'altro. Non colludendo cioè con l'ideale del paziente che di base è una visione perversa della natura umana. Di fatto in maniera appunto perversa la guarigione si confonde con l'autosufficienza che sola garantirebbe, in maniera illusoria, la possibilità di affrontare la vita e le relazioni fuori da ogni conflittualità. Il processo di soggettivazione, che nulla ha a che fare con la guarigione, ma tiene conto delle insanabili aporie insite nella natura umana, è una sorta di valle stretta ed impervia tra l'illusione dell'autosufficienza (guarigione) e il rischio sempre presente ed inquietante dell'alienazione: essere vittime del desiderio dell'altro. (Quanti degli scompensi nelle terapie sono dovuti a questa dinamica?)

Un altro aspetto non secondario è il problema della storicizzazione e del transfert. Non ho mai trovato utile per il paziente il tentativo di una ricostruzione storica che dia senso al suo essere psicotico, né tanto meno il fatto di ricondurre ai genitori la complessità della patologia. A questo proposito, mi viene in mente il "C'è dell'altro" di Freud nella disamina del caso Schreber, sebbene non dubiti che esista nel delirio un nucleo di verità storica. In fondo penso che si possa immaginare SOLO di ritagliare in un narcisismo il

più possibile ben temperato un piccolo spazio di oggettualità e, per dirla con linguaggio freudiano, immaginare di accontentarsi di un'ombra di Edipo da proteggere, non da interpretare.

Infine, transfert sì o transfert no, l'eterno dilemma degli psicoanalisti di fronte alla psicosi. E se questo dilemma non fosse altro che il frutto della paradossalità del pensiero psicotico volto proprio a mantenere e negare contemporaneamente la relazione con il terapeuta? Possiamo parlare di transfert paradossale?

Mi piacerebbe concludere questo intervento, per lasciarlo il più aperto possibile, con due citazioni: "Uomo sono. E nessuna cosa umana la ritengo a me estranea" (Terenzio). "Non scienza e dottrina esige un tal lavoro, ma pazienza" (Goethe).

25 ottobre 2011

Sui nuovi dati

Riccardo Lombardi

Grazie a Carnaroli per aver aggiunto ulteriori dati al suo caso. Carnaroli e Marta erano lì e sono ad evidenza le persone accreditate a dar notizia della loro esperienza. Qualora non fosse stato chiaro nel mio precedente intervento, vorrei ancora sottolineare il carattere puramente ipotetico dei miei commenti, come occasione di esemplificazione dei criteri generali da me presentati nella introduzione al dibattito.

Alla luce dei nuovi dati il mio precedente intervento appare, ahimé, oltremodo goffo, per cui in questo cercherò di sviluppare una pista differente. A mio discarico vorrei notare che in questo contesto può forse esser utile guardare al modo in cui ognuno di noi costruisce il ragionamento clinico, più che il singolo dato in sé – così inficiato dalla limitatezza dei dati che utilizziamo. Ovviamente il punto di vista che esprimo non è quello di altri, come ha bene osservato Peregrini, che usa altri parametri ed ha altri riferimenti teorico-tecnici (per es. Grotstein e Zapparoli), che differiscono su vari punti dalla mia prospettiva.

Detto a margine, sembra che nulla cambi della modalità tecnica di Carnaroli di avvicinare Marta rispetto ad una tradizionale elaborazione del transfert. Per parte mia sono perplesso che livelli evoluti come quelli inerenti il transfert possano avere conseguenze trainanti negli stati mentali primitivi.

E forse non è un caso che il materiale nuovo di Carnaroli tiri in ballo altri livelli di funzionamento, come brillantemente ci fa vedere Conforto, ispirandosi alle intuizioni di Bion nel saggio 'L'allucinazione' (1958) sulla funzione organizzativa / evacuativa cui sono soggetti organi sensoriali come gli occhi. Aggiungerei che Bion già dal suo primo lavoro sul gemello immaginario (1950) sottolinea il ruolo degli occhi e della funzione visiva per esplorare l'ambiente, anticipando la prospettiva sviluppata più tardi in *Apprendere dall'esperienza* (1962).

Appare in questi contesti un Bion fortemente attento ai legami con il corpo: un Bion che ha contribuito non poco ad ispirare l'ipotesi dell'O.O.C. E colgo l'occasione per dire che sono allora d'accordo con quanto notato da Martini sulla insufficienza della polarità area psicotica/ non psicotica, valorizzando la novità del contributo di Ogden sull'area

contiguo-autistica: rispetto ad Ogden -ed all'importante contributo di Tustin- l'ipotesi dell'eclissi del corpo tenta una rivalutazione più esplicita del ruolo funzionale, ovvero non patologico, di certi livelli sensoriali legati alla corporeità. Questa attenzione ad una dimensione non patologica nella psicosi è forse un punto di contatto con quanto enunciato da Ramella, nel senso che il conflitto corpo-mente è connotato da determinanti implicazioni ontologiche.

Ma torniamo al materiale di Carnaroli:

“Durante il ricovero che ho precedentemente descritto, Marta mi raccontò – in tre incontri in sequenza - le seguenti ideazioni allucinatorie: 1) “Ho perso gli occhiali. Mi hanno detto che mi sono infilata degli oggetti nella vagina”. 2) “Una voce mi ha detto che fra due giorni diventerò cieca”. 3) “Ho visto gli occhi di un bambino che venivano affettati, e poi venivano messi in un tramezzino”.

Le dissi: “Ma non sarà che questi occhi rappresentano la sua sana curiosità infantile?, che è sempre stata sbeffeggiata rendendola disgustosa? Alla fine del viaggio in Perù che lei ha fatto in questo luogo, la direttrice sadica vorrebbe strapparle gli occhi e mangiarseli in un tramezzino: ma invece questa può essere l'occasione per appropriarsi del proprio sguardo per guardare con esso le proprie cose”.

Sembra che in questa occasione il livello sia assolutamente differente dall'elaborazione centrata sul transfert. Il materiale mette in primo piano gli occhi/ occhiali e la vagina: materiale che Carnaroli associa al ricordo adolescenziale di Ilona Staller e alla pressione del Super-Io psicotico. Carnaroli valorizza gli occhi come fonte del processo di conoscenza: ovvero valorizza la potenzialità mentale dell'organo corporeo della vista. Carnaroli dice alla paziente “appropriarsi del proprio sguardo per guardare con esso le proprie cose”: un intervento che, dal mio punto di vista, è molto centrato.

Anche David Rosenfeld (citato da Conforto) si riferisce al corpo, ma con un sostegno teorico- tecnico che non abbandona la centralità del lavoro sul transfert e sugli oggetti interni- una prospettiva molto diversa dalla mia, come è emerso nel panel ‘Regression and Psychosis’ del congresso IPA di Chicago. Non a caso Gabbard e Abensour avevano voluto un panel con chiari ‘contrasting views’ collocando il mio contributo a confronto con D. Rosenfeld e Grotstein – poi sostituito all'ultimo momento per malattia da Ann-Louise Silver.

Vedrei allora l'urgenza clinica enunciata in questi frammenti collocata non sul gioco degli oggetti interni, o sulla pressione della parte psicotica onnipotente, bensì sul conflitto corpo-mente. Infatti Marta *tratta i suoi occhi come oggetto ricettivo connotato da eccitazione sensoriale*, per cui occhi e vagina diventano equivalenti ed indistinguibili. In questo modo *gli occhi perdono il loro connotato percettivo/mentale*, per cui “la coscienza collegata agli organi di senso” (Freud 1911) si trova paralizzata nelle sue funzioni di registrazione e contenimento della scarica motoria (“diventare cieca”, nel linguaggio della paziente), e l'organo corporeo della vista resta ‘corporeo’ tout court. In altri termini gli occhi diventano oggetto di *consumo senso-istintuale* (tagliati a fette e mangiati come tramezzino), piuttosto che la base fisica per l'attivazione di fenomeni psico-sensoriali; ovvero la base di percezioni e pensieri.

La conseguenza di una disposizione siffatta è una confusione tra corpo e mente: una confusione che con il procedere dell'analisi crea una pressione sempre maggiore e si pone in attesa di essere dipanata. Carnaroli – lo ripeto- intuisce molto bene mettendo

l'accento sulla funzione percettiva degli occhi e sul loro uso in una direzione mentale. Oltre a questo singolo frammento, io sarei però dell'impressione che questo livello di funzionamento possa aver giocato un ruolo importante nell'assetto più generale del caso – ovvero anche in quelle aree trattate da Carnaroli in relazione ai problemi di transfert.

Per esempio: se il corpo (occhi) è usato in senso eccitatorio, c'è da chiedersi se questo non comporti anche una componente di colpa, che commista alla paralisi dell'apparato per pensare può facilmente creare una miscela esplosiva. Se è questo tipo di conflitto che muove l'esplosione della psicosi potremmo forse anticiparne l'esplosione. Considerare questo non esclude ovviamente che alcuni episodi psicotici portino un contributo trainante alla elaborazione come nota Carnaroli, e come ho rimarcato anche io nella mia introduzione.

Proviamo allora a tornare al sogno di Marta sul water che fa la cacca: materiale nuovo che getta nuova luce su quanto avevamo saputo sinora. Se il pavimento è sudicio, certo questo water non deve funzionare così bene. Sarà questo water il modello di un apparato mentale disfunzionale? Facendo un collegamento di materiali tra questo sogno e la sequenza sugli occhi, proverei a chiedermi se nel sogno *la cacca si versi sul pavimento in conseguenza dell'uso eccitatorio (colpevole?) che Marta tende a fare del suo corpo e, indiscriminatamente, di tutti i suoi organi sensoriali (occhi compresi).*

Certo nel sogno c'è anche una mamma all'opera per compensare il lordume. Ma la paziente come si relaziona a questa funzione materna? Come la considera? E chi sarebbe qui allora Mastro Lindo? Come nel mio precedente intervento potrei affermare che Marta è Mastro Lindo, ma, in questa sequenza di elementi (sempre dati parziali, per cui cerco di ragionare con quello che ho – e vado così a correggere quanto affermato nel mio precedente intervento) sembra che qui entri in gioco una attitudine particolarmente intollerante ed intransigente di Marta, per cui tutto deve essere LINDO. E qui concordo con l'intuizione di Bolberti sulla natura inquietante di Mastro Lindo.

A questo punto verrebbe messa in moto una cancellazione di tutto ciò che è sentito essere sporco dall'analizzanda, ovvero *una cancellazione radicale di ogni legame di Marta con la sua dimensione sensoriale e corporea, trattata indiscriminatamente come uno sporco da eliminare.* E' quindi plausibile che questa pretesa assoluta del 'lindo' sia in opposizione ad un orientamento di accoglimento materno, come ha notato Bolberti. Anche se non tutte le mamme si trovano a dover raccogliere il lordume sul pavimento quando il bambino fa la cacca seduto sul water. Se questo accade, in genere le mamme chiamano un idraulico e fanno controllare lo scarico del bagno. Per cui direi che qui c'è qualcosa di diverso da una dinamica di transfert- controtransfert; direi che appare una disarmonia interna che ostacola il metabolismo mentale che necessita di essere affrontata nella sua specificità.

Rispetto alla lettura di Bolberti (ricca di freschi spunti intuitivi e di alcune considerazioni condivisibili) riterrei allora necessario non perdere di vista il complicato intreccio di teorie interne che sostengono le disposizioni mentali dell'analizzanda: cercare di dipanare questa complicata matassa può comportare per l'analista accettare di non mettere troppa carne al fuoco, come quando, per esempio, si vuole a tutti i costi che i conti tornino tra quanto osserviamo nelle disposizioni mentali del paziente e viceversa quanto sappiamo della storia del paziente e delle sue relazioni oggettuali. Questa accettazione dei limiti cui sono soggette le nostre risorse esplicative e conoscitive mi sembra essere proprio quel 'raggio di intensa oscurità' di

cui noi analisti abbiamo bisogno per tentare di ‘pensare’ in una dimensione dove l’organizzazione del pensiero è tendenzialmente estranea.

Per tornare a Marta potrei allora azzardare che l’origine della sua psicosi possa collocarsi nel contesto di un drammatico conflitto, per cui *o il corpo prende il sopravvento ed invade tutto* (tutto il sensoriale è trattato come eccitatorio; la cacca non sta nei tubi perché non c’è un contenitore mentale in grado di contenere e discriminare), *o viceversa la mente prende il sopravvento e cancella indiscriminatamente tutto ciò che è sensoriale*, per cui arriva Mastro LINDO, che rende tutto talmente candido e bianco (una ‘*psychose blanche*’ [Green, 1973]?) che, insieme alla cacca, rischiano di scomparire tutte le sensazioni ed emozioni, o addirittura la stessa Marta come entità corporea reale.

Tra i valori *restaurativi* della fase delirante ci sarebbero allora quelli di andare a restituire un posto alla Marta che rischia di scomparire, di andare ad una resa dei conti con il conflitto intrasoggettivo che oppone corpo e mente e che oppone uso ed abuso della sensorialità, e di permettere l’affiorare degli occhi e dello sguardo come strumenti fondativi (di natura corporea, nel senso di ‘psico-corporea’) di un apparato per pensare realisticamente orientato.

27 10 2011

Stile personale, modelli teorici e pratica clinica

Antonello Correale

Mi sembra che l’attuale dibattito sulle psicosi abbia messo in luce un problema spesso dibattuto, ma sempre di grande peso e attualità.

Il problema riguarda il rapporto imprescindibile tra stile personale, teorie di riferimento e pratica clinica. Emergono da tutti gli interventi gli effetti di questa inevitabile connessione, per cui non credo che il limitarsi alla discussione clinica pura e semplice possa bastare per cogliere appieno distinzioni e riferimenti teorici.

Peraltro è verissimo che senza clinica le discussioni teoriche restano astratte e intellettualizzanti.

In base a queste considerazioni, vorrei tentare di estrarre dal dibattito in corso almeno due implicite posizioni teoriche, che mi pare influenzino in modo significativo la pratica clinica e cui gli stili personali degli analisti si collegano fortemente.

Sono convinto che rendere esplicite queste posizioni renderà più agevole il confronto tra concetti ispiratori, non per giungere ad una sopraffazione degli uni sugli altri, ma perché i concetti di riferimento diventano chiari e illuminati soltanto quando si misurano con concetti diversi.

La prima posizione è centrata su un uso molto esteso del modello della identificazione proiettiva e degli oggetti interni. La presenza distruttiva ed intollerante di un oggetto interno crudele e prepotente attacca violentemente legami, rapporti e spinte vitali, parassitando il mondo psichico (“una banda mafiosa prende il posto dello stato”).

In questa visione, la psicosi viene vista essenzialmente come derivante dal dominio di una parte intensamente distruttiva, invidiosa, intollerante, che attacca gli aspetti vitali dei legami. Tale attacco viene effettuato attraverso l’evacuazione di alcuni prodotti

mentali (fantastici, libidici, percettivi), che vengono collocati fuori di sé in oggetti, che tendono quindi ad assumere caratteri cattivi e violenti.

Insomma, la psicosi diventa quasi un fungo velenoso, un processo parassitario quasi tumorale, che va estirpato il prima possibile, richiamando l'attenzione del paziente sulla sua presenza distruttiva.

La seconda posizione mi pare più concentrata sul concetto di investimento. In seguito ad esperienza di frustrazione o di frattura coll'altro, lo psicotico attiva un processo di disinvestimento, per cui l'oggetto perde caratteristiche di familiarità e riconoscibilità e acquista invece caratteristiche di estraneità, stranezza ed enigmaticità. Questo disinvestimento, come anticipò Freud nel lavoro su *L'uomo dei lupi* (1914), non è solo rimozione ma, aggiungo io, non è solo scissione e proiezione.

Nel disinvestimento di cui parliamo avviene qualcosa di simile ad un distacco frazionato dall'oggetto: o il soggetto disinveste l'immagine acustica o verbale, o l'affetto concomitante, o le fantasie connesse, o la dimensione troppo reale dell'oggetto stesso. D'altronde, dobbiamo ricordare anche che in Freud la rimozione non è mai stata concepita soltanto come un allontanamento dalla coscienza, ma piuttosto come un disinvestimento frazionato delle varie parti dell'oggetto rimosso.

Ma nella psicosi avviene qualcosa di più. Il disinvestimento diventa rigetto, cioè abolizione, rifiuto dell'oggetto, ma con un immediato ritorno dell'oggetto al soggetto, dove l'oggetto ha acquisito caratteristiche alterate dal rigetto stesso.

Nasce così quel famoso divario tra cosa e parola, che, a mio parere, è l'aspetto centrale della psicosi. Nella psicosi tutto diventa cosa. C'è un uso plastico delle parole, delle metafore, delle fantasie: tutto viene "cosificato".

Da qui, il lato "metafisico" della psicosi: non c'è più la funzione protettiva e familiarizzante del linguaggio e il mondo diventa iperreale, troppo vero e troppo insolito al tempo stesso.

In base a questa seconda concezione, più che il tema della distruttività, diventa centrale il tema della sostenibilità. È sostenibile un mondo così, fatto di cose e non di cose rivestite di parole? La distruttività non potrebbe essere secondaria, cioè non tanto una distruttività, ma un evitamento, centrato sulla negazione, di qualunque esperienza che porti il rischio di questa attivazione di disinvestimento e rigetto?

Quindi, identificazione proiettiva da un lato, rigetto dall'altro, attacco violento ed invidioso da un lato, perdita e ritorno del perduto in forme modificate e "cosificate" dall'altro, distruttività intollerante e prepotente da un lato e insostenibilità quasi metafisica dello psicotico di fronte all'oggetto dall'altro.

Mi pare che le conseguenze cliniche dell'accettare l'uno o l'altra posizione siano molto notevoli e rendano quindi difficile accettare un eclettismo pacificante, anche se rendono peraltro necessario un approfondimento delle convergenze e divergenze dei due modelli, approfondimento che mi pare molto urgente.

Nel primo caso, si instaura, a mio parere, una sorta di braccio di ferro, di contrapposizione tra bene e male, tra attacco e contrattacco, tra funzione parassitaria da un lato e funzione estirpatrice dall'altra.

Nel secondo caso, prevale una funzione "facilitatrice", in cui l'oggetto bizzarro viene munito di elementi contestualizzanti, con una specie di scala che tenda ad unire mondo della stranezza e mondo consueto.

Se degli occhi finiscono fuori della testa in un angolo della stanza, che cosa possono vedere quegli occhi? Un particolare insolito, un aspetto diverso dal consueto? E come si fa a far dialogare gli occhi in fondo alla stanza con gli occhi che restano nella testa?, quali ricordi spingono quegli occhi ad andarsene in giro, anziché starsene al loro posto? Insomma, allargare, contestualizzare, illuminare un po' alla volta una scena parziale fino a farle diventare una scena più ampia.

Credo peraltro che i colleghi che hanno parlato della centralità della posizione del corpo si allaccino in vario modo al concetto di disinvestimento e rigetto e al ritorno in massa del corpo disinvestito e rigettato.

Il problema però che vedo in questa posizione è che il ritorno del corpo avviene per un corpo rigettato e quindi reso parzialmente irricognoscibile. È necessario quindi anche qui contestualizzare, allargare, associare, rendere insomma accettabile, tramite l'aggiunta di successivi gradini intermedi, questo corpo perduto, che ritorna in forme insostenibili.

Ho sentito il bisogno di proporvi queste riflessioni perché il tema mi pare troppo importante. Quanto a me, personalmente, credo che sia fin troppo chiaro in quale posizione mi colloco, e i rischi che vedo nell'altra posizione, pur riconoscendo l'ampio spettro di posizioni intermedie possibili, che sono peraltro tutte da approfondire ed individuare.

Ma il problema qui è di avviare un confronto esplicito e non implicito tra i modelli teorici, che a loro volta rimandano allo stile personale dell'analista, in un gioco di reciproci rispecchiamenti, e le loro ricadute sulla clinica.

L'inevitabile surriscaldamento emotivo legato al riconoscimento delle differenze e delle distinzioni, sarà ampiamente ripagato dalla soddisfazione del riconoscimento dell'avanzamento del dibattito scientifico.

31 10 2011

Sulla necessità di un cambio teorico

Andrea Seganti

L'appello di Correale per un dibattito che stimoli un confronto teorico tra posizioni diverse e la sua avversione, che io condivido, verso un confronto clinico in cui ognuno trova conferme per le proprie teorie e tutti son contenti, mi permette di inserirmi nuovamente nella discussione per rinverdire la mia posizione di minoranza. Posizione che parte dall'idea che una revisione teorica delle nostre concezioni sullo sviluppo **normale** possa dotarci di un maggiore potenziale esplicativo per comprendere ciò che succede nelle menti individuali, compresi quei singolari sviluppi che portano allo scompensamento psicotico. Pertanto voglio continuare a perorare la causa di un cambio teorico e il diritto a parlare di sviluppo normale per parlare di clinica e di situazioni "patologiche" contestando con ciò l'idea di un discorso riservato agli "specialisti" della psicosi.

Ho già affermato in altri interventi che un modello di sviluppo interdipendente – che ha come punto centrale l'esperienza del *repair of misfits* (Tronick) o riparazione delle fallacie materne da parte del neonato - possa gettare una nuova luce sulla clinica, e non solo su quella della psicosi. Cercherò in questo intervento di spiegare in modo convincente il perché di questa mia affermazione. Scontenterò con questo i clinici delle cose strane – che potranno comunque skippare il mio intervento - perché parlerò di cose drammatiche e dolorose che tuttavia succedono sotto i nostri occhi anche nel nostro mondo "normale".

Il passaggio centrale per applicare un modello di sviluppo interdipendente alla spiegazione degli infiniti sviluppi problematici che ritroviamo nei singoli individui viene da me indicato nel fatto che *il dosaggio delle modalità di chiusura e di apertura in risposta alle azioni ambientali abbia un effetto reale sulla realtà interattiva*. Pertanto nel mio modo di vedere va tenuto conto che un'operazione intrapsichica di tipo

difensivo ha sempre un effetto immediato sulla realtà extrapsichica, anche se questo effetto non sempre è visibile ad occhio nudo, tanto rapidi, scontati, stabilizzanti ed efficaci sono i fenomeni di adattamento di cui stiamo parlando. La propria capacità di adattamento svolgerebbe pertanto un ruolo positivo nel compensare i misfits dell'ambiente, lasciando al bambino la speranza di incontrare occasioni in cui essere ricambiato e di ottenere (in parte in regalo e in parte per pretesa) la possibilità di farsi parte attiva per modificare la modulazione delle chiusure e delle aperture alle quali si è adattato in prima battuta.

Ora chiediamoci, cosa potrebbe succedere in caso di ambiente fortemente disturbato per le più varie ragioni come emergenze economico sociali, fantasmi nella nursery, malattie "mentali", fisiche e tant'altro? Potrebbe succedere che il ruolo di sostegno ricoperto dal bambino diventi ancora più importante del normale. Il bambino che si adatta diventa equilibratore, confortatore, punto di appoggio, etc., e il suo ruolo viene pertanto sperimentato soggettivamente come un grande compito, una grande impresa nella quale conseguire grandi crediti, accollandosi i grandi debiti che i genitori avevano a loro volta contratto con terze persone e permettendo a questi genitori di sentirsi finalmente risarciti dal bambino stesso. Il bambino sviluppa pertanto la sensazione che il dosaggio delle proprie chiusure e aperture come desiderato dall'ambiente abbia potere taumaturgico per cui il dare fiducia e posticipare la restituzione sine die (aspettando un cambiamento di scenario) diventa fonte di stabilità e benessere per altri e quindi anche principale fonte di benessere e stabilità per se stesso. Quindi si adatta a cambiare gioco soltanto per capriccio senza interferire nei punti centrali della relazione dove il suo apporto si rende indispensabile. La speranza di una restituzione non viene nemmeno presa in considerazione perché si hanno cose più urgenti da fare ci si sente continuamente al centro degli equilibri dell'oggetto. A questo punto l'oggetto beneficiato comincia ad emanare un aspetto persecutorio – anche qui per davvero e non solo nella mente del bambino - in quanto cercherà – anche se non sempre - di appropriarsi di queste funzioni indispensabili per lui attaccando in anticipo la possibilità che il bambino cambi gioco e scenario. E questo verrà sperimentato dal bambino come necessità di duplicare i suoi sforzi di adattamento - le cosiddette lealtà invisibili - in quanto preoccupato della possibilità di danneggiare l'oggetto attraverso il proprio "tradimento".

Pertanto quello che troviamo dal punto di vista soggettivo alla base dei vissuti problematici nei nostri pazienti è la colpa persecutoria, come se paradossalmente fosse il paziente a tenere in scacco in propri oggetti e a rendersi indispensabile per loro in quanto insufficientemente entusiasta nello svolgere la sua funzione di sostegno. La colpa persecutoria a questo punto si può estendere al fatto di coltivare ancora speranze di cambiamento di scenario, come se queste speranze potessero produrre un danno negli oggetti. In sostanza ci si sente colpevoli di non impegnarsi a sufficienza per felicitare l'oggetto, della serie "di la verità che a te piace sentirti indispensabile, vuoi farti sentire prezioso" che poi è la stessa cosa che noi facciamo – fallacemente – quando diciamo ad un paziente che vuole sentirsi onnipotente senza tener conto degli sforzi che il paziente fa per adattarsi a noi, come già ha fatto con altri. Questo tipo di vissuti corrispondono a quelli che siamo abituati a considerare nei casi psicotici come tentazioni diaboliche, alle quali tuttavia il bambino contrappone fisiologicamente frenetiche idealizzazioni del ruolo che esso svolge per il genitore "santo" dei cui stati d'animo di sofferenza si sente responsabile, un genitore deve essere continuamente salvato e risalvato. Questa salvazione viene fatta (realmente) trovando sempre nuovi modi per rilanciare quelle capacità di adattamento falso sé che sono importanti per l'ambiente in modo di poter placare il diavolo tentatore e convertirlo verso la santità attraverso il proprio sacrificio che consiste nel lasciare molto in sottofondo la propria speranza di un cambiamento e di

imbastire rapporti alternativi. Speranza che tuttavia rimane salva proprio per questo meccanismo di patteggiamento con il persecutore e che va perduta (o meglio frammentata) solo con la sconfitta psicotica.

Su questo terreno del patteggio tra idealizzazione e persecuzione si gioca quindi la possibilità di mantenere in piedi la speranza di una restituzione in un ambiente avverso: esiste uno spazio in cui viene gestita la persecuzione – anche attraverso la contrapposizione tra diversi oggetti persecutori che vengono bonificati a turno - e che permette di ottenere qualche fugace riconoscimento momentaneo dei propri meriti e mantenere in piedi la propria speranza (e salute) circa il fatto che qualcuno si decida un giorno, per quanto lontano, alla restituzione piena. Devozione a un Dio (o più di uno) per quanto esso possa essere a tratti maligno.

In questo modo si formano relazioni molto singolari, lontane dall'equilibrio, fortemente asimmetriche, con coloriture sadomasochistiche forti. Queste relazioni, tuttavia, fintanto che la parte offesa riesce a rilanciare le proprie capacità di adattamento, rimangono reversibili e passibili di un cambiamento di scenario. Modifica che tuttavia può avvenire soltanto se si riesce a spostare l'attenzione dalla bonifica del persecutore alla sua reale esistenza. Infatti nel mio modo di vedere – e nella mia esperienza clinica - le operazioni di bonifica sono talmente rapide ed efficaci da far perdere continuamente di vista (frammentare) la percezione dell'esistenza del persecutore e producono una realtà alterata nella quale al centro della esperienza soggettiva del paziente rimane la colpa persecutoria per quello che lui fa e una marcata disattenzione per quello che gli altri fanno a lui (o il contrario). Le due esperienze – colpa da un lato e persecuzione dall'altro - rimangono pertanto scollate dando luogo ad una infinita varietà di esperienze problematiche, comprese quelle allucinazioni tanto singolari che alcuni colleghi hanno evocato.

Vorrei in conclusione sottolineare questo ultimo punto che ritengo clinicamente cruciale. La messa a fuoco della dinamica persecutoria proveniente dagli oggetti bonificati rappresenta – a mio convinto modo di vedere - l'unico e significativo ed efficace punto di volta di ogni intervento clinico anche quando l'intervento clinico non viene esplicitato all'interno di questo quadro teorico. Va infatti notato che, nel momento in cui ci si accorge che i propri sforzi di adattamento non vengono ripagati e che si raccoglie persecuzione lì dove ci si potrebbe legittimamente aspettare di trovare riconoscenza, il fatto di accorgersi lucidamente che le cose stanno così –ancora una volta – ha un effetto centrale sugli oggetti reali oltre ad aprire una finestra alternativa per se stessi. Se ci si accorge di essere perseguitati, si comincia infatti a perseguitare gli altri e di questo gli oggetti bonificati si accorgono immediatamente e tendenzialmente recedono dall'opera di sfruttamento fosse pure soltanto per un momento. In questo modo gli oggetti vengono momentaneamente danneggiati – di nuovo per davvero e non solo nell'immaginazione – e si dovranno rivolgere ad altri oggetti per essere riparati, oggetti che abbiano momentaneo interesse – e meno svantaggi - a svolgere quelle funzioni riparative che prima venivano assolte esclusivamente dalla singola controparte. Insomma si tratta di redistribuire i carichi pendenti in modo più articolato e complesso, quello che io descrivo altrove come possibilità di intervento sul *sistema dei debiti e dei crediti*. E di considerare infine lo scompensamento psicotico non come una patologia ma come una sconfitta delle proprie capacità di adattamento che come tale ha sempre la possibilità di essere riassorbita per quanto dura e difficile da accettare possa essere quella sconfitta.

1 novembre 2011

Mappe, modelli, esplorazioni

Francesco Carnaroli

Nei due ultimi interventi in questo dibattito (Correale 27/10, Seganti 31/10) viene sottolineata l'importanza della esplicitazione (e/o del rinnovamento) dei modelli teorici sottostanti alle osservazioni psicoanalitiche.

Correale ha notato che nel dibattito che è in corso si possono mettere in luce due modelli differenti. Mentre lo leggevo pensavo che 1) entrambi quei due modelli possono essere utili, in circostanze diverse; 2) una integrazione di essi è stata proposta, per es., nel dibattito *spweb* *Può l'inconscio scomparire?*, dove Riolo (nella sua relazione "La sfida della rappresentabilità") compie uno sforzo di integrazione ponendo in relazione il meccanismo del "rigetto" (*Verwerfung*) (Freud, 1894; 1914), l'identificazione proiettiva "evacuativa", e le "trasformazioni in allucinosi" (Bion, 1965).

Seganti afferma che "una revisione teorica delle nostre concezioni sullo sviluppo normale possa dotarci di un maggiore potenziale esplicativo per comprendere ciò che succede nelle menti individuali, compresi quei singolari sviluppi che portano allo scompensamento psicotico". Io penso che questa posizione di Seganti sia compresa e condivisa da molti di noi. Senonché: 1) le informazioni che provengono dall'infant research possono aiutarci ad indagare/illuminare certi aspetti della storia dei nostri pazienti, ma non ci dicono a priori quale sia stata tale storia. Insomma non è corretta la costruzione di un nesso necessario per cui "se questo paziente ora ha questi sintomi, allora nell'infanzia ha avuto relazioni/interazioni così e così". Può darsi che in alcuni casi che avranno un esito psicotico si sia verificata una storia evolutiva come quella che Seganti ci descrive (anche se secondo l'esperienza di De Masi 5/10 tale ipotesi non è "applicabile nel caso dei pazienti psicotici e neppure borderline"): ma tale eventuale circostanza va verificata, in base a dati (ricostruttivi e transferali) raccolti, lentamente e *faticosamente* (soprattutto quando si ha a che fare con le narrazioni frastagliate dei borderline e degli psicotici). 2) Date determinate circostanze ambientali relazionali, ogni bambino risponde in modo peculiare, è attivo e creativo (e questo lo sostiene anche Seganti!). Pertanto ogni nesso predittivo tra condizioni ambientali ed esiti della personalità del bambino è destinato a rivelarsi non necessario, ma largamente probabilistico. Infine, 3) Seganti ci parla di necessità di cambio di modello teorico. Però l'infant research (con le sue osservazioni e i suoi modelli esplicativi) non è un modello teorico psicoanalitico, bensì una utilissima conoscenza a latere (come utilissime sono le conoscenze che ci provengono dalle neuroscienze). Seganti scrive: "La messa a fuoco della dinamica persecutoria proveniente dagli oggetti bonificati rappresenta – a mio convinto modo di vedere – l'unico e significativo ed efficace punto di volta di ogni intervento clinico anche quando l'intervento clinico non viene esplicitato all'interno di questo quadro teorico". Trovo questa formulazione di Seganti molto interessante ed utile clinicamente: ma essa a mio parere costituisce non una asserzione letterale tratta dalla infant research, bensì una modellizzazione psicoanalitica a partire dall'infant research, ossia una pregevole sintesi (come avrebbe detto Stern, 1985) fra bambino clinico e bambino osservato.

Sia Correale che Seganti (quest'ultimo in modo più marcato) sembrano considerare i modelli come occhiali che ci fanno vedere determinate cose, per cui se cambiamo gli occhiali cambiano le cose che vediamo. Sembra quasi esservi una freccia unidirezionale che va dal modello alla cosa, e non una freccia bidirezionale interattiva tra le due

polarità. Seganti in particolare parla di “un confronto clinico in cui ognuno trova conferme per le proprie teorie e tutti son contenti”: sarebbe dunque non molto utile presentare specifiche esperienze cliniche, perché l’autore - che lo sappia o no - sta semplicemente declinando in forma narrativa il suo modello teorico.

Io spero invece che in questo dibattito continuino gli interventi degli “clinici delle cose strane” (come si è espresso Seganti). Questo è un dibattito *sulle* psicosi, e pertanto mi piacerebbe ascoltare ancora chi ci ha accennato (come Manica e Martini) all’importanza di porre le necessarie differenziazioni nella psicopatologia *delle* psicosi.

Sul tema della metodologia/epistemologia psicoanalitica credo che sarà opportuno organizzare un futuro specifico dibattito teorico-clinico *spiweb* (a patto che si riesca ad impostarlo in modo che il suo svolgimento sia radicato nel lavoro di presa di coscienza di ciò che avviene nella pratica clinica).

Tuttavia qui mi preme esplicitare alcuni pensieri (suscitati dagli interventi di Correale e Seganti) riguardo al rapporto tra modelli teorici ed esplorazione psicoanalitica.

I modelli teorici sono per me (per l’uso che credo di farne), *mappe per l’esplorazione psicoanalitica* (Parthenope Bion Talamo, 2011).

Una mappa non è il territorio, bensì lo *rappresenta*, con utili semplificazioni (senza le quali la mappa diverrebbe inutilizzabile, in quanto dovrebbe essere grande come il territorio).

Chi si accinga a fare una passeggiata in montagna, probabilmente *prima* consulterà una o più mappe dei sentieri. Soprattutto se egli prevede che il terreno sia coperto di neve (per cui non saranno visibili i segnali dei sentieri), fin dalla visione della mappa dovrà cominciare ad esercitarsi nell’orientamento spaziale. Personalmente prima di partire utilizzo almeno due mappe, non per collezionismo, ma perché esse non sono tutte uguali: l’una segnala meglio certi aspetti, l’altra altri.

Mentre ha luogo la passeggiata, il ricordo della mappa (delle mappe) rimane sullo sfondo, perché ora sta avvenendo una esplorazione, un corpo a corpo fra una persona e un ambiente in cui è il caso di orientarsi bene (se si vuole tornare a casa entro sera).

Se la persona che passeggia è troppo rigidamente fedele al modello (alla mappa che ha interiorizzato), essa non è sufficientemente flessibile e ricettiva nei confronti degli infiniti dettagli che continuamente le si presentano, la percezione e la risposta adattiva ai quali possono essere decisivi per portare a buon fine il percorso.

Se poi la persona che consulta la mappa dei sentieri pensa che la realtà non esista ma che esista solo la interpretazione della realtà, allora potrà rimanere nel suo studiolo, a studiare le carte, senza bisogno di perder tempo a far uso delle proprie membra per l’impatto con la realtà naturale.

In ogni pretesa di predominio del sistema ipotetico-deduttivo sui dati della realtà, ossia in ogni pretesa di *conoscenza totale* (Rossi Monti, 2009), è insita un po’ di paranoia, o almeno una discreta parentela con essa.

Anche la realtà psichica esiste.

Gli psicoanalisti autori tendono a costruirne modelli.

Nel leggere alcuni di questi autori, si avverte la continua interazione fra modelli ed esperienza, per cui siamo curiosi di leggere il loro prossimo libro, perché sappiamo che in loro non ha fine il “circolo ermeneutico”, la continua interrogazione e approssimazione a ciò che li “colpisce” nella loro esperienza clinica. In quanto è evidente che si sforzano di vedere/rappresentare sempre meglio, i loro testi ci aiutano a compiere noi stessi questo incessante esercizio.

Nel modo di funzionare di questi autori mi sembra che sia insito un *individualismo metodologico*, con una prevalenza della relazione coi casi individuali piuttosto che una

relazione privilegiata coi modelli teorici. Ogni interpretazione è per loro un tentativo provvisorio, e viene riconosciuta come un pregiudizio necessario nell'approssimazione all'altro, che però attende di essere modificato ed affinato grazie alla risposta dell'altro (Gadamer, 1960).

Molti altri autori psicoanalitici, invece, per quanto geniali, finiscono ben presto per rimanere irretiti nei modelli che hanno costruito. Anche dieci libri dopo, continuano a ribadire che la realtà è il loro modello, anzi – in una crescendo di *sensò di certezza* - è *sempre* più il loro modello, e riscrivono quest'ultimo per l'ennesima volta come se fossero mossi dalla convinzione che col lettore bisogna insistere, perché le cose gli entrino in testa.

Correale e Seganti (come Francesco Napolitano, 2011), sono *contro l'ecumenismo in psicoanalisi*. Ed anche io lo sono. Però penso che sia importante 1) imparare le teorie; 2) stare nella relazione clinica in modo che la propria percezione non sia pregiudicata da una di quelle teorie; 3) riscoprire che per descrivere quella determinata realtà clinica torna utile quello o quell'altro determinato modello.

Dalla teoria alla pratica alla teoria.

Nel “caso di Marta”, non è che ho visto l'uso che Marta faceva degli occhi perché stavo percependo il materiale clinico con l'occhiale teorico di Bion. Bensì ho sentito in me emergere dei nessi (preconsciamente, cfr. Sandler 1983) fra le varie “associazioni allucinatorie” che Marta stava compiendo, al che mi son detto: “caspita!, questo mi ricorda quel che diceva Bion!” (in quei passi di *Second Thoughts* che Conforto e Lombardi hanno puntualmente segnalato). Oppure: non è che ho pensato che Marta è colonizzata da un tirannico Super-io psicotico perché sono colonizzato dagli occhiali teorici di Rosenfeld o di De Masi. Bensì: a lungo ho osservato che Marta si manifestava nelle sue comunicazioni come bidimensionale (pur potenzialmente non essendolo), come se fosse sotto il ricatto di un aguzzino che le imponeva di mantenere il segreto. Ed è perciò che mi son tornate in mente certe formulazioni di Rosenfeld e di De Masi.

Per concludere: una psicoterapeuta infantile mi sta parlando di un bambino (diagnosi neuropsichiatrica: disturbo Multiple Complex Developmental Disorder - MCDD) che è da lei in terapia da alcuni anni. Me ne parla perché *teme che lui divenga definitivamente psicotico*. Inizialmente il quadro clinico era caratterizzato da un disturbo della relazione, della comunicazione, dell'affettività e del pensiero. Il bambino era difficilmente contattabile perché spesso era immerso in un mondo tutto suo, legato ai personaggi delle pubblicità. Col tempo era riuscito a condividere con la terapeuta questo mondo, dal quale scaturirono giochi e storie da fare insieme che gli permisero di elaborare i propri contenuti emergenti. Egli divenne capace di gestire e condividere le emozioni, raggiungendo un buon equilibrio nella vita quotidiana e nella realtà scolastica. Ma poi, quando è arrivato alle soglie della pubertà, ha cessato di usare il gioco per elaborare i propri contenuti, ed ha invece (ri?)cominciato ad usarlo per evitarli, inscenandolo in modo ripetitivo e stereotipato. La terapeuta viene informata dalla madre che lui è improvvisamente terrorizzato ad entrare nella propria camera (perché lì dentro c'è qualcosa, ma non le vuole dire cosa). Ci entra soltanto di corsa per infilarsi immediatamente sotto la coltre protettiva delle coperte. La terapeuta, pensando che possa esservi un nesso fra l'appiattimento del gioco del bambino e i suoi terrori ad entrare in camera, gli chiede più volte cosa sia che lo terrorizza tanto là dentro. Lui in preda a paura le risponde: “vorrei dirtelo, ma non posso!”. La psicoterapeuta commenta: “La mia impressione è che è come se lui fosse sotto ricatto: davvero vorrebbe parlarne, ma sente che sarebbe molto pericoloso”. Dunque, questo bambino sembra essere (sentirsi) sotto la minaccia di una presenza tirannica interna, tanto più potente quanto più il bambino sottostà all'ingiunzione di non parlarne a nessuno.

... E questo mi ha fatto ripensare ad alcune formulazioni di De Masi, come espresse anche nella relazione introduttiva di questo dibattito: “È importante aiutare il paziente a comprendere come la parte psicotica lo conquista e stimolare la sua percezione del pericolo che egli corre quando se ne lascia sedurre. Le crisi cominciano ad essere contenute nel setting quando l’analista acquisisce una conoscenza intima della modalità segreta con cui il paziente costruisce lo stato psicotico”.

3 novembre 2011

Modelli incarnati

Antonello Correale

Mi rendo conto di intervenire molto spesso e di correre il rischio in questo modo di occupare troppo spazio, ma il tema mi sembra veramente importante. Sono convinto infatti che il tema, di cui stiamo discutendo, non sia limitato soltanto al campo della psicosi, ma riguardi il modo con cui la psicoanalisi prende consapevolezza di se stessa e possa quindi confrontarsi colle altre scienze con sempre maggiore nitidezza e rigore (neuroscienze, psicologia dell’età evolutiva, teoria dei sistemi, fenomenologia).

Solo due osservazioni molto rapide.

Per quanto riguarda i modelli, vorrei dire che non credo esistano modelli astratti, ma che, lo vogliamo o no, i nostri modelli sono incarnati, diventano cioè pratica clinica, stile personale, attitudine interpretativa, addirittura posizione etica.

Esistono probabilmente due posizioni: o si esibisce un modello come copertura, facciata e la pratica rimane sullo sfondo e questo determina una scissione tra teoria e prassi e il rischio di un’intellettualizzazione del modello e di una prassi non bene esposta. O il modello appunto si incarna, diventa vita vissuta nel rapporto. Non è possibile allora non basarsi anche inconsapevolmente su uno sfondo di riferimento teorico. Ogni teoria implicita diventa “carne e sangue”.

Affermare che si prende ora uno ora l’altro modello a seconda del bisogno, mi sembra che non renda del tutto giustizia al fatto, che in questo modo non si affronta il problema dei modelli impliciti e si corre il rischio di proporre un’arbitrarietà della pratica psicoanalitica, che la rende inconfrontabile colle pratiche di altre scienze.

Il problema va posto a mio parere in altro modo: che cosa si acquista e che cosa si perde passando da un’ottica a un’altra? Fare riassorbire il concetto di difesa in quello di trasformazione, che cosa ci fa guadagnare e che cosa ci fa perdere? Dire che l’inconscio è indicibile o dire che è un deposito di tracce mnestiche modificate della rimozione, che cosa comporta in termini operativi? Dire che l’allucinazione è il risultato di una eliminazione evacuativa, spinta da un impulso distruttivo, o dire che è il ritorno insostenibile di qualcosa del reale che è stato perduto, che cosa comporta in termini di pratica? E quando è opportuno assumere un’ottica e quando un’altra? Diventa difficile affrontare l’incontro colle altre scienze, se non siamo il più possibile consapevoli delle nostre scelte scientifiche.

E infine, perché accusare di prevaricazione culturale e di intolleranza, chi aspira a una sempre maggiore consapevolezza teorica? Perché lasciare la psicoanalisi in un rischio di indeterminatezza, che la rende poco riconoscibile agli occhi dei non psicoanalisti, che in fondo restano, a mio parere, tra i nostri interlocutori più importanti?

Vorrei dire anche qualcosa sull’intervento di Seganti, di cui ho molto apprezzato la limpidezza e il rigore.

Mi sembra che Seganti proponga un'idea forte: la persecutorietà è implicita in ogni relazione umana, perché non c'è relazione umana che non richieda uno sforzo di adattamento e non lasci quindi "fuori" qualcosa, che può ripresentarsi al soggetto appunto come elemento persecutorio.

Mi sembra che questa posizione sia utile, anche per combattere certe eccessive idealizzazioni sulla bontà della relazione, che si leggono abbastanza spesso nella letteratura psicoanalitica.

Il soggetto dunque fronteggia le parti che restano "fuori" dalla relazione coll'idealizzazione o colla persecutorietà, e questo processo può o meno sfociare nella malattia.

L'aspetto forte di questa posizione è la grande importanza che attribuisce alla dimensione "negativa" dell'interpersonale, del reale della relazione, ma anche la possibilità che offra di articolare sempre meglio interpersonale e intrapsichico.

Il punto che mi sembra aperto resta il seguente.

Se compare la psicosi (cioè la depersonalizzazione, l'estraneità e i fenomeni successivi, l'allucinazione e il delirio) e se la psicosi spalanca il problema dell'essere e dell'enigmaticità del reale, che cosa è successo? Dove avviene il "clic" che trasforma la rimozione in rigetto? C'è una scarto, un gradino, uno step, per cui il processo psichico a un certo punto cambia strada e dal distaccarsi dal desiderio finisce poi per distaccarsi dal reale? E quali modelli sono utili o necessari per spiegare questo passaggio?

Oppure: com'è che le parti sfuggite al processo dell'adattamento (le "mine vaganti") in alcuni diventano demoni o dei e in altri rimangono sintomi isterici o ossessivi? Ringrazio però Seganti per la onestà e la chiarezza, che mi hanno permesso di cogliere meglio il punto che mi interessava (e che credo interessi anche ad altri) approfondire.

Mi sembra che la sua sia una posizione generosa, che non si sottrae al rapporto e che implica un atteggiamento etico importante: scegliere una chiave di onestà coll'altro – paziente o no – contro un rischio di conformismo adattativo.

E infine, il bambino, che preferisce tenere un segreto, è vittima di un'istanza interna distruttiva, o deve usare il silenzio come argine rispetto a un'emozione insostenibile?

4 Novembre 2011

Ambiguità

Claudia Peregrini

Un grande dono della vita psichica è l'ambiguità. Coi che fa coesistere due proprietà differenti, o piuttosto contrarie e logicamente incompatibili, ma simmetriche e di ugual valore. Per esempio i concetti di difesa e di trasformazione, nominati da Antonello Correale. Perché dobbiamo scegliere da quale parte stare? La coesistenza ha un carattere indecidibile: non è necessario fare una scelta, scegliere non sarebbe impossibile (mi sembra che Correale lo abbia fatto), ma secondo me è fuori discussione. Mi sembrano così vere (incarnate) e utili, per esempio, sia le teorie di Franco De Masi che quelle a cui si riferisce appunto Correale! Chi di noi, quando si occupa di psicosi gravi, conclamate, tanto più se non trattate farmacologicamente, non sente che a momenti è in gioco una violenza, una distruttività di enormi proporzioni? Eppure, quasi simultaneamente, si rivolge a teorie che parlano di narcisismo

vulnerabile, di non sopportazione dell'angoscia generata dal timore del contatto con i propri boli emotivi...

L'ambiguità (Racamier, *Il genio delle origini*, 1992) non ha a che fare con la confusione, né con il diniego o la negazione, né con l'ambivalenza...è un'interfaccia che deriva sia dal processo primario (che sa invertire), sia dal processo secondario (che non ignora i contrari)...essa mantiene nell'Io una vitale capacità di oscillazione, una sorta di respiro dell'anima, che si propaga fino alle ramificazioni più delicate della vita psichica. Racamier ci consegna un prezioso aforisma : 'Sapere, soprattutto con gli psicotici, mobilitarsi molto allo scopo di fare il meno possibile, ma la cosa più giusta.'

La caccia psicotica (paranoica) attacca difensivamente, in modo sistematico, tutto ciò che odora di fantasma e di indefinito; tutto ciò che è vago, incerto e dubbioso, e quindi AMBIGUO.

5 Novembre 2001

Qualche osservazione su corpo e comunicazione nello schizofrenico

Carmelo Conforto

Voglio ritornare su alcune considerazioni emerse con varia ampiezza nel dibattito.

- Un punto ineludibile del modo di porsi del terapeuta di fronte allo schizofrenico è la costituzione di un *setting interno*⁵. Ovvero la ricerca di quella condizione interiore idonea a incontrare le comunicazioni del paziente e cercarne *significati "analitici"*, prescindendo dalla pretesa di un assetto "regolato" del setting esterno.

In altre parole, soprattutto nella relazione con lo psicotico, la ricerca di quell'assetto mentale che permetta alla "funzione analitica" del terapeuta di non essere eccessivamente turbata e occlusa dall'incontro con l'apparente non-senso presente nelle espressività "folli" del paziente, capaci di forzare l'emergere di parti "folli" del terapeuta, così come Searles ha più volte ricordato (contiene quindi una dimensione *etica*). Feinsilver a questo proposito suggerisce che molte delle idee fuorvianti sulla natura della schizofrenia potrebbero corrispondere ai desideri onnipotenti dei nostri pazienti, assunti come *controidentificazioni*. Feinsilver (1986, 349) (riferendo il pensiero di Kafka) ricorda anche che il percorso terapeutico con pazienti schizofrenici può essere letto come una lotta per distinguere "quanto le sue percezioni riguardo al paziente abbiano a che fare con se stesso o con il malato".

Insomma, vorrei segnalare quello che tutti noi abbiamo vissuto nel rapporto con lo schizofrenico, l'intensità e varietà delle emozioni che invadono la relazione, che prima di farsi (eventualmente) portatrici di senso si muovono come oggetti concreti, come cose che feriscono, spaventano, allontanano, intrudono.

- Queste considerazioni tengono in conto il fatto che le modalità di impatto relazionale con lo schizofrenico (parlo della mia esperienza, che riconosco in chiara evidenza in tanti colleghi) contengono e trasmettono violenza, odio, amore sessualizzato, paura fisica, aridità disumana, dolore lacerante, come sappiamo e sperimentiamo, non espressi in pensieri adatti a descriverli al terapeuta e al paziente stesso con i consueti apparati linguistici (ciò che Grotstein ha immesso nel concetto di *allessitimia*⁶). Allora ritengo che a monte di ogni teoria o modello o ipotesi (per quanto effimere) ci sia stata e ci sia, come alcuni colleghi nel dibattito hanno segnalato

⁵ C. Conforto, G. Frangini, 1997, "Setting e pazienti gravi: le regole del gioco" in: A. Correale, L. Rinaldi (a cura) *Quale psicoanalisi per le psicosi?*, Cortina, Milano

⁶ J. Grotstein, (1991). Néant, non-sens, chaos, et le <<trou noir>>. *Rev. franc. Psychanal.*, 4.

(Carnaroli, Ramella, De Masi, io stesso), il progetto di avventurarsi nella *ricerca di questo senso* in territori in cui la *genesì del senso* risulta impedita, attaccata, e si ha a che fare con *emozioni-pensieri* che non sono provvisti (qui ricorro a Bion) di un apparato idoneo a *pensarli*.

Peraltro Correale ha ricordato (17 X) che lo svelamento della mancanza di senso nello psicotico ha a che fare con il *diniego (Verwerfung)* di Freud, la *Forclusion* di Lacan (1955-1956; 1956, 554), che, interrogandosi sul rapporto del soggetto con la psicosi, afferma che “*doveva esserci qualcosa che non si era realizzato, a un dato momento, nel campo del significante, qualcosa che era stato verworfen. Ciò che è stato così oggetto di una Verwerfung riappare nel reale*”. Ovvero ciò che è stato soppresso (la castrazione, l'Edipo ad esempio) nell'idea riappare nel reale, come ci ha ricordato Correale, in forma distorta. Ne consegue che ciò (una rappresentazione) che non ha trovato un luogo psichico ove collocarsi, ovvero una possibilità di simbolizzazione, non scompare se non in apparenza, riprecipitando sul *corpo*, o proponendosi come contenuti verbali che si offrono come fantasmi di *significati perduti*.

-E' il corpo, allora, nelle sue forme mimiche, gestuali, immaginarie, allucinatorie che si pone come contenitore possibile di un *senso* che si offre ambiguamente, come intenzione rivelatrice, come schiusura, al terapeuta.

Corpo inteso come oggetto parziale, bocca, occhi, *grimaces*, corpo troppo grasso, corpo affamato, disposto a mordere, a spiare, a occultarsi, comunque in qualche modo obbligato a esprimere la forza dell'odio, del desiderio, della paura e chiusura.

Ho presentato qualche esemplificazione di ciò nel mio contributo del 23 X, così come ha fatto Carnaroli.

-Credo che un modo per descrivere il rapporto del terapeuta con il corpo dell'altro si trovi nell'uso della *empatia*, così come espressa da Edith Stein⁷, allieva di Husserl. L'*Einführung*, l'*empatia*, si propone, nel modello della Stein, come il tentativo di “comprendere -dalla percezione esterna corporea- l'interno degli altri, delle loro sensazioni, i loro sentimenti, le loro motivazioni” (dalla presentazione di Ardigò).

Il movimento empatico, inteso come tentativo a cui abbiamo tutti noi fatto ricorso, viene dalla Stein considerato atto del (mio) Corpo Vivente, *Leib*, che, percependo l'altro, in quanto altro *Leib*, in quanto portatore di vissuti, informa il (mio) Io.

6 novembre 2011

Su una possibile sintesi della natura e dell'evoluzione del processo psicotico.

Franco De Masi

Conoscere la natura e l'evoluzione di uno stato morboso ci avvicina alla possibilità di preparare gli strumenti terapeutici per favorirne la trasformazione.

Per questo sono grato a Correale, e al suo intervento del 27 ottobre, in cui ha cercato di esplicitare i modelli della dinamica della psicosi, individuandone prevalentemente due.

La mia ambizione è quella di integrare le sue formulazioni ponendo delle questioni, a mio avviso importanti, che si riferiscono alla *natura specifica* della psicosi.

1) La prima questione riguarda la *natura progressiva* del disturbo. Nessuna altra malattia è destinata ad avere le drammatiche conseguenze della psicosi che, non dimentichiamolo, era stata chiamata da Kraepelin *dementia praecox*.

⁷ E. Stein (1917) *L'empatia*, Franco Angeli, Milano, 2000.

2) Un modello esplicativo della psicosi dovrebbe poter spiegare perché in questa forma di disturbo si arriva al delirio e alle allucinazioni e perché gli episodi psicotici tendono a ripetersi, causa quest'ultima dei numerosi fallimenti nella terapia analitica. Correale dice che nel nostro dibattito sono emerse due forme di approccio separate l'una dall'altra. A mio avviso esse non si contraddicono anzi possono essere comprese entrambe, se teniamo presente la dinamica specifica della psicosi.

La prima posizione, cui forse secondo Correale appartengo anche io, sarebbe centrata sul modello dell'identificazione proiettiva e degli oggetti interni ed sarebbe caratterizzata dalla presenza distruttiva di un oggetto interno crudele identificabile con la parte psicotica della personalità.

La seconda posizione, cui lui aderisce, si concentra di più sul concetto di disinvestimento per cui l'oggetto acquista caratteristiche di estraneità, stranezza e enigmaticità.

Correale parla giustamente, in questo caso, di un distacco frazionato dall'oggetto, un processo più radicale della rimozione o della scissione. Io sono d'accordo con questa formulazione di Correale perché penso che esiste una dinamica poco sottolineata dagli analisti che prepara l'evoluzione psicotica e che sta alla base di questo disinvestimento.

La dinamica è quella del *ritiro psicotico* ossia la produzione nell'infanzia di un luogo e di un funzionamento mentale creato dal bambino che riduce l'uso della realtà psichica (il mondo emozionale e relazionale) e che popola la mente di esperienze sensoriali (personaggi, fantasie sensoriali).

Un caso molto indicativo è stato fornito recentemente da Carnaroli. Questo bambino era continuamente immerso in un ritiro sensoriale pieno di personaggi da lui creati riferiti alla pubblicità. Come si vede dall'esempio quello del bambino non era un gioco da interpretare simbolicamente ma corrispondeva alla costruzione di un delirio che ha assunto poi aspetti concreti e atterrisce il ragazzo. I bambini psicotici non giocano anche se il loro sembra un gioco e sono per questo molto contento se, come sollecitato dalla collega Barbieri, il nostro dibattito potrà avere un seguito nella discussione della patologia infantile.

Come ho detto il ritiro infantile ha eminenti qualità sensoriali e costituisce le basi per la possibile evoluzione psicotica. Quando parlo della parte psicotica della personalità mi riferisco all'azione e alle strutture derivate dal ritiro psicotico infantile che tende progressivamente a sostituirsi alla parte sana della personalità.

L'uso della mente come organo sensoriale porterà più avanti alla produzione di deliri e allucinazioni che nell'ultimo periodo assumeranno il carattere di una struttura intimidente che minaccia di morte il paziente se questi cerca di abbandonare la psicosi. Chi non ricorda quella meravigliosa sequenza di Frieda From Reichmann a Chestnut Lodge di più di cinquanta anni fa, quando, dopo aver avuto da una paziente ricoverata la descrizione del suo delirio, la trovò il giorno dopo terrorizzata perché, dopo la seduta, una voce l'aveva minacciata di morte dato che aveva rivelato il suo segreto alla psicoanalista?

Questo è uno degli avvenimenti specifici dello stato psicotico quando la parte psicotica ormai dominante terrorizza o seduce il paziente. (Il Super-io psicotico ha questo carattere ambivalente o bifasico).

Il primo modello delineato da Correale non mi pare corrispondere a quello che io ho in mente per comprendere l'evoluzione della psicosi.

Io non penso alla psicosi come derivante da una parte invidiosa, distruttiva e intollerante della personalità (l'ipotesi kleiniana dell'invidia è fuorviante) quanto piuttosto che questi aspetti terrorizzanti e crudeli appartengono a fasi molto avanzate dell'evoluzione della malattia.

Anzi io penso che il ritiro psicotico (come suggerito in qualche accenno da Rosenfeld e Meltzer) offra inizialmente al paziente allettamenti di natura sensoriale assai più seducenti di quelli presenti nella realtà psichica. Per questo aspetto il ritiro psicotico assomiglia a quello della perversione sessuale.

Se il ritiro psicotico non fosse piacevole (e di qui il disinvestimento di Correale) che vantaggio una persona avrebbe a diventare psicotico? Solo in un secondo momento questa realtà sensoriale diventa fonte di terrore e di intimidazione. Correale, in questo caso, rischia di scambiare le conseguenze con le cause.

Un ultimo appunto riguarda il criterio di realtà con cui ci si scontra nel corso della terapia analitica dei pazienti psicotici. Per loro il delirio è reale perché viene creato dai canali sensoriali e non appartiene al funzionamento del pensiero anzi le due funzioni (sensoriali e di pensiero) si escludono vicendevolmente e per questo l'integrazione e l'insight appaiono impossibili.

Tralascio alla fine la grande questione del perché alcuni bambini creano il rifugio e disinvestono la realtà emotiva. La questione meriterebbe un dibattito a parte ma tutto sembra cominciare da una particolare trauma emotivo tra madre e bambino che impedisce a quest'ultimo l'acquisizione delle funzioni inconsce emotive cioè di quelle funzioni inconsapevoli chiamate dai neuroscienziati inconscio procedurale. Solo che per me si tratta di inconscio procedurale emotivo. Questa carenza sembra facilitare l'entrata nel ritiro psicotico e la successiva evoluzione verso lo stato clinico di malattia.

7 novembre 2011

Realtà/verità nella psicosi

Gabriella Giustino

Quando, sollecitata da Francesco Carnaroli, gli ho proposto di fare un dibattito sulla psicosi ero certa che vi sarebbe stata molta partecipazione. Progressivamente gli interventi s'intrecciano formando un quadro sempre più completo e maturo dei diversi approcci teorico-clinici. E' come se si stesse componendo un puzzle, incompleto certo, ma che ci permette di capire un po' di più (e un po' più in là) il mistero del processo psicotico. Ringrazio di cuore tutti quelli che sono intervenuti appassionatamente.

Il dibattito continua ed io vorrei soffermarmi sul tema della verità e della realtà nella psicosi proponendo alcune riflessioni.

Freud nel lavoro "Perdita della realtà nella nevrosi e nella psicosi" (1924), afferma che la realtà psicotica deriva dalle sensazioni del proprio corpo e perciò il paziente riconosce come esteroceettiva una realtà propriocettiva. L'Io nega (rigetta) la realtà e si svincola da essa, poi crea una nuova realtà tramite un delirio o un'allucinazione. La fuga dalla realtà, sostiene Freud, non avviene come per il paziente nevrotico nella fantasia ma comporta la neocreazione di una realtà allucinata o delirante.

In un lavoro dell'83 pubblicato sulla *Revue Belge de Psychanalyse*, Meltzer suggerisce che la barriera di contatto di Bion è necessaria a differenziare il mondo interno da quello esterno (più che il conscio dall'inconsapevole) e sostiene l'ipotesi che la "fissazione geografica" su determinate aree sensoriali corporee (in particolare orifizi) possa essere il punto di partenza dell'inversione della funzione alfa per cui, non solo produce elementi beta, ma anche e soprattutto è causa dell'inversione della direzione del funzionamento dell'apparato percettivo (da vedere e sentire ad allucinare).

Meltzer (1986), sulla scia di Bion, sostiene anche che quando accade che la funzione alfa viene distorta o rovesciata, in situazioni di frustrazione o di dolore mentale intollerabili, l'emozione non può essere trasformata in immagine onirica con cui costruire pensieri e significati. Nascono perciò delle rappresentazioni distorte di sé e dei significati nonché del proprio stato mentale o delle esperienze emotive del momento. Tali rappresentazioni distorte hanno lo scopo di evitare il dolore mentale e si manifestano sotto forma di menzogne o di allucinazioni. Per Meltzer (1986) la verità è la verità sul significato dello stato della propria mente. La funzione alfa elabora la verità, cioè la vera valutazione del proprio stato mentale. Per l'Autore l'organo della coscienza che nel sogno osserva il sogno stesso, percepisce anche le qualità psichiche della vita di veglia. In condizioni normali la coscienza distingue i dati sensoriali dall'organizzazione del significato dell'esperienza.

La funzione discriminante dell'analista sembra costituirsi per il paziente psicotico come precursore della formazione (attivazione) della "barriera di contatto" che gli consente di distinguere tra conscio e inconscio, tra realtà esterna ed interna. La comprensione da parte dell'analista, di quanto il paziente dice o fa, diventa dunque una importante funzione in assenza della quale il paziente dà progressivamente meno attenzione alla differenza tra sogni, fantasia e realtà (Taylor 1983).

Il rapporto tra realtà interna, realtà esterna o fattuale e verità è dunque alterato nella psicosi. Se per realtà interna intendiamo la realtà psichica, la verità non corrisponde alla realtà esterna/fattuale ma alla realtà condivisa. Il paziente psicotico distorce e proietta all'esterno la propria realtà psichica alterando così anche la verità, cioè la realtà condivisa dagli altri esseri umani e dal loro senso comune (Bion, 1970).

8 novembre 2011

Complessità dell'approccio clinico ed apertura degli orizzonti psicoanalitici

Riccardo Lombardi

La questione psicotica è complessa e multifattoriale ed ogni generalizzazione rischia di essere riduttiva. Pur con queste limitazioni vorrei raccordarmi a quanto diceva Correale e poi De Masi nel suo intervento 'sintetico', ricordando ad entrambi che è anche possibile considerare la psicosi l'espressione di una disarmonia corpo-mente, come ho sinora proposto nella mia introduzione e nei miei interventi. Il punto di vista Investimento /Disinvestimento di cui parla Correale parte dall'assunto di un primato della dimensione mentale che per me è lungi da essere scontata nelle psicosi, quindi non farei rientrare il mio modello nel contesto di una delle due categorizzazioni da lui proposte: il corpo ha infatti per me una presenza ed autonomia ontologica propria rispetto al mentale. Il modello di Correale del 'rigetto' ricalca il modello freudiano, lì dove mi sembra che la pratica clinica attuale sveli le insufficienze e i limiti della posizione freudiana (non meno che della posizione kleiniana o di quella bioniana) e pone la necessità di nuove ipotesi cliniche o addirittura di nuove epistemologie.

Se, allora, le urgenze di livello più arcaico del paziente psicotico portano ad una valorizzazione della presenza corporea, questo non esclude che esistano altri livelli di elaborazione molto vicini al modello fondato sulla identificazione proiettiva. Il problema mi sembra allora non tanto la contrapposizione tra modelli diversi – 'posizione uno o due' di Correale- quanto differenziare i diversi livelli di funzionamento

ed il diverso ambito dei bisogni espressi dal paziente nel corso della sua evoluzione. Non mi sembra casuale che nel contesto dello stesso interesse per il ruolo del corpo che si è sviluppato negli interventi precedenti, la proposta di approccio clinico prospettata da Correale sia molto distante dalla proposta di lettura contenuta nei miei due interventi.

Come mi sembra abbia suggerito anche Peregrini, non credo che il nostro dibattito possa avvantaggiarsi da un chiarimento di posizioni e di fronti come proposto da Correale, ma piuttosto credo ci si possa avvantaggiare dal confrontare le diverse posizioni di ognuno di noi in relazione ai singoli specifici contesti: ci si possa cioè avvantaggiare del dibattito come esperienza di *work in progress*. Troppo spesso, infatti, sembra che pensiamo nello stesso modo o condividiamo gli stessi orientamenti, ma poi viene invece fuori che operiamo clinicamente in modo molto differente. Da questo lavoro più sfumato e meno sistematico, in cui ognuno resta chiaramente responsabile delle sue letture e proposte, credo possa emergere una visione più realistica dei diversi orientamenti clinici: orientamenti che siano un precipitato della nostra esperienza reale, piuttosto che di un aderire ad una generica e sommaria posizione.

Quanto all'ultimo intervento di De Masi noto che egli ritorna anche questa volta sul tema del ritiro psicotico e del suo popolarsi di esperienze sensoriali. Una posizione che sembra intrecciata a quanto Giustino ricorda di Meltzer nel suo intervento. Francamente sono perplesso dalla univocità con cui autori come De Masi o Meltzer tendono a trattare questi livelli sensoriali come "perversi". La loro posizione mi sembra estremistica nella misura in cui espone al rischio di demonizzare l'esperienza corporea del paziente e di sottostimare il ruolo trainante dei livelli sensoriali e, da lì in avanti, sottostimare l'enormità del contributo creativo attivo che il paziente psicotico porta al processo analitico: un contributo spesso oscuro, ma che sta all'analista far procedere verso forme di maggiore riconoscibilità e condivisione. Un intervento di Thanopoulos che accennava al tema della creatività del paziente psicotico è sfortunatamente rimasto senza seguito.

Mi sembra quindi che l'idea dell'allettamento sensoriale letta sul versante "perverso" rischia di diventare pericolosamente moralistica e colpevolizzante nei riguardi di un tipo di analizzando già fortemente compromesso in varie sue funzioni mentali di base. Alla evoluzione drammatica di molte psicosi contribuisce la mancanza di risonanza – Conforto ricordava una *Einfhlung*, che, aggiungerei io, ha però bisogno di funzionare indissociabilmente sul versante emotivo e cognitivo- che viene sperimentata nel corso dello sviluppo da questi soggetti, per cui la nostra lettura dell'isolamento psicotico non può prescindere da una considerazione della dimensione relazionale, *in primis* da tutto ciò che di nuovo si riesce a realizzare nel contesto comunicativo della relazione analitica.

Mi viene, per esempio, in mente un paziente già avanti nell'analisi, che ha sognato, poco prima di una interruzione, di stare smontando una sua gamba di legno, arrivando così a scoprire che al suo interno era presente un meccanismo tipico di un pianoforte. Ha associato che da bambino – nella condizione di isolamento quasi assoluto che lo caratterizzava- egli era stato convinto che le persone potessero avere tre gambe, solo perché aveva visto pianoforti con tre pedali: un suo modo arcaico di equiparare un oggetto di legno e metallo alla persona umana. Al tempo stesso mi è sembrato che riconoscendo la sua condizione non umana di burattino (pinocchio), il paziente stesse al tempo stesso riconoscendo l'incipiente 'emozionalizzazione' di sé, che egli realizza a partire dalla esperienza di 'risonanza' che si crea nella nostra relazione- ovvero lì dove c'è anche un mio terzo piede che opera al 'pianoforte' delle sedute, permettendo, insieme ai suoi due piedi, di modulare le sue sonorità emozionali.

Mi sembra che l'evocazione del burattino di legno serva qui a ricordarci il determinante valore di sopravvivenza che possono avere quegli elementi 'sensoriali', da altri

considerati presuntivamente ‘perversi’: qualcosa che mi sembra invece correlabile prima di tutto al tentativo estremo di difendere una qualche presenza umano-corporea, al fine di tutelare una qualche forma di sopravvivenza del soggetto, allorché questa sopravvivenza è in pericolo. Nei contesti clinici in cui l’umano è ridotto al ‘non-umano’ del mondo inanimato si può assistere a gesti paradossali, non ultimo il suicidio, nel tentativo disperato di arrivare a ‘sentire’ una presenza corporea che riscatti da quell’intollerabile vuoto che è la condizione di assenza di vita e di umanità.

Una patologizzazione del mondo psicotico come quella che talvolta traspare da certi interventi mi sembra rischiare una confusione tra psichiatria e psicoanalisi oppure una ossificazione del pensiero psicoanalitico, identificato ideologicamente come portatore di un sistema di valori basati sulla sanità e sul buon funzionamento mentale contro la pericolosità del ritiro psicotico.

Viceversa mi chiedo se la forza della psicoanalisi rispetto alla psicosi non risieda altrove: se non stia, per esempio, nella sua possibilità di funzionare come forza liberatrice rispetto ad una personalità o ad un pensiero che sono invischiati nella paralisi o sopraffatti dal magma indifferenziato dell’informe; che sono immersi nel ghiaccio o soffocati da un eccesso di intensità emozionale, per cui la funzione di traduzione mentale -o la barriera di contatto che dir si voglia- entrano in scacco. Una messa in scacco determinata non tanto da fissazioni ‘geografiche’ patologiche o da una carenza di verità come nella concezione di Meltzer, ma dalla forza disorganizzante che possiede in modo costitutivo l’impatto sensoriale, soprattutto allorché si associa ad una mancata o carente sintonizzazione dei livelli mentali sui livelli senso-emozionali, tradendo così un bisogno originario di contenimento della spinta somatica.

Non nascondo quindi il mio sentimento di disagio rispetto ad una attitudine categorizzante e patologizzante sulle psicosi. Ricordando la domanda già formulata nella mia introduzione: non è forse la psicoanalisi stessa ad avere bisogno della psicosi per tenere aperti i suoi confini ed allargarne gli orizzonti?

Credo non sia possibile avvicinare psicoanaliticamente un campo problematico e difficile come la psicosi senza avere l’aspettativa di stare andando ad imparare qualcosa dal paziente. Se mai dovessi arrivare a pensare che vado soltanto a curare dei malati mentre analizzo i cosiddetti psicotici, senza ricevere contemporaneamente indietro alcunché di nuovo da imparare su me stesso e sulla vita, quel giorno penso dovrò chiedermi se non sia arrivato per me il momento di chiudere definitivamente bottega.

8 novembre 2011

Riflessioni sulla Psicosi

Stefano Calamandrei

Come psicoanalista che lavora nell’istituzione come psichiatra (e con le nuove leggi sulla Previdenza non so se ne uscirò più), mi occupo necessariamente di pazienti psicotici e borderline gravi, della urgenza come della loro “riabilitazione” nelle cosiddette strutture intermedie. Questa esperienza ha arricchito la mia pratica di psicoanalista e mi ha consentito di poter effettuare terapie analitiche anche a pazienti gravi, per i quali la terapia psicoanalitica classica non apparirebbe come la metodica più indicata.

Ho letto con molto interesse l’intero dibattito, che ho trovato molto interessante e veramente ricco di stimoli, e vorrei ringraziare tutti i colleghi che si sono “cimentati”, perché non è facile esporsi in un dibattito on-line ed in più su un argomento come

quello della Psicosi che suscita sempre, non a caso, reazioni molto intense. Un ringraziamento sentito mi sento di inviarlo a Francesco Carnaroli per il lavoro di coordinamento, di assistenza on-line e per il suo contributo clinico.

Vorrei fare alcune riflessioni (che per brevità saranno sommarie) che nascono dall'esperienza clinica, dall'aver dovuto ripensare le modalità di approccio della terapia sia psichiatrica che psicoanalitica. Questa necessità mi ha spinto a prendere maggiormente in considerazione, nel trattamento dei pazienti gravi, autori come Winnicott o Kohut, la psicoanalisi del Sé e l'evoluzione del Narcisismo, oltre alle più recenti acquisizioni della psicoanalisi dell'adolescenza sia francese che italiana.

Come stile personale, ma a me sembra anche come efficacia terapeutica, mi sento vicino alla seconda ipotesi di teoria esplicitata da Correale, forse, meglio, ad un sottogruppo di questo filone.

Infatti ritengo che uno dei punti essenziali dell'intervento terapeutico con le patologie gravi sia quello di dover strutturare, ed aiutare ad elaborare, la base narcisistica di questi pazienti, che appaiono soprattutto carenti di una base egoica, di una struttura interna di riferimento, che dovrebbe essere costituita dalle strutture narcisistiche della personalità, individuate come le fondamenta psicologiche indispensabili sulle quali ogni persona può basarsi per le proprie valutazioni, per la gestione del mondo emotivo e della realtà esteriore, per poter "soggettivare" il proprio simbolismo, la facoltà di decidere e la capacità di sopportare i sensi di colpa conseguenti, per poter sviluppare la "capacità di essere solo".

Il lavoro sulle strutture narcisistiche penso sia preliminare sia a quello della integrazione che a quello interpretativo del materiale che proviene dalla relazione. Penso si dovrebbe considerare che il problema non è solo un ritiro dell'investimento, ma che questo nel momento in cui non riesce ad effettuarsi produce anche una assenza di soggettivazione adeguata, o, in un altro linguaggio teorico, una identificazione primaria insufficiente.

Ciò che manca a questi pazienti sembra essere, ad un livello profondo, la formazione di quelle strutture regolatrici che operano silenziosamente e che sono fuori dalla nostra consapevolezza, che costituiscono il nucleo fondante della personalità, della sicurezza e soprattutto dell'autonomia dell'individuo.

La prima serie di teorie implicite evidenziate da Correale, secondo me, derivano da una psicoanalisi che dona importanza al transfert che deriva dall'esperienza (e dalla fantasia) della relazione oggettuale, nei confronti cioè della madre-oggetto, basata sulla pulsione; mentre la seconda serie si basa sulla elaborazione del transfert narcisistico stabilito con la madre-ambiente, come la chiama Winnicott, e contribuisce, in maniera decisiva, allo sviluppo proprio di quelle strutture che sono le basi narcisistiche della personalità. Questa possibilità, che dona la sicurezza interiore, potremmo anche definirla come l'introiezione dell'Oggetto buono, che a me sembra un fenomeno appartenente alla serie narcisistica della relazione madre - bambino. Nella terapia analitica delle patologie gravi il punto focale, secondo me, è promuovere l'introiezione dell'oggetto buono e questa funzione viene acquisita per identificazione, attraverso la elaborazione del transfert narcisistico rivolto all'analista inteso come madre-ambiente.

I due transfert, quello narcisistico e quello relazionale, in realtà, si integrano e si sostengono a vicenda (come mi sembra dica anche De Masi), scorrendo paralleli e dialogando tra loro. Nella psicoanalisi delle patologie gravi bisogna essere capaci di spostare il proprio vertice di osservazione (ma anche la propria teoria) da un transfert all'altro, con una maggior attenzione verso la distanza relazionale piuttosto che sull'insieme dei contenuti verbali o sulla sintomatologia secondaria, avendo una particolare attenzione consapevole agli aspetti narcisistici.

9 novembre 2011

Post scriptum

Riccardo Lombardi

L'intervento di Calamandrei che segue a ruota quello mio di ieri riporta l'accento sulle linee generali. Non so se sia una conseguenza di una nostra tradizione latina di stampo idealistico o la conseguenza dell'impostazione del training psicoanalitico in Italia, ma si sente molto nel dibattito questa attrazione per le questioni generali. Dico questo senza negare che questa attrazione è stata nel nostro contesto più temperata che altrove da un discreto numero di riferimenti clinici, ma l'attrazione verso i massimi sistemi sembra comunque una costante.

Visto che non si riesce a prescindere dal pensare per posizioni, vorrei chiarire la mia posizione: se si dovesse per forza stare dalla parte di uno schieramento teorico mi troverei a stare con De Masi. Come mai, potrebbe chiedere qualcuno, visti gli evidenti - mi sembra - elementi di differenziazione tra di noi?

Risponderei che De Masi richiama l'attenzione su uno strumentario di base – su una zappa o un badile, se vi piace - senza la quale non si va a dissodare nessun terreno psicotico. Il tema della specificità del funzionamento psicotico – la specificità della cosiddetta area psicotica, che De Masi preferisce enfatizzare sul versante del cosiddetto 'ritiro psicotico'- è imprescindibile elemento di base nell'avvicinare il trattamento delle psicosi. Fuori di questo mi sembra che il rischio sia di colludere con una profonda scissione del paziente, con la conseguenza di non arrivare a scalfire il suo nucleo più disturbato e di rischiare uno spostamento verso il distanziamento di certa fenomenologia antropologica o verso un neo-filantropismo psichiatrico.

Rispetto a De Masi ritengo, però, che sia anche indispensabile migliorare l'articolazione del sistema di teorie che si diparte dal riconoscimento dell'importanza dell'area psicotica, per arrivare ad una maggiore presa operativa nel trattamento del paziente e ad una maggiore sofisticazione teorica. Il che ha per conseguenza non trascurabile quell'apertura degli orizzonti psicoanalitici cui accennavo ieri.

Mi sembra esista un problema non irrilevante che discende dall'eredità della Klein: forse lo stesso problema che ha portato la Turillazzi Manfredi a considerare il kleinismo una sorta di malattia esantematica infantile. La Klein era un soggetto dotato di straordinarie doti di intuizione clinica, ma assai povera sul piano della sensibilità epistemologica, e forse non esente da problematiche irrisolte rispetto alla figura materna. D'altra parte la Klein è stata già sufficientemente geniale e rivoluzionaria con tutti i limiti che l'hanno caratterizzata, per cui resta giustamente un asse portante della tradizione psicoanalitica.

Il problema si è posto soprattutto nel corso della evoluzione kleiniana successiva, dove questa scarsa attitudine alla problematicità epistemologica – con l'eccezione di Bion- ha pesato non poco nell'integrazione scientifica del contributo kleiniano, anche se questo si è imposto molto nel mondo psicoanalitico globale per la sua rilevanza politica.

Detto questo ritorno sul punto che una scelta orientata sul piano teorico e sulla definizione di schieramenti non mi sembra avvantaggi molto il nostro dibattito, che mostra viceversa maggiori potenzialità quando si muove intorno alle problematiche cliniche. Nella psicoanalisi delle psicosi l'analista è continuamente chiamato a fare scelte importanti ogni volta che si accinge ad aprire bocca. [Ma senza dubbio esisteranno i sostenitori dell'utilità del silenzio analitico anche con questo tipo di paziente...] E le scelte che si accumulano nel tempo a livello del micro-dialogo della

seduta hanno conseguenze importanti sull'evoluzione successiva del paziente e della relazione analitica.

9 novembre 2011

Caso clinico di Stefano

Gabriella Giustino

Raccolgo l'invito di Lombardi, con cui concordo, a confrontarsi più proficuamente sulla clinica. Stefano ha 40 anni e durante i primi incontri con me è sospettoso ma sembra anche molto desideroso di essere ascoltato. Il suo linguaggio è inizialmente caotico e confuso, lo sguardo è circospetto, la voce flebile ed infantile.

Il paziente aveva subito qualche anno fa (dopo la morte di entrambi i genitori) due ricoveri in reparto psichiatrico (avvenuti contro la sua volontà) in seguito a stato grandioso e maniaco con deliri di persecuzione. Stefano si era chiuso in casa e aveva cominciato ad urlare ed imprecare contro tutti dalla finestra perché si sentiva perseguitato da personaggi potenti e cattivi. Dopo i ricoveri psichiatrici aveva cominciato ad assumere farmaci antipsicotici.

Il delirio genealogico del paziente era centrato sul tema della sua nobiltà che lo avrebbe dovuto porre in una situazione privilegiata di censo e di nascita, garantendogli una superiorità sugli altri.

L'aspetto persecutorio era centrato su una visione del mondo e della società che lo escludeva dai "posti importanti". I nobili lo umiliavano erano considerati molto cattivi e ignoranti. Stefano proveniva da una famiglia agiata ma non nobile. Della sua storia raccontò che il padre era rigido e molto assente dalla famiglia. Lui si "rotolava tra le gonne della mamma", che, a suo dire, gli faceva fare tutto quello che voleva.

Alla fine dei colloqui preliminari concordammo di intraprendere un'analisi a tre sedute la settimana.

Il lavoro terapeutico mi permise di ipotizzare che Stefano, sin da bambino, si era ritirato in un mondo di fantasia dissociato dalla realtà (De Masi, 2006). Ciò lo aveva aiutato apparentemente a difendersi dall'angoscia del vuoto e dal senso d'inadeguatezza ma il nucleo psicotico del paziente aveva potuto espandersi in questo ritiro. Il deficit del contenitore emotivo materno (Bion, 1962) aveva preparato il terreno per questo sviluppo psicopatologico.

La madre viveva ritirata in casa dove riceveva le amiche e in famiglia regnava un clima emotivo freddo e formale.

Il rapporto della madre con Stefano appariva concreto e sensoriale ed assomigliava ad un farsi compagnia anziché ad una vera relazione emotiva.

Stefano a questo proposito diceva: "Io ero il cagnolino di mia madre. Lei mi accarezzava, mi teneva sulle sue ginocchia ma non mi parlava mai e, a volte, quando aveva i suoi momenti, si chiudeva in camera e mi lasciava fuori la porta. Io, come un cagnolino obbediente, aspettavo che mi riaprisse. Spesso fantasticavo ad occhi aperti che sarei diventato un Principe (del resto mia madre mi presentava alle sue amiche come il suo Principino) e finalmente lei sarebbe stata contenta di me".

La madre del paziente viveva nel mito del proprio padre che, a suo dire, era stato ricco nobile e influente. Un improvviso dissesto finanziario l'aveva costretta a ridimensionarsi, ma lei non aveva rinunciato alla fantasticherie di appartenere ad uno status sociale superiore. Il piccolo Stefano era stimolato sensorialmente dalla madre,

incoraggiato nell'idealizzazione grandiosa di Sé e poi lasciato solo. Lui, il Principe, cercava di compensare (in fantasia) le frustrazioni narcisistiche materne.

Il ritiro nella fantasia aveva consentito un sovvertimento delle percezioni emotive di Sé e del mondo e distrutto la capacità di comprendere la verità emotiva di se stesso e degli altri.

Solo dopo alcuni mesi d'analisi Stefano riuscì a stendersi sul lettino.

Tuttavia, per parecchio tempo, dopo ogni separazione analitica, l'analista-Io-ausiliario (che continuamente lo teneva in contatto con la realtà psichica segnalando, tra l'altro, la seduzione del nucleo delirante nel qui ed ora della seduta) era cancellato dalla mente del paziente. Egli, non potendo ancora introiettare la figura dell'analista, ritornava nel ritiro e la diffidenza verso di me lo portava a riassumere la posizione vis à vis quando ci rincontravamo dopo il fine settimana.

Durante una seduta avvenuta dopo un'interruzione (al 6° mese d'analisi) Stefano entra nella stanza e, con lo sguardo sospettoso, si guarda intorno. Si siede sulla poltrona e comincia a parlare lamentandosi di non avere relazioni, di sentirsi isolato, di non avere nulla. "Eppure", dice, "meriterei tutto: io ho un passato, un nome, una cultura. Prima o poi succederà che tutti mi riconosceranno e diventerò famoso come merito. Io sono l'imperatore! Io farò beneficenza a tutta l'umanità con le mie immense ricchezze. Mi fa soffrire che gli altri non vogliono capire, sono dei fannulloni falsi e invidiosi e invece dovrebbero essere al mio servizio.... questa società è molto cattiva...e mi odiano perciò mi chiudo in casa!"

Gli dico che durante le interruzioni dell'analisi la sua mente perde il contatto con me e con la realtà; aggiungo che penso che quando lui sente di non avere nulla, si rifugia nei deliri grandiosi per provare meno il senso di isolamento e di impotenza.

Mi dice che ho capito: lui nelle pause non si ricorda del nostro lavoro.... è un circolo vizioso e si isola sempre di più, si perde nel delirio e poi disprezza gli altri ... "quando parlo con lei" aggiunge "lei mi capisce...lei è un punto fermo"...

Sottolineo che è necessario avere un punto fermo da cui partire. In analisi con me non ci sono grandi glorie, ma una persona con cui parlare.

Stefano replica che l'analisi per lui è un pezzo di identità.

Gli dico che forse il contatto emotivo con me lo fa sentire meno vuoto e questo lo rende meno passivo e gli permette di non ritirarsi e farsi trascinare dalla seduzione del delirio. Dopo quest'intervento mi chiede di stendersi sul lettino e continua la seduta più calma e fiducioso dicendo: "Io quando vengo qui riacquisto un po' di senso di realtà; mi dura tutta la settimana perché c'è lei che mi tiene un po' coi piedi per terra e sono calmo, mi fido degli altri; ma quando resto solo, non so come dire è come se fossi un bambino, un pensiero primitivo... mi prende il delirio e mi porta via ma poi il mondo fuori è un inferno".

In questa seduta è molto evidente la fascinazione che il delirio esercita sulla mente del paziente che passivamente si lascia trascinare per difendersi dal senso di vuoto. Possiamo vedere anche come il delirio altera il senso di realtà, confonde il paziente su se stesso e non gli permette di percepire adeguatamente... Stefano fugge nel delirio, ma la frustrazione della realtà non può che arrivare ed è una trappola che si trasforma in un senso di persecuzione.

Il mio tentativo qui consiste principalmente nel descrivere al paziente questa "attrazione fatale" cercando anche di avvicinare il paziente alla vera percezione emotiva di sé e del mondo, aiutandolo a distinguere la parte sana (che entra in relazione con me in seduta) da quella psicotica.

Per motivi di spazio non è possibile esaminare tutto il processo analitico ma dirò qualcosa sull'esito dell'analisi.

Il trattamento è terminato quando il paziente ha potuto comunicarmi di sentirsi più ancorato alla realtà, di potermi evocare mentalmente tutte le volte che il delirio genealogico si ripresentava.

Il suo rapporto con la realtà era migliorato; inoltre aveva trovato un piccolo impegno nel volontariato e si sentiva molto meno isolato.

Credo che dal mio scritto si possa desumere che tipo d'approccio clinico ritengo prioritario con i pazienti psicotici. Essi, a mio parere, si sentono capiti quando la fiducia nella relazione analitica gli permette anche gradualmente di condividere il delirio. Allora è possibile aiutare il paziente ad introiettare quella funzione analitica che si rivolge alla parte sana della mente tentando di sottrarla alla colonizzazione della parte psicotica.

10 novembre 2011

Solitudine nella psicosi

Vera Bolberti

Vorrei inserirmi nel dibattito cercando di indagare, se riesco, la questione del possibile significato del funzionamento psicotico e la questione delle relative teorie interpretative possibili, in eventuale, reciproca incompatibilità.

Il mio punto di vista al riguardo si radica nella visione che emana da tutti gli sviluppi psicoanalitici, a partire, direi, da Winnicott in poi; penso al famoso assioma “non esiste un bambino, esiste una mamma con un bambino”, per arrivare all'idea bioniana che la mente possa nascere, crescere, svilupparsi solo come frutto di una serie infinita di transazioni comunicative in una dimensione essenzialmente bipersonale.

Ma che succede se invece una persona, per i motivi più vari, di ordine traumatico, si trova invece ad affrontare le vicissitudini dello sviluppo emotivo in solitudine? E se questa solitudine avviene precocemente, nella fase in cui si tratta di affrontare l'impressionante cesura della nascita, di elaborare la massa impressionante di stimoli corporei che assalgono il bambino e che richiedono adeguate cure materne per essere pian piano accettati, compresi, digeriti? E che succede se il sostegno ambientale necessario per riuscire a trovare accettabile l'essere venuti al mondo non c'è e si è esposti ad angosce impensabili e ci si trova ad affrontarle da soli? E se addirittura capita di essere psichicamente morti, o non ancora nati emotivamente, e si deve affrontare un'esistenza in cui la realtà anagrafica direbbe che si è vivi?

Io credo che se, nonostante tutto si sopravvive, la qualità della mente che viene a svilupparsi potrebbe avere proprio a che fare con l'oggetto del nostro dibattito e cioè con un funzionamento psicotico. Tale funzionamento credo sia in un certo senso unico, nel senso che è frutto della storia di quel particolare individuo, con le sue particolari caratteristiche, immerso nella sua particolare storia che, se l'avventura analitica procede con efficacia, potrebbe in qualche misura essere raccontata (dico raccontata evitando di presumere che possa essere ricostruita con realismo storico, sappiamo che forse potrebbe anche essere scritta per la prima volta dai componenti l'avventura analitica).

Ciò implica che i due viaggiatori dell'analisi affrontino insieme il non già conosciuto, ma anche proprio quelle zone della mente che non sono mai state “bipersonali”, hanno permesso al paziente di sopravvivere, ma possono anche essere sommamente disfunzionali e aver impedito a successive esperienze di diventare fonte di crescita e arricchimento psichico.

Compito della coppia analitica è di districare insieme questi funzionamenti, grazie alla previa costruzione di una straordinaria alleanza terapeutica, dato che per entrambi i partecipanti alla coppia si tratterà di tollerare di affrontare una qualità particolare di dolore psichico, cosa a cui credo felicemente alludesse Lombardi col titolo della sua relazione iniziale “Chi ha paura del lupo cattivo?”. Tra l’altro concordo con lui che tale alleanza, per diventare solida, richieda di poter nominare ciò che vi si oppone e cioè l’odio che il paziente potrebbe provare per il fatto di avere bisogno dell’aiuto di un Altro.

La mia idea, come dice anche Calamandrei, è che, se nel caso della sofferenza nevrotica si tratta di indagare le vicissitudini del desiderio, nel caso della sofferenza psicotica dobbiamo invece esplorare l’impossibilità di sentirsi in diritto di stare in vita; l’impresa è di tentare di costruire basi narcisistiche per chi ne ha di estremamente problematiche e lacunose o assenti.

Forse però tale avventura può trovare nelle mappe teoriche qualche aiuto a decifrare insieme zone particolarmente insidiose e oscure. È nei momenti di incertezza e di difficoltà che si ha bisogno di un aiuto, allora si pensa di consultare la mappa, si manda un segnale via radio, si scruta l’orizzonte alla ricerca di punto di riferimento.... quando lavorando ci viene in mente una teoria ci sentiamo meno soli: stavamo forse brancolando nel buio e ci dà sollievo poter pensare che qualcun altro prima di noi si sia trovato in una situazione simile e abbia potuto pensare qualcosa che adesso ci potrebbe essere utile col nostro paziente.

E se ci viene in mente una teoria piuttosto che un’altra? E se in momenti diversi ci vengono in mente teorie diverse? Significa che ci stiamo abbandonando a un eclettismo improprio scientificamente? O forse questo è il segno che stiamo in realtà brancolando nel buio, forse anche perché stiamo a nostra volta sperimentando il terrore che è l’oggetto specifico del lavoro con questi pazienti e da cui, occupando la posizione del terapeuta, avevamo forse sperato di poterci ritenere “guariti”?

Il problema è che quando si è terrorizzati si fa fatica a pensare con calma; ritrovare dentro di sé una teoria che ci aiuta può anche essere un modo per darsi un pochino di fiato, di dialogare con un interlocutore interno che ci permetta di prendere un po’ di distanza da qualcosa che mette tanta paura e forse anche noi a volte abbiamo bisogno di risperimentare che **insieme a qualcun altro forse è più possibile venirne a capo**. E questa esperienza speriamo che possa man mano diventare un patrimonio utile anche per il nostro paziente.

Il fatto poi che ci venga in mente una certa teoria potrebbe anche significare che stiamo tentando di scoprire per quello specifico paziente il modo più adatto per lui di parlargli, il modo più efficace per cercare di metterci/rimetterci in comunicazione con lui; forse stiamo sentendo che per qualche motivo ci siamo allontanati, abbiamo perso il contatto, forse ci sentiamo nella nebbia... o forse lui parla una lingua per noi sconosciuta; fa parte dell’etica del nostro lavoro cercare di fornirci degli strumenti linguistici più adatti per comunicare con lui, e allora consultiamo i dizionari, le grammatiche di “psicotico” che qualche nostro predecessore ha fortunatamente avuto l’idea di pubblicare....

In sostanza la mia idea teorica più forte è che la salute mentale sia legata alla possibilità di potersi sentire non da soli nell’affrontare l’esistenza, idea sostenuta da ciò che mi sembra emergere sempre di più dalle teorie psicoanalitiche sulla nascita, crescita e sviluppo della mente, nonché da quel poco che so delle scoperte delle neuroscienze.

Per qualcuno che si è costruito nella solitudine del ritiro questa potrebbe essere davvero la prima volta che diventa potenzialmente possibile fare l’esperienza di non essere solo.

Presenza del tema della solitudine: solitudine nel mettere al mondo, solitudine nei curanti, solitudine nel conoscere!

Anche noi abbiamo bisogno di sentirci meno soli, proprio come diceva Ramella citando Terenzio: "nihil humani a me alienum puto".

11 novembre 2011

Per un mio bisogno di chiarezza.

Carmelo Conforto

Osservo che la ricca discussione sui vari modi e aspetti con cui si declina *l'esperienza psicotica* e, di conseguenza, la varietà dell'esperienza terapeutica, tende sempre più a presentare vignette cliniche e sequenze che ci parlano del terapeuta, del suo modo di inserire in un modello la ragione della sofferenza, le possibilità di realizzare un legame (transfert?), di accogliere, interpretare e così via.

Quello che progetterei come ulteriormente utile, una sorta di chiarimento che avvierebbe la conclusione dell'impegnativo dibattito, potrebbe essere (così come nella battute iniziali hanno suggerito, ricordato, Manica, Martini, Rossi Monti, in piccola parte io stesso), la più accurata definizione di quale dimensione clinica e di quale ipotesi eziopatologica sono presenti nel sentire-pensare del terapeuta e allora su quale progettualità psicoterapica (nei limiti in cui ciò è possibile e ragionevole) la relazione si avvia. Sento l'esigenza che la congiunzione *psicoanalisi-psicosi* (Giustino scrive il 7 XI della proposta di fare un dibattito *sulla psicosi*) si declini in senso anche di "quale condizione psicotica" è presente.

E' possibile, e questo potrebbe essere un mio non riuscire a scrollarmi di dosso le classiche osservazioni della psicopatologia psichiatrica e fenomenologica, che la diagnosi differenziale sia ritenuta non più utile nell'attuale momento psicoanalitico, in quanto le ipotesi eziopatogenetiche winnicottiane, bioniane, così come quelle di Ferenczi o Balint o Kohut e così via, sono oggi lette da molti analisti come indicazioni di percorsi terapeutici simili per ogni psicosi (pur con le differenziazioni dei modelli che ogni terapeuta contiene dentro di sé).

Devo ammettere che mi trovo impreparato a non dare un nome (almeno dentro di me) alla qualità della sofferenza psichica del paziente che ho davanti, a non differenziare in qualche modo le *esperienze psicotiche con cui ho e ho avuto a che fare*. Pur non volendo troppo ancorarmi al passato, so, come psicoanalista-psichiatra, che (ricordando K. Schneider⁸) altro è l'esperienza della *percezione delirante* dalla *intuizione delirante* così come altro è *senso come se le braccia fossero elettrizzate* o *nel corpo ci fossero coltelli* dal *sono dentro di me le officine elettriche di tutto il mondo*.

Così colloco nel mondo "delle schizofrenie" la *Wanstimmung*, la disposizione d'animo a delirare, quello che una mia paziente mi porta, dopo un suo breve viaggio all'estero, ove l'ambiente inizialmente ostile si trasformava in un ambiente allarmante, minaccioso e, significativamente, indirizzato all'*esclusivo autoriferimento*.

E allora, che dire, come avvicinarci al delirio melanconico di cui parla Minkowski⁹: *al mio arrivo il malato dichiara che l'esecuzione capitale avrà certamente luogo la notte prossima*.

⁸ K. Schneider (1980). *Psicopatologia clinica*, Settima Edizione, Città Nuova Editrice, Roma, 1983.

⁹ E. Minkowski (1923) "Studio psicologico e analisi fenomenologica di un caso melanconia schizofrenica" In: *Antropologia e Psicopatologia*, Bompiani, Milano, 1967

Così, in una sorta di contrapposizione, *lo stato d'animo maniacale* si esprime non solo come *gaiezza, fuga delle idee*, ma anche con stati di *irritazione*, con la *sensazione di essere incalzati, spinti* ed in cui, comunque, a differenza del vissuto schizofrenico, è presente e accelerata la *spinta vitale*.

Peraltro, come scrive Ey (1953, 62), "l'exaltation imaginative, les propos narratives et inventifs, la fabulation...sont déjà un delire naissant" e, come ricorda Cargnello (1966, 191-256), molti autori affermano "nella mania c'è sempre qualcosa di delirante", come mi è parso di scorgere, se ho ben capito, nel drammatico caso di Giustino (9, X). Allora l'interrogativo: se il concetto di psicosi si accentra sul tema "delirio", non possiamo pensare ad una sorta di modello teorico-clinico che accomuni le diverse esperienze deliranti e le strategie terapeutiche, neppure la semplificante contrapposizione conflitto-deficit.

Così ci scontriamo con l'inconcluso tentativo di definitiva individuazione delle diverse radici psichiche delle varie psicosi che non ci ha permesso di uscire da una "inderivabilità" ermeneutica, come è successo, in altro territorio speculativo, per le teorie biologiche (noradrenalina, serotonina, catecolamina), risultate non esaustive. Queste considerazioni a mio parere se ci spingono a lavorare sugli aspetti comuni del mondo psicotico, l'infrangere "*la compiutezza, la sensatezza e la continuità di significato, dello sviluppo di una vita*" (Schneider, op.cit), sollevano appunto il problema dei modi diversi in cui si rivelano le diverse psicopatologie, come preziosamente la fenomenologia binswangeriana ha suggerito alla psicoanalisi, il "chi è", "come è", "il mondo in cui è" come invito a differenziare, come ci è possibile.

11 novembre 2011

Riflessioni di uno psicoanalista "senza qualità" su un caso clinico di psicosi

Marco Ramella

Da quando ho cominciato a occuparmi del trattamento psicoanalitico della sofferenza mentale –in genere, non solo delle psicosi– innanzitutto mi sono posto domande sui limiti della psicoanalisi e ho cercato di indagare psicoanaliticamente questi limiti. Uno dei limiti, che a mio parere ne rivela la grandezza, è il fatto che, a differenza delle scienze e della filosofia, la psicoanalisi non si occupa del problema della verità e della sua ricerca, ma del fatto che l'uomo si pone continuamente questo problema – del perché se lo pone –, talora non tollerandolo e costruendo sintomi.

Potremmo quindi chiederci se le nostre interpretazioni non si occupino tanto di definire e nominare delle verità, ma di organizzare il molteplice e il caos della vita psichica (Badiou, 1988; 1998), in attesa che sia il paziente a ritrovare il gusto per la verità, che sappiamo essere personale e per così dire locale, mai generale.

Penso (come molti di noi) che una interpretazione sia vera per il paziente solo se egli vi crede. Entrano dunque in campo l'intersoggettivo e la fiducia (fede). (Se così non fosse, non si spiegherebbero i "successi" terapeutici con impostazioni teoriche tanto differenti).

In questo senso, per questi motivi, penso che la psicoanalisi molto difficilmente potrà svelare il mistero della psicosi e personalmente credo che neppure le neuroscienze arriveranno a una soluzione. Perché, di fronte alle spinte del mondo esterno e/o interno, un paziente si scompensi in senso psicotico, mentre altri non lo fanno, rimarrà per lungo tempo un mistero che rientra nei limiti della natura umana. Perché un paziente prenda la via della schizofrenia (la forma più grave di questa patologia, i cui

lunghe prodromi mi sembra siano ben descritti da De Masi), mentre altri si ammalino di una delle varie forme di psicosi, non è dato sapere. Non per questo penso che noi psicoanalisti non possiamo avere un ruolo terapeutico fondamentale, per niente secondario rispetto a metodi scientificamente provati e apparentemente più moderni, ma sicuramente non più efficaci. Senza nulla togliere al fatto che i farmaci abbiano dato un contributo fondamentale alla cura delle psicosi, proprio perché –come abbiamo imparato da Freud– l’origine del senso è confinato nell’assenza di senso dell’inconscio (il corpo, il suo ignoto), possiamo ben dire che non vi sono verità nascoste (neppure nella realtà emotiva) da rivelare, ma vite da risvegliare!

Tutto ciò ha conseguenze importanti rispetto alla cura dei nostri pazienti, essenzialmente sul piano etico. Intendo con “etica” un atteggiamento di base che evita la logica del giudizio e, seguendo Lacan (1986, 376), non si occupa del “Sommo Bene”. Sta al di là del bene e del male, ma non può evitare il problema di ciò che è buono o cattivo per il soggetto e per l’oggetto, che è cosa diversa (Deleuze, 2007). Non può cioè evitare di porsi il problema di quanto un terapeuta possa essere “buono” per il paziente, a prescindere dall’idea teorica e preconcepita che il terapeuta stesso ha della bontà.

Non c’è dubbio che noi consideriamo costruttivi o distruttivi bene e male in rapporto a un preconcetto morale – non etico – di ciò che consideriamo Bene, e diciamo spesso cose al paziente, in perfetta buona fede, che il paziente considera estremamente velenose, perché gli imponiamo pensieri che non può accettare (non tanto e non solo perché non li capisce da un punto di vista emotivo-intellettuale, ma perché non li condivide). Così rischiamo di costruire la paranoia o per lo meno di accendere la persecutorietà! (Il mio intervento in questo senso vuole essere ben lontano da un certo ‘buonismo’ psicoanalitico).

Tornando al delirio: penso che il delirio, nel momento in cui si struttura, abbia una forte componente libidica e sia più simile alla nascita di Venere dai flutti (possiamo anche interrogarci sullo sperma di Urano castrato da Crono che cade nel mare, generando Venere...), piuttosto che ad un’eruzione vulcanica di tipo Pliniano, estremamente distruttiva. Dopodiché il delirio procede come il processo di civilizzazione romana: l’oggetto diventa estraneo ed enigmatico, talora inserito nel delirio di tipo persecutorio, talora reso inanimato o folle o, per lo meno, impotente. In quei momenti tremendi il paziente prova il sentimento non esprimibile della delusione e della sconfitta per non essere arrivato al trionfo della megalomania autosufficiente, ma prova anche la gioia di aver evitato il disastro della morte psichica. In un certo senso, disastro e salvezza coincidono. Tutto ciò non corrisponde forse, almeno in parte, alla nascita della vita psichica del bambino in cui l’esigenza della differenziazione dalla madre scatena la pulsione di morte slegante (Green,1983), generando oggetti parziali mostruosi e spettrali? La nascita della vita psichica non è forse connotata dal “fare i conti” con la mostruosità dell’oggetto che impone il lavoro del lutto originario (Racamier,1992)?

Se uscissimo dalla logica del giudizio e dalla morale del sommo bene, non potremmo forse intravedere nello scompensamento psicotico un aspetto evolutivo ed emancipativo in persone che –senza un perché spiegabile– (nessuna teoria mi sembra neppure lontanamente sufficiente), non riescono ad accedere alla posizione depressiva classica, ma necessitano di aggiustamenti sismici eclatanti del loro apparato psichico, per procedere nel cambiamento? In questi momenti in cui l’inconscio si svuota in una sorta di emorragia narcisistica (Federn,1952), con la costituzione di un narcisismo antinarcisistico (termine che cerca di combinare il modello di Freud con quello di Federn), il concreto (anche nella sua corporeità) prevale sul simbolico (il reale sul simbolico). Per usare un modo più poetico che scientifico: neanche più le pietre sono neutre. Non ci resta, a quel punto, che costruire-ricostruire le funzioni psicocorporee (Körper e Leib, tenendo conto che l’uscita dal delirio riguarda simultaneamente corpo e

mente) che per convenzione chiamiamo inconsce –semplicemente perché non ne siamo consapevoli –. Attivando, per quanto possibile e paradossalmente, processi di rimozione e di ricostituzione narcisistica; creando, come auspicava Searles (1965), ponti tra il “letterale ed il simbolico”; immaginando che possa di nuovo prendere vita nel tempo il processo rappresentazionale, magari nelle forme più bizzarre, che noi terapeuti faremo fatica a comprendere...

Per ultimo, gli scompensi psicotici non sono forse più frequenti, a volte addirittura più facili, ma non meno drammatici, di quanto ci diciamo? Siamo sicuri del fatto che essi abbiano sempre bisogno di una via certa fatta di ritiri dapprima, crisi di depersonalizzazione, e poi allucinazioni e deliri?

A titolo esemplificativo cerco di esporre un caso clinico.

Matteo è un giovane di 25 anni che nella notte di Natale di 3 anni fa, senza precedenti accessi né a psichiatri, né a psicologi pubblici o privati, giunge in pronto soccorso in stato di grave scompenso psicotico acuto. Riferisce di essere in contatto telepatico con il demone che lo obbliga a compiere vendette contro il genere umano. A casa, poche ore prima, aveva staccato con un morso un dito della mano a suo padre. Viene ricoverato in regime di trattamento sanitario obbligatorio. Dopo un lungo ricovero mi viene inviato presso il centro psicosociale in cui lavoro.

Quando vedo Matteo, quel senso di paura che avevo sentendo i resoconti dei colleghi che lo avevano in cura in reparto, scompare. E’ un ragazzone gioviale, a tratti sorridente, malgrado le esperienze tragiche vissute. Conserva, sia nella corporeità, sia nel linguaggio, una certa mobilità in divenire, lontana dalla fissità stereotipa e pietrificata dello schizofrenico. Nel tempo, saprò che Matteo era stato un ragazzo solitario, ma con certa bizzarra vitalità che lo rendeva simpatico, ma poco socievole, inibito nelle relazioni. Aveva anche lavorato come operaio in fabbrica e come panettiere per diversi anni, interrompendo sempre i lavori per l'ansia che ad un certo punto lo prendeva.

Al primo colloquio faccia a faccia mi dice: “Sono affetto da gravi dispercezioni (termine usato dal collega di reparto), per cui mi trovo in contatto con un gruppo di telepatici (Matteo li chiama “telepati”) che mi comunicano modi e strategie per salvare il mondo. Io dico queste cose, ma so bene che la scienza non le accetta, per cui lei come scienziato mi deve dire tutto quello che pensa di quanto io le dico”.

Così il terapeuta: “E’ vero, io non capisco niente di telepatia; è vero anche che la scienza non considera queste cose possibili, ma posso dirle che molti anni fa a Vienna un neurologo molto famoso scrisse un articolo su questo argomento, ritenendolo un problema che doveva essere preso in considerazione. (Matteo viene da una famiglia operaia dell'hinterland milanese, ha studiato pochi anni in un istituto tecnico. Il mio intervento è modulato sul suo livello socioculturale, anche se la sua intelligenza è vivace. Soprattutto Matteo comunica un certo calore nella relazione).

Matteo: “Quindi lei non ritiene che io dica cose contro la scienza? Ma chi è questo medico di Vienna?”

Terapeuta: “Si chiama Freud, ma ora ha poca importanza! Comunque non penso che lei dica cose contro la scienza ed io sono qui per darle una mano ... con tutti questi telepatici in giro la vita non deve essere facilissima.., uno non sa mai se ascoltare i telepatici o ciò che gli piacerebbe fare... deve essere un bel casino. A dirle la verità, io non sono esperto in materia e non ho ancora capito come posso esserle di aiuto”.

Matteo: “Già il fatto che lei non ritenga quanto dico solo sciocchezze mi è di aiuto”.

Terapeuta: “Ok, mi lasci pensare a questa questione della telepatia, magari ci possono venire idee interessanti. Ci vediamo la prossima settimana dopo averci riflettuto, ognuno per conto suo.”

Mi chiedo se il popolo di telepatici che ha invaso la vita di Matteo derivi in qualche modo dalla scissione e proiezione di un'antica pesante intrusività materna; da una sorta di personificazione (concreta) delle sue ansie di capire gli altri, perché non ha mai avuto accesso vero alla vita interiore delle persone significative per lui... Mi trovo a pensare a cose simmetriche della mia vita personale e professionale e alle affermazioni di alcuni pazienti che, talvolta, un po' meravigliati di quanto dicevo loro, mi chiedevano: "Ma lei legge nel pensiero?". Mi dico soprattutto che, quando parlo con lui, devo mostrarmi incerto e vago, quasi impersonale, mai perentorio, e devo far parlare le cose, utilizzando una sorta di montaliano correlativo oggettivo (dire la cosa, mai l'occasione-spinta).

Ossia taccio l'interpretazione e spiego il funzionamento, sperando di costruire il rapporto senza entrare a far parte dell'universo dei telepatici...

La settimana dopo. (Non ho modificato le terapie farmacologiche : Risperdal 50 mg rp intra muscolo, Zyprexa 10 mg 1 cp).

Matteo: "Ho riflettuto sul nostro ultimo incontro ed è successa una cosa strana... le voci dei telepatici sono scomparse. E' rimasta solo la voce della capa dei telepatici, che peraltro ho scoperto essere la signora anziana che vive sopra casa mia. Certo, mi da fastidio sentire le voci della signora, ma sono affettuose: cerca di darmi consigli di vita. Queste voci sono meglio di quelle del diavolo".

Terapeuta : "Che consigli le danno? Le sembrano utili? Dobbiamo tenerne conto malgrado la scienza non sia d'accordo?"

M: "Mi dice che io posso diventare un grande telepatico, e comunicare con un sacco di persone, anche ragazze."

T: "In effetti lei mi diceva che è sempre stato molto solo, ha pochi amici, non ha mai avuto una ragazza... Ha sempre e solo fatto molti chilometri in bicicletta (in effetti Matteo è stato un gran ciclista, dedito al movimento fisico, più che alle relazioni).

A volte le dispercezioni ci fanno ascoltare ciò che non siamo capaci di dirci da soli, cioè che era solo e non riusciva a comunicare". M: "In che senso?"

T: "Nel senso che quando si hanno difficoltà a entrare in contatto con gli altri, e a cercare la ragazza, le voci ci danno dei consigli su come farlo. La telepatia, appunto... Il problema è che le voci richiedono molta energia, e se la mente non si ricarica parlando con gli altri, condividendo, ma si svuota, il diavolo si risveglia... Sa com'è l'uomo, è frutto dell'accoppiamento di angeli e demoni, così pensavano nel medioevo... Non possiamo farci granché, ma possiamo trovare il modo di non far svuotare la mente troppo, di colpo, il modo per far star buono il diavolo, e così lei si fa la sua vita".

M: "E' possibile?"

T: "Le racconto una cosa: una volta un mio paziente mi disse che le sue voci gli tenevano compagnia ed era pure riuscito a trovare lavoro, perché, con loro, non si sentiva più solo. Ricordo che, ridendo, mi disse: "Sa, sono meglio le voci del Tg 4 di Emilio Fede!"

M: "Guardi che io non sono comunista... ho una casa in val Brembana".

T: (Non cerco spiegazioni alla sua bizzarra affermazione, associo liberamente ciò che so del comunismo alla mia conoscenza dei bergamaschi, persone di poche parole e dedite al lavoro...) "La solitudine ha un suo valore, e anche il lavoro è importante, come le dice sempre suo padre (bergamasco): "Non esageriamo troppo con le parole!". Anzi, se parlo troppo me lo dica! Forse è meglio che a questo punto ci salutiamo, così abbiamo tempo di riflettere." (A posteriori, mi rendo conto di utilizzare con Matteo il metodo della 'scansione' di Lacan, non basandolo tanto sull'emergere del desiderio, ma, in maniera più concreta, sulla scarsa capacità del paziente di tollerare l'oggetto, per ora pochissimo simbolizzabile. Penso, in questo frammento di seduta, di aver toccato il segno, per così dire, anche ho esagerato con le parole, dette però in

modo volutamente poco convinto e timoroso, a tratti ironico e autoironico. Un modo non vissuto da Matteo come intrusivo. In ogni caso, sono andato quasi oltre il limite: non dovevo esagerare! Emerge finalmente una sorta di ‘mal d'oggetto’? (Quando l'oggetto suscita amore e mal di mare, al contempo). Io sono l'altro temuto ma presente?. Mi viene in mente una frase di Valery: “Bisogna essere leggeri come uccelli non come piume”.

Devo, a questo punto, essere presente e tollerare le sue bizzarrie ma mantenendo un profilo discreto.

La seduta seguente, Matteo mi racconta in maniera dettagliata come è entrato nella psicosi:

“Avevo un sacco di pensieri, non riuscivo a parlare con nessuno... le ragazze ...gli amici che non avevo... mi sono messo anche a studiare i quadri di Munch, i miei non ci capivano niente, facevo anche 100 chilometri al giorno in bicicletta, ma l'energia si accumulava. La vita mi passava davanti e io non sapevo cosa fare. Un'angoscia.. Poi improvvisamente sono entrato in quella che voi chiamate psicosi: era un altro mondo, tutte le preoccupazioni che avevo in questo mondo erano sparite, ma che paura, che spavento! Il diavolo le dispercezioni, perfino i miei genitori mi sembravano demoni....”.

T : “Penso che esista in ognuno di noi una spinta a vivere che è qualcosa di fisiologico e che non dipende dalla nostra volontà, esattamente come la tentazione del demonio. Il problema è che, se cerchiamo di resistere perché abbiamo paura, è veramente un gran casino... arrivano le voci e il diavolo diventa reale... Se vuole provo a accompagnarla io... Magari, ma non è detto, sono una compagnia migliore delle voci. Che ne pensa?”

M: “Proviamo!”

Ora Matteo, che viene in terapia da tre anni, da un anno non ha più fenomeni allucinatori. Sebbene i farmaci siano stati notevolmente ridotti, non ci sono stati più scompensi. Lavora come giardiniere insieme ad altri colleghi ed ha cominciato a fare sogni in cui compaiono delle ragazze che non ha e chissà se avrà...

Un movimento integrativo è pian piano possibile.

Matteo non veniva dai classici ritiri psicotici (di cui parlano De Masi, Colombi, Giustino, ripresi da Lombardi), vivacchiava abbastanza nella realtà, senza fantasticare (fantasie sterili classiche) troppo, lavorava...., aveva qualche raro amico, e tutto sommato “buoni “genitori...Forse era tutta la sua vita a svolgersi globalmente in una sorta di ritiro, perché Matteo non sapeva raggiungere gli altri/ gli altri non gli davano accesso/. (Deficit? Difesa? Conflitto originario rimasto paralizzato? Ovvero, lutto originario non fatto? Carenze e distorsioni delle necessarie identificazioni proiettive?). Per questo si sentiva spesso invaso da “energie” non metabolizzabili che doveva evacuare nel continuo sforzo fisico, per lui una seconda pelle. A un certo punto, uno stimolo qualunque in più, e forse la voglia di vivere, lo hanno fatto esplodere-implodere.

Quanti di noi esseri umani vivono a lungo una vita come quella di Matteo, al limite? Mi viene in mente quanto ci diceva il professor De Martis durante la specializzazione: “Ricordatevi che noi, come psichiatri e /o psicoanalisti, ci occupiamo solo del 10% delle persone psicotiche, l'altro 90% se la cava bene o male da solo, purtroppo facendo soffrire gli altri. Tra loro (gli psicotici), non è detto che non ci siano anche psichiatri e psicoanalisti (quasi un sussurro)”.

Dopo anni e anni di lavoro in questo campo, scopro che una ricerca OMS poco diffusa riferisce che una percentuale che oscilla tra il 25% ed il 30% degli individui adulti della popolazione mondiale, forse di più, presenta strutture e/o modalità di difesa di tipo psicotico. Mentre, in tutto il mondo, a prescindere dall'ambiente socioculturale e dalla

latitudine, la percentuale di schizofrenici (la schizofrenia è davvero altra cosa) è costantemente, senza variazioni di sorta, circa l'1,1% della popolazione mondiale.

12 novembre 2011

Un tentativo di messa a fuoco

Giuseppe Martini

Ho esitato a intervenire nuovamente nel dibattito in quanto confesso di aver avvertito un qualche disagio in relazione ad affermazioni di una certa perentorietà; inoltre trovo anche una certa difficoltà ad adattare il tiro ad una discussione che si muove (ma questo le va ascritto a merito) con un'ampia escursione focale dal microscopio della clinica al telescopio dei modelli.

Ho allora pensato di selezionare alcuni punti su cui riflettere in modo conciso, ma spero chiaro, magari col rischio di essere io stesso perentorio al di là delle intenzioni...

1) **Le psicosi:** inizio da qui, accogliendo l'invito di Carnaroli (che ringrazio) a tornare sull'argomento. Dato che questa problematica attraversa interamente il mio ultimo libro (il cui sottotitolo è appunto *psicoanalisi e psicopatologia*) mi torna paradossalmente difficile sintetizzarlo. Vorrei allora limitarmi a "prendere il toro dalle corna": partire cioè da (quella che è per me) l'evidenza clinica. Più di tante parole, un brevissimo esempio relativo a un paziente con cui non è in atto né un'analisi, né una psicoterapia, ma con cui mi incontro con frequenza bimestrale per lo spazio di un colloquio che prevede anche un controllo della terapia farmacologica, ora ridotta a dosi placebo. Questo paziente è vissuto in casa per due anni affetto da un delirio persecutorio accompagnato da allucinazioni uditive (i vicini parlavano di lui e lo minacciavano attraverso le pareti di casa). Alla fine, è stato ricoverato d'urgenza in un SPDC su iniziativa della moglie che poi durante il ricovero lo ha lasciato. A distanza di meno di un anno dall'episodio questo signore è tornato a lavorare, si è poi ricostituito una relazione affettiva, è ora bene aderente alla realtà ed è in grado non solo di riconoscere l'assurdità dei suoi deliri ma anche di sorriderne autoironicamente. A questa situazione potrei anteporre quella di pazienti magari particolarmente dotati sul piano emozionale e intellettuale, che improvvisamente (all'apparenza!) "si inceppano" e vanno incontro a un drammatico deterioramento. Incontri di questo tipo non sono certo stati sporadici nella mia frequentazione oramai più che trentennale con la malattia mentale... Tra questi due estremi tutti i casi intermedi (la maggioranza) e tra loro alquanto variegati. A questo punto potrei adottare (per il mio paziente) l'atteggiamento di quel cattedratico universitario di scuola sistemico relazionale (tanto per fare un cenno all'etica della trasmissione del sapere) che, agli inizi degli anni Ottanta, si vantava di riuscire a guarire l'anoressia mentale con una o al massimo tre sedute (in toto non alla settimana...), trovando apprezzamenti e credibilità... Ci sarebbe una certa soddisfazione da parte mia al prender atto di riuscire a curare la psicosi con una media di cinque colloqui all'anno, laddove Bion, Rosenfeld e molti altri arrancavano anche con quattro sedute la settimana! In alternativa, debbo pormi il problema se il mio paziente, che pur è stato affetto da deliri e allucinazioni persistenti, non presenti un quadro radicalmente differente da un disturbo schizofrenico (e anche da un delirio paranoicale). Per questo mi desta perplessità che De Masi parli della "natura progressiva del disturbo" citando nientemeno che la *dementia praecox* di Kraepelin e, poche righe più sotto, si riferisca alla pur preoccupante fantasia del bambino citato da Carnaroli sostenendo che

“corrispondeva alla costruzione di un delirio”: ipotesi possibile (anche beninteso in termini di sviluppi futuri), ma non di meno molto, ma molto azzardata. Interrompere qui il mio discorso al proposito, segnalando nel contempo quelle che a mio avviso ne dovrebbero essere le tappe successive e consequenziali. Una volta preso atto dell'enorme differenza clinica, fenomenologica e prognostica tra le diverse forme di psicosi sarebbe opportuno tentare (secondo passo) una psicopatologia psicodinamica differenziale tra le diverse forme (a questo mi sono a lungo dedicato), per arrivare poi (terzo passo) a evidenziare se e quali diversità ne discendano nella tecnica e nell'atteggiamento analitico (e anche su questo qualcosa ho cercato di dire, ma l'argomento meriterebbe una trattazione a sé che appesantirebbe troppo questa mia nota). In assenza di siffatta articolazione, “il tema della specificità del funzionamento psicotico” rischia di esprimere anch'esso quella discutibile “attrazione verso i massimi sistemi” a ragione stigmatizzata da Lombardi.

2) **Il delirio: primario o secondario?** A tale questione, strettamente correlata con la prima, rimanda quanto De Masi ribatte al mio primo intervento. Mentre lui lo considera “primario”, io ho parlato di “una sorta di fenomeno secondario”, circoscrivendo però il senso di “secondario” all'aspetto *restitutivo* della dimensione narrativa del delirio (c'è al proposito una grossa tradizione psicoanalitica, cui rimando). Ma la questione, qualora fosse posta in forma di alternativa netta, finirebbe con l'assomigliare a quella dell'uovo e della gallina. Più precisamente, la risposta dipende da cosa si intende per delirio. Se con esso ci riferiamo a una “alterazione estensiva della coscienza di realtà” (Jaspers, 1913) che comprende tanto le sensazioni di realtà (cioè la dimensione sensoriale-irrapresentabile da cui discende il delirio stesso) quanto il giudizio di realtà (dunque la costruzione delirante con le sue tematiche fondamentali di natura persecutoria, mistica, erotica, etc.), allora il delirio è primario; se con esso intendiamo, ad es. con Binswanger (1965) e soprattutto con Minkowski (1927), la narrazione delirante che segue l'autismo “allo stato puro” e che consiste nella traduzione di angosce impensabili e indicibili in un racconto più o meno ordinato ma privo di spessore simbolico, allora esso può essere considerato secondario (nonché “semplicemente” accessorio: cfr. l'autismo povero di Minkowski, la *schizophrenia sine schizophrenia* della fenomenologia e la psicosi bianca della psicoanalisi). Al di là della terminologia non mi sembra però che le due concezioni si contraddicano, piuttosto colgano concordemente il funzionamento a due tempi del pensiero delirante. In ogni caso, se parliamo di delirio schizofrenico è riduttivo, e dunque improprio, derivarlo semplicemente da una “esperienza dissociata” (De Masi) della realtà psichica, e non invece da una più complessiva perdita dell'evidenza naturale, delle funzioni simboliche, e della articolazione tra la rappresentazione e l'irrapresentabile. Diverso il discorso per altri tipi di disturbi, e in particolare per le psicosi isteriche, cui invece si adatta perfettamente quanto afferma De Masi.

3) **I modelli psicoanalitici: coerenza o inadeguatezza?** Vorrei anche toccare il discorso sui modelli—di portata essenziale—, sempre partendo (e torno così sulla questione postami da Carnaroli) dalla pluralità delle psicosi. Da questo punto di vista non si tratta solamente di anteporre la coerenza dei modelli alla loro integrazione (che io auspico) o al loro eclettismo (che detesto...ma difficile dire a priori dove inizia l'uno e finisce l'altra). Il modello del ritiro psicotico, quello della disarmonia corpo- mente, quello del rigetto o quello (che io adotto) delle alterazioni della capacità di rappresentazione hanno tutti una loro validità che non esclude del resto possibili integrazioni; è peraltro pienamente lecito che ciascun analista adotti il vertice osservativo che sente avere più “spessore” nelle sue modalità di lavoro clinico. Oltre che coerenti questi modelli dovrebbero però a mio avviso anche essere in grado di illustrare la diversità delle forme psicotiche: non c'è in tutte lo stesso ritiro, non c'è lo

stesso rigetto, la stessa disarmonia o la stessa alterazione rappresentazionale. Altrimenti, in caso contrario, perché parlare di psicosi in contrapposizione a “nevrosi” o ai disturbi di personalità? Perché non arrivare a un modello unificato esplicativo di tutte le forme di sofferenza mentale, che magari tenga conto solamente dei “meccanismi” (ora psicotici, ora nevrotici, ecc.) e da cui discendano variazioni della tecnica solo contingenti e di natura quantitativa? Il discorso della validità dei modelli è estensibile beninteso anche al “modello di sviluppo interdipendente” propostoci da Seganti: la mia perplessità aggiuntiva al riguardo è legata al fatto che l’autore sembra voler negare l’importanza di raccordarlo con la psicopatologia. Sarebbe oggi ammissibile parlare di psicoanalisi dei fenomeni sociali misconoscendo la storia e la sociologia o anche di psicoanalisi applicata all’arte ignorando la riflessione letteraria, cinematografica o musicale? A maggior ragione a proposito dei disturbi mentali! (ma qui mi rendo conto che forse è troppo grande la distanza con chi li reputa “non come una patologia ma come una sconfitta delle proprie capacità di adattamento”). A proposito dei modelli vorrei dire però almeno altre tre cose: la prima è che non bisogna far cadere assolutamente la sfida che ci è posta da chi ci suggerisce che l’unico vero fattore terapeutico nelle psicosi sia l’intersoggettività (Peregrini). Ci sarebbe da riflettere a lungo: vorrei limitarmi a ribadire che è essenziale mantenere viva questa “spina irritativa” che sfida le nostre teorie, ed anche ricordare che l’efficacia terapeutica legata al “semplice” incontro intersoggettivo è qualcosa che, contemporaneamente, sta prima e dopo la teoria. La seconda cosa è che si può dissentire quanto si vuole dal modello di Corrales (come lui sa, la nostra consonanza è solo parziale), ma come non sottoscrivere la sua affermazione che “diventa difficile affrontare l’incontro colle altre scienze, se non siamo il più possibile consapevoli delle nostre scelte scientifiche”? Come sostengono Lombardi e De Masi la discussione del materiale clinico è essenziale in un dibattito come questo (forse qualche riserva si potrebbe esprimere sui limiti connaturati al web), soprattutto, come ci ricorda il primo, perché potrebbe evidenziare concordanze e discordanze a sorpresa anche in caso, rispettivamente, di difformità o analogia dei modelli stessi (un tema affascinante per il cui affrontamento è di nuovo essenziale a mio avviso il richiamo all’intersoggettività che cura e alla funzione di *traduzione* del messaggio dell’analista da parte del paziente psicotico: mi riprometto di parlarne altrove). Tuttavia se di qui non procediamo a una messa a punto o a un eventuale incontro tra i modelli, o anche alla loro “falsificazione”, non ci renderemo responsabili di relegare la psicoanalisi in una sorta di ripiegamento “autistico” che le rende impossibile il dialogo con l’esterno e al suo stesso interno? Quindi a Lombardi, che risponde a Corrales, non posso che rispondere a mia volta che servono ambedue le cose, che l’aspetto nomotetico e idiografico non possono che integrarsi.

4) **La tradizione psicoanalitica:** consapevole di aver occupato un po’ troppo spazio, e comunque più di quanto ripromessomi, taglio quanto ancora vorrei dire e vengo alle conclusioni. In termine di psicosi e di schizofrenia c’è una grossa tradizione psicoanalitica che si articola nel tempo di un secolo. Costruire nuovi modelli apporta poco se ignoriamo i precedenti. Diventa una corsa in avanti di cui si perdono le coordinate. Di qui vorrei avanzare l’invito a tenerne maggior conto, studiarli, paragonarli, confutarli, integrarli. Certe affermazioni, magari di quasi un secolo fa, ci fanno sorridere, altre hanno una pregnanza teorica e clinica straordinaria, che non dovrebbe andare perduta.

5) **Uno spettro si aggira per la psicoanalisi:** Se sopra ho parlato di “tradizione” in senso neutrale, come il mio approccio ermeneutico mi spinge a fare, ora vorrei trasmettere un’ultima sensazione (si badi bene solo una sensazione!) di cui, se erronea, mi scuso anticipatamente. Nel tentativo di spiegare la psicosi ho l’impressione che alcuni interventi lascino involontariamente intravedere lo spettro della *madre*

schizofrenogena, magari oggi riconvertita in una madre psicotizzante. Sebbene esistano indubbiamente molti genitori che “fanno impazzire” (e molti bambini che riescono, come ci ricorda Seganti, a sottrarsi a questo destino grazie alle loro potenzialità) farne un modello o semplicemente una generalizzazione (come in una tradizione, stavolta negativa, della psicoanalisi degli anni cinquanta, poi ripresa dalla teoria sistemica) rappresenterebbe a mio avviso una riedizione di una concezione persecutoria delle psicosi che suscita perplessità etiche di non poco conto.

20 novembre 2011

Sui recenti interventi clinici

Riccardo Lombardi

I recenti interventi ricchi di materiale clinico di Giustino, Bolberti e Ramella mostrano la praticabilità clinica e le importanti potenzialità della psicoanalisi della psicosi. Questo mi sembra per nulla ovvio, dal momento che non esiste un accordo generale sulla applicazione della psicoanalisi alla psicosi. Nella controversia proposta dall'*International Journal of Psychoanalysis* ormai una decina di anni addietro, Robert Michels (2003) – persona tutt'altro che psicoanaliticamente ingenua- si è fatto portatore di una serie di argomenti che tendono ad escludere l'applicazione della psicoanalisi alla psicosi. E non c'è dubbio che negli USA siamo in questo campo di fronte ad una netta inversione di tendenza rispetto a quanto avveniva 50 o 30 anni addietro.

E' poi noto a tutti i candidati e membri della nostra società che i casi gravi sono ritenuti sconvenienti nel contesto del training, per cui questo orientamento ha comportato, spesso e volentieri, una penalizzazione a chi presentasse un caso un caso di psicosi all'associatura o nel contesto del vecchio esame di ordinariato.

Casi clinici –sintetici, ovviamente, dato il nostro contesto- come quelli presentati dai nostri colleghi testimoniano l'impegno della psicoanalisi sul versante della psicosi: essi sono una testimonianza di speranza circa il futuro della psicoanalisi in un contesto, come quello attuale, dominato da una forte incertezza. Recenti ricerche della società statunitense diffuse per lettera dal presidente ai membri, non meno che i dati della ricerca Eurisko promossa dalla SPI, mostrano una tendenza per cui la pratica psicoanalitica in senso stretto secondo i parametri IPA si aggira su valori irrisori rispetto alla fonte generale di reddito professionale della nostra categoria. Di conseguenza una formazione psicoanalitica limitata al campo delle nevrosi o dei cosiddetti casi 'analizzabili' secondo i parametri classici, sembrerebbe non preparare affatto il candidato alla professione clinica. Di conseguenza vien da pensare che se non allarghiamo gli orizzonti della nostra scienza verso i casi più difficili [oltre a migliorare la flessibilità di intervento nei casi meno impegnativi, incentivando la pratica psicoanalitica a basso numero di sedute settimanali] siamo destinati a non sopravvivere come professionisti e la stessa psicoanalisi si troverebbe confrontata con il rischio di estinzione.

Conforto, dal canto suo, propone una domanda legittima quando pone il problema di cosa ce ne facciamo di tutto un ricco di panorama di conoscenze psicopatologiche e fenomenologiche. Una domanda che sembra implicitamente condivisa nel suo intervento da Giuseppe Martini che nel suo ricco ultimo volume *La psicosi e la rappresentazione* (2011, Borla), fa largo uso di alcune concettualizzazioni cui rimanda Conforto.

Mi sembra che questo tipo di domande siano destinate a trovare risposte diverse a seconda dallo specifico interesse di ogni singolo. Per esempio Paul Williams nel suo brillante *Invasive Objects* pubblicato nella collezione di psicoanalisi relazionale diretta da Aron e Harris (Routledge) è interessato ad esplorare più le implicazioni antropologiche della psicosi e, semmai, a dialogare con certe categorie del DSM IV. Ira Steinman nel suo recente *Treating the Untreatable* (Karnac) spiazza il lettore con poche frettolose pagine di inquadramento generale sulla psicoterapia psicoanalitica della schizofrenia e degli stati deliranti per proiettarci quasi immediatamente in una serie di affascinanti situazioni cliniche che mostrano la possibilità di evoluzione che hanno, grazie all'intervento psicoanalitico, casi di grande drammaticità che erano stati, in altri contesti, considerati intrattabili. L'approccio di Steinman ricorda molto la *Psicoanalisi pratica* (2006, Cortina) proposta su una casistica estremamente variegata da Owen Renik, in un contesto argomentativo teorico assolutamente privo di bibliografia. Una scelta che sembra implicare che certe questioni introdotte dalla psicoanalisi sono ormai patrimonio acquisito dalla cultura contemporanea, per cui non è necessario stare sempre a specificare il dettaglio di cosa si stia parlando e che l'interlocutore principale dell'analista è il paziente, da cui ci si aspetta un contributo attivo anche per la definizione dello strumentario tecnico dello psicoanalista.

Per quanto mi riguarda non mi sento troppo distante da Conforto e Martini nell'avvertire il fascino di contributi stimolanti come quelli di Binswanger, Cargnello ed altri. E sono marcato non meno di loro dall'idealismo della cultura latina. Certo, quindi, che le teorie hanno una loro importanza, seppur una importanza da relativizzare, non ultimo in relazione al modo specifico in cui vengono utilizzate. La prospettiva della falsificazione di cui parla Martini dovrebbe, però, trovare una sua taratura rispetto alla psicoanalisi, come proposto da Bion in *Apprendere dall'esperienza*. Infatti non possiamo prescindere dalla specificità della nostra scienza, che non è riducibile alla meccanica dell'inanimato, come accade in altre discipline. Al tempo stesso la fecondità di una prospettiva empirica e falsificazionista potrebbe rivelarsi utile nello stimolare a riflettere su molti miti, non ultimo quello della interpretazione del transfert, che si sono incrostati sulla psicoanalisi nel corso dei decenni.

La mia principale preoccupazione resta, però, ancorata ad una semplificazione ed alleggerimento del patrimonio teorico per non offuscare l'aggiornamento e correzione di rotta che ci provengono dalla esperienza clinica. Già Bion aveva intuito che per tutelare la mobilità mentale dell'analista è necessario andare ad una selezione drastica delle teorie, per cui lui era arrivato a selezionare nella psicoanalisi non più di quattro o cinque teorie principali, la cui funzione per l'analista sarebbe quella di aver stabilito un punto di riferimento con cui confrontare la piena assunzione di responsabilità personale che caratterizza il suo assetto mentale in seduta. Lo sviluppo successivo che ha avuto il percorso di Bion ha contribuito a trasformare il suo approccio teorico in una più ampia problematica epistemologica, primariamente rivolta all'esercizio della funzione maieutica dell'analista rispetto alle potenzialità pensanti dell'analizzando. Ritengo che questo approccio semplifichi molto e presenti grandi vantaggi di libertà personale. Le ipotesi sulla relazione corpo-mente formulate dagli analisti intorno ad Armando Ferrari negli anni '80, e poi raccolte nel volume *L'eclissi del corpo* (Borla, 1992) cercano di sviluppare verso nuovi orizzonti il contributo di Bion con lo stesso intento di semplificazione teorica ed intento facilitativo dell'attività osservativa dell'analista.

Il contributo esperienziale del singolo analista resta comunque un presupposto essenziale a qualsiasi altro discorso: non ultimo questa valorizzazione tutela il principio democratico, per cui ogni singolo ha diritto di parola, diritto di trainare verso la pubblicizzazione la propria esperienza. Un assunto di democrazia senza il quale non può esistere alcuna scienza.

23 novembre 2011

Alcuni interrogativi

Marco Mastella

Leggendo l'interessantissimo dibattito sulla 'Psicoanalisi delle psicosi', e in particolare nell'intervento di De Masi la parte concernente ciò che viene prima dell'esordio psicotico, ed il cenno alla sua esperienza con un gruppo di terapeuti che trattano anche psicosi infantili, e pensando al Dibattito che spero si potrà organizzare attorno alla psicoanalisi infantile, mi sono chiesto se poteva essere opportuno cercare qualche punto di contatto già da questo dibattito tra chi si occupa anche di bambini, adolescenti e genitori (e/o famiglia o coppia) e chi si occupa prevalentemente od esclusivamente di adulti, più o meno giovani.

Ma poi mi prende un blocco, che lentamente si trasforma in due domande: cosa trattiene maggiormente, a diversi livelli di profondità, chi si occupa di Psicoanalisi degli adulti dall'occuparsi anche di bambini, adolescenti e genitori (famiglie), anche 'gravi' (tra cui psicotici)? Sarebbe bello che alcuni di coloro che lavorano anche con psicotici adulti provasse a descrivere la propria posizione personale al riguardo.

La seconda domanda: come possono gli psicoanalisti che hanno lavorato o continuano a lavorare con bambini, adolescenti e genitori (famiglie) trasmettere 'qualcosa' della loro esperienza e dei cambiamenti avvertiti tra un 'prima' e un 'dopo' aver curato intensivamente un bambino, un adolescente, e aver seguito da vicino dei genitori, o aver lavorato con l'Infant Observation (o 'qualcosa' di simile), con le consultazioni genitori-bambini piccoli (anche 'gravi') o con Gruppi di vario genere (educatori di Nidi, genitori adottivi, operatori sociosanitari 'misti', ovvero dediti a 'minori' o adulti), ovvero con parte dell'ambiente in cui cresce il bambino?

E d'improvviso scopro di avere un po' di paura, oltre a curiosità ed ammirazione, dei colleghi che lavorano (e teorizzano sul loro lavoro) con adulti gravi (eppure anch'io ne ho trattati, con screzi psicotici, con tentativi di suicidio...), e mi chiedo se allora anche alcuni di loro hanno paura dei bambini, e, talora, dei genitori e dell'ambiente in cui vivono.

Ma chissà, forse qualcun altro potrà cogliere qualche spunto, ed allargare la riflessione, ad esempio, al lavoro con i genitori, parallelo o 'combinato' con l'adolescente da una parte e i genitori dall'altra; al lavoro con i bambini 'a rischio autistico' o affetti da autismo o da altri tipi di psicosi, e al lavoro (parallelo? combinato?) con i familiari di pazienti psicotici adulti. Non ultimo: mi è accaduto di avere in consultazione figli di persone in analisi, e talora mi sono chiesto se un lavoro con la famiglia (per alcuni di loro) non potrebbe aiutare quei bambini a crescere con meno sofferenza.

BIBLIOGRAFIA

- Baradon, T. (2007). *La psicoterapia genitore-bambino*. Astrolabio, Roma.
- Ferrara Mori G. (a cura di) (2008). *Un tempo per la maternità interiore*. Borla, Roma.
- Maestro S. (2011) "Cerco asilo": un ambiente terapeutico a sostegno della prima infanzia e della genitorialità a rischio. Bologna, Centro Psicoanalitico G. Carloni, 3 aprile 2011.
- Manzano J., Palacio Espasa F., Zilkha N. (2001). *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino*. Raffaello Cortina, Milano
- Mastella M. (1997). Maternità e paternità preoccupanti. *Psiche*, V, 1, 51-64.

- Mastella M., Ruggiero I. (1999) L'intervento 'combinato' con adolescenti e genitori nelle crisi adolescenziali. *Interazioni*, 1, 13, 34-54.
- Mastella M., Ruggiero I. (1999). Il lavoro psicologico con i genitori di bambini e adolescenti in difficoltà. in Trombini E. (a cura di) *Genitori e figli in consultazione*, Edizione QuattroVenti, Urbino.
- Mastella M., Ruggiero I. (2000). Costituzione, tenuta ed evoluzione di una coppia di analisti impegnati nel lavoro 'combinato' con figli e genitori. Congresso Internazionale *Quale psicoanalisi per la coppia e la famiglia?*, Napoli, 1-3/12/2000.
- Mastella M., Ruggiero I., Cordero di Montezemolo A. (2002). Diventare genitori e nascere psicologicamente quattro anni dopo. Letto al III° Incontro Italo-Argentino, Bologna, 2-3/02/2002.
- Mastella M., Valentini P., Baiamonte C., Mastella F. (2010). Un'esperienza di consulenza psicologica presso un'istituzione scolastica. *Richard e Piggle*, 2, 154-171.
- Vallino D. (2010) *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma

23 novembre 2011

Sulle psicosi

Giuseppe Saraò

Intervengo nell'interessante dibattito sulle "psicosi"; tanti interventi in cui è difficile tratteggiare le linee in comune e le differenze.

Parlerò sia come analista che come psichiatra che lavora nei servizi. A mio parere, alcuni degli interventi hanno il merito di integrare questi due livelli.

L'ultimo intervento di Mastella mi aiuta ad intervenire, amplia il campo della nostra discussione, fa entrare aria nuova, ha il coraggio di guardare oltre.

Parto dall'idea che ci dobbiamo sempre chiedere cosa serve al paziente, come lo possiamo aiutare a vivere, lasciando in un angolo della nostra mente, le fantasie-desideri di guarigione. Che tipo di testimonianza possiamo dare e lasciare al paziente? Bastano i concetti di transfert e controtransfert per leggere fenomeni così complessi? E ancora cosa serve alla genitorialità ferita dei familiari: nei casi gravi chi si occupa delle difficoltà dei genitori, con tutte le questioni riguardo alle aree simbiotiche agite nella realtà?

Quanto dei transfert massivi che si dispiegano nel campo possono essere metabolizzati dalla e nella relazione terapeutica? E ancora quale collocazione dare a i cosiddetti transfert laterali che possiamo osservare in ambito istituzionale? E la terapia psicofarmacologica, come incide, non solo sui comportamenti-sintomi ma soprattutto sulla alleanza terapeutica e sui movimenti transferali?

Chi lavora nell'istituzione sa come sia importante integrare gli interventi riabilitativi e dispiegare tutto questo intorno ad una relazione terapeutica centrale.

Voglio citare la posizione di Zapparoli (2002) che ha scritto pagine straordinarie sulla nostra funzione di vitale importanza per il paziente psicotico: il valore dell'intermediazione e dell'intermediario. Tutto questo per uscire dalle secche su quanto blandire o contrastare l'area psicotica. Penso che al paziente (ma anche ai genitori-famiglia) serva la possibilità che ci sia un terapeuta che non impazzisca con lui e che nel contempo possa convivere e condividere, per un tempo molto lungo, gli aspetti alieni e insopportabile della follia. L'obiettivo, come diceva Zapparoli, è far diventare la follia pubblica una sofferenza privata che si possa affrontare dentro una relazione partecipata.

E' anche vero che di fronte ad una terapia a vita, infinita (a proposito di follia privata) qualche volta sarebbe utile che il terapeuta si ponesse il problema di quello che è più vantaggioso per il paziente: ad esempio la necessità di stare in un gruppo (terapeutico o riabilitativo) in cui poter vivere delle relazioni trasversali e orizzontali non troppo investite ed impegnative, in cui l'esperienza "fraterna" diventa ugualmente importante rispetto ad un transfert centrale. Il lavoro nei servizi ci insegna che la cosiddetta "cronicità" non è solo nei sintomi ma spesso si insinua in rapporti stereotipati che non sempre tengono conto delle fasi della malattia psicotica e delle possibilità emotive, in quel momento, del paziente. In questa direzione il contributo psicopatologico (interventi di Correale e Manica) mi sembra fondamentale. Oggi la cura della psicosi deve far ricorso al modello della complessità: non basta l'esperienza e la formazione di un terapeuta; bisogna mettersi d'accordo su quale tipo di psicosi si sta parlando, se in fase acuta-sub acuta o cronica (Pao, 1979). Ancora come l'intervento psicoterapico si collega al resto della cura, tenendo conto che i pazienti si "affezionano" alle proprie produzioni sintomatologiche in quanto ne hanno bisogno per avere e conservare un sentimento di sicurezza. Spesso si trovano dentro un claustrum (Meltzer, 1992) che è stretto ma consolatorio e che la nostra presenza porta speranza ma anche stati d'animo insopportabili che li fa ricorrere alla coazione a ripetere dei sintomi. Non penso che per affrontare ciò noi dobbiamo ricorrere a metafore belliche, ingaggiare un'ultima sfida con le parti cosiddette distruttive! Dobbiamo semmai aiutare il paziente (ma anche i familiari) a dare senso, a fare una mappa dei pericoli aiutandolo a pensare e a riconoscere, facendo veder in diretta come funziona la nostra mente: come se noi avessimo la mente trasparente (Steiner – 1993 - su questo ha detto molto, a proposito dei rifugi della mente e dell'uso cauto dell'interpretazione) che si adopera per ricostruire quello che succede soprattutto nei momenti di crisi in cui il paziente perde il controllo della propria mente e si rifugia nel delirio o nell'allucinazione.

Mentalizzare con il paziente in attesa che il paziente diventi protagonista e possa fare un lavoro di profondità; ma la dimensione etica del nostro lavoro ci deve porre sempre la domanda: sto facendo quello di cui il paziente ha bisogno in questo passaggio della sua vita e della malattia?

25 novembre 2011

Psicosi in adolescenza

Marisa Pola

Ho seguito con interesse questo dibattito e ringrazio tutti, in particolare Carnaroli e Giustino per l'iniziativa, nonché De Masi e Lombardi che hanno introdotto il tema della psicoanalisi delle psicosi. Ho sentito anch'io, come il collega Mastella, la mancanza nel dibattito di una più specifica attenzione al tema della psicosi in adolescenza.

Soprattutto in questo periodo della vita la negazione del corpo e dei cambiamenti corporei svolge un ruolo centrale nella genesi della psicosi. Lì dove dalla nascita in poi la mente si sviluppa primariamente a partire dal corpo, durante l'adolescenza il corpo viene ad imporsi inequivocabilmente all'attenzione della mente (Ferrari 1994). L'adolescenza, in questa prospettiva, ha una importanza specifica nel contesto della crescita personale: una collocazione ed importanza propria, che si differenzia dal ruolo che ha avuto l'infanzia ed i conflitti propri al mondo infantile sino all'esordio puberale. Anche l'esplosione psicotica può fornire l'opportunità di riallacciare i fili della mente

con un corpo che è stato investito dal conflitto e che tende ad essere drasticamente dissociato: in questo modo, la psicosi – quando è adeguatamente trattata – può avere un ruolo nel rilanciare il processo maturativo ed una crescita integrata. Nel lavoro analitico con questi pazienti il punto di urgenza si rivela molto spesso essere il riconoscimento del corpo, delle sensazioni corporee e degli affetti come condizione per l'attivazione di un sistema mentale autonomo.

Una delle condizioni necessarie all'avvio di una psicoanalisi della psicosi è la tempestività dell'intervento, possibilmente in corrispondenza della prima crisi - come segnalato sia da De Masi che da Lombardi - accompagnando il trattamento psicoanalitico con il supporto di uno psichiatra e di un collega responsabile del rapporto con la coppia dei genitori. Vorrei allora riportare una breve vignetta clinica, partendo da un caso che è stato presentato in dettaglio altrove (Lombardi & Pola 2010).

Quando Luca ha iniziato l'analisi aveva 17 anni e presentava i connotati tipici della psicosi acuta: confusione mentale, delirio persecutorio, allucinazioni, idee di riferimento, angosce incontenibili, insonnia. Il suo disturbo del pensiero si inseriva su difficoltà risalenti all'infanzia, in relazione a cui venne segnalata dai genitori una tendenza all'isolamento e un'eccessiva dipendenza da loro. Sino al momento della crisi Luca era apparso di carattere docile, intelligente e brillante sia a scuola che negli sport. L'esordio psicotico fu preceduto alcuni mesi prima da sintomi ansiosi, sbalzi d'umore, disturbi del sonno, anoressia, difficoltà di memoria: questi sintomi erano sfociati in breve tempo in un crollo. Il lavoro di analisi si è svolto per i primi tre mesi a un ritmo di sei sedute settimanali, poi ridotto a quattro per l'intero periodo. L'analisi è stata accompagnata e supportata da uno psicoanalista-psichiatra che ha seguito la terapia farmacologica – Giuseppe Martini – e da una psicoanalista che ha seguito la coppia per l'intero periodo di analisi – Giovanna Mazzoncini. Ad entrambi questi colleghi va la mia gratitudine per la loro proficua e indispensabile collaborazione.

Nelle prime fasi del trattamento cercai di attivare una qualche forma di pensabilità partendo dal linguaggio del corpo, con commenti sulla mimica, la postura e i movimenti, soprattutto quelli che avvertivo come piccoli segnali di comunicazione. In una seduta mi ritrovai a pensare che Luca si stava comportando con se stesso come un file perduto dentro un computer (non si riesce a trovare, anche se si è certi che sia da qualche parte). Pur consapevole che si trattava di una mia fantasia, provai a proporlo a Luca, dicendogli: *“Può succedere che si perda un file, ma anche in quel caso lo si può recuperare. Ora tu non sei né un computer né un file, ma tratti te stesso come se avessi perso i dati”*. Di fronte a questo mio commento Luca inaspettatamente si alzò, si mise di fronte a me, mi guardò e disse: *“Sì, mi sento proprio così. Come ha fatto a capire che ho perso i dati e non mi ricordavo neanche la mia voce? Ma se continuo così scordo anche di avere una voce. Mi si è confuso tutto, non sento più la sete, la fame, né gli odori né i sapori. Se non mi muovo non ho né fame né sete”*.

Rimasi colpita di come Luca si fosse sentito sollecitato da un riferimento ad un oggetto meccanico, un modello che evidentemente corrispondeva con il suo sentirsi un automa. Ma a questo punto l'automa iniziava a riconoscere la mancanza del suo corpo, dei suoi segnali; per cui glielo feci notare: *“Stai perdendo la relazione con i tuoi bisogni come se non avessi un corpo”*. Rispose *“Sì, mi dimentico anche di fare la pipì”*.

Poco dopo il primo mese di lavoro intensivo Luca mostrava i primi segni di riuscire ad avvicinare il suo corpo. *“Io non mi sono mai molto guardato, oggi mi sono accorto che sono molto magro. Mi sono visto allo specchio, avevo i pantaloni che mi cadevano. Ho perso dieci chili, avevo smesso di mangiare”*. Risposi: *“Avevi cancellato il tuo corpo”*. E Luca: *“Quando non mi piace qualcosa, elimino e non affronto”*.

A partire da quel momento riuscimmo a lavorare sull'esperienza del delirio. Per esempio in una seduta successiva Luca mi disse: *“Sono finito nella pazzia. Tutto è*

iniziato quando ho acceso il computer ed erano sparite le foto di famiglia. Pensavo che qualcuno comandasse a distanza col pensiero e che avrebbe ucciso la mia famiglia. La tv parlava di me e ho smesso di vederla. Non uscivo di casa perché ero spiato. Anche lo sbattere delle mie palpebre poteva far scattare i semafori e fare impazzire il traffico. Ovunque erano presenti telecamere, anche nella stanza di analisi. Ero convinto che avrei dovuto spiare la colpa di tutti i miei morti. Tutti conoscevano le mie malefatte, così restavo immobile e aspettavo”.

Chiesi se era riuscito a sentire le mie parole quando stava molto male.

Rispose: *“Sì, quando lei parlava del dolore e dell'angoscia le voci nella mia testa cessavano per un po’; poi un giorno lei ha detto qualcosa del dolore e io l'ho sentito forte nel cuore. Forse lei ha detto ‘sei vivo, sei una persona, non un computer, puoi esprimere quello che senti’, e si è aperto qualcosa”.*

Riaffrontare i momenti drammatici dell'esplosione psicotica lo aveva portato verso l'elaborazione delle ansie paranoide di morte per la sua famiglia e della colpa persecutoria per le uccisioni dei familiari che egli perseguiva in fantasia: una occasione per elaborare ulteriormente il confronto con i suoi sentimenti rinnegati di odio. L'odio contribuiva a far impazzire il traffico mentale e a potenziare le sue ansie di fronte al cambiamento. È interessante notare che quando io colgo attraverso la rêverie il suo dolore e lo sottopongo alla sua attenzione, lui riesce a farlo suo, avvertendolo anche fisicamente.

Passo adesso a riportare un altro frammento di materiale clinico in relazione all'apparizione più esplicita di materiale inerente la sua fase anoressica: *“Mi sono fermato a comprare una bottiglietta d'acqua, - mi disse Luca - avevo sete. Mentre sorseggiavo, mi sono bloccato perché ho sentito che c'era lo sguardo assassino del venditore e la sua voce che diceva di non bere. E così mi sono ricordato dei giorni in cui avevo smesso di bere perché una voce mi diceva che toglievo l'acqua al mondo. Un pensiero bizzarro, come se fossi colpevole di assetare tutti”.* Pensai stessero affiorando temi connessi alla sua anoressia, al tempo molto pericolosa, e gli chiesi a cosa serva l'acqua. Luca rispose: *“Per vivere il corpo ha bisogno d'acqua”.* Dunque replicai: *“Allora non dando l'acqua al tuo corpo, hai fatto come il tuo corpo non esistesse. Attaccando il tuo corpo tu attacchi te stesso, come un modo per cancellare i tuoi bisogni umani reali”.* Luca mi rispose: *“Sì, io ero pericoloso per me stesso. Mi ricordo che ogni congegno elettrico che io guardavo era per me una bomba che poteva esplodere. Io stesso mi sentivo un congegno elettrico. Se parlavo potevo causare distruzione. Così se mangiavo bevevo e dormivo potevo essere distrutto. Ora so che tutto questo è follia”.*

Partendo dalla percezione delirante e persecutoria di uno sguardo assassino, Luca approfondiva la conoscenza del suo odio e, più in generale, di sé stesso. L'odio omicida ci mostra le radici dei suoi sintomi anoressici in un odio per il corpo: un corpo che ha bisogno di bere, un corpo sentito responsabile di esporre ai limiti dei bisogni fisici e della realtà.

A sei anni dal suo inizio, l'analisi non è molto lontana dalla prospettiva di affrontare una elaborazione del suo termine. Nel frattempo Luca è cresciuto: l'esperienza della psicosi, come lui stesso mi ha segnalato, ha costituito “la più dolorosa esperienza della vita”, ma gli ha anche permesso di rilanciare in modo determinante un sviluppo personale. In effetti il lavoro analitico con Luca è stato anche per me difficile e laborioso, soprattutto durante i primi anni. Nel complesso mi sembra di poter dire che l'esito positivo di questa esperienza analitica vada ascritto anche ad una serie di fattori che hanno giocato costruttivamente nella sua evoluzione: fattori come la tempestività dell'intervento, la possibilità di poter lavorare con una alta frequenza delle sedute, l'approccio multicentrico, l'acuta intelligenza del paziente, la presenza di significative

aree funzionanti nel periodo anteriore al crollo psicotico. Non mi sembra trascurabile la facilitazione che mi è derivata dal vertice clinico utilizzato, che ha messo in primo piano una elaborazione centrata sulla relazione corpo-mente, come prima area dove si strutturano le prime forme di contenimento e si avvia la capacità di pensare.

Infine, come accennavano Mastella e Saraò circa il ruolo che la psicoanalisi può avere nel migliorare le condizioni ambientali in cui vivono gli individui, in questo caso anche il lavoro sulla famiglia si è rivelato di grande importanza: esso è stato determinante per accompagnare l'evoluzione dell'analisi personale di Luca e per assecondare un più generale cambiamento nelle dinamiche familiari. A distanza di tempo è possibile vedere come il contatto con l'esperienza catastrofica della psicosi, nel contesto di una elaborazione promossa da un intervento psicoanalitico integrato, ha favorito una maturazione di tutti i componenti della famiglia, permettendo la prevenzione di una patologia mentale grave nel fratello più giovane del paziente, che aveva già iniziato a dare segni di incipiente difficoltà.

26 novembre 2011

Bambine e bambini

Giuliana Barbieri

Difficile fare riferimento ad ogni singolo interessante intervento nel dibattito; facilissimo invece esprimere l'interesse e l'apprezzamento per questa iniziativa nel suo complesso.

Raccolgo l'interessante invito di Mastella; prendo spunto dagli ultimi due interventi, e metto di fianco agli adulti di Saraò e all'adolescente di Pola, una bambina, Pimpa; per una breve considerazione sul ruolo, all'interno di un progetto terapeutico, dell'ambiente di vita dei pazienti piccoli: i genitori, la scuola, e il contesto nel suo insieme.

Pimpa ha 7 anni ed è all'inizio della seconda elementare; è arrivata dai suoi genitori adottivi a 3 anni e mezzo da un paese dell'est. Al momento della consultazione presenta disturbi del pensiero, ritiro, comportamenti bizzarri, e improvvise alterazioni di coscienza, che connotano uno stato prepsicotico. Ma, questo suo stato è inserito in un contesto drammatico: a scuola passa 8 ore senza capire che cosa deve fare, i suoi quaderni sono pieni di buchi e spazi vuoti, e a casa passa quasi tutto il tempo libero, sabati e domeniche comprese, a recuperare con la mamma le cose che non ha completato a scuola e a fare i compiti del fine settimana. Inevitabilmente il rapporto con la mamma si è fatto così conflittuale da sembrare drammaticamente compromesso e Pimpa non ha sosta, è immersa per troppe ore in una esperienza soggettiva che transita continuamente dal "non sono capace" al "sono cattiva", perché "non sente", non ascolta, non risponde, non ubbidisce. Tra altri sintomi, ai buchi nei quaderni si sono aggiunti buchi sulla faccia e all'interno della bocca, che si procura grattandosi violentemente e facendoli sanguinare.

L'attenzione al mondo interno orienta ad una ipotesi che si affaccia immediatamente, e cioè che siano i disturbi psichici ad impedire a Pimpa di riuscire a scuola, che i buchi nei quaderni, ad esempio, rimandino ai buchi della storia dei bambini adottati e altro ancora; ma con i bambini, soprattutto agli esordi dei loro disturbi e in assenza di patologia organica, si può provare ad integrare anche un'altra ipotesi complementare, e cioè che sia il contesto, suo malgrado, ad esporli ad una esperienza soggettiva non sostenibile e a compromettere il loro assetto mentale.

Nel caso di questa Pimpa, la seconda ipotesi orienta il progetto terapeutico: l'obiettivo è di "far accadere" una esperienza diversa a casa e a scuola, attraverso sedute condivise mamma-Pimpa e un lavoro con le maestre. Il "far accadere" connota il lavoro psicoanalitico con il contesto; è una riproduzione del modo in cui si forma il mondo interno: si riconvoca la forza della realtà esterna per produrre nuove rappresentazioni; la capacità di modificazione dell'assetto rappresentazionale e di regolazione degli affetti, fa del contesto un altro vettore di cambiamento, che lo sdogana da una dimensione assistenziale o genericamente supportiva e lo ricolloca nella dimensione psicoanalitica.

I portati di un lavoro con il contesto sono significativi e numerosi e avremo il piacere e la fortuna di articularli nel dibattito relativo alla psicoanalisi per i bambini; qui, ne porto solo uno, anche per tornare a Pimpa che aspetta dalle prime righe, e riguarda il recupero di informazioni, cui conseguono: una comprensione più puntuale, una velocità di intervento e, soprattutto, una rivitalizzazione delle competenze genitoriali. Nel 2° colloquio con i genitori, il discorso sulla scuola continua ad essere centrale, con un breve scambio riferito ai buchi in faccia e in bocca, comparsi due mesi prima della consultazione; i genitori non trovano appigli esplicativi e, quanto a rêverie, la mia mente è troppo occupata dal disastro scolastico in cui è immersa Pimpa.

Pochi giorni dopo incontro le insegnanti per la prima volta; di nuovo il discorso centrale verte sulle difficoltà scolastiche e sul loro senso di impotenza e, tra un racconto e l'altro, si inserisce un commento: "e poi non collabora e non gioca con gli altri bambini, sta isolata, fa delle cose strane, e dopo, anche gli altri bambini la prendono in giro". Chiedo in che modo la prendono in giro, e rispondono, come facendo un esempio a caso, che le dicono che lei ha la pelle scura; naturalmente il collegamento con i buchi in faccia mi viene immediato.

Quando rivedo i genitori, chiedo se Pimpa si è mai lamentata di essere presa in giro dai compagni per la pelle scura, come hanno raccontato le maestre, e come è la sua pelle. I genitori cadono dalle nuvole: "Pimpa non ha mai detto niente e la sua pelle non è scura!...forse, volendo proprio cercare... proprio di una sfumatura". Dico che potremmo provare a fare l'ipotesi che Pimpa, a seguito di quello che le dicono i compagni, pensi di avere una pelle scura, e quindi brutta, e si gratti la faccia, procurandosi i buchi, per tirarsela via; e che, se a loro sembra plausibile, potrebbero parlarne con Pimpa dicendole proprio questa ipotesi.

La volta successiva tornano; la mamma ha detto a Pimpa quello che ci eravamo detti e Pimpa, con una forte emozione, tirandosi su le maniche e mostrando le braccia, le ha detto: "ma guarda! guarda! ti piace una bambina così?!"; la mamma l'ha abbracciata forte e poi l'ha portata davanti allo specchio a confrontare le braccia e la faccia. In contemporanea ho proposto alle maestre di interrompere con decisione le prese in giro dei bambini. I buchi sono passati. Anche i buchi scolastici, gradualmente sono rientrati; e gli altri "buchi"? quelli, che forse per procura erano trasportati dai buchi della pelle e dei quaderni, e che parlavano di una bambina adottata e per questo non uguale alla mamma, sono stati affrontati con Pimpa, successivamente, sempre attraverso la mamma.

Quando questo lavoro è possibile, ci sono guadagni e considerazioni che interrogano la nostra teoria; ne porto solo tre:

- che posto riservare al cambiamento sintomatologico rispetto all'obiettivo di un cambiamento strutturale? Personalmente tendo a pensare, diversamente dalla concezione più classica, che il cambiamento sintomatologico sia strutturante, ma se ne potrà parlare successivamente;
- avrei saputo dare significato ai buchi della pelle di Pimpa senza incontrare le insegnanti, visto che Pimpa non ha una pelle scura? Magari sì, ma di certo molto tempo dopo, lasciando Pimpa e i suoi genitori in un inutile e dannoso stato soggettivo

negativo. E questa raccolta unificante di parti del paziente può essere estesa agli aspetti scissi e sparsi comportamentalmente sul contesto, così tipici di bambini e adolescenti;

- da ultimo e, per me, molto importante, è: che ruolo siamo disposti a riconoscere, alla realtà esterna, e a quale realtà esterna; è diverso per Pimpa sentirsi dire una comprensione dalla mamma anziché dall'analista e per la mamma sentire di poter capire cosa succede alla sua bambina e poter intervenire? per come la penso, ritengo che ci sia differenza; la mamma, secondo natura, dovrebbe essere un oggetto con un peso specifico superiore a quello dell'analista, e quindi avere una incidenza maggiore sulle questioni vitali; e una mamma, o un papà, che capisce l'esperienza soggettiva della sua bambina e può intervenire, emerge dalla posizione auto destituita prodotta dall'insorgenza del disturbo, e può rivitalizzare le proprie competenze genitoriali, ripristinando la matrice relazionale funzionale su cui poggia lo sviluppo mentale del bambino.

Il lavoro con e attraverso il contesto mi è sembrato uno dei possibili punti di incontro con il lavoro dei colleghi che si occupano di pazienti psicotici; da diversi interventi nel dibattito, compreso il più recente di Saraò, ho capito che viene considerato e svolto, ma, forse perché ho letto gli interventi quasi tutti in una volta, non ho capito se è considerato una parte imprescindibile dell'intervento psicoanalitico, come io considero sia per i bambini, o se, più semplicemente, data la diversa età dei pazienti, non può svolgere un ruolo altrettanto importante.

27 novembre 2011

Manifestazioni psicotiche dell'infanzia e relazione corpo-mente

Ettore Del Greco

Seguo con vivo interesse il dibattito sulla psicoanalisi delle psicosi avvertendo, come Mastella, Pola e Barbieri, l'interesse ad allargare la discussione alle manifestazioni di natura psicotica in adolescenza e in infanzia. Vorrei quindi discutere sinteticamente il caso grave di un bambino di otto anni in cui emerge il collegamento con la conflittualità della relazione corpo-mente (Ferrari, 1992, Del Greco, 1996, 2001, Cargnelutti et al, 2002.).

Nell'analisi dei bambini il corpo si impone con tutto il suo carico di sensazioni. Nel corpo si presentano originariamente le angosce del bambino con le tipiche modalità concrete che lo caratterizzano. E' la fisicità che parla nello scenario analitico col suo linguaggio fatto di pressioni, pulsazioni, vibrazioni, variazioni di temperatura, colori, odori. Questa è la matrice cui l'analista attinge tecnicamente per far evolvere i piccoli pazienti verso un livello di rappresentazione e pensabilità. Ne deriva la necessità di prestare attenzione, specie all'inizio dell'analisi, al rapporto corpo-mente. Infatti la densità del fatto fisico richiede di avere una possibile rappresentazione mentale che lo declini sul versante del linguaggio, alleggerendolo dalla concretezza sensoriale ed emozionale e favorendo la formazione di uno spazio psichico. Questo passaggio fondamentale attraverso i registri di linguaggio inventati dal paziente dà una prima consistenza simbolica a quello che questi sta vivendo, permettendo l'apertura verso sviluppi successivi che possono, a questo punto, esser elaborati per la loro coloritura transferale.

Nella situazione clinica che vado a proporre alla vostra attenzione si vede come sia possibile creare un'elaborazione a partire dal dato fisico-sensoriale in un movimento processuale dal concreto al simbolico. In questo caso gli aspetti fisico-sensoriali disturbavano fortemente la funzione mentale dell'analizzato creando un blocco saturante.

Alex è un bambino di 8 anni che i genitori dicono particolarmente aggressivo e violento con i compagni e con la sorella di 5 anni. E' molto legato alla madre che tormenta in continuazione: i genitori sono esasperati dalla disorganizzazione del pensiero e dalle sue gravi difficoltà scolastiche.

I primi mesi dell'analisi sono caratterizzati da giochi molto violenti in cui si ammazzano animali; Alex costruisce "un'ammazzatora" (un mattatoio) descrivendo con particolare piacere le modalità della morte e del trasporto degli animali nel ciclo della macellazione, e rappresenta in disegni violentissime lotte tra dinosauri. Descrive il movimento e le operazioni di squartamento, scuoiamento, apertura sulla pancia, eviscerazione, spesso in modo caotico, a volte in modo molto preciso e ossessivo. I miei interventi al bambino cercano di mostrargli la funzione che hanno l'infilzare gli animali, lo squartare, il far combattere i dinosauri, lo squartare un toro, leggendoli come espressione della intensità e della violenza di quello che prova. Le sue storie di macellazione fanno vedere quanta intensità caratterizza quello che lui sente dentro di sé. In altri termini non affretto una lettura fantasmatica e transferale inerente il contenuto dei suoi giochi, ma richiamo l'attenzione sul connotato di modo e forma che assume l'esperienza interna che l'analizzando fa di sé. Questa lettura mi serve a valorizzare la sua iniziale e rudimentale organizzazione del vissuto, in attesa di trovare altri più evoluti livelli funzionali.

Partendo da questa prima fase Alex comincia ad usare le sue sedute di analisi per dare un nome a ciò che vive, iniziando a discriminare le sue emozioni attribuendo ad ogni emozione un colore diverso: dice che il nero è l'odio, il rosso l'amore, il verde la natura e l'azzurro il cielo e, continua, che tra i dinosauri sono più gli erbivori dei carnivori. Quando gli propongo che sente di poter limitare l'odio con la natura e con il cielo, Alex aggiunge che questo è possibile farlo anche con l'amore: a questo punto indica una mucca e continua dicendo che il coccodrillo che prima era un carnivoro di 20 metri ora si è accorciato e sarà di 7 metri. Questo passaggio mostra il netto ridimensionamento della pressione aggressiva che si riusciva ad ottenere attraverso l'attivazione di prime forme di riconoscimento del vissuto sensoriale (il riconoscimento dell'intensità emozionale e poi una prima discriminazione nel contesto di colori/emozioni diverse).

In una seduta riporta le sue fantasie articolate in una storia di Jurassic Park: il Coccodrillo voleva essere il re della palude, però c'era il Velociraptor con una grossa pancia, che gli tagliava la coda; il Velociraptor andava quindi a casa e diceva alla moglie che si voleva mangiare un cosciotto, ma vedeva nel frigorifero e il cosciotto non c'era. Allora si mangiava la coda del Coccodrillo che, però, faceva un po' schifo, perché aveva sopra la pelle. A questo punto levavano la pelle e la mangiavano ed era buona, verde. Poi un sasso andava nella gola del Velociraptor che moriva perché il sasso era avvelenato. Dopo un'ora il Velociraptor si svegliava, perché era solo addormentato, e rimetteva la coda al Coccodrillo perché gli voleva bene: il Coccodrillo la allungava, la allungava, dieci, dodici metri e la avvolgeva intorno al Velociraptor, come una biscia, e lo ammazzava.

Anche se questo materiale mostra la presenza di fantasmi edipici, mi sono orientato a lavorare in seduta con Alex sul conflitto corpo-mente: un conflitto molto primitivo che si presenta qui come una lotta all'ultimo sangue in cui una mente che aggredisce e menoma il corpo e di un corpo che soffoca, avvelena e infine strangola la mente. Il Velociraptor ed il Coccodrillo possono essere intesi come i termini di una intensa conflittualità dove entrambi si alternano nella funzione di annichilirsi reciprocamente. Allora il Velociraptor-mente esercita una menomazione del Coccodrillo-corpo, poi mangia il Coccodrillo e ne muore soffocato e avvelenato; simmetricamente il Coccodrillo prevarica soffocando con la sua lunga coda il Velociraptor. Si presentano solo labili possibilità di contatto e riconciliazione quando il Velociraptor si sveglia e rimette la coda al Coccodrillo perché "gli vuole bene" ma il Coccodrillo allora lo ammazza. E' evidente che la grave conflittualità corpo-mente è un rischio per la sopravvivenza stessa perché la mancata integrazione tra corpo e mente porta, da qualsiasi punto si parta, ad una situazione mortifera.

La lettura del materiale in questo senso ha consentito di far emergere la presenza di un corpo, non più divorato o soffocato, ovvero l'emergere di una situazione meno confusa, connotata con chiari vissuti sensoriali.

Nella seduta immediatamente successiva Alex disegna su una gomma da cancellare un triangolo tutto nero e mi dice che è quello che sente, che vibra, ma lui chiude gli occhi e non lo sente più. Resto molto impressionato dal riferimento assoluto esplicito del bambino al suo sentire e alla facilità con cui questo suo sentire poteva essere cancellato e sparire, come non fosse mai esistito. Poi Alex indica il torace e dice che il triangolo da dentro preme e vibra con la punta verso l'esterno: aggiunge che la sera chiude gli occhi e il triangolo allora si ferma. Va a questo punto a riprodurre il triangolo nero su un foglio. Gli dico che si vedono tre lati e provo a chiedergli se il suo dolore non sia legato a ciò di cui abbiamo parlato nell'ultima seduta, cioè se i lati del triangolo non indichino il Velociraptor, la moglie, il Coccodrillo. Alex subito mi interrompe e dice di sì, ma che indicano anche sé stesso, il padre e la madre.

In questa seduta l'angoscia è inizialmente tutta fisica, tutta concreta: si mostra come dolore fisico di devastanti sensazioni. Il livello corporeo preme come insieme di sensazioni ancora estranee ad una forma di pensiero. Alex parte dal corpo e riscontra una vibrazione dolorosa a livello del cuore causata da un oggetto triangolare. Il triangolo doloroso che vibra e preme, sembra indicare l'estrema concentrazione e densità del vissuto somatico: una condensazione che richiede una rappresentazione in grado di articolarsi in diverse e multiple possibilità: un livello più primitivo di livello concreto, corporeo ed animale, come il Velociraptor, il Coccodrillo, ed un livello più evoluto, in cui appaiono gli umani, ovvero il padre, la madre ed Alex. Vediamo come la comunicazione è in grado adesso di inglobare un livello bruto fisico-sensoriale per svilupparsi poi verso significati emotivi e relazionali.

Per integrare le sue emozioni primitive, Alex deve confrontarsi con la paura profonda di qualcosa che inizialmente non è dicibile né conoscibile, con una angoscia molto fisica che genera odio ed una spinta espulsiva a sbarazzarsene.

Il triangolo nero, inizialmente chiuso, sembra rappresentare una prima forma di rappresentazione della corporeità. Un corpo inizialmente chiuso in sé stesso, prigioniero delle sue intensità sensoriali inconoscibili ed oscure. Quando il corpo trova una strada verso la possibilità di essere rappresentato, la pressione sensoriale poi può svilupparsi verso un livello fantasmatico, che si colora poi ulteriormente di elementi edipici.

Vorrei allora sottolineare l'aspetto costitutivo e fondante del rapporto corpo-mente come area privilegiata di accesso ad uno sviluppo verso il simbolico.

In questo materiale il corpo ci si presenta come prima e fondamentale traccia da cui partire. Nel corpo troviamo, nel qui ed ora, le anticipazioni delle dinamiche fantasmatiche proprie alla costellazione edipica: nel corpo c'è un triangolo che vibra e preme verso l'esterno (riferimento alle spinte sessuali e aggressive), un triangolo che è doloroso. L'analizzando per non sentire il dolore chiude gli occhi, si chiude cioè alla percezione sensoriale. La dissociazione corpo-mente attivata rispetto al dolore sentito nel corpo è drastica e dà una idea del livello di funzionamento concreto che caratterizza questa fase dell'analisi.

Nell'analisi dei bambini abbiamo la possibilità quindi di assistere alla messa in moto di meccanismi dissociativi primitivi che paralizzano una sana interazione del dialogo corpo-mente: una dissociazione (o disarmonia della relazione corpo-mente, come la chiamava Ferrari) che è a rischio di diventare la modalità preferita di risposta rispetto agli stimoli interni, con di conseguente grave ostacolo al funzionamento mentale. Una volta radicatosi, questo meccanismo può andare avanti autonomamente facendo perdere al soggetto la capacità di accogliere e modulare la registrazione della esperienza del corpo. La mancanza di spazio psichico in cui percepire e registrare il dato corporeo può portare ad un appiattimento ed annullamento di qualsiasi forma di impatto emotivo, anche di quelle esperienze senso-emozionali che potrebbero essere più tollerabili. In questo modo l'ostacolo che si crea a livello della relazione corpo- mente può progressivamente portare a scompensi interni che alcuni autori hanno descritto come pensiero o vita operatoria (Marty e la scuola psicosomatica di Parigi) o come alessitimia (Sifneos, Taylor, etc).

A partire da questa fase elaborativa centrata sul livello corpo-mente Alex è diventato più riflessivo e partecipa nel lavoro analitico, più rispettoso degli aspetti della realtà, inclusa la relazione analitica stessa, ormai non più costretto dalle sue urgenze interne a ripetere una lunga e violenta guerra fatta con i dinosauri e coccodrilli. Il paziente si mostra meno pressato da una angoscia cieca e più capace di disegnare in modo articolato e complesso. La nuova serie di giochi e disegni viene a proporre ancora rimandi alla situazione conflittiva di base, ma ormai vista e rappresentata ad un livello di astrazione -e quindi di pensabilità- che sarebbero stati inimmaginabili addirittura qualche seduta prima. Alex è passato da una guerra continuamente agita con modalità stereotipe e violente, alla rappresentazione della guerra che contiene una distanza, e quindi possiede una sua evoluzione ed una sua storia. Tutto questo a partire dal punto in cui Alex si è reso conto che il suo dolore fisico (pesante-vibrante-pulsante dentro il suo cuore) poteva essere rappresentato, ed elaborato nella relazione analitica.

28 novembre 2011

Psicosi come ironia caustica

Andrea Seganti

Gli ultimi interventi di Mastella, Saraò, Pola e Barbieri pongono l'accento – sia pure con sfumature alquanto diverse – sul ruolo del contesto familiare, scolastico e altro nel determinare il disagio psicotico. E anche la necessità, spesso urgente, di arrivare a una lettura di queste influenze contestuali nella speranza di produrre fin dagli esordi dei cambiamenti rapidi di situazioni cliniche che altrimenti tendono ad assumere un

andamento irreversibilmente poco comprensibile. L'attenzione al contesto viene quindi condivisa sia da persone che lavorano sul campo, a contatto con la vita reale delle persone, sia da colleghi che trattano bambini e adolescenti.

Di diverso tenore il recente intervento di Del Greco il quale propone di marcare da vicino le sensazioni corporee e offre al suo paziente uno scenario fantastico all'interno del quale farle emergere. In quest'ultimo caso, in cui il peso del contesto non viene affatto citato, sembra essere implicita l'idea che il contesto psicoanalitico possa offrire quegli spazi creativi che non vengono offerti dal contesto reale.

Si delineano pertanto due opzioni, quella di Del Greco e di altri che puntano sulla creazione di un neo contesto alternativo e quella di coloro che - pur non disdegnando le potenzialità offerte dalla creazione di un nuovo contesto - puntano a sviluppare mediazioni e traduzioni rispetto al contesto interpersonale in cui il paziente vive.

Tuttavia, nel caso esemplare presentato dalla collega Barbieri (caso di Pimpa) il peso del contesto nello sviluppo delle elaborazioni patologiche risulta assolutamente ineludibile. Talmente evidente risulta il collegamento con il contesto in questo caso da rendere più che legittimo pensare che questo collegamento sia presente anche nei casi degli adulti, tranne il fatto che gli adulti, possedendo il linguaggio, potrebbero essere più abili nel negarne l'esistenza e nel renderla meno visibile. Se interpretato in questo senso il bambino di otto anni (Alex) presentato da Del Greco andrebbe creando con il suo analista un mondo linguistico separato dal contesto reale della sua vita rilanciando la capacità di negazione delle influenze provenienti dai contesti reali.

Pertanto la discussione nuovamente si allarga al di là dei confini auspicati da De Masi (osservazioni cliniche provenienti dal setting classico) riproponendo la possibilità da me espressa di adottare un approccio interattivo radicale per la comprensione delle esperienze psicotiche. Dal mio punto di vista, qualcosa delle nostre usuali teorie relazionali deboli viene messo in dubbio da osservazioni cliniche come quelle di Pimpa.

Viene messa in dubbio la nostra concezione circa il nostro essere individui in quanto la nostra esperienza soggettiva di essere persone risulta essere strettamente collegata con l'influenza che altre persone hanno sul nostro mondo soggettivo e questo diventa evidente in questi casi in modo molto più intenso di quanto non siamo abituati a pensare. Ne risulta l'idea di un individuo che si adatta e trova il modo di convivere con il ruolo che gli viene assegnato da altri tanto da farsi carico perfino della scomparsa di alcune caratteristiche personali (nel caso citato il colore della pelle e i significati associati) nel tentativo di sollevare gli altri (in questo caso i genitori) dai loro problemi. Pertanto un individuo che nel momento in cui si vede preso in giro per il colore della pelle viene preso dallo sconforto di non riuscire nell'opera di negazione che gli viene richiesta nei fatti e nei comportamenti prima ancora che nelle parole che possono rimanere animate dal desiderio di essere politically correct.

Coglierò pertanto l'occasione di rispondere allo stimolante quesito che mi poneva Corrales nella sua ultima mail (Modelli incarnati) quando mi chiedeva *“Se compare la psicosi (cioè la depersonalizzazione, l'estraneità e i fenomeni successivi, l'allucinazione e il delirio) e se la psicosi spalanca il problema dell'essere e dell'enigmaticità del reale, che cosa è successo? Dove avviene il “clic” che trasforma la rimozione in rigetto? C'è uno scarto, un gradino, uno step, per cui il processo psichico a un certo punto cambia strada e dal distaccarsi dal desiderio finisce poi per distaccarsi dal reale? E quali modelli sono utili o necessari per spiegare questo passaggio? Oppure: com'è che le parti sfuggite al processo dell'adattamento (le “mine vaganti”) in alcuni diventano demoni o dei e in altri rimangono sintomi isterici o ossessivi?”*

Nel mio modo di rispondere a questi quesiti chiave dirò che - dal mio punto di vista - quello che accomuna le varie forme di psicosi e di nevrosi – e che in realtà accomuna tutti noi umani – è lo sconforto che proviamo quando cominciamo a capire che il riconoscimento del nostro sforzo di adattamento alle esigenze che ci vengono proposte dagli altri si allontana all’infinito e cominciamo a sospettare che non ci verrà mai riconosciuto.

La psicosi scatta – nella prospettiva che io vado proponendo - quando il proprio ruolo di bonificatore degli oggetti (adattandosi ad essi) risulta talmente utile agli oggetti stessi da far sì che essi moltiplichino inconsapevolmente le loro richieste fino al punto da risultare richieste di abolizione di sé in un circolo vizioso persecutorio.

La psicosi scatterebbe quindi quando non viene avvertita alternativa per maneggiare il vissuto persecutorio se non quella di operare attraverso una dilagante presa in giro di una realtà linguistica (propria ed altrui) che non viene vissuta come corrispondente alla realtà personale. Per cui la psicosi è un tentativo di adattarsi a vivere in un mondo che non ti capisce – tentativo altamente ironico o addirittura caustico, anche se questo viene raramente notato - ma destinato il più delle volte al fallimento. Fallimento dovuto al fatto che il registro della presa in giro facilmente disturba le persone più coinvolte che lo avvertono come carica eversiva – la qualcosa facilmente alimenta ulteriori circuiti di negazione che a quel punto possono a giusta ragione essere indicati come “distruttivi” di senso.

La psicosi quindi nasce lì dove non c’è un posto sensato per la rabbia ma solo per il capriccio, non c’è un posto sensato per le proprie rivendicazioni ma solo per la violenza. E di quali rivendicazioni si tratta? L’esempio della Barbieri riporta a galla le rivendicazioni di razza ma si debbono aggiungere in prima fila anche le rivendicazioni per la posizione sociale propria e dei genitori e quelle per la propria identità sessuale che rappresentano il nucleo centrale delle psicosi nell’adolescenza. Tutte queste rivendicazioni non trovano spazi in quanto ci si adatta a stare in quelle posizioni (di donna, di uomo, di classe di subalternità sociale o altro) alle quali i genitori si sono adattati con un certo successo tanto da arrivare a chiedere (erroneamente) ai loro bambini la conferma del fatto che il loro problema finalmente non esiste più. Di qui la puntuale osservazione di Mastella – che io condivido – circa il lutto che debbono fare i genitori dello psicotico.

Ma di qui soprattutto la mia preferenza per gli interventi di quei colleghi che ancora sono capaci di indignarsi di fronte alla psicosi e che si sforzano di tirarci fuori quel senso sociale che sembra poter andar perduto in assenza di osservatori compassionevoli. Sempre tornando alla domanda di Correale sul perché scatti la psicosi, piuttosto che altra manifestazione di dissenso, aggiungerò che per far scattare la psicosi ci vuole una provocazione tale da aumentare acutamente il senso di sconforto mentre perché scatti un sintomo nevrotico ci vuole un’occasione (relazionale e sociale) in cui poter trovare un po’ di senso alla propria situazione esistenziale. Se lo sbocco non si trova, la strada maestra è quella della radicale presa in giro che ritroviamo in diverse forme - potenzialmente creative da un lato ma distruttive se non riconosciute - sia nel ritiro acuto e ostinato che nelle aperture deliranti.

30 novembre 2011

Continuità e differenze

Riccardo Lombardi

Ho letto con interesse i recenti interventi sulla psicoanalisi dell'infanzia e dell'adolescenza, che mostrano la validità di un approccio psicoanalitico che tiene conto dei livelli psicotici nel contesto delle diverse fasi della vita. Sto terminando in questi giorni un ciclo di supervisioni pubbliche presso l'associazione di psicoanalisi infantile AIPPI di Roma in cui è stato possibile vedere l'applicazione di un vertice di lavoro sulla relazione corpo-mente – principalmente derivato dall'esplorazione clinica della psicosi su una variegata casistica di bambini ed adolescenti. Nel contesto di questi seminari si è visto come il vertice dell'eclissi del corpo espande le conoscenze kleiniane, rispondendo in modo specifico ai bisogni elaborativi di certi livelli profondi.

Proprio su questa linea il caso di Alex proposto da Del Greco esemplifica le possibilità di un lavoro clinico che privilegia le disposizioni formali del funzionamento interno: il focus sull'intensità emozionale nelle sequenze dell'"ammazzatora" permettono il contenimento di un paralizzante super-Io pre- edipico, come pure l'interpretazione del conflitto tra velociraptor e coccodrillo in termini di conflittualità interna corpo-mente facilita l'avvicinamento delle prime forme di contatto interno.

Anche il caso di Pimpa presentato dalla Barbieri mostra la rilevanza della percezione del corpo nel contesto di un intervento psicoanalitico su una piccola paziente con sintomi pre-psicotici: infatti Pimpa tirandosi su le maniche e mostrando le braccia, dice alla sua mamma: "ma guarda! guarda! ti piace una bambina così?!" Così facendo indica il suo corpo e la sua pelle. In questo modo mi sembra che Pimpa collochi l'originalità ed unicità del suo corpo in relazione all'ambiente esterno – così essenziale da definire anche perché Pimpa è una bambina adottata- trainando una differenziazione di identità senza la quale ci sono solo buchi. A loro volta il lavoro integrato di Pola con Luca e di Del Greco con Alex avevano mostrato come sia possibile giungere in tempi abbastanza rapidi ad un primo miglioramento di pazienti molto gravi attraverso approcci psicoanalitici che integrano in modo maggiore o minore un intervento sull'ambiente esterno. Nel lavoro di questi due colleghi, con cui ho lunga familiarità di lavoro, esiste una comune sensibilità ai fattori ambientali: un tipo di sensibilità che condivido.

Per rispondere quindi su questo punto alla Barbieri, credo che l'attenzione all'ambiente sia essenziale lì dove c'è un problema psicotico. Per quanto riguarda poi l'altro quesito sul ruolo della risoluzione sintomatologica, credo che questa sia determinante: la psicoanalisi cessa di avere senso se non comporta prima di tutto un beneficio terapeutico per il paziente. Altrimenti rischiamo di viaggiare sulle nuvole, perché privati di un confronto dialettico con la realtà.

Non diversamente da Pimpa, anche noi possiamo avvantaggiarci, come già accennavo in un altro intervento, di una differenziazione di identità, stili e contributi. Data la complessità del panorama che si viene a creare può essere utile tener conto della diversità dei livelli di intervento clinico di cui si parla (sull'individuo e il mondo interno / sull'ambiente relazionale esterno) anche in relazione alla differente gravità e al diverso radicamento che caratterizza il disturbo che stiamo affrontando. E questo senza inciampare in fantasmi di reciproca incompatibilità tra livelli diversi di intervento. Nel

contesto dello specifico lavoro individuale col paziente è poi necessario tener conto della diversità dei livelli di funzionamento interno (per cui esistono i risvolti interni delle influenze ambientali o l'asse di interazione dei cosiddetti 'oggetti interni' / ed il livello più profondo della relazione corpo-mente). Quando il lavoro simbolico e relazionale si mostra clinicamente impossibile o precario, è utile tener conto degli aggiustamenti tecnici necessari.

Al tempo stesso mi sembra vantaggioso differenziare il lavoro sulla cronicità - cui si riferiva Saraò- dal lavoro psicoanalitico più o meno intensivo orientato ad una 'cura' della psicosi e ad una totale ricollocazione del paziente psicotico nella vita lavorativa ed affettiva. Non differenziare tra questi due ambiti potrebbe esporre all'equivoco che diamo per assodato il radicamento del disturbo psicotico e che lo psicotico non possa essere 'curato' con strumenti psicoanalitici. In passato alcune riunioni societarie sulla psicosi hanno forse un po' sofferto della mancanza di una chiara differenziazione tra questi due livelli. Del determinante ruolo evolutivo svolto dal lavoro psicoanalitico sulla psicosi si sta avendo varia testimonianza in questo dibattito. Passando poi ad un ulteriore piano del discorso non va trascurato che, come è già stato storicamente per l'apporto derivato dalla psicoanalisi dei bambini, gli avanzamenti tecnici derivanti dal trattamento della psicosi avvantaggiano l'approccio psicoanalitico in generale, facilitando l'accesso e l'elaborazione dei livelli più profondi.

Per quanto riguarda il ruolo dell'ironia caustica nella psicosi proposto da Seganti sarebbe da capire meglio il suo punto di vista attraverso delle esemplificazioni cliniche, altrimenti rischiamo di essere troppo condizionati dalla concretezza ed incapacità a metaforizzare che molto spesso caratterizzano lo psicotico. L'ironia è infatti uno strumento che richiede grandi risorse dell'Io per legare elementi inconsci altrimenti soggetti a drastiche difese, proprio lì dove lo psicotico tende a soffrire di evidenti difficoltà all'uso della metafora. Mi viene in mente un paziente che arrivò in seduta su tutte le furie per aver assistito ad un programma televisivo in cui un noto personaggio aveva elogiato la psicoanalisi per averlo profondamente cambiato. "Come si permettono di cambiare la gente?", lamentò il mio paziente. Nella sua prospettiva dominata dal pensiero concreto il ruolo della psicoanalisi nel 'cambiare la gente' non corrispondeva affatto ad una prospettiva utile di cambiamento e crescita personale - come intendeva l'intervistato in TV-, bensì con la sua idea che la psicoanalisi era pericolosa perché trasformava una persona in un'altra, ovvero era fonte di depersonalizzazione.

4 dicembre 2011

Alcuni spunti sulla psicoanalisi delle psicosi infantili

Marco Mastella

Questioni generali:

Il quadro culturale attuale (i riferimenti degli educatori, dei sanitari e di molti media) tende a assolutizzare il 'peso' della componente biologica (in particolare genetica) nell'eziopatogenesi dell'autismo (termine usato per lo più in senso lato), a scapito delle componenti ambientali; in tale quadro, raramente si fa riferimento alle condizioni iniziali di vita quotidiana, diurna e notturna, del bambino piccolo in famiglia e nei Nidi,

alla discontinuità della presenza di figure di riferimento (in particolare i genitori), al ‘bombardamento sensoriale’ che caratterizza molti ambienti di vita (Tv, Pc, cellulare, messaggi consumistici per ogni fase di vita).

Non c’è quasi spazio per riflettere sulle componenti profonde che caratterizzano la genitorialità (maternità e paternità), soprattutto per quanto riguarda l’ambivalenza, i sentimenti di estraneità, la scarsa attenzione e sostegno rivolta a questo ‘mestiere impossibile’...

Il ‘peso’ della psicoterapia e della psicoanalisi in particolare tende ad essere considerato nullo o negativo per quanto riguarda i quadri raggruppati sotto il termine di autismo (nei casi più benevoli si tende a dire, ai genitori, anche in ambienti medici qualificati, anche da parte di medici o psicologi che sono anche psicoanalisti: ‘non fa né bene né male’).

Il giudizio, espresso da persone che non hanno esperienza diretta di psicoterapia/psicoanalisi intensiva protratta, o che hanno abbandonato da tempo tale investimento, talora si spinge alla denigrazione, alla dissuasione, alla mancata ricerca di elaborazione della ambivalenza, della sopportazione del dubbio, della restituzione di una paziente ricerca di senso, alla distinzione approfondita tra tipologie di ‘situazioni’ (cliniche, familiari, ambientali, esistenziali, psicodinamiche, intrapsichiche e intersoggettive).

Le operazioni dissuasive vengono condotte con pressioni e argomentazioni di vario genere, a diversi livelli, nei confronti dei genitori, con pacchetti di proposte alternative monolitiche ed esclusive; il clima non differisce molto da quella che un tempo era la disputa tra ‘Scuole’ di riabilitazione infantile (Doman, Vojta, Bobath, Perfetti) che comunque ignoravano l’esistenza di proposte psicoterapiche. Spesso si omette persino di informare i genitori sui diritti dei bambini ad un riconoscimento temporaneo di ‘invalidità’, che potrebbe aiutarli nel sostenerlo in un percorso psicoterapico.

Sono state intentate azioni legali verso psicoterapeuti che hanno curato minori con autismo, accusati (insieme ai servizi che avevano suggerito la psicoterapia) di non aver applicato un metodo rieducativo, che ‘avrebbe dato ottimi risultati’.

Le Linee guida sull’Autismo della Società Italiana di Neuropsichiatria dell’età evolutiva prevedono solo metodi riabilitativi o rieducativi (descritti senza, ovviamente, poterne dimostrare la tanto ‘moderna’ efficacia) e non prevedono, tra le altre, l’indicazione psicoterapica.

Mentre 20, 30 anni fa si proponeva ai pediatri un’attenzione ai ‘Bilanci di salute’ e vi era chi, nell’Esame neurologico del neonato, cercava le ‘risposte Ottimali’, e chi applicava metodi di supporto ai genitori di bambini ‘a rischio evolutivo’, che cercavano di bilanciare l’intervento ‘fisioterapico’ o ‘logopedico’ con quello ‘relazionale’, disponendo, il servizio pubblico, di ben poche risorse in termini di psicoterapeuti/psicoanalisti davvero formati, oggi si propongono ai pediatri stessi delle check list sull’autismo, con una moltiplicazione delle diagnosi di autismo e delle indicazioni generalizzate di interventi (peraltro discontinui) di piccoli ‘gruppi educativi’. Sembra che talora le diagnosi di ‘autismo’ (o ‘disturbo generalizzato o pervasivo dello sviluppo’) siano l’unica via per erogare un intervento ‘specialistico’ (?), che ovviamente corrisponde alla creazione di unità operative che consentono uno sviluppo di carriera. Difficilmente si sostiene l’osservazione partecipante del bambino al Nido (e a casa), mentre è esperienza di chi ha l’opportunità di effettuarle (o di usarle come metodo di formazione-sensibilizzazione e sostegno allo sviluppo per personale dei Nidi) di verificarne l’aspetto trasformativo sul personale, ma anche su comportamenti di bambini ‘folletti’, o ‘persi’, ‘smarriti’, alla continua ricerca di un ‘centro di gravità permanente’.

Altrettanto dicasi per gli interventi di Consultazione partecipata con genitori e bambini piccoli o di Psicoterapie congiunte genitori-figli piccoli (Vallino, 2010; Maestro, 2011; Diatkine; Palacio Espasa; Baradon, 2007; e al.;...).

D'altra parte, è stato evidenziato quanto possa risultare determinante l'atteggiamento 'predittivo' dell'equipe diagnostica sull'evoluzione dei bambini 'a rischio autistico' (Delion P., 2004; Golse B., Delion P., 2005; Levi G. & al., 2005) e quanto un intervento di 'semioterapia psicoanalitica' possa essere determinante sullo schiudersi del 'bambino che non parla' e sul passaggio verso l'attenzione condivisa ed il gesto spontaneo (Danon-Boileau 2002; 2010).

Diversi Autori sono stati o sono tuttora punto di riferimento per numerosi psicoterapeuti/ psicoanalisti italiani (Tustin, Alvarez, Haag, Golse....). Di recente un folto gruppo di questi ha collaborato ad una ricerca coordinata dall'INSERM di Parigi (i Thurin, in collaborazione con G. Haag, fondatrice del CIPPA francese ovvero l'associazione internazionale degli psicoterapeuti che si occupano di autismo), ricerca illustrata in aprile 2011 nel corso di una Giornata tenutasi presso l'Istituto di Neuropsichiatria infantile di Roma (Thurin, 2011a; 2011b; Haag, 2011).

In uno dei gruppetti di lavoro previsti dalla ricerca ho avuto l'occasione di discutere più volte alcune sedute di due gemelli maschi (con una gemella femmina apparentemente sana: parto tri-gemellare), attualmente in psicoterapia bisettimanale individuale, cui sono stati inviati dopo un lungo periodo di lavoro, con la madre e con gli educatori del nido (situazione sinteticamente descritta in un lavoro comparso su *Richard e Piggie*, 2, 2010: Mastella & al.).

In alcune riunioni del Congresso FEP (al Forum europeo per la psicoanalisi dei bambini, creato in occasione della Conferenza EPF a Madrid nel 2001 sotto la presidenza di Bjorn Salomonsson con la finalità originaria di estendere alla psicoanalisi infantile il metodo di supervisione clinica "weaving thoughts", elaborato da Johan Norman) e in altre occasioni, mi è capitato di sentir raccontare sedute (e di riportare io stesso sedute) di psicoanalisi (a tre o quattro sedute alla settimana) di ragazzini, senza che ne fosse narrata prima la storia, di assistere alle associazioni del gruppo sul materiale portato (sempre estremamente interessanti e stimolanti il pensiero) e di sentire, in una occasione, il commento di Salomonsson, che invitava a chiedersi come mai non fosse emersa, nelle associazioni del gruppo, la parola 'psicosi' (dalla storia di due ragazzini, che avevano 'trascorso' una seduta ricca di contenuti 'da ragazzini', espressi col linguaggio dei ragazzini, era emerso che erano stati a lungo incapaci di giocare, interagire, parlare, ed avevano ricevuto, da piccoli, diagnosi di psicosi).

Mi chiedo quindi se non sia giunto il momento di raccogliere sistematicamente le esperienze di trattamento psicoanalitico intensivo di bambini (e adolescenti) psicotici nella stanza d'analisi, condotte da psicoanalisti SPI nonché le esperienze di lavoro con l'ambiente (familiare, genitoriale ed educativo) fondamentale premessa per il lavoro psicoanalitico diretto e la sua prosecuzione nel tempo, o, almeno, di dedicare una Giornata di Studio a questo tema.

5 dicembre 2011

Psicosi, suicidio e lavoro psicoanalitico

Ingrid Gozzano

Al terzo appuntamento con Mario, un ragazzo di 16 anni, inviati dalla terapeuta che lo aveva seguito da bambino per una sintomatologia autistica, il giovane non si presenta all'appuntamento per definire i parametri di quella che sarebbe stata la nostra analisi. Il giorno dopo vengo avvertita che Mario si era lasciato volutamente cadere dal quarto piano della sua palazzina dopo aver ingoiato sostanze tossiche.

Il paziente è stato salvato grazie ad un delicatissimo intervento chirurgico al midollo spinale, essendosi frantumate alcune vertebre intrudendo l'una nell'altra a causa dell'impatto della sua caduta verticale.

Durante tutto il periodo della sua degenza sono andata a trovarlo settimanalmente con regolarità, cercando di tenere aperto un dialogo anche quando il paziente aveva chiare difficoltà a comunicare, nel tentativo di dare una continuità ai nostri incontri. In altri termini malgrado la situazione particolare ho tentato fin da allora di creare un setting che potesse offrirgli contenimento e la base per un successivo lavoro psicoanalitico più regolare.

Da questo esordio quasi mortale, si è sviluppata una relazione analitica che mi porta ad accompagnare ancora oggi questo giovane paziente. Quello che ho imparato da Mario è che anche da atti drammatici così estremi può partire una elaborazione psicoanalitica in grado di offrire al paziente un senso a sé stesso. Elaborare il tentato suicidio ha corrisposto non solo ad un riconoscimento da parte sua di una componente di odio che si è concretizzata in quel gesto contro sé stesso, ma anche di scoprire l'esistenza di una paradossale speranza che si nascondeva dietro l'atto suicida. L'elaborazione ha mostrato il senso di cieca disperazione e di totale svuotamento dell'Io del periodo anteriore al suicidio: viceversa l'esperienza che si è sviluppata dal suicidio in poi, non escluso l'impatto con la realtà del suo corpo malato e sofferente, ha aiutato questo paziente a guadagnare una progressiva consapevolezza di sé.

Mi sembra evidente che nel mantenere da subito i contatti col ragazzo andandolo a trovare regolarmente con ritmo settimanale in ospedale, abbia contribuito a costruire un filo di speranza che ha permesso tutto uno sviluppo successivo.

Rifletto ancora su quanto possano risultare dure esperienze di questo genere per l'analista, ponendolo di fronte alle proprie reazioni emotive di impotenza.

All'analista è chiesto il coraggio e la capacità di mettersi profondamente in discussione mantenendo nel contempo la distanza indispensabile per non confondersi col paziente. La distanza temporale intervenuta da allora ad oggi mi sta permettendo di capire sempre meglio quanto quest'esperienza mi abbia aiutato a crescere nel mio lavoro e nella mia persona. Molto ho imparato da essa e continuo ad imparare.

Ho capito ad esempio quanto fosse forte in me una difesa che mi portava a trincerarmi dietro ad una modalità 'classica' di accoglienza, anche per diluire l'impatto che la sua angoscia mi provocava. Anche se è un discorso retroattivo e quindi per certi

versi non molto sensato, mi sono anche chiesta se non ci fosse stata per me qualche possibilità di arginare l'atto sconsiderato del suicidio prestando maggiore attenzione ai segnali che potevano allertarmi su un rischio suicidario così impellente. Il senso di questi miei interrogativi è anche quello di sottolineare l'importanza e le difficoltà tecniche e diagnostiche che si incontrano nel contesto delle primissime consultazioni psicoanalitiche: qualcosa che può essere una sfida difficile anche per lo psicoanalista sperimentato.

Il lavoro con questi pazienti estremi ci pone di fronte alla nostra realtà di soggetti non onnipotenti, e alla necessità di continuare a credere nelle potenzialità della psicoanalisi anche nella piena consapevolezza dei limiti del nostro strumento psicoanalitico e di quelli nostri personali.

5 dicembre 2011

Psicosi e disturbi del comportamento alimentare

Sandra Isgrò

In merito all'interessante dibattito sulle psicosi vorrei richiamare l'attenzione sul tema della crescente importanza che stanno assumendo i cosiddetti disturbi del comportamento alimentare: questi casi presentano importanti aspetti psicotici che coesistono, talvolta paradossalmente, accanto a buone risorse di riconoscere la realtà in certe aree. A questo proposito vorrei introdurre delle sequenze cliniche, che potrebbero, pur nella loro semplicità, contribuire al dibattito e forse giovare del clima appassionato che ho colto all'interno dei vari interventi.

Si tratta di Valentina, un'adolescente primogenita di 17 anni, che seguo da non molto con 4 sedute settimanali, in cui la paziente ha accettato di far uso del lettino.

Dalla storia familiare emerge che la madre, prima di avere Valentina, ha perso un figlio per una morte che è seguita immediatamente alla nascita. Una situazione che da l'idea dello sviluppo perturbato della paziente a causa della interferenza del lutto sulla rêverie materna. Dopo una infanzia priva di elementi particolarmente eclatanti, all'età di 15 anni, Valentina comincia una dieta che le fa perdere qualche chilo ma dopo poco:

V: "La dieta ha preso il sopravvento su di me... non riesco a fermarmi. Ho perso altri 10 kg senza volerlo, era più forte di me."

Arriva al mio studio inviata dal collega che l'aveva ricoverata per la prima volta in ospedale e che a tutt'oggi segue i genitori, che sono invasi da un'angoscia dilagante che soffoca ogni autonomia della paziente. Dopo vari ricoveri in strutture specializzate Valentina pesa 38 kg ed è alta 1,68 cm.

V: "Non ho più il ciclo da due anni ma questo non mi dispiace, anzi sono felice perché per me è stato un problema. Odiavo il ciclo e sono contenta di non averlo come tutte le mie amiche."

Oppure in un'altra seduta: *"Il mio stomaco mi dice di mangiare ma la mia mente mi dice di fermarmi ed io non so a chi credere."*

Già dalle prime battute dell'analisi Valentina mi confronta con il profondo odio per il proprio corpo e per la propria crescita che la confronta con il ciclo mestruale e la sua identità femminile. Quest'odio per il corpo mette in crisi addirittura l'attendibilità delle sensazioni di fame, che la paziente è talvolta in grado di riconoscere. La mente sembra quindi usata in antagonismo al corpo stesso e alle sensazioni che questo emana. L'emergenza clinica con cui mi confronto pone ripetutamente in primo piano il conflitto fra la mente ed il corpo.

Ogni suo tentativo di pensare sembra scontrarsi con un senso oppositivo continuo per cui alla fine di ogni frase Valentina aggiunge: *“Non lo so”*.

Ogni suo enunciato sembra essere destinato ad essere messo in dubbio, ogni pensiero destinato ad esser cancellato.

V: *“Ho paura di mangiare da sola, ho bisogno di un testimone, voglio ci sia mia madre o mio fratello, non solo perché ormai non sono più creduta, ma perché i loro occhi vedono veramente ciò che mangio e magari se mangio troppo o mangio poco loro me lo dicono.”*

Valentina sente di aver bisogno di un testimone che sia in grado di percepire l'esperienza corporea dell'atto del mangiare. In questa situazione sembra che la funzione percettiva degli occhi della paziente sia gravemente compromessa, perché drasticamente espulsa e proiettata all'esterno, come accade in altre manifestazioni psicotiche di cui si è parlato nel corso del dibattito. Di conseguenza nell'analisi cerco di mostrarle l'operazione di delega della funzione percettiva e, al tempo stesso, di sostenere la messa in moto di un suo parametro personale, per cui Valentina possa iniziare a guardare con i suoi propri occhi, iniziare a rendersi conto e diventare testimone di cosa le accade.

Esistono, però, momenti in cui Valentina riesce a ritrovare dentro di sé il legame con un impulso vitale e riesce a riconoscere di aver fame, ma anche lì subito si introduce un blocco, una paralisi.

V: *“Ho paura che se assecondo il senso di fame poi non finisca mai.”*

Ogni esperienza viene inibita perché è come se poi non la si potesse più fermare. Ogni elemento di vitalità deve essere immediatamente soffocato perché potrebbe prendere il sopravvento su di lei. Se il corpo si fa avanti Valentina teme che il corpo possa assumere un monopolio assoluto, come accade in quelle situazioni cliniche in cui alle fasi anoressiche subentrano fasi bulimiche in cui la spinta corporea è incontenibile.

V: *“Devo lasciare sempre qualche mollica perché questo mi rassicura... non so ho paura che se la mangiassi l'indomani mi ritroverei obesa.”*

L'angoscia sembra scardinare i parametri della realtà, per cui tutto le risulta ingigantito ed infinito.

V: *“Non riesco a capire che sono magra, se mi guardo allo specchio mi vedo normale, sono gli altri che me lo dicono, ma io non lo capisco perché sono tutti così allarmati per la mia salute.”*

La percezione che Valentina ha di sé e del suo corpo allo specchio mi interroga sulla sua reale capacità di guardare a sé stessa su un versante oggettivo. L'allarme reale per le condizioni drammatiche in cui versa il suo corpo è totalmente negato con un atteggiamento che non è esagerato definire delirante. Nel corso dell'analisi cerco di mostrarle la sua negazione e di riavvicinarla ad una percezione del pericolo reale a cui è esposta, nella speranza di sollecitare un qualche senso di responsabilità e cura di sé stessa. E' vero che l'ambiente esterno esercita una pressione angosciosa, a cui la paziente cerca di rispondere rivendicando una sua qualche autonomia, ma è anche vero che la magrezza di Valentina è assolutamente evidente – visto che, ripeto, presenta 38 kg di peso ed è quasi un fantasma: non a caso ella è a rischio di scompenso metabolico reale e, come tutte le anoressiche gravi, può diventare una paziente a rischio di vita.

Trattare psicoanaliticamente questi casi ci confronta con drammatiche angosce di controtransfert, ma anche con la necessità di seguire queste pazienti dando posto al materiale spesso molto concreto e al livello di funzionamento primitivo da loro proposti: problematiche che non corrispondono alle dinamiche relazionali più evolute con cui abbiamo sviluppato maggiore familiarità nel contesto della nostra formazione.

7 dicembre 2011

Senso di sé/contentitore/inconscio emotivo

Francesco Carnaroli

Questo ricco dibattito ci ha dato una grande quantità di stimoli clinici-teorici, una grande complessità di informazione a cui non potrà corrispondere una “chiusura organizzativa”, una sintesi coerente in tempo reale. Ci sarà da digerire, lasciar sedimentare, ripensarci...

Tuttavia, dal mio punto di vista, io vi ho ravvisato un “minimo comun denominatore” che mi rinforza in un mio personale “programma di ricerca” clinico-teorico riguardo alla terapia della psicosi (e delle psicosomatosi, e più in generale delle patologie gravi).

Benché De Masi, Lombardi e Correale abbiano evidentemente degli approcci diversi, un punto di convergenza io l'ho trovato in ciò che De Masi scrive sull'inconscio emotivo (2000; 2010), in ciò che Lombardi (sulla scorta di Ferrari) scrive sull'eclissi del corpo, e infine in ciò che Correale (1997; 2003; Correale & al., 2001) scrive sul senso di sé e il fondo psichico.

Scrive Correale (2003, 310): “Il senso di sé e il suo correlato memoriale – il fondo psichico – svolgono una funzione di assorbimento, regolazione, modulazione delle emozioni [...]. Qualcosa di simile intendeva Bion quando distingueva tra pensieri e apparato per pensarli (Bion, 1962). I pensieri in questo caso sono le emozioni e l'apparato è il senso di sé – connesso al fondo psichico: l'apparato amalgama le emozioni, ma al tempo stesso ne è alimentato e vitalizzato”.

Un fattore di malattia sembra essere costituito dal fatto che (probabilmente a causa di certe caratteristiche dell'intersoggettività primaria) non si sia formato un apparato per modulare l'esperienza sensoriale-emotiva, per cui essa viene recepita in toto come traumatico frastuono.

Allora rispetto ai contenuti sono scattate mosse automatiche di cancellazione, o di scissione e identificazione proiettiva...

Certo è importante nominare i contenuti scissi, in vista di una loro ri-assimilazione e trasformazione.

Tuttavia il fattore primario di malattia (a monte della risposta di rigetto, scissione, proiezione ... e ritorno dal "reale") sembra essere stato che l'esperienza sensoriale-emotiva era stata vissuta come traumaticamente intollerabile.

Dalla considerazione di questo specifico fattore di malattia deriva la sottolineatura di un particolare fattore terapeutico: nel dialogo analitico contano sì i contenuti cui ci si riferisce, ma anche (e forse più) lo stato mentale modulante con cui la coppia analitica si riferisce ad essi.

Un altro punto chiave di questo dibattito per me è il continuo nesso emerso tra intersoggettivo e intrapsichico: quello che accade intersoggettivamente è l'impalcatura affinché gli stessi processi possano implementarsi intrapsichicamente.

8 dicembre 2011

È pensabile un nuovo unico paradigma?

Mario Pigazzini

Stavo per partecipare al dibattito sulle psicosi partendo dallo scritto di Andrea Seganti del 31 ottobre, quando è arrivato l'ultimo numero dell'*International Journal of Psychoanalysis*. Nella book review pg 1322/1331, compare un'ottima recensione a cura di Scott Dowling dell'Ohio, del libro del The Boston Change Process Study Group, intitolato *Change in Psychotherapy – A unifying paradigm*. Il libro è un tentativo, ben fatto, di applicare le teorie dei sistemi dinamici non-lineari alla teorizzazione della terapia analitica. La recensione è fatta molto bene ed è altamente stimolante, per cui ho acquistato su Amazon il testo originale pubblicato nel 2010 da Norton & Company in modo da avere accesso diretto al testo.

1 - Il primo punto che vorrei affrontare è relativo a quanto detto da Correale nel suo intervento del 27 ottobre cioè che, nell'ambito della terapia, dobbiamo considerare lo stile di vita, il lavoro teorico e di supervisione, usualmente considerati i tre pilastri della formazione analitica. A mio parere Correale dimentica un quarto aspetto: il feedback continuo che avviene nella nostra mente, basato sull'esperienza teorico-clinica quotidiana. Ciascuno di noi integra nel tempo le varie teorie psicoanalitiche che ha appreso sia nei processi teorici sia nelle discussioni con i colleghi; grazie al continuo feedback esperienziale la nostra attività terapeutica è un costante mixaggio delle varie informazioni contenute nelle impostazioni teoriche e concettuali che animano il dibattito psicoanalitico. Non possiamo ignorare questo importante aspetto della teoria dell'informazione di cui Freud è stato un anticipatore. Nel suo recente libro *The information* (Pantheon Books, N.Y. 2011), James Gleick (autore anche del noto testo *Chaos: making a new science*) a pag. 271 fa omaggio a Freud dell'uso del concetto di entropia nel senso proprio elaborato da Maxwell con il suo diavoleto, il primo proponente della teoria dell'informazione. E qui faccio il primo riferimento allo scritto di Andrea Seganti dove, nell'unica frase da lui riportata in corsivo, ... il dosaggio delle modalità di chiusura e di apertura in risposta alle azioni ambientali abbia un effetto reale sulla realtà interattiva. ... descrive proprio, usando quasi gli stessi termini di Maxwell, la funzione di questo importante esperimento mentale – il diavoleto che apre e chiude la porticina dell'inconscio – da cui nascerà la teoria dell'informazione. Gleick ci dice che il diavoleto di Maxwell muore a sessantadue anni quando Leo Szilard prima e

Shannon poi daranno vita alla teoria dell'informazione da cui deriva tutta la moderna scienza informatica e dei computer. Freud quindi si presenta sulla scena mondiale attento ai più importanti principi scientifici dell'epoca, principi che noi abbiamo un po' dimenticato, ma che Seganti rimette concretamente sul tavolo.

2 – Torno sul testo del gruppo di Boston che dice, a più riprese - esempio a pag. 99 e pag. 115 - che il processo terapeutico è caratterizzato da bit by bit exchange o emerge bit by bit dal lavoro relazionale paziente/analista. Tutta la moderna impostazione quindi, se vogliamo guardare bene, tiene conto del fatto che ciò che avviene dentro la nostra mente/cervello passa attraverso uno scambio di informazione (quasi come nella tecnologia NFC, near field communication) tra i due membri del sistema analista/paziente, quello che noi oggi chiamiamo intersoggettività, teoria elaborata in particolare dai gruppi di ricerca basati sulla Infant Research (che presenta uno stretto legame con la fenomenologia di Husserl). Condivido pienamente il richiamo di Seganti, senza voler tornare sulle cose da lui già ben espresse; voglio solo rimarcare che non possiamo continuare a portare avanti il paradigma scientifico freudiano basato sul positivismo della meccanica classica del suo tempo e che domina ancora tutte le costruzioni concettuali della psicoanalisi. Che la psicoanalisi abbia bisogno di un nuovo paradigma è un suggerimento che viene da più parti sollecitato fin dalla fine degli anni '80, anche relativamente al problema delle psicosi.

Henry Rey, nel suo *Universals of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states* del 1994 proprio nel primo capitolo dedicato agli “Universals of psychoanalysis” include i concetti relativi alle strutture gerarchiche, il teorema di Goedel e le teorie del caos. Non da meno Michael Robbins in *Experiences of Schizophrenia* del 1993 dedica il secondo capitolo ed altre pagine nel testo a “A Hierarchical Systems Model for Mental Illness” citando proprio le teorie dei sistemi dinamici come elementi di un nuovo paradigma per una comprensione teorica delle psicosi.

Pensare di continuare ad elaborare teorie basate su un apparato scientifico di cento anni fa ormai abbandonato da tutti, abbandonato in primis dalla biologia da cui proveniva Freud, è un'incongruenza non più accettabile se vogliamo rimanere aperti al dialogo con queste scienze. Non dimentichiamo che recentemente le neuroscienze stanno guardando più alla fenomenologia che alla psicoanalisi, anche se V.S. Ramachandran nel suo *The tell-tal brain – Unlock the Mystery of Human Nature* (William Heinemann, London, 2011) ci dice che Freud fu il primo vero neuroscienziato, purtroppo troppo avanti per l'epoca (pg. 320), e pertanto non pienamente compreso e ascoltato. È interessante notare che nelle stesse pagine in cui parla di Freud, Ramachandran parla di: co-emergere, non-linearità, complessità

3) Non entro nel merito del testo del gruppo di Boston (la lettura della recensione sull'ultimo numero dell'I. J. of PA è un primo passo per cogliere il valore di questa proposta) che richiederebbe una intera giornata di studio e di approfondimento, ma voglio sottolineare come il lavoro del gruppo di Boston è quanto mai applicabile anche alle relazioni terapeutiche con i pazienti psicotici. Faccio un poco fatica a capire il fiorire di tutte queste teorie che, più volte e a più riprese anche sull'I. J. of PA, sono state criticate in quanto spesso in contraddizione tra loro. Il mio punto di vista, basato anche su trent'anni di psicoterapia in un reparto psichiatrico, è legato ad un'idea personale che elaborare una teoria sul lavoro con gli psicotici è un'altra contraddizione in sé. Il fatto che siano stati elaborati dei modelli e non delle teorie, o meglio ancora, delle costellazioni di fenomeni che descrivono alcuni comportamenti psicotici, non

significa che noi abbiamo elaborato delle teorie. Dobbiamo ammettere che su questo punto non abbiamo le idee molto chiare; ad esempio, Correale, nel suo intervento in prima pagina parla di teorie e nella pagina seguente, definisce la stessa cosa “modello”. I modelli e le teorie sono due cose completamente diverse e se vogliamo pensare di avere un dialogo con la comunità scientifica dobbiamo prima di tutto avere le idee chiare.

Leggendo e comparando alcuni degli interventi riportati nel dibattito ho trovato diverse contraddizioni; diventa difficile farci accettare dalle altre scienze se al nostro stesso interno la chiarezza concettuale è latitante. Nei pochi scritti che ho dedicato alla mia esperienza con i pazienti psicotici ho sempre cercato di mantenere una certa distanza dalle teorie; qui invece, spesso molti vi si abbandonano. Non condivido l'ipotesi delle due teorie della identificazione proiettiva, o del dittatore interno, e dell'investimento, anche se queste ed altre concettualizzazioni di fenomeni psichici sono interessanti ed utili nella pratica terapeutica; imparai a conoscerli bene nei due anni del seminario con John Steiner alla Tavistock. Ritengo che dovremmo invece ripercorrere i suggerimenti di un cambiamento di paradigma che ci vengono da diversi autori, in particolare dagli americani molto apertamente e con coraggio, da altri in maniera più soffusa. Essi esprimono la necessità di utilizzare come punto di partenza di nuove costruzioni concettuali le teorie dei sistemi dinamici complessi adattativi e la teorie dell'informazione, in quanto sono in grado di offrirci una serie di nuovi modelli che ci possono aiutare meglio a capire l'evoluzione del paziente - ossia del processo terapeutico, - mentre concetti come il dittatore interno o le organizzazioni patologiche di Rosenfeld e Steiner, ad esempio ci servono ben poco nella costruzione di un apparato concettuale nuovo, anche se utili sul piano della comprensione di alcune dinamiche del paziente.

4) E' molto difficile elaborare i corollari – teorie e modelli – di un nuovo paradigma quando si è stati immersi per decenni in uno stile di pensiero ma, dovendo guardare alla formazione dei giovani colleghi, sarebbe opportuno aiutarli a crescere non più all'ombra di un vecchio paradigma scientifico/militare diffuso in Prussia o nella Vienna dell'impero asburgico, ma formarli nella prospettiva della moderna concettualizzazione scientifica che ha fatto fare progressi inimmaginabili alla scienza e alla conoscenza umana. I miei primi articoli sulle psicosi furono appunto un tentativo di introdurre i concetti delle dinamiche non-lineari allo scopo di trasferire sul piano della terapia la visione intersoggettiva e evolutiva che ho ritrovato con piacere nel libro del gruppo di Boston e che potete trovare, ricco di suggerimenti, nel lavoro di Seganti oltre che di altri autori.

Lavorare con lo psicotico, vuol dire – come tutti abbiamo sperimentato – lavorare nell'incertezza, nell'imprevedibilità dei comportamenti e delle interazioni, nella inaccessibilità di molte esperienze di elaborazione psichica; essi lasciano spesso la nostra mente abbandonata all'inaccettabile imprevedibilità che gli autori di Boston chiamano sloppiness (sciatteria, trascuratezza), che rappresenta molto bene il comportamento di molti nostri pazienti psicotici e che ci dice che, se vogliamo essere in perfetta sintonia con loro, forse il nostro atteggiamento mentale, più che attento a tante teorie dovrebbe essere trasandato, bizzarro, incongruente, assordante. Rimanendo in un tale stato mentale è possibile permettere l'emergere della percezione delle paure e delle ansie che dominano le rappresentazioni mentali del paziente e ne determinano i comportamenti relazionali.

Noi come tanti altri possiamo riempire libri di aneddoti, riflessioni cliniche, descrizioni più o meno affascinanti di fenomeni psichici, ma se non abbiamo un solido paradigma di riferimento non costruiremo né teorie né modelli che ci possono aiutare a capire

meglio e rendere visibile l'efficacia del nostro lavoro. Uso la parola "visibile" perché ogni scienza è rendere visibile l'invisibile. Anche la descrizione che il lavoro del gruppo di Boston elabora è in sintonia con alcuni dei più importanti neuroscienziati. Citano ad esempio Walter Freeman che in *How brains make up their minds* (trad.it. *Come pensa il cervello*) parla dell'hidden work che avviene dentro il cervello. David Eagleman nel suo recente *Incognito: The secret Lives of the Brain* (NY 2011) a pag. 18 ci dice come sia stato Freud il primo ad esplorare e a farci conoscere gli stati nascosti (hidden states) del cervello. In attesa che i neuroscienziati, con il nostro contributo clinico, possano spiegarci come questo lavoro nascosto avviene, dobbiamo cercare di capire le impostazioni teoriche necessarie a costruire una teoria fondante della mente/cervello. È nel contesto dell'hidden work del cervello che opera il diavoletto di Maxwell/Seganti, che apre e chiude i passaggi di informazione. È possibile capire meglio come agisce il "diavoletto" che abita in noi? E pensare che quando da ragazzini andavamo al catechismo ci dicevano che avevamo un diavoletto sulla spalla sinistra che mal ci consigliava!

5) A questo punto vorrei ricordare il noto scritto sul "L'Inconscio" del 1915, in cui al paragrafo 7, pag. 83, Freud inserisce di fatto il concetto di spazio delle fasi, concetto che diventerà uno dei cardini delle moderne teorie matematiche. Freud, in realtà, dice una cosa che tutti conosciamo, in quanto divide l'organizzazione dei comportamenti umani in tre fasi: psicotica, nevrotica e normale. Tra le tre fasi c'è una continuità deterministica quindi si può parlare di psicosi soltanto in relazione agli altri stati della mente e non come di qualcosa a sé stante. Questo è molto importante per capire alcuni dei concetti che elabora Seganti ed il gruppo di Boston. Non c'è infatti distinzione, se non nell'intensità dei vari meccanismi che sono presenti nella mente umana, in quanto occupano spazi di diversa magnitudo su una scala continua. Alcuni studiosi della complessità nel 2006 hanno elaborato una griglia in cui vengono elaborati proprio questi concetti.

Sempre nel lavoro sull'Inconscio Freud fa una bella annotazione a pagina 84/85 dove parla di rappresentazione di cosa e di parola e parla di: somiglianza delle cose / uguaglianza dell'espressione linguistica. La somiglianza (o similarità o similitudine) è uno dei concetti base delle moderne teorie ed è basata sulla differenza di scala tra due oggetti (scalarità), cosa che ben si deduce dallo stesso esempio portato da Freud. Negando l'evidenza della differenza quantitativa di un oggetto od evento meccanico ed equiparando cosa e parola sotto il concetto di uguaglianza, lo psicotico piega la realtà ai suoi desideri o bisogni mentali restando "in-differente" di fronte alle cose. Non solo ma la similarità sta alla base della metafora per cui, negando la similitudine tra due oggetti, si nega la possibilità di una elaborazione metaforica; forse dovremmo partire da qui, da questa modalità di adattamento che ha impedito una conoscenza della realtà sic simpliciter, per riflettere sulla tecnica dell'approccio al paziente psicotico. Sulla similarità/similitudine sono stati scritti libri da matematici e fisici sulla metafora da filosofi, linguisti e psicoanalisti; da qui l'importanza di nuovi paradigmi e connessioni al sapere. Questa prospettiva ci apre a molte riflessioni che non sto qui ora ad analizzare; lo richiamo giusto per dire che un nuovo paradigma ci può aprire spazi di comprensione ed azione non investigati. Ad esempio, se c'è una scala ci può essere una misurazione!

6) Guardare quindi di più alle teorie e modelli matematici come base per una speculazione teorica ci aiuta ad essere più chiari concreti e precisi, a raccogliere i fatti in modo comparabile, a definire concetti in maniera non equivoca e i lavori come quello del gruppo di Boston o di Seganti ci aiutano in tal senso. Un altro bel libro appena

uscito *Super Cooperators: Altruism, Evolution, and Why We Need Each Other to Succeed* (NY 2011) di Martin Nowak, professore di matematica applicata alla biologia ad Harvard, parte dalla teoria dei giochi ed applicando il modello del “dilemma del prigioniero” ci aiuta a capire aspetti dell’evoluzione sociale e linguistica e dell’interazione umana. Un altro bell’esempio, associato al libro del Gruppo di Boston, di come la teorizzazione e la modellistica matematica siano di grande aiuto nell’evoluzione della scienza. Non dimenticherò mai di ricordare come John Maynard Smith in una delle sue conferenze alla London School of Economics abbia ricordato come i passi da gigante fatti dalla biologia molecolare siano dovuti all’introduzione ed applicazione alla biologia dei modelli matematici della teoria dei sistemi dinamici complessi e non lineari. Perché non noi? Il lavoro sugli psicotici potrebbe essere un buon punto di partenza.

7) In conclusione vorrei ricordare che il Freud neuroscienziato, il Freud della teoria dell’entropia e della teoria dell’informazione, il Freud dello spazio delle fasi e di tanti altri concetti disseminati nella sua opera, non costituisce una novità; solo che l’impostazione in cui era radicato gli ha impedito di approfondire queste tematiche che, dice Bion, sono la sua autentica eredità. Il nuovo paradigma che andiamo cercando era in parte già scritto, o, se vogliamo, preannunciato, ma non è mai stato applicato. Molti spesso citano Bion; sarebbe bene che ricordassero le sue parole, scritte negli ultimi anni della sua vita e rimaste nel cassetto: “questa è l’eredità che ci ha lasciato Freud”. Se, come dice giustamente Correale, la formazione teorica sta alla base della formazione dell’analista, forse dovremmo raccogliere il suggerimento di Bion e preparare i futuri analisti secondo i nuovi paradigmi scientifici.

8 dicembre 2011

IN-CORPA-MENTI?

Gemma Zontini

Vorrei in questo dibattito proporre un elemento, forse di dettaglio, su cui di recente mi è capitato di riflettere. La riflessione è partita dal ricovero di un paziente, trattato nel servizio pubblico, che afferiva al SPDC con una diagnosi di sindrome di Münchhausen. Non mi soffermo sulla possibilità che il disturbo non fosse fittizio o che almeno non lo fosse del tutto.

Mi sono, però, trovata di fronte ad una persona che si era sottoposta ad una serie di interventi chirurgici (tra cui l’asportazione di entrambi i testicoli, della tiroide, interventi alle ossa lunghe degli arti superiori ed inferiori, all’udito, alla retina, alle corde vocali, interventi tutti effettuati per motivi piuttosto vaghi, non ben precisati, come risultava sia dalle cartelle cliniche mediche che da quelle chirurgiche).

A prezzo di tutto ciò, il paziente conservava un’ideazione relativamente coerente e priva di franchi spunti deliranti e un tono dell’umore relativamente stabile.

Il ricovero sembrava motivato piuttosto da un allarme della famiglia e dell’équipe psichiatrica territoriale, indotto dal desiderio espresso dal paziente di sottoporsi ad un altro intervento chirurgico, questa volta diretto all’impianto di una protesi ad entrambe le ginocchia.

Mi sono chiesta: perché il corpo viene assoggettato a tutto questo? E che significato può avere la protesi in questo universo fatto di amputazioni e mutilazioni? Propongo quindi in sede di dibattito la mia riflessione su queste questioni.

Per prima cosa ho pensato al Presidente Schreber (Freud 1910) e al suo desiderio di trasformarsi in donna, alle sue riflessioni sui raggi divini che fecondano il suo corpo e alla lingua fondamentale.

Mi sono chiesta: il ripiegamento ipocondriaco può essere alla base di tutte le forme di psicosi? Non ne sono certa, ma nella mia esperienza clinica un riferimento al corpo come fonte di sensazioni, malcontenti, sofferenze, come elemento deforme, da piegare, cui imporre una forza (penso al corpo scheletrico delle gravi anoressie), da precisare perché sfugge ad una sua coerenza (un'altra mia paziente diceva che le sue ossa fuggivano via di notte e correivano sul pavimento della stanza) è sempre presente, in forma più o meno sfumata o più o meno evidente.

E mi sono chiesta: la psicosi comincia da qui?

Dal corpo come primo ripiegamento narcisistico della libido il cui ingorgo nell'organo (Freud 1915) è testimoniato dall'ipocondria (Tausk [1919] mi sembra che abbia parlato di un narcisismo organico, corporeo, che è funzionale all'integrazione delle disjecta membra a proposito del delirio della macchina influenzante nella schizofrenia, un narcisismo che, se disturbato, può essere soggetto ad ingorghi)?

Dal corpo come primo elemento delle transazioni affettive primitive, elemento del corpo-a-corpo con l'oggetto arcaico (che è implicato nel rispecchiamento nello sguardo; nella strutturazione di un'asse di allontanamento-avvicinamento che passa per gli scambi vocali [Tessitore e Zontini 2009] - e come non pensare qui alla lalingua di Lacan (1972) -; nella modulazione delle afferenze percettive; nella trasmissione del messaggio enigmatico [Laplanche 2004])?

Dal corpo come radice "somatica" della parola, del simbolico (è questa la lingua fondamentale di Schreber, una lingua che ogni corpo può parlare alla stessa maniera perché è fatta del montaggio degli stessi circuiti senso-percettivi e motori da cui poi la parola estrarrà il simbolico, un simbolico che tenderà all'individualità a partire dal kick-in del sessuale, coevo, ma sfasato rispetto ad essi perché necessitante del contributo dell'Altro?)?

Dal corpo come immagine integrata prematuramente rispetto alla maturazione biologica delle funzioni corporee, a partire da uno stadio dello specchio di cui sempre l'Altro del simbolico è garanzia (Lacan 1954)?

E questo corpo che il mio paziente aveva così pesantemente mutilato non può far pensare all'autotomia freudiana (Ferenczi 1921), forse ad una regressione all'infantile/fetale, ma anche al non umano, o forse ad una regressione ad una modalità comunicativa iconico-gestuale (Zontini 2011), amputante certo e anche in senso letterale relativamente a questo paziente, ma sempre un modo comunque per dire qualcosa, forse per adattarsi ad un ambiente in cui non sentiva di poter sopravvivere se non in questa forma di ritorno ad un molto prima, o di trasformazione "bionica" del corpo, ad un suo fornirsi di pezzi inattaccabili dal tempo e dall'affetto. E che si fa in questi casi? In verità non lo so. La mia esperienza psicoanalitica con le psicosi non è vasta.

Però, direi, si può forse tentare la via interpretativa. Non so bene cosa voglio dire, ma penso all'interpretazione come all'attivazione di una catena significativa nello scivolamento della quale si costruisce il soggetto (Lacan 1972-1973), un soggetto che, solo, può riprendere la presa sul corpo (e forse sul delirio con il suo corredo di ritorno alla percezione e quindi al somatico). E' di transfert? E' ricostruttiva? E' costruttiva? Non lo so. Direi: è di parola. E', credo, nominare un tu. Un io e un tu, per tentare di uscire dalle trappole dell'Uno.

Scusate la confusione, ma il dibattito è interessante e ho voluto proporre anche io una piccola riflessione, forse di dettaglio, ma a volte mi pare che la psicosi sia anche in tanti piccoli dettagli della nostra vita e del sociale (attuale direi, ma forse è sempre stato così).

9 dicembre 2011

Sull'intervento di Gemma Zontini

Claudia Peregrini

Conrotto (1997; 2003) dice che la psicoanalisi, campo di indagine vicino a quello delle scienze umane, proprio quando riprende il linguaggio delle scienze naturali può continuare nella sua classica pratica di sovvertire l'oggetto attraverso il fantasticare scientifico. Perché le parole che usa non corrispondono all'oggetto a cui apparentemente si riferiscono, ma esprimono l'inconscio con una terminologia che appartiene ad altre discipline.

E se, facendo tesoro del tuo "ipocondriaco psicotico" che si mutila in continuazione, ribaltassimo il discorso di Conrotto?

Se fosse proprio l'oggetto, il corpo, in questo tuo caso, molto malato, a sovvertire continuamente il pensiero e il linguaggio psicoanalitico?

Un **Corpo (inteso come) Inconscio**, in una sorta di identità disidentica. (Peregrini, Cassardo, 2010)

Un Inconscio ignoto del Corpo (Peregrini, 2011)...

Noi pensiamo che bisogna sempre trovare cosa l'evento del corpo vuol dire, illudendoci di poter decifrare, di poter scrivere il sintomo (certo, in après-coup) in una storia relazionale plausibile, di uscir fuori dal sintomo (a volte ci si riesce, in analisi i sintomi si spostano...)...

Invece, tutt'al più, proprio come suggerisce Lacan che tu citi più volte, bisogna "fare con il sintomo".

Bisogna lasciare un resto, non prendere come ideale l'ideale di guarire...Mito, antinomia, enigma, paradosso, una rimozione originaria che rimane intatta, a dettare la sua legge che mette ogni volta in scacco il senso. Un Reale, che è il mistero, l'ignoto (per sempre) del nostro corpo, l'inconscio...

Con altro linguaggio, la nostra psicoanalisi funziona come una rete di cortocircuiti obbligati a passare attraverso il senso, rispetto al corpo e ai suoi processi somatobiologici (che Freud, nel *Compendio*, ha chiamato "Il vero Psicico"), intesi appunto come infinito Reale Inconscio inconoscibile per sempre (l'Incomprensibile di Jaspers). Rete di cortocircuiti obbligati rispetto a "O", l'essenza dell'inconscio e dell'ignoto, il "non" contenuto definitivo di un "contenitore" ineffabile e infinito: l'infinito (Grotstein, 2007, 72, 133).

Il corpo e la sua patologia sono il richiamo più diretto al fatto che siamo sempre soltanto un passo indietro rispetto a noi stessi, nel perenne tentativo di raggiungere ciò che ancora non conosciamo, ciò che ancora non abbiamo pensato. Il corpo, come l'inconscio (io direi: il Corpo- Inconscio) supera la conoscenza che abbiamo di esso.

...E' il riconoscimento della realtà dell'inconscio... (dice Deleuze, 1981).

In quanto medico, dò un'enorme importanza alle letture che la medicina fa del corpo biologico, e a tutte le scoperte dell'infant research negli ultimi decenni, ma il corpo biologico letto dalla medicina è solo un livello del discorso.

Cosa possiamo cercare di fare con un paziente come quello di Zontini?

Forse lei lo suggerisce proprio nel modo con cui illustra il suo caso, nelle domande che si pone e pone: dobbiamo nominare al paziente le cose, i sintomi. Nominare, stare, aspettare e, intanto, trasformarci. (Siamo noi analisti che dobbiamo trasformarci). La Verità non può essere trasformata, soltanto chi percepisce la verità può trasformarsi...

10 dicembre 2011

Esordio psicotico in adolescenza

Anna Maria Nicolò

Ho trovato questo dibattito uno dei più interessanti e utili degli ultimi anni. Mi scuso del ritardo con cui invio questo contributo che risulterà a voi, come risulta a me, certamente frettoloso e lacunoso. Ho resistito molto all'impulso di partecipare soprattutto per non appesantire il tutto con altre questioni che avrebbero potuto portare il lettore fuori dal tema centrale. Dopo gli interventi di Carnaroli che afferma "l'importanza di porre le necessarie differenziazioni nella psicopatologia *delle* psicosi" e particolarmente dopo quelli di Pola sugli adolescenti e di altri colleghi sui genitori e la famiglia, mi autorizzo ad aggiungere alcune riflessioni che per altro a molti sono note.

Discuterò di due temi: a) la peculiarità dell'esordio psicotico in adolescenza e b) il funzionamento della famiglia del paziente psicotico.

Sull'esordio psicotico in adolescenza è già intervenuta Marisa Pola con un interessante caso clinico, mostrando l'importanza e alcune delle caratteristiche di un intervento precoce in questa età. In questi ultimi 10 anni (e anche più), gli psicoanalisti di adolescenti si sono differenziati tra discontinuisti e continuisti, discutendo quanto di nuovo e mai osservato prima ci fosse nella crisi adolescenziale e quanto invece essa fosse la ridefinizione e ristrutturazione di un funzionamento passato.

Le conseguenze dell'una o dell'altra opzione sono evidenti.

Nel primo caso dobbiamo soffermarci nel nostro intervento terapeutico sul nuovo e l'attuale, e questo significa soprattutto l'integrazione del corpo sessuato e il big bang evolutivo che questo comporta.

Nel secondo caso, invece, i continuisti fanno risalire la patologia adolescenziale ai precoci disturbi dello sviluppo e perciò focalizzano l'attenzione sulle interpretazioni senza tempo, buone per tutte le età. Per questi ultimi non esiste un esordio psicotico in adolescenza che non sia stato costruito nell'infanzia e molto spesso anticipato prima della pubertà.

Prendere una o l'altra delle opzioni non è eguale, sia per quanto riguarda la comprensione della patologia che la tecnica.

Il dibattito che a questo punto si pone è quello se lavorare sull'integrazione del corpo tout court o sull'integrazione del corpo sessuato, elemento fase specifico in adolescenza ed occasione evolutiva che spesso innesca la miccia dello scompensamento (Laufer, 1984; Gutton, 2000; Cahn, 1991; Baranes, 1986 e un'infinità di altri autori). Mi sembra per fortuna che sempre di più stia emergendo una posizione mista. Almeno io sempre di più la condivido. E cioè parlo di una posizione che ritiene cruciale l'osservazione di come i deficit o i conflitti del passato si articolino con compiti evolutivi propri dell'età che voglio ricordare, quantunque siano arcinoti: "integrazione del corpo sessuato, lutto

evolutivo determinato dalla necessità di differenziarsi e separarsi dai primi oggetti parentali, definizione dell'identità e riduzione dell'onnipotenza bisessuale...".

Il concetto di breakdown (Laufer, 1984) descrive lo stallo evolutivo in cui l'adolescente preso in queste dinamiche si trova, rimanendo paralizzato e facendo ricorso a difese molto regressive e di qualità psicotica. La caratteristica di questa definizione, di breakdown, è la sospensione della diagnosi e il mantenere il punto di vista evolutivo sia nella valutazione che nella tecnica di intervento.

Secondo i Laufer in adolescenza non si dovrebbe usare la distinzione tra nevrosi e psicosi.

In un altro lavoro (pubblicato su www.spiweb.it che per brevità cito) scrivevo che "Per i Laufer ciò che nell'adulto può essere psicotico, per l'adolescente può essere un "fenomeno transitorio" che rappresenta "l'intensità dell'angoscia scatenata dal conflitto evolutivo" (Laufer, 1984, 210). Così la distinzione tra episodio psicotico, funzionamento psicotico in atto ed episodio psicotico, che essi fanno, si rivela particolarmente acuta. L'episodio psicotico come un tentativo di suicidio, rappresenta una frattura temporanea della realtà, il funzionamento psicotico come un'anoressia o una grave tossicodipendenza, è collegato ad una deformazione più stabile della realtà, il processo psicotico in atto può essere l'avvio da un breakdown in pubertà ed è (ma non sempre) seguito da una malattia psicotica".

Sappiamo inoltre che le manifestazioni psicotiche in questa età hanno una qualità particolare. Esse sono sicuramente e in ogni caso, molto più mobili e flessibili che in altre età della vita proprio per le caratteristiche fase specifiche ed inoltre esse sono di difficile valutazione dato che, per complicare il quadro, esiste in questa età anche un'emergenza di difese e contenuti che si potrebbero definire primitivi e che mimano fortemente manifestazioni perverse o psicotiche, come nel caso di comportamenti promiscui, agiti sessuali di qualità perversa, agiti autodistruttivi e attacchi al sé corporeo. In ogni caso potremmo discutere come definire queste manifestazioni, ma sappiamo che esse recedono certo molto più presto e facilmente di quanto non avvenga con un paziente adulto, con la progressiva integrazione del corpo sessuato, con la progressiva definizione dell'identità personale e di genere. Questo non avviene nella psicosi dell'adulto.

In adolescenza o nella giovane età adulta l'attenzione al corpo e in particolare al corpo sessuato e a tutti i derivati di questo tema diventa centrale.

Egle e Moses Laufer, Philippe Gutton (2000), Annie Birraux (1990) e molti altri infatti sottolineano l'importanza delle interpretazioni sul corpo e in particolare sul corpo sessuato con le tematiche edipiche e i temi sull'identità di genere. Il paziente psicotico ha perciò disturbi a questo livello perché il corpo rappresenta la sua realtà prima e basica. E come ci ha ricordato efficacemente De Masi, lo psicotico si ritira dalla realtà, e come gli autori della scuola annafreudiana ci ricordano, il corpo è la prima realtà del paziente.

Mentre per molti anni ho combattuto a favore della nozione di breakdown evolutivo, oggi sono progressivamente convinta che questa nozione è utilissima a patto che venga mitigata da una previa valutazione delle manifestazioni davanti a cui ci troviamo. Io ritengo perciò che da una parte è utile per le ragioni su citate, dall'altra è troppo generica e comprende manifestazioni troppo disparate.

Per lavorare bene di fronte ad una grave crisi adolescenziale, dobbiamo ritornare ad una valutazione accuratissima del paziente come più volte sottolineato da Martini. E' molto importante secondo me in questi casi, e solo per fare un esempio, capire se ci troviamo davanti ad un esordio schizofrenico franco e dalla prognosi complicata e seria o invece quelle manifestazioni, perfino il delirio e quelle allucinazioni possono invece rientrare in un breakdown grave adolescenziale, più mobile e flessibile. La valutazione che va

fatta in questa età non sarà perciò solo una diagnosi psichiatrica o una diagnosi psicodinamica, ma si dovranno aggiungere altre valutazioni che non discuterò per non appesantire, ma di cui ho parlato in altri lavori (Nicolò, 2000, 2006, 2009, 2010; Nicolò & Zavattini, 1992; Nicolò & Ballarè, 2005).

Ne possiamo perciò dedurre che a questo proposito resta aperto il dibattito se, nel caso degli esordi psicotici, dobbiamo lavorare sugli aspetti più primitivi o invece, seguendo le teorie che vedono l'adolescenza come una fase nuova caratterizzata da aspetti dirompenti, non dobbiamo piuttosto partire dall'attuale e lavorare sui compiti evolutivi fase specifici, e in particolare sui temi dell'integrazione del corpo sessuato.

Dovremo valutare inoltre accuratamente e secondo il funzionamento del paziente, la sua capacità di reggere le interpretazioni, la sua tendenza a forti regressioni, pilotando a vista quali interventi il paziente è in grado di sostenere e quali modifiche tecniche saranno utili.

Abbiamo fatto a Roma presso il Centro di Psicoanalisi Romano un convegno con la partecipazione di psicoanalisti romani impegnati in una ricerca su questi temi, coordinata da me e da Fabozzi e che prevede la collaborazione di colleghi francesi. Questi materiali saranno pubblicati sulla rivista francese ADOLESCENCE.

In una recentissima seduta un paziente di 20 anni che presentava all'esordio due anni fa idee di riferimento, si sentiva perseguitato, sentiva voci che lo squalificavano e svilivano (...) (si cancella il caso per ragioni di riservatezza).

Facendo un brevissimo commento sul materiale per non rubarvi molto tempo, faccio osservare la partenza corporea del disturbo, il conflitto edipico-incestuale con la madre, la difesa intellettualizzata e idealizzata e potremmo continuare così. L'urgenza di questo materiale si presta a interpretazioni delicate che sostengono la centralità dell'angoscia relativa all'emergenza del corpo sessuato ed ai temi conflittuali ad esso connessi.

La cosa che mi sembra invece più rilevante è che oggi a distanza di due anni, contenuti prima non verbalizzabili possono essere discussi, ma soprattutto l'elemento importante è che la nuova ricaduta avviene nel transfert e in forma più modulata grazie all'intervento terapeutico.

La famiglia dello psicotico

b) preciserò adesso un altro punto che mi sembra cruciale e cioè l'importanza irriducibile e fondamentale del lavoro sulla famiglia dove il paziente vive, sia per permetterci la comprensione delle dinamiche che il paziente presenta che sul piano dell'intervento.

Su questo argomento si sono cimentati molti psicoanalisti dalla Aulagnier (1986) a Racamier (1995) a Garcia Badaracco (1986) tra gli altri.

Questo aspetto deve essere a mio avviso ribaltato rispetto a come la psicoanalisi classica considera la relazione tra l'individuo e il suo ambiente.

Se ci troviamo di fronte ad un paziente psicotico, non abbiamo davanti a noi solo un paziente individuale con il suo mondo intrapsichico, ma ci troviamo di fronte ad "un'organizzazione traumatica di legami" (Nicolò 2000, 2010), patogena fin dall'origine della vita del soggetto e che si perpetua giorno dopo giorno nella sua patogenicità.

Queste sono in genere famiglie basate su organizzazioni fantasmatiche che funzionano sulla base dell'interdizione a pensare..., la robotizzazione..., il controllo, usando massicce proiezioni e identificazioni proiettive, che producono confusione tra il sé e l'altro, e meccanismi difensivi come la forclusione (che forse da un'altra ottica Corrales chiama rigetto)... Racamier (1995) descrive questi funzionamenti come antiedipici ed antidepressivi, costruiti anticipatoriamente per impedire che il soggetto si personalizzi, sviluppi il proprio processo di soggettivazione, restando preda come dicono altri di

identificazioni alienanti o di oggetti che fanno impazzire e che parassitano il paziente sottomettendolo dall'interno....

In queste famiglie pesano segreti transgenerazionali che agiscono sul funzionamento relazionale producendo doppi livelli di comunicazioni paradossaliSe pensiamo che la genesi della patologia psicotica si ritrova nell'incontro tra il paziente e il mondo fuori del sé, tra l'Io e la "potenzialità psicotica" - per usare le parole della Aulagnier - dobbiamo riconoscere che in questa ottica il paziente è il portavoce (Pichon-Riviere) il porta parola (Anzieu, 1975)... di un funzionamento familiare trasmesso in più generazioni.

Di questo funzionamento il paziente è uno dei componenti ma non il solo.

Tutti quegli interventi che colpevolizzano i genitori sono inutili e dannosi. Anche i genitori sono a loro volta vittime, vittime della generazione prima di loro e ahimè spesso vittime dei loro stessi figli di cui sono stati carnefici.. Aveva ragione Murray Bowen (1980) quando affermava che ci vogliono almeno tre generazioni per fare uno psicotico... Il problema non è il padre o il figlio, ma il legame che li unisce.

La soluzione allora non è - come spesso si sente dire- di effettuare delle terapie parallele, da una parte il paziente e dall'altra i genitori. Abbiamo ereditato questo modello da quegli psicoanalisti di bambini e adolescenti che suggerivano un sostegno ai genitori per migliorare l'alleanza terapeutica dei loro pazienti, come affermava Martha Harris. Ma esso non è efficace perché non coglie il cuore del problema e cioè la necessità di integrare il mondo intrapsichico del paziente e il suo mondo interpersonale, la necessità di lavorare sui legami, fantasie, comportamenti, difese che si manifestano nel setting individuale ma che possono non manifestarsi nel setting con la famiglia, e viceversa. Ed io sono convinta che se non cambia in certa misura anche l'ambiente dove vive il paziente e se non cambiano i suoi genitori, sarà molto difficile che miglioramenti ottenuti con molta fatica restino stabili.

Il nostro intervento dovrà inevitabilmente basarsi sull'integrazione di quanto è scisso e agito in un setting ma è invece manifesto nell'altro e sui legami interni tanto quanto su quelli esternalizzati e co-costruiti nella famiglia.

Questo lavoro è naturalmente molto difficile perché è di vitale importanza altresì rispettare l'esistenza dello spazio segreto del sé del paziente impedendo le intrusioni e le intromissioni che hanno caratterizzato la sua vita fin dall'inizio.

11 dicembre 2011

Il danno transgenerazionale

Donatella Lisciotto

L'intervento di Anna Nicolò mi stimola ad intervenire nel dibattito, soprattutto in merito alla famiglia dello psicotico, anche solo per il piacere di condividere qualche riflessione spontanea.

Da circa un anno seguo in terapia un ragazzo di 20 anni che chiamerò Marco e che presenta un esordio psicotico.

Quando Marco inizia la terapia ha sviluppato spiccati pensieri di autoriferimento che gli fanno credere che "gli altri" pensino che lui sia omosessuale, interpreta le parole degli "altri" come generalmente derisorie e denigratorie verso di lui.

Non ha continuato gli studi, fermandosi alle scuole inferiori, frequenta dubbie compagnie che lo portano a scivolare in episodi saltuari e realizzati

nell'inconsapevolezza del rischio, di scippi e spaccio. Da qualche tempo Marco lavora al ristorante del padre, come cameriere. Tuttavia, a causa della sua patologia, non riesce più a recarsi al lavoro poiché ha la sensazione di essere scrutato continuamente e che si parli di lui a sua insaputa.

La famiglia di Marco lavora da sempre nel settore della ristorazione in società con altri elementi della famiglia allargata (in particolare, lo zio e il fratello del padre di Marco). Gli affari vanno a gonfie vele ma, dopo un periodo di grande benessere economico, a causa di investimenti sbagliati, la famiglia di Marco attraversa un periodo di fallimento che costringe il padre a disfarsi della precedente attività e risalire la china ricominciando tutto daccapo. Questa modalità, scopro, si ripeterà più di una volta nella famiglia di Marco in un altalenarsi di su e giù che vedono riallacciarsi e sfasciarsi i rapporti con i parenti-soci. Si realizza in questo modo una condizione esistenziale di precarietà data dall'alternarsi di successi e fallimenti, non solo economici, continui e scarsamente elaborati. Paradigmatica è, a questo proposito, l'espressione del padre di Marco. La mimica del viso, indipendentemente dall'argomento che si affronta, resta sempre enigmatica. Mantiene stereotipatamente un sorriso a metà (richiama il ghigno di Adriano Celentano) tendente alla banalizzazione e alla superficializzazione, che mi porta a pensare che c'è un'incapacità ad affrontare un sano e liberatorio resoconto interno depressivo.

L'immagine di Marco ogni volta che gli apro la porta dello studio, ho sempre pensato, fosse una comunicazione più significativa delle parole che dice durante la seduta. Tiene nella mano sinistra il casco della sua moto come se portasse un piatto di portata. Penso al suo lavoro di cameriere; a lui è affidato solo il servizio al tavolo.

Mi chiedo, che cosa mi sta portando in seduta. Quale il significato intrapsichico che sembra schizzare fuori, nettamente, da quell'immagine che vedo sulla soglia della porta dello studio.

Mi faccio delle domande. E' possibile che Marco sia incastrato più che in un ruolo, in un'identità in cui si pone in essere "un'organizzazione traumatica dei legami"?

Trovo di grande aiuto l'intervento della Nicolò, nella comprensione di Marco quando dice: "...Si tratta di famiglie basate su organizzazioni fantasmatiche che funzionano sulla base dell'interdizione a pensare (...) usando massicce proiezioni e identificazioni proiettive, che producono confusione tra sé e l'altro e meccanismi difensivi come la forclusione-rigetto" (citando Correale). E ancora: "funzionamenti antiedipici e antidepressivi costruiti anticipatoriamente per impedire che il soggetto si personalizzi (...) restando preda di identificazioni alienanti o di oggetti che parassitano il paziente sottomettendolo dall'interno".

Marco mi presenta, da subito (davanti alla porta) e nel modo che può consentirsi, la sua condizione intrapsichica, che riesco a cogliere utilizzando la rêverie (il casco- piatto di portata), e che esprime la sua interdizione a pensare, la difficoltà a soggettivarsi, conformandosi piuttosto con quello che è stato previsto per lui (il "segreto transgenerazionale").

"Il paziente è il portavoce di un funzionamento familiare trasmesso in più generazioni" (Nicolò).

Marco esprime un romanzo familiare che si muove con meccanismi di diniego e negazione, con rimbalzi identificatori e assimilatori. L'attività lavorativa condivisa in famiglia e tramandata nel tempo (il padre, lo zio, il fratello del padre), sembra tramandare oltre alla passione per la ristorazione, anche una perversa trama di legami

che imbrigliano i componenti della famiglia costretta dalla incapacità di fare una buona depressione, vieppiù, fino a Marco: “prodotto robotico” dell’ultima generazione.

12 Dicembre 2011

Alcune considerazioni su psicosi e famiglia nella presa in carico dell’adolescente.

Vincenzo Greco

Anch’io sto seguendo il dibattito sulla Psicosi con molto interesse e già una volta sono stato tentato dall’intervenire, ma dopo l’intervento di Anna Nicolò non ho saputo resistere dal proporre qualche considerazione sul rapporto tra famiglia e paziente psicotico.

Partirò da un caso per discutere alcuni aspetti di clinica e tecnica che mi pongo con i pazienti più gravi e che cerco di miscelare in base alle situazioni. Parlerò della situazione di un tardo adolescente, che io ho interpretato come alle prese con una grave difficoltà di svincolo dal pensiero familiare e con la costituzione di una propria stabile visione di sé e della vita. Inizialmente presentato con un sintomo psicotico, durante la consultazione mi è sembrato più vicino ad un possibile breakdown che, senza un aiuto psicoterapeutico, avrebbe potuto evolvere in una psicosi paranoide.

Michele.

Descriverò brevemente il contatto con Michele, un ragazzo di circa 22 anni che mi è stato presentato dal padre. Quest’ultimo era preoccupato perché da tempo il ragazzo aveva assunto atteggiamenti di evidente distacco dai familiari. Durante il primo colloquio con ragazzo e genitori effettivamente anche io osservo un atteggiamento di chiusura di Michele, ma anche a evidenti tic nervosi e provocazioni verso entrambi. Come se il ragazzo non si rendesse conto di ciò che faceva, continuava a fare le boccacce ad entrambi i genitori e a provocare soprattutto la madre. Scopro durante il colloquio che da alcune settimane, Michele parla di videocamere in casa che lo scrutano ed appare molto preoccupato di nascondersi. Grazie alle *videocamere*, Michele passa ore in camera sua ed esce dalla stanza solo per la cena.

I genitori non sanno bene come orientarsi, ma è evidente che nella loro preoccupazione, essi non colgono il disagio e l’angoscia di Michele. Il padre, grande appassionato di sport, si aspettava da lui un futuro come ciclista professionista. Scopro che il ragazzo si sottopone da anni a massacranti allenamenti in bicicletta finalizzati a gare che a volte vince, ma che gli costano moltissimo sul piano delle energie fisiche e mentali. La madre, invece, lo vorrebbe laureato in ingegneria. In effetti, Michele è al passaggio tra il secondo ed il terzo anno d’ingegneria e lui stesso dichiara di faticare molto anche a scuola. Durante le sedute individuali egli mi dirà che non è del tutto convinto che la scuola che sta frequentando sia quella giusta per lui.

Incontrando insieme i tre familiari è parso come fossero idealizzate ed incongruenti le percezioni e le aspettative dei genitori verso il figlio, ma soprattutto di quanto sia impossibile per i genitori cogliere la natura dell’incertezza e dell’angoscia del giovane.

Decido di inviare il ragazzo dallo psichiatra e di avviare con lui alcuni colloqui individuali, ed è durante i colloqui che emergono le sue difficoltà, la profonda solitudine e le fantasie del giovane. Scopro che le sue crisi sono ricorrenti e che le risolve semplicemente facendosi forza, ma mai chiedendo aiuto. Ogni tre o quattro mesi egli sente la necessità di ritirarsi e proteggersi, ha idee sempre più martellanti e teme di farsi del male. Periodicamente sente delle voci che gli suggeriscono delle idee particolari alle quali sente l'impulso di dar retta.

Durante i colloqui si apre un mondo buio, fatto di silenzi, di film notturni all'insegna di guerre ed omicidi. Lui stesso mi lascia indovinare che ha pensato da tempo di farla finita e mi confida che in bicicletta fantastica di scontrarsi con un'auto e rompersi la testa per l'impatto a tal punto che, durante gli allenamenti su strada, punta le auto per gioco e le schiva all'ultimo momento. Una voce interna lo invita a fare questo gioco e lo rassicura che, se anche accadesse il peggio, allora i suoi problemi sarebbero finiti. Da questa comunicazione inizia un filone associativo sulla qualità del suo pensiero e di come egli si sia ritirato in una solitudine che probabilmente corrisponde ad una forma di ritiro mentale nel quale fantastica se stesso nelle *guerre tra i genitori e contro i genitori*. Nelle sue fantasie vincono sempre degli alieni o degli stranieri che però hanno due scelte, morire o trasformarsi in robot.

Michele mi dice che ha scartato l'idea di comunicare con il padre perché gli fanno paura le sue reazioni e non crede che capirebbe. In effetti, le concrete proiezioni genitoriali non sono correlate ad alcuna percezione emotiva di Michele ed anch'io penso che per Michele, scontrarsi con la durezza del padre, somiglierebbe molto a scontrarsi con un'auto con la quale non avrebbe scampo e che non rimanga altra scelta che trasformarsi in un robot che corre e corre, ma non sa dove. Io gli dico che forse lui avrebbe necessità di pensarsi e trovare un profilo più umano per descrivere se stesso. Mi colpisce la sua solitudine che forse, gli dico, è la sua più antica compagna. È in questa solitudine che egli è preda delle sue stesse idee e che forse le videocamere sono un modo per denunciare gli sguardi dei suoi che lo spaventano e lo intimoriscono perché anche lui non capisce ciò che gli accade. Forse teme di spiegare ai suoi genitori di come sia provato e di come tema di fallire i suoi compiti, cioè di comunicare a sua madre delle difficoltà scolastiche e di dire al papà delle fatiche sportive. Ma soprattutto, egli potrebbe temere di spiegargli di come si senta continuamente estraniato e così affettivamente distante da tutti.

Come ho già accennato, durante la consultazione ho il dubbio che siamo alle prese con un possibile breakdown che forse potrebbe anche rientrare se il contesto familiare fosse più responsivo e sensibile ai suoi bisogni. È pur vero che i meccanismi descritti da Anna Nicolò sono già all'opera: l'interdizione a pensare e una forma di robotizzazione depersonalizzante stanno da tempo ostacolando il processo di individuazione e soggettivazione di Michele. Certo, il problema non sono i genitori o i figli, ma i legami che li uniscono. Legami eccessivamente pieni di pesante identificazione proiettiva o di oggetti alieni intrusivi che non lasciano scampo al giovane che li ospita.

A questo punto credo sia centrale l'osservazione e la riflessione su come le interazioni familiari ed il mondo interno dei genitori si correlano con il mondo intrapsichico dei giovani pazienti (ovviamente non solo nei casi di psicosi). Sono sempre colpito da come intersoggettività ed intrapsichico si ingranano a vicenda in legami che, nel caso della psicosi, non possono sciogliersi o allentarsi facilmente e che non offrono alternative alla sofferenza, spesso, di tutti i componenti della famiglia.

Allo stesso tempo credo che, con il paziente giovane, sia altrettanto importante dare attenzione al vuoto cioè l'esperienza soggettiva di inesperienza emotiva nei rapporti familiari, che ha lasciato un'area non sviluppata, spesso occupata da angosce (di annichilimento, di siderazione, o disorientamento e disperazione etc.) non mentalizzate ed inaffrontabili per la mente isolata del paziente. Angosce che non sono percepibili dal paziente come emozioni correlate all'ambiente relazionale, ma come *cose in sé*, cioè caratteristiche quasi oggettive che ostacolano il suo sviluppo psichico. La psicosi, infatti, depista dalla relazione anche perché il paziente oscura e copre con il segreto e l'incapacità di mentalizzare proprio i legami che provocano sofferenza e disagio. Per questo motivo credo che il vuoto vada colto con molta attenzione sia nelle consultazioni iniziali che durante l'analisi avviata. Nel vuoto ritroviamo spesso l'area del non significato. D'altra parte può essere inteso anche come un'area di spazio potenziale, un'area disponibile per una nuova relazione con l'analista che può essere difesa dalle modalità distruttive del processo psicotico.

In particolare con Michele fino ad ora, ho dovuto accettare i suoi silenzi e le sue assenze che commentavo, alla luce delle sedute precedenti, come relative all'angoscia e al vuoto della sua esperienza. Lui ha ammesso di essere spaventato ma stupito del fatto che possiamo parlare delle sue idee e delle sue assenze senza che io me la prenda o che lo riferisca ai suoi. In momenti come questi, a volte, riesco a toccare il paziente dicendogli che mi pare che apprezzi il nostro rapporto proprio per la possibilità di fare una esperienza che gli manca, un rapporto umano che sente non pericoloso per lui.

Non so dire se quello di Michele è un processo di sviluppo più caratterizzato da continuità o discontinuità del percorso evolutivo o di sviluppo della possibile psicosi. Credo però che anche l'oscillazione continuità/discontinuità, dipenda anche dal gioco intersoggettivo delle sensibilità tra paziente e dell'analista e che la scelta interpretativa dipenda dalla sensibilità del polso terapeutico del momento.

Credo che sia questo gioco che stimoli, attraverso vari fattori, l'emergere di risposte reciproche che ben si accordano, o invece produca maggior discontinuità. Penso perciò, che nell'analisi con pazienti psicotici ritroveremo elementi che testimoniano la continuità di alcuni tentativi di adattamento (per dirla alla Seganti) ed alcune discontinuità all'insegna del ritiro psichico (per dirla alla De Masi).

In questo senso penso che anche con Michele, l'analisi si organizzerà intorno ad elementi di continuità con il passato che veicoleranno nel transfert variabili patologiche da individuare ed integrare. Allo stesso tempo assisterò a tentativi di discontinuità e sottrazione all'angoscia-vergogna al cospetto del super-Io persecutorio e psicotico, o di fronte ai rischi di fallimento nella realtà reale.

Ad ogni modo, pur rappresentando un problema, penso che il vuoto sia anche una possibilità da sfruttare in chiave evolutiva per costituire un tentativo di relazione sostenuta da un pensiero più sano e dunque un possibile nuovo legame al servizio dello sviluppo mentale.

Credo infine, come già suggerito in questo dibattito da Del Greco, che nel tentativo della nuova costruzione, più che l'interpretazione immediata dei possibili transfert, sia importante avviare un processo di riconoscimento ed alfabetizzazione delle emozioni che tenga conto anche degli aspetti relazionali e delle connessioni intrapsichiche con la famiglia del soggetto, avviando così un processo di sintonizzazione emotiva. Per sintonizzazione emotiva (il famoso *Attunement*) intendo ovviamente la sintonizzazione reciproca tra il paziente ed un analista partecipe ed attivo, ma soprattutto la progressiva e sensibile sintonizzazione del paziente con il suo sé emotivo,

con gli aspetti vuoti del sé e della sua esperienza emotiva e con gli aspetti problematici fortemente scissi o forclusi.

Ritengo in questo senso, come diceva Winnicott, che l'analisi possa iniziare quando le condizioni della mente del paziente lo consentono, mentre prima è doveroso lavorare alla costruzione di queste condizioni. Penso che una giovane mente non abituata a cogliere le emozioni e a comprenderle, non possa elaborare costruttivamente interpretazioni troppo dirette, ma al contrario, viverle come eccessivamente persecutorie, in particolare al cospetto di difese schizoidi o comunque orientate in senso paranoide.

Allo stesso modo credo che sia necessario incontrare i genitori di Michele per aiutarli con tatto a prendere visione dell'altro Michele, quello che non conoscono e che hanno necessità di comprendere per arrivare ad una più completa versione della verità su lui e su loro stessi.

13 dicembre 2011

Una nota sul saggio iniziale di De Masi

Riccardo Lombardi

Mi sembra sia rimasta sinora sotto traccia una attenzione più specifica alle relazioni che hanno aperto il dibattito. Non che io consideri in alcun modo tali relazioni propedeutiche, dal momento che ognuno resta padrone di dove orientare la sua curiosità e di confrontarsi con ciò che soggettivamente più gli stimola il pensiero. Per curiosità mia mi sono trovato a considerare la relazione iniziale di De Masi, per cui vorrei condividere alcuni spunti di riflessione.

Concordo con De Masi sulla importanza della discriminazione tra parte psicotica e parte non psicotica (Bion, 1957). Al tempo stesso non vedo, però, la parte psicotica come una espressione perversa, semmai come espressione di un tipo di funzionamento arcaico in continuità con quanto Freud (1911) ha descritto a proposito del principio del piacere. Il nucleo psicotico, da questo punto di vista, mi sembra fornire una irrinunciabile base di soggettività, non meno di quanto il principio del piacere sia una pre-condizione allo sviluppo del principio di realtà. Per questo nessuno è estraneo ai problemi posti dal confronto con la propria area psicotica.

Partirò da alcuni specifici passaggi dello scritto di De Masi, in modo da focalizzarmi su alcune differenze di prospettiva.

Scrive De Masi:

“Una delle soluzioni possibili è per questi bambini entrare in un ritiro incentrato sull'esperienza sensoriale e in cui la consapevolezza della realtà psichica viene abolita. Si tratta di una sensorialità autoprodotta differente dalla ricerca del piacere corporeo nella relazione affettiva come avviene nel bambino normale. Da questo originario ritiro infantile il bambino costruisce una realtà parallela che non entra in conflitto con la parte relazionale che continua ad esistere ma che non può mai svilupparsi pienamente”.

Per parte mia non parlerei necessariamente di abolizione della realtà psichica nelle condizioni di sensualità autoprodotta, nella misura in cui spesso e volentieri la realtà psichica del paziente grave non è operativa per ragioni strutturali- come avviene per i fenomeni di saturazione- o per il fatto molto semplice che non si è ancora costituito un orientamento a pensare. Questi pazienti primitivi sono caratterizzati da un funzionamento imitativo e bi-dimensionale: non certo da un mentale nel senso inteso da Freud (1911) come organizzazione devoluta al contenimento della scarica muscolare. Guardando ai fenomeni dal punto di vista del livello effettivo del paziente, potremmo dire molto semplicemente che ‘la parte relazionale’ di cui parla De Masi *non esiste*, visto che il soggetto non è ancora emerso da un suo narcisismo di base – o, più semplicemente, non lo ha mai organizzato del tutto: sulla linea di quanto osservato da Freud (1929) che il bambino è incapace di distinguere tra il corpo proprio e quello della madre. Da questo deriva la necessità di lavorare in analisi l’asse della relazione interna del paziente con sé stesso e degli scambi sull’asse della relazione corpo mente - in presenza di una rêverie analitica- al fine di avviare un primo contenimento dei fenomeni sensoriali corporei, da cui possa poi derivare l’attivazione di dinamiche mentali.

De Masi scrive:

“dell'uso sensoriale della mente che, in questo caso, produce percezioni autogenerate dal ritiro nel proprio corpo. Caratteristica del ritiro psicotico è infatti l'onnipotenza”.

Diversamente da De Masi direi che il fenomeno interno che domina nel paziente è il senso paralizzante di impotenza, da cui deriva, solo in seconda battuta, una fenomenologia improntata dall’onnipotenza. Da questo assunto deriva la necessità di aiutare l’Io del paziente a mettere in moto fenomeni mentali mostrando la funzione centrale della tolleranza dell’angoscia di impotenza; qualcosa del genere fa in qualche modo Giustino col paziente da lei presentato, anche se poi non vi mette specificamente l’accento, per cui l’ostentazione delirante ad essere nobile ed importante può essere considerata solo un tentativo riparativo rispetto all’angoscia di base di impotenza e sfiducia a rintracciare sé stesso: da cui la necessità di fare evolvere la considerazione di sé del paziente da quella di cagnolino della madre a quella di soggetto con dignità propria.

Vediamo un altro passaggio di De Masi in cui presenta il sogno di un paziente: *“vivevo dentro un video gioco; le pareti si aprivano e chiudevano a comando a seconda di come io dicevo: "apri file, chiudi file". Ma quando lo aprivo alcune persone si avvicinavano e volevano entrare, erano pericolose. Era un continuo apri e chiudi. Volevo aprire per uscire ma ero costretta a chiudere per proteggermi. Io ho sempre paura. Anche ieri che sono andata a Milano con mia madre avevo paura e quando sono tornata a casa ho tirato un respiro di sollievo.”*

Sembra che in questo sogno Agnese descriva il suo funzionamento psicotico: può creare un videogioco che si sostituisce alla realtà psichica aprendolo e chiudendolo a suo piacimento. Ma poi il sistema psicotico diventa minaccioso: Agnese non può più padroneggiarlo e rischia di essere tenuta prigioniera senza una via di uscita.”

Per parte mia vedrei nell’“apri file, chiudi file” l’apparire di un modello mentale (Bion, 1962; Lombardi, 2004) che offre interessanti potenzialità. Inoltre in questa sequenza la paziente è in grado di riconoscere la sua angoscia dell’ignoto che, quando non

riconosciuta, la porta a chiudersi. Il sogno funziona come una funzione più avanzata, una sorta di trampolino che organizza la percezione del funzionamento interno della paziente ed attiva un fatto nuovo: una apertura alla tolleranza della paura, da cui deriva una apertura pragmatica, nel senso che la paziente si permette di viaggiare per Milano. La paziente scopre che *'ad un certo punto'* ella torna a casa: in questa sequenza clinica ella si muove quindi nell'ambito del finito e non dell'infinito, per cui appare una organizzante percezione di temporalità. Di conseguenza la sua paura di disorganizzazione psicotica di fronte ad una *'apertura'* diventa tollerabile, perché tale apertura si muove in una dimensione spazio-temporale circoscritta. Il riferimento al *'respiro di sollievo'* indica qui che la paziente riesce a tenersi integrata con il suo corpo: questa integrazione (presumibilmente frutto della *rêverie* analitica) è parte trainante della sua nuova capacità a contenere la paura. Presumibilmente tale angoscia diventava in genere disorganizzante e psicotica perché la paziente tendeva a tenersi troppo chiusa al corpo, esattamente come tenderebbe a tenersi troppo chiusa alla realtà esterna, e quindi non in grado di contenere la spinta sensoriale. Il funzionamento apri-chiudi -in sé non patologico- rischia di diventarlo nella misura in cui si carica di una tendenza ossessiva di controllo, per cui l'apri e chiudi ha connotati troppo drastici e quindi meccanici e non percettivi. Il tenersi troppo *'chiusa'* o troppo *'aperta'* corrisponde ad una dissociazione corpo-mente, da cui deriva una impossibilità di esperienza e di contenimento. In questo contesto vedrei quindi all'opera più un conflitto di tipo claustro-agorafobico correlato al conflitto corpo- mente, che non una tendenza al ritiro psicotico *tout court* di cui parla De Masi. Il fatto che l'analista non interpreti positivamente l'evoluzione (*'evoluzione in O'* direbbe Bion, 1970) che la paziente comincia a trainare a partire dal sogno e dalla sua esperienza (*'aprire a Milano, aprire i polmoni'*) rischia di mettere l'evoluzione stessa a rischio di scomparsa, per cui la paziente – malgrado la sua spinta evolutiva spontanea - può trovarsi ricacciata ad un livello psicotico.

Last but not least, la convinzione di De Masi che in questa sequenza siamo davanti ad un funzionamento psicotico sembrerebbe contraddire tutto ciò che sappiamo sulla funzione organizzativa del sogno nella psicosi da quasi 50 anni, ovvero dal 1962 – anno della pubblicazione di *Apprendere dall'esperienza* di Bion- in poi.

Scrive De Masi:

"Sono contenta oggi perché sono riuscita a fare un sogno tranquillo e non angosciante. Ero con le mie compagne di Liceo ma c'erano solo quelle con cui andavo d'accordo incluse Diana e Luciana. Eravamo a una scuola che era vicino al mare. Io dovevo fare una prova di informatica, le mie amiche di matematica. Ad un certo punto confesso loro quello che era successo a settembre. Poi chiedo loro di recuperare il farmaco che devo prendere. Loro sono affettuose con me, mi capiscono ma la cosa assurda del sogno è che arriva anche Marco (il personaggio del delirio), non mi prende in giro né mi tratta male anzi mi dice che avrebbe desiderato avere a che fare con me e frequentarmi a patto che io smettessi di fare la sostenuta. Poi mi sono svegliata tranquilla e serena."

Il sogno è apparentemente sereno e positivo. Nella prima parte Agnese riesce a parlare alle sue amiche della crisi psicotica e si ricorda anche della medicina antipsicotica che deve prendere. Ma a questo punto inopinatamente compare Marco che è il protagonista del delirio amoroso.

Sembra davvero un sogno tranquillo ma a una più attenta lettura risulta ambiguo. Perché Marco compare improvvisamente nel sogno? Perché la scuola è sul mare? Davanti a questo materiale la domanda che l'analista dovrebbe porsi è se la paziente non stia cercando di convincerla (come fa nel sogno con le sue due

amiche) che tutto va bene, che lei ha riconquistato la sua sanità mentale mentre segretamente si prepara ad un altro incontro delirante con Marco in prossimità delle vacanze estive”.

Da parte mia ho difficoltà a rintracciare in questo materiale la minaccia di attrazione verso la psicosi che ci vede De Masi. Viceversa sarei orientato a prender per buona l'affermazione della paziente che il sogno è positivo (perché non si dovrebbe prender per buono quello che affermano i paziente? A meno che, ovviamente, non esistano nette evidenze in senso contrario). La paziente sembra qui più vicina al 'mare', nel senso di essere più vicina al suo mare emozionale e più disposta a tollerare che esiste la realtà di sue emozioni disorganizzanti che hanno richiesto l'uso di farmaci. Questa accettazione del dato di realtà della sua pregressa mareggiata marasmatica (psicosi) sembra legata al fatto che la paziente sta evolvendo ed appare meno difesa in senso intellettuale e meno 'sostenuta' (meno rigida e dissociata) e più funzionante a livello emotivo, per cui è disposta ad "avere a che fare con me" – ovvero con sé stessa per quello che è. Il personaggio Marco del sogno sembrerebbe assumere qui il ruolo di una controparte amorosa interna della paziente che le permette anche di tollerare il duro dato di realtà che è impazzita. Un sogno non è un delirio: e non si capisce per quale ragione De Masi tenda ad attribuire al personaggio di un sogno esattamente la stessa collocazione e funzione di ciò che era stato nel delirio. Nelle battute iniziali della sequenza, sembra emergere una certa quota di scissione ('c'erano solo le amiche con cui andavo d'accordo'), ma questa quota di scissione sembrerebbe un segno di crescita di una capacità differenziante e, al tempo stesso, una scissione funzionale ad organizzare un passaggio evolutivo; per cui, nella mia idea, non andrebbe interpretato in senso difensivo.

Anche in questa sequenza emerge la tendenza di De Masi a togliere credito alle affermazioni del paziente e a non utilizzarle come determinanti funzione di guida (Lombardi, 1987): questo lo porta a costruire le sue ipotesi a partire da una sua personale conoscenza 'a priori' rispetto alla specificità del materiale clinico che sta osservando. Come è emerso anche nella discussione con Barbieri, se noi rinunciamo a dare credito alla risposta sintomatologica del paziente e al beneficio terapeutico (in questo caso la paziente è contenta e tranquilla), non ci resta che doverci affidare al dogma.

Scrivo De Masi:

Nelle seduta successiva Agnese sembra apparentemente serena: "E' un periodo che penso al futuro; mi euforizzo anche per delle semplici cose. Le faccio un esempio: ho comprato una crema per la cellulite da usare in estate ed è un pensiero fisso, non faccio altro che pensare alle vacanze. Ho comprato un nuovo costume da bagno. Passo molte ore davanti allo specchio. E' un pensiero euforizzante che mi fa sentire iperattiva. Poi mi sono messa a chattare con Daniele, abbiamo parlato di tutto, cinema, teatro, sport."

L'analista commenta che effettivamente i pensieri della paziente sono piacevoli all'inizio poi diventano morbosi e sanno di cattivo. Agnese risponde: "Posso mandarli via solo se prendo un po' di calmante. Ogni volta che vado al mare sogno sempre di incontrare qualcuno che mi stravolge la vita e magari fuggire con lui..."

La conclusione che si può trarre dalla sequenza di queste sedute è che la paziente stia preparando un altro episodio psicotico in vista dell'estate, quando l'analista non ci sarà. La crema della cellulite sembra far intravedere l'inizio di una nuova euforia sessuale”.

Potrei qui ipotizzare che la paziente stia tentando di organizzare un ulteriore avvicinamento al corpo e al suo mondo sensoriale (costume da bagno), per cui avvicina una rappresentazione di sé come corpo e riesce ad organizzare una certa autopercezione di sé attraverso un primo rispecchiamento riflessivo e autocosciente (in “passo molte ore davanti allo specchio” starebbe alludendo alle sue ore di analisi come fonte di una sua prima organizzazione narcisistica intorno al corpo). La crema per la cellulite sembrerebbe riguardare la forza ‘protettiva’ rivestita dalla percezione del corpo che potrebbe costituire una qualche forma di filtro e di pelle psichica di fronte all’impatto disorganizzante della separazione estiva. Per mia esperienza il lavorare sull’asse interno del paziente può permettere di stimolare prime forme di organizzazione narcisistica e di autocontenimento del paziente in grado di reggere l’impatto con la separazione analitica, in un’epoca dell’analisi in cui non c’è ancora abbastanza struttura mentale per lavorare su una elaborazione dell’assenza - nel senso di un lutto di un oggetto separato e differenziato.

Queste mie riflessioni hanno tutto il limite di uno sguardo parziale sul paziente, ma possono forse permetterci di interrogarci su due prospettive contrastanti in linea con le proposte del saggio di Bernardi (2002) sulla necessità delle controversie psicoanalitiche: saggio citato da Carnaroli all’inizio del dibattito. Da questo confronto di prospettive mi sembra emergere che De Masi abbia in mente un analista che gioca in primo luogo sulla scorta delle sue aspettative di dover correggere il ritiro del paziente nella psicosi e si pone come modello autoritario in attesa di essere riconosciuto ed introiettato dal paziente. De Masi teorizza che il paziente si ritira dalla relazione e dal pensiero: in questo modo egli dà assiomatica l’esistenza della relazione e del pensiero, tradendo una posizione ideologica, che non so quanto riscontro abbia nella realtà clinica che noi osserviamo nella stanza di analisi.

Per parte mia la psicoanalisi a questi livelli si confronta con una dimensione animale (il corpo, appunto; e non primariamente il corpo sessuato, come invece sostengono altri) inizialmente priva dei connotati di pensiero e di consapevolezza dell’alterità: una dimensione che si avvantaggia di un approccio analitico orientato a dar forza alle prime forme di organizzazione soggettiva – sensoriali, emozionali e pensanti-dell’analizzando. Il difetto di pensiero è in prima istanza non un dato primario – sorta di peccato originale - ma la conseguenza di una discontinuità di relazione del paziente sull’asse corpo-affetti-pensieri. La priorità sta per me quindi nel dare enfasi ai precursori del contributo del paziente che sono contenuti nelle sue comunicazioni: in questo modo il paziente avvia una prima forma di autoreferenzialità a sé stesso, alle sue sensazioni ed intuizioni, per cui impara ad osservarsi e a dar credito ai messaggi che provengono dal suo interno. A livelli più avanzati di elaborazione diventa possibile osservare a più riprese le disarmonie delle relazione corpo-mente che creano ostacolo al funzionamento interno, sempre con una specifica attenzione all’asse corpo-mente, per cui il difetto grave di pensiero della psicosi –nella mia esperienza- viene di conseguenza a ridimensionarsi. Questo tipo di orientamento clinico ha un costo non indifferente a livello del cosiddetto controtransfert nella misura in cui l’analista si colloca nella relazione analitica allo stesso livello del paziente e non su uno scalino più alto: l’asimmetria introdotta dall’analista deriva infatti primariamente dalla sua maggiore capacità di contenimento della spinta disorganizzante che proviene dall’area psicotica. Da ciò deriva che l’analista, rinunciando alla barriera protettiva che gli deriva dal porsi come autorità analitica, è particolarmente esposto alle intemperie che gli derivano dalla propria area psicotica, specificamente rafforzata dal contatto e dalla risonanza con il suo paziente.

Dicendo questo non escludo, ovviamente, che l'approccio di De Masi eserciti una certa quota di azione terapeutica. Oggi sappiamo che l'azione terapeutica agisce a livelli plurimi. Vorrei, però, confessare un certo margine di sconcerto e preoccupazione per un orientamento come quello di De Masi, che sembra proporre primariamente all'analizzando psicotico l'introiezione di una funzione esterna di qualche tipo, posponendo la primaria necessità di crescita della sensibilità, peculiare unicità ed intenzionalità dell'analizzando come soggetto. Al di là delle oggettive limitazioni a cui è soggetta la 'guarigione' di questi pazienti, il prezzo di un miglioramento ottenuto con questo approccio potrebbe essere una grave amputazione delle risorse dell'io ed una accentuazione dei fenomeni di dipendenza, per cui il soggetto non risulterebbe mai del tutto restituito a sé stesso.

Non abbiamo elementi di prova per sostenere che, seguendo le linee di elaborazione da me esposte, avremmo avuto una risposta terapeutica migliore, o che saremmo riusciti ad evitare la ricaduta nella psicosi. Inoltre con i pazienti psicotici spesso e volentieri va male, nel senso che siamo confrontati con gravi situazioni di rischio, anche quando abbiamo lavorato nel migliore dei modi. E', però, proprio l'estrema problematicità della sfida posta dalla psicosi alla psicoanalisi che ci spinge a continuare ad interrogarci come importante occasione per il nostro pensiero.

13 dicembre 2011

Sul minimo comune denominatore ed il rapporto mente-corpo

Luigi Rinaldi

Non ho potuto intervenire all'inizio di questo interessante dibattito e, successivamente, quando avrei potuto farlo, ho preferito "gustare" quanto stavate dicendo e non mettere ulteriore carne a fuoco. Intervengo brevemente, in questo momento, innanzitutto per invitarvi a continuare il dibattito dal vivo a Napoli sabato 17 dicembre, dove abbiamo organizzato una giornata di studio su "L'apporto psicoanalitico alla cura delle psicosi" (con relazioni di: Lina Balestriere, "Il ventre e il vuoto. Osservazioni sull'interpretazione a partire da un caso clinico di psicosi". Stefano Calamandrei, "Perdersi per ritrovarsi". Franco De Masi, "Considerazioni intorno alla natura e al trattamento clinico del delirio").

Approfitto, però, dell'occasione per collegarmi al tentativo fatto da Carnaroli sul trovare un "minimo comune denominatore" del dibattito, che sarebbe costituito, a suo parere, da quanto ha scritto De Masi a proposito dell'inconscio emotivo, Lombardi sulla disarmonia corpo-mente, a partire dall'eclissi del corpo (Ferrari), e Correale sul senso di sé e il fondo psichico. Dalla convergenza di questi contributi, continua Carnaroli, deriverebbe che il fattore principale della malattia psicotica potrebbe essere costituito dal fatto che (probabilmente a causa delle caratteristiche dell'intersoggettività primaria) non si sia formato un apparato per modulare l'esperienza sensoriale-emotiva, che viene pertanto vissuta come traumaticamente intollerabile....

In appoggio a questo ultimo punto, su cui concordo pienamente, voglio ricordare che, come rilevava Green (1990) nel suo *Psicoanalisi degli stati limite*, quanto più il sistema psichico inconscio non è costituito da un quantum moderato di affetto (quelle rappresentazioni che permettono alla libido di riuscire a operare la propria

conversione in investimento psichico), tanto più la *psico-*analisi diventa una *corpo-*analisi. L'intensità degli affetti e delle scariche attraverso l'*acting* e il soma non sono che la testimonianza del mancato disimpasto delle pulsioni dal loro ancoraggio corporeo.

Vorrei aggiungere, poi, almeno un altro punto chiave da fare entrare in un "minimo comune denominatore" di questo dibattito, presente tra le righe in vari interventi. Mi riferisco al problema del Narcisismo che, piuttosto che rubricarlo sotto le forme del ritiro e/o del narcisismo onnipotente e distruttivo, impone di avventurarsi nella contrada problematica della costituzione del narcisismo primario e della circolazione, da esso assicurata, tra "le rappresentazioni [che] sono investimenti – sostanzialmente di tracce mistiche - [e] gli affetti e i sentimenti, [che] corrispondono a processi di scarica, le cui manifestazioni ultime vengono percepite come sensazioni" (Freud, 1915, 61). Mi sembra, in fondo, che la collocazione del corpo come oggetto primario della psiche, rilanciata da Lombardi sulla scia di Ferrari e l'enfasi sulle interpretazioni "verticali", che valorizzano la relazione che il soggetto intrattiene con se stesso, non mirano ad altro che a un processo di rinarcisizzazione, favorendo la circolazione tra processi di scarica e le rappresentazioni. In questo modo si fa guadagnare terreno al rappresentabile e s'innescano un processo di ricostituzione del tessuto narcisistico, di quella fiducia di base, cioè, il cui nucleo originario deriva da ripetute esperienze di trasformazione, (favorite dalla rêverie materna) di un dato traumatico (un proprio stato corporeo) in materiale psichico rappresentato, sufficientemente funzionale rispetto al contenimento dell'angoscia. La trasformazione della traccia somatica dell'*Affekt* in *Vorstellung* si connota come fase di passaggio che apre all'autocoscienza ed è il preludio alla mentalizzazione ed al pensiero. Da questo punto di vista, mi sembra che si rilanciano le intuizioni freudiane che collocavano l'investimento autoerotico del proprio corpo a fondamento della successiva organizzazione di un narcisismo primario, che prelude alla relazione oggettuale. Si tratta di una relazione "verticale", intrapsichica, la cui impalcatura è costituita da quanto accade intersoggettivamente. In definitiva il buon funzionamento di questa relazione con il proprio Sé corporeo è espressione del vero Sé, di un linguaggio incarnato, di una parola piena che affonda le sue radici nel tessuto sensoriale, emotivo ed affettivo. E' espressione di un narcisismo di vita che contiene il germe di una relazione diversa con la realtà, di uno stato in cui l'investimento libidico del corpo può diventare fonte e serbatoio di un nuovo investimento del mondo esterno, col quale ci si può sentire fondamentalmente uniti.

Infine sempre a proposito della relazione mente corpo mi fa piacere segnalarvi una piccola perla che ho appena trovato nel corso di una mia recente rilettura di *Le mani del Dio vivente*, di Marion Milner (1969, 382-383), "...è sicuramente la consapevolezza interna del proprio corpo a sostituire, a un certo punto, il ruolo della madre esterna; non soltanto nel senso che si impara a fare da sé quegli atti esterni inerenti alle cure (*care*) del proprio corpo, una volta eseguiti dalla madre, ma anche nel senso di plasmare una specie di sfera psichica o di nuovo utero servendosi della propria immagine corporea, e di sentirlo come l'unico luogo sicuro da abitare e dal quale sporgere le antenne nel mondo".

13 dicembre 2011

La psicosi ed il fantasma

Andrea Baldassarro

Intervengo solo ora, ormai alla sua conclusione, in una discussione che mi è sembrata proficua ed intensa, oltretutto su un tema che costituisce una frontiera fondamentale per il futuro della psicoanalisi.

Le psicosi – sono assolutamente d'accordo ad utilizzare il plurale – costituiscono una questione ineludibile del trattamento analitico, in quanto sono sempre più i casi difficili quelli che approdano nei nostri studi, o con cui ci si trova a lavorare nelle istituzioni. Ma soprattutto rappresentano un "punto di torsione" della teoria, un punto in cui la teoria si annoda su se stessa, in quanto sono i suoi stessi fondamenti ad essere messi in discussione. Voglio dire che le psicosi costituiscono l'aldilà del teorizzabile, in quanto mettono in crisi la nostra possibilità di comprensione e di conseguenza tutto il nostro apparato concettuale. Le psicosi sono ciò che eccede, che non si lascia imbrigliare dal discorso. La discussione sugli aspetti clinici ha mostrato ancora una volta quanto l'opzione teorica determini le scelte di intervento terapeutico. Tuttavia, la sensazione di una certa confusione permane, soprattutto in considerazione del fatto che le opzioni teoriche non possono mai essere assunte con un grado sufficiente di certezza: il paziente psicotico, o chi noi designiamo tale, è lì pronto a smentirle, in quanto mai come in questo caso la teoria non può coprire l'intero campo dell'esperienza. Le nostre teorie, seppur necessarie, o inevitabili (come faremmo non dico ad intervenire ma neppure a concepire un intervento se non ne disponessimo), mi appaiono a volte comportare delle strategie di "meta-comprensione" del discorso o del comportamento psicotico che a volte finiscono per dimostrare se stesse, nel tentativo improbabile di spiegare ciò che avviene nel paziente. Eppure esse sono indispensabili, in quanto la mente – anche la nostra dunque – ha bisogno di senso, come di un nutrimento, diceva Piera Aulagnier. E questo è forse proprio ciò che segna uno iato incolmabile con chi è definito psicotico, che un senso non lo trova, né per sé né per il mondo. E che forse ci mette al riparo dalla psicosi, quando un senso lo troviamo, oppure crediamo di trovarlo. Viceversa lo psicotico, diceva Green, assomiglia ad un eroe le cui gesta non verranno ricordate, ma saranno destinate ad essere confinate il più delle volte in un'istituzione psichiatrica – o, se va bene, ce lo auguriamo, in uno studio analitico. Dopo questa non breve premessa, vorrei entrare nel merito di alcune questioni più specifiche, senza potermi per altro trattenere su fatti più squisitamente clinici, che credo aumenterebbero la difficoltà di incontrarsi sui modi di intervento, se non si è prima, non dico del tutto d'accordo, ma almeno sufficientemente compresi sulle questioni teoriche. Innanzi tutto, la questione della continuità-discontinuità tra il campo delle nevrosi e quello delle psicosi. Non si tratta di una mera faccenda nosografia, o teoretica, ma di una visione d'insieme che necessariamente condizionerà l'atteggiamento della clinica. Tralasciando necessariamente il ruolo, a mio avviso importantissimo, degli stati-limite – in quanto pongono un limite proprio alla teoria - il discorso dovrebbe allora considerare l'opportunità o meno di utilizzare una concezione strutturale delle psicosi, ovvero di pensare ad un sistema più o meno coerente e stabile di organizzazione psichica, oppure ad un continuum, in cui psicosi e nevrosi si pongono solo come punti di riferimento intermedi, o estremi. Ne discendono conseguenze importanti. Se si opta infatti per una concezione strutturale, forse abbiamo poco da fare, in termini di intervento, se non cercare di limitare i danni.

Viceversa, una concezione “continuista” consentirebbe, almeno in teoria, di immaginare un movimento possibile ed un andirivieni tra psicosi e normalità, quella della nevrosi, beninteso. “Esiste, in effetti, tutta una vasta gamma di funzionamenti sotto il termine ambiguo di psicosi, un largo spettro che si dispiega da ciò che in mancanza di definizione chiamiamo spesso con il termine vago di stati limite, fino alla psicosi franca. Di che limiti in effetti discutere quando questi sono sfumati, si spostano, si formano e si deformano, si trasformano, o spariscono? Come se al cuore della psicosi (...) ci fosse non il delirio o l’assenza di delirio, ma una messa a confronto sempre presente con la questione fondamentale, confusa, enigmatica, della comprensione di sé, delle proprie origini, di quelle del mondo”. Sono queste le parole di Liliane Abensour, che ha lavorato tutta la vita con i pazienti psicotici, in un libro che uscirà presto postumo nella traduzione italiana, *La tentazione psicotica*, e che mettono al centro della riflessione non tanto le questioni nosografiche, ma il cuore, appunto, della domanda che gli psicotici si pongono e ci pongono. Freud, lo sappiamo, era convinto della necessità di reperire un meccanismo specifico all’opera nella psicosi, ed in linea di massima ha sposato sempre una tesi di tipo conflittuale, per la quale la psicosi indica fondamentalmente un conflitto tra l’Io e la realtà. Eppure la perdita del rapporto con la realtà non sarebbe solo della psicosi, ma anche della nevrosi, in cui il conflitto con l’Es avviene sempre a spese della realtà. Dal diniego al rigetto (Verwerfung) si compie così un tragitto che passa per la scissione. Ora, la scissione non è esattamente una difesa, ma un tentativo di far coesistere due modi di difesa, l’uno rivolto alla realtà, l’altro alla pulsione. E la scissione dell’Io - su cui Freud si è soffermato alla fine della sua vita, consegnandoci il compito di lavorarne la problematica - presenta una novità concettuale ancora irrisolta, in quanto indica un processo, od un conflitto, che non si svolge tra istanze, ma all’interno dello stesso Io, sempre meno padrone in casa propria. Ma se Freud cerca di distinguere stabilmente e strutturalmente nevrosi e psicosi, per un altro verso riconosce la compresenza di entrambe nella “normalità” dell’uomo sano. I confini tra normalità e patologia sfumano, si fanno indefinibili. La differenza, è che “nella nevrosi una parte della realtà viene evitata con la fuga, nella psicosi essa viene ricostruita ex-novo. (...) La nevrosi non rinnega la realtà e semplicemente di essa non vuole sapere nulla; la psicosi invece rinnega la realtà e cerca di rimpiazzarla” (Freud, 1924, *La perdita di realtà nella nevrosi e nella psicosi*, p. 41). La conclusione di un simile ragionamento è che il comportamento normale sarebbe per Freud non quello nevrotico, ma quello che unisce i due modi di essere, quello nevrotico, che non rinnega la realtà, e quello psicotico, che cerca di modificarla. Dunque, anche se si trattasse di una divisione di ordine strutturale, la follia, in quanto non soggiace alla rimozione, è parte costitutiva dell’essere umano: “le incoerenze, le stravaganze e le follie degli uomini potrebbero esser viste in una luce analoga alle loro perversioni, accettando le quali gli uomini riescono ad evitare le rimozioni” (Freud, 1923, *Nevrosi e psicosi*, p. 615). “L’essere dell’uomo”, scrive Lacan, “non solo non può essere compreso senza la follia, ma non sarebbe l’essere dell’uomo se non portasse in sé la follia come limite della sua libertà” (Discorso sulla causalità psichica, in *Scritti*, p. 170). La tematica della scissione è stata in qualche modo ripresa in quelle teorizzazioni che contrappongono, all’interno del soggetto, psicotico o meno, parti diverse. Quella sana e quella psicotica, per intendersi con un linguaggio bioniano. Personalmente non so quanto ci tornino utili queste definizioni, non solo perché credo, come è già stato fatto notare, che rinviino a metafore belliche del tutto opinabili, che indirizzano il trattamento verso battaglie in cui in realtà non ci saranno mai vincitori, tutt’al più qualche ferito in più o in meno, ma soprattutto perché propongono - nell’idea di superarla - una modalità conflittuale che sembra in realtà ancora mutuata dal modello classico della nevrosi, pur essendo debitrice della scissione dell’Io così come teorizzata da Freud. Con la variante che ora il

conflitto è spostato o all'interno del soggetto, tra la sua parte "malata" e quella sana, o tra lui ed il terapeuta, che diverrà non solo oggetto del transfert, ma parte in gioco nel conflitto. Come allora pensare che il transfert possa essere non dico attenuato, ma addirittura evitato? Appunto, il transfert. L'investimento transferale psicotico sappiamo essere massiccio, instabile, sempre impregnato di violenza e di eccitazione. È tutto vissuto nell'attuale, ed avvertito come pericoloso dall'analista e dal paziente. Ma si può forse evitare? Mi sembra piuttosto che l'analista non riesca mai ad integrarlo del tutto nella propria esperienza, e che, messo a dura prova anche nel proprio controtransfert, sempre angosciato dall'inadeguatezza della propria attività interpretativa (anche dello sforzo che svolge tra sé e sé), lo avverta come troppo vicino, affascinato forse da un modo di essere che lo fa sentire in pericolo: perché la psicosi fa paura ed affascina allo stesso tempo. Ma il transfert è anche ciò che permette, fondandosi sull'ideale dell'Io proiettato sull'analista, di sviluppare la possibilità dell'accettazione della presenza dell'oggetto ed un'identificazione all'analista stesso. Oppure, semplicemente di rigettare l'eccesso di presenza che la relazione transferale comporta, facendo spesso fallire il trattamento. È necessario allora riaffermare la centralità di un concetto come quello di rigetto, come ha fatto Corrales. Ma cosa viene rigettato, un frammento di realtà, o piuttosto qualcosa che non può entrare nel circuito della rappresentazione, e che impedisce al soggetto di esistere in quanto tale, ovvero come immesso nel sistema di scambi generale? La conseguenza non è forse un'impossibilità di entrare nel discorso comune, nel sistema di comunicazione condiviso? Si apre così la questione della rappresentazione, con tutti i problemi che essa comporta, con l'annosa questione dell'incapacità dello psicotico di poter rappresentare.... Ne ha parlato ampiamente Martini, che ha sottolineato come sia possibile "incontrarsi senza comprendersi", dunque fuori del campo della rappresentazione comunemente intesa. Lascio la questione con un punto di domanda, che concerne quello che possiamo sapere di ciò che veramente si comunica e che cura, al di là delle nostre (non) facili teorizzazioni. D'altra parte, di quale realtà parliamo quando parliamo di evitamento o di rigetto della realtà? Cosa resta di questo accidente spesso incomprensibile ormai sommerso dal virtuale che ci fornisce la tecnica? Virtuale è tutto ciò che sembra possibile, un luogo altro in cui ogni desiderio sembra realizzabile, in cui molti pazienti, magari per sfuggire ai vincoli che la brutta realtà comporta, vivono molte delle loro esperienze, tornandone con un senso di irrealtà, appunto, che bordeggia spesso la psicosi vera e propria. Allora si pone la questione se la realtà la si possa ancora pensare come reale, in quanto non sembriamo essere più al centro di una realtà conflittuale, ma espulsi da essa. È un tema che ricorre spesso nelle riflessioni di Riolo. Sembra che il modo di essere psicotico abbia invaso il mondo reale. Le nostre considerazioni allora dovranno forse tentare di includere anche questi cambiamenti collettivi e queste mutazioni antropologiche. È evidente che quando parliamo di psicosi ci poniamo un problema clinico tanto arduo da dover necessariamente pensare ad una costruzione, piuttosto che ad una ri-costruzione. Vogliamo cioè indicare la necessità di un processo terapeutico nel quale le difese, come l'esistenza del soggetto, sono da costruire, da inventare magari. Ci atteniamo allora in genere a cercare di mostrare qual è il modo di funzionare del paziente, piuttosto che recuperare qualcosa che è sepolto o rimosso. Lo stesso nostro ascolto ne sarà condizionato, essendo impossibile attenersi ai modi dell'attenzione fluttuante. Ma alla base, a cosa facciamo riferimento? Crediamo cioè di dover recuperare una funzione non sviluppata, di far ripartire un percorso interrotto? La psicosi è allora un fatto di regressione? Ed il trattamento, comporta una regressione sempre necessaria, ma pericolosa? La psicosi è forse un ritorno ad uno stadio precedente, a qualcosa di incompiuto? Se fosse così si tratterebbe allora di riprendere il cammino interrotto, o di riparare le falle, da cui ne discende la funzione

dell'analista come Io vicariante, l'attività riparativa, etc. Si sostiene insomma una teoria del deficit, di una mancanza – magari strutturale – che si tratta di compensare o di riparare. Ma se di mancanza si tratta, sono in molti a notarlo, si tratta di una mancanza di organizzazione difensiva. I pazienti psicotici soffrono, al contrario di quanto si è a lungo pensato, di una difficoltà a regredire, in quanto non possono ritrovare una storia della quale possano poi appropriarsene come veramente propria. Si mantengono così nell'attuale, in una convergenza ininterrotta del passato col presente. “Poiché se esiste un'incapacità nei pazienti psicotici è proprio quella della possibilità di un'iscrizione del passato in un'esperienza temporale (...) Il ritorno ad una storia passata, reale o fantasticata è spesso impossibile per loro, sia perché questa è troppo eccitante, o troppo dolorosa e nei due casi traumatica, sia perché i fenomeni di rottura vengono a farvi ostacolo”, sostiene ancora la Abensour. Ed anche la temporalità è perennemente segnata dall'impossibilità della storicizzazione di sé. Quello con cui abbiamo a che fare non è una regressione del paziente psicotico nel senso di un ritorno a fasi e modi di funzionamento anteriori, ma piuttosto, “la paura e la tentazione di un'involuzione, di un'attrazione verso l'illimitato”. Si tratta allora di ricostituire delle difese ed una temporalità, e di far sì che si possa perdere quel contatto continuo, costante col proprio reale, con la propria pelle senza difesa, come se il derma psichico fosse esposto a qualsiasi minimo insulto dell'ambiente, interno ed esterno. La difesa principale che uno psicotico può mettere in opera è infatti quella di un tentativo di protezione dall'intrusione dell'altro. Per questo il compito dell'analista è così difficile: perché se cerca di “lavorare” con l'apparato psichico del paziente potrà essere avvertito come un estraneo che intrude nelle sue fragili difese. E non va meglio se si tiene sullo sfondo, perché sarà percepito come una replica di quell'assenza tanto insopportabile da essere sempre presente. Certo, non dobbiamo dimenticare che non si tratta solo di sofferenza, di dolore, o di emozioni insostenibili: il corpo psicotico prova piacere, come per i mistici, o per l'isterica, ed il sintomo psicotico potrebbe esser letto come una forma paradossale di godimento. Ed è vero che la sensorialità, ancor prima che il pensiero, gioca un ruolo decisivo nello sviluppo di una psicosi. Qui forse sta quell'aspetto, a prima vista paradossale, dell'attrazione del paziente psicotico verso il delirio, in quanto è una declinazione possibile del piacere, non fosse altro che il piacere di arginare il dispiacere. Non solo il delirio è un tentativo di guarigione, ma possiede un'attrattiva incomprensibile se ci si colloca al di fuori di esso, in quanto rappresenta pur sempre una soluzione all'insondabile. O un punto di arrivo nella ricerca di verità. Si è anche parlato, anche se da un punto di vista del tutto differente, della psicosi come un tentativo di adattamento del bambino futuro psicotico a delle condizioni ambientali insostenibili. Il concetto di “potenzialità psicotica” di Piera Aulagnier mi sembra molto utile a questo proposito, in quanto rappresenta la “soluzione” ad un conflitto incontrato nell'infanzia troppo intenso e precoce tanto da provocare un eccesso di sofferenza, che si manifesta in un'organizzazione della psiche che può anche non presentare sintomi evidenti, ma l'incistamento di un “pensiero delirante primario” non rimosso che si costruisce intorno ad un non-detto. Che tenta cioè di operare la ricostruzione di un frammento mancante nel discorso del “porta-parola”, che per consuetudine è la madre. (Qui la teoria sconta un limite, giustamente sottolineato, che si mostra nell'indicare il ruolo “psicotizzante” della madre o di chi ne svolge le funzioni, in una visione troppo semplificata della genesi della psicosi). Il frammento mancante è qualcosa che va riferito al divieto o all'obbligo di pensare qualcosa di sé. Il porta-parola, nell'idea della Aulagnier, non può che esercitare “normalmente” una “violenza primaria” laddove impone la propria interpretazione al dispiacere manifestato dal lattante, nominando la sua sofferenza (che è quanto si troverà a ri-fare l'analista, dando senso e nome ad esperienze indicibili). Ma, nel caso del futuro psicotico, imporrà anche una “violenza secondaria”, costringendo il

soggetto, a causa di un'omissione nel proprio discorso - omissione che potrà riguardare innanzi tutto la sua origine – a costruire un delirio, al limite di autogenerazione, per sopperire al vuoto della propria storicizzazione. Oltre alla potenzialità psicotica ed al pensiero delirante primario sarebbero possibili altre soluzioni: la morte, l'autismo infantile o la cancellazione, lo "sbiancamento" di tutto ciò che può essere sofferenza o conflitto; una mutilazione insomma dell'esperienza invece del delirio. Ma la cosa che credo più interessante della teorizzazione della Aulagnier è che l'incapacità del soggetto a funzionare secondo una logica non delirante non dipende da un deficit, quanto piuttosto da un eccesso, da un "di più" che rende necessario fare appello alla logica delirante. Il conflitto non è allora al livello del desiderio – come per Freud, per il quale il delirio rappresenta comunque il tentativo di riparare la rottura tra Io e realtà per mezzo dell'appagamento di desideri infantili – quanto piuttosto a livello della pensabilità. E qui la vicinanza con Bion è evidente. La psicosi sarebbe allora la conseguenza del fallimento dei tentativi del bambino di interporre tra sé e la realtà, causa dell'eccesso di sofferenza, il fantasma. Il soggetto sarebbe allora attratto verso l'originario, il cui fondo rappresentativo (il pittogramma) riemergerebbe così nella psicosi, mancando l'interposizione del primario. Il rapporto con il reale è allora troppo diretto, in un corpo a corpo che testimonia del fallimento del tentativo di resistere all'attrazione verso rappresentazioni originarie. Se non è possibile alcuna erotizzazione, alcun legame, l'unica soluzione può essere il disinvestimento, come nella "psicosi bianca" in cui il vuoto è l'espressione di attacchi ai processi di legame e la messa fuori campo di ogni possibilità rappresentativa. Il bisogno di storicizzazione allora, conseguenza del bisogno di causalità, fonda la realtà psichica: è attraverso un lavoro di storicizzazione che il soggetto può trasformare i frammentari "documenti" in proprio possesso sulla propria esistenza in un senso di sé, a partire da un Io identificato da un altro ad un Io identificante. In assenza, viceversa, di un fantasma che consenta la costruzione di una propria storia, si apre la via verso il vuoto, la psicosi senza delirio, o viceversa verso la creazione di una nuova realtà delirante. Queste idee, che ho cercato di riassumere ovviamente tradendone la complessità, mi sembrano indicare l'importanza non solo della realtà – come dicevo sopra, di fatto sempre più ambigua ed indecifrabile – come punto di riferimento fondamentale nella cura del paziente psicotico, e che farebbe la nostra disciplina troppo soggetta agli imperativi della cura intesa in senso psichiatrico, ma soprattutto del fantasma, inteso come il modo soggettivo di interpretazione e di adeguamento alla realtà stessa. È allora che la relazione con l'analista può essere un nuovo inizio, con un'apertura sull'originario non catturante, come un'esperienza creativa per mezzo di un pensiero che offra un passaggio tra il nulla del vuoto ed il tutto del delirio. Mi fermo qui, anche se molto altro ci sarebbe da dire, ma lo spazio preso mi sembra già tanto, ed il tempo alla sua conclusione. Vorrei però concludere ancora con un omaggio a Liliane Abensour, in quello che considero anche un omaggio al suo pensiero, con le ultime parole del suo libro: "bisogna essere intensamente psicoanalista per sapere non esserlo. Il pensiero psicoanalitico non è sempre per ognuno da ripensare?"

13 dicembre 2011

Risposta a Lombardi

Franco De Masi

A Lombardi, che ringrazio per il suo puntuale intervento sul mio contributo, vorrei dire che, a mio parere, spesso egli confonde le strutture arcaiche con le costruzioni psicotiche.

Per la distinzione tra primitivo e patologico rimanderei all'illuminante differenziazione fatta da Capier (Psychopathology of Primitive mental states. *Int. J. Psycho-anal.* Vol .9, p.3.,1998) il quale ci ricorda che quanto è primitivo è passibile di sviluppo, mentre ciò che è patologico non lo è.

Per quanto riguarda il principio del piacere, cui Lombardi si riferisce, non bisogna confondere il piacere sensoriale del bambino con una forma di piacere autodistruttivo per la mente che è tipico delle condizioni psicopatologiche gravi.

Così mi chiederei se lo stato narcisistico di cui parla Lombardi sia un «narcisismo di base» oppure un ritiro narcisistico che, dovuto a carenze ambientali, ha impedito un reale sviluppo emotivo. Fare questa differenziazione è fondamentale allo scopo di operare una distinzione di significato tra esperienze apparentemente identiche.

Sono d'accordo con Lombardi nel pensare che l'onnipotenza psicotica sia anche una difesa dall'impotenza e che un corretto atteggiamento terapeutico sia quello di sviluppare le competenze del paziente e non quello di analizzare e distruggere le difese. Personalmente sono convinto che il delirio grandioso contiene anche parti ideali del Sé che devono essere riconosciute e salvate. Terrei presente, invece, il fatto che le difese psicotiche non sono solo difese ma sono costruzioni che tendono a invalidare in modo anche irreversibile le parti sane della personalità. Per questo il lavoro terapeutico deve essere indirizzato al riconoscimento dell'azione e dello scopo delle strutture psicotiche che confondono (attirano, terrorizzano) il paziente, come ho cercato di mostrare nel caso clinico.

Non sono d'accordo con Lombardi sul "significato organizzativo", come lui si esprime, del sogno della paziente. E' vero che Bion ha sottolineato la funzione organizzativa del sognare ma ha anche detto che i pazienti psicotici sono incapaci di sognare. Per Bion (come mostra la griglia) i «sogni» psicotici non sono sogni, corrispondono a fatti concreti, allucinazioni o deliri. Paola Capozzi ed io abbiamo studiato la natura del sogno psicotico, cui abbiamo dedicato un articolo comparso sull'*International (Int. J. Psycho-anal.* Vol. 82, 932-52, 2001) e dove abbiamo descritto la natura rivelatrice di alcuni sogni che mostrano la parte psicotica all'opera.

Nel sogno vedo l'attrazione della paziente verso la psicosi proprio perché compare Marco che è il protagonista del delirio e che nel sogno la seduce colpevolizzandola e ottenendo di rimanerle accanto. Anch'io di solito prendo per buono quello che mi dice il paziente salvo il caso in cui, come questo (e per questo ho riportato il materiale), il paziente è sedotto dal funzionamento psicotico e prende per buono quanto è invece negativo per la sua mente. Un po' come il drogato che ti dice che la «roba» è buona e semmai te ne offre una dose in seduta. D'altra parte il significato del sogno diventa palese «a posteriori» quando il comportamento della paziente vira, come è avvenuto nel caso di Agnese, i cui genitori hanno dovuto richiedere l'intervento dello psichiatra per

evitare un nuovo ricovero dopo il “sogno”. A mio avviso Lombardi interpreta il materiale in termini troppo simbolici (il mare come mare emozionale etc. come si è soliti fare nel caso di un paziente nevrotico). Io penso invece al collegamento che la paziente fa allo stato di eccitamento maniacale che il sogno preannuncia per le vacanze e seguirei di più le associazioni della paziente, e non le mie.

Il mio approccio mi pare pertanto specifico per la comprensione e il contenimento della psicosi e non aspecifico come quello di Lombardi. Non credo, pertanto, che Mario possa essere la possibile rappresentazione di un legame amoroso. Sappiamo dall’anamnesi che Mario è un personaggio immaginario, un compagno di scuola delle medie totalmente scomparso dalla visuale della paziente. E’ una cosa sufficientemente nota che le ricadute nel delirio si presentano nella mente del paziente con le stesse caratteristiche, e spesso con gli stessi personaggi degli episodi precedenti.

Lombardi mi attribuisce propensioni dogmatiche ma trovo che lui stesso cada nel dogma, quando, a proposito della crema e del costume da bagno di Agnese, crede che questi riferimenti abbiano a che fare con «forme di organizzazione soggettiva», cioè al problema del corpo in statu nascendi. Anche Winnicott aveva pensato che la regressione psicotica (nel senso clinico del termine) rappresentasse un’occasione di rinascita del vero Sé. Ma forse questo può essere considerato, alla luce odierna, un contributo caduco del suo pensiero clinico.

Quanto all’accusa di una possibile «amputazione dell’io» che Lombardi vede nel mio approccio devo chiarire una cosa che forse non è risultata esplicita.

Quando nel mio lavoro clinico io descrivo al paziente l’operazione della parte psicotica che lo conquista con l’intimidazione e la seduzione (il piacere assoluto delle creme e del costume da bagno) io mi rivolgo alla sua parte sana con cui io cerco di essere in continuo contatto e che riceve sempre il mio riconoscimento intimo e convinto. Ma questa parte emotivamente intelligente del paziente, ahimé, non può svilupparsi se non si circonda, si contiene e si limita l’azione confondente della parte psicotica. E lui stesso deve apprendere a usare la sua mente in questa direzione.

Per non appesantire oltremodo i colleghi, pongo fine al mio ragionamento, ringraziando Lombardi per la chiarezza delle sue critiche che dovrebbero essere tali in tutti i dibattiti scientifici. Ho cercato di essere altrettanto chiaro ed esplicito con lui.

15 dicembre 2011

Intervento finale

Franco De Masi

Mi è stato chiesto da Francesco Carnaroli di fare un breve commento conclusivo, focalizzandomi in particolare sull’intervento iniziale di Riccardo Lombardi. Colgo quest’occasione per ringraziare in particolare Carnaroli per la tenacia e disponibilità con cui ha coordinato il dibattito e per esprimere la mia riconoscenza ai numerosi colleghi che sono intervenuti.

Dalla foltissima partecipazione si può dedurre che il tema è sentito e il lavoro con i pazienti psicotici è molto praticato dai colleghi della nostra società; purtroppo è poco teorizzato sui canali scientifici ufficiali tanto da rimanere quasi invisibile. Salvo pochissime eccezioni, come la giornata dedicata alla psicosi (che si svolge ogni due anni), non ci sono altri spazi nei Congressi Nazionali, né sono previsti momenti di incontro regolari e fecondi presso i nostri Centri (una lodevole prossima eccezione la dobbiamo al Centro Napoletano), e raramente compaiono su questo tema articoli sulla nostra Rivista.

La mancanza di uno spazio costante per il dibattito sulla psicosi nelle sedi tradizionali spiega il successo di partecipazione dell'iniziativa di Carnaroli e Giustino, ma ci fa anche capire che i vari interventi nel dibattito sono stati eterogenei tra di loro. La mia impressione è stata che molti di noi proponessero un modello per comprendere l'insieme dell'esperienza psicotica, complessa e multifforme, in cui il cammello della clinica passa attraverso la stretta cruna di un ago. Per questo credo che in futuro dovremo trovare le forme adatte per sviluppare un'elaborazione collettiva sulla psicosi di modo che, con continui confronti e riflessioni, si possa arrivare a una selezione dei modelli e delle ipotesi più robuste e idonee al lavoro clinico. Sono convinto, infatti, che la psicoanalisi potrà sopravvivere se la nostra pratica clinica sarà in grado di sviluppare uno spazio terapeutico e una competenza idonei per quei pazienti considerati tuttora marginali per l'interesse psicoanalitico.

Lombardi ci offre un elaborato iniziale molto denso e ricco di citazioni che mostra la sua cultura e la ricchezza delle sue letture. Trovo che il suo stile sia molto diverso dal mio. Io cerco di essere molto semplice con il rischio di apparire scarno o addirittura, a volte, schematico; ma la mia è una scelta obbligata per chiarire a me stesso, in primis, la natura del problema che cerco di esporre.

Lombardi dice (e sono d'accordo) che lo psicotico è molto sensibile e ricettivo al modo con cui noi cerchiamo di comprenderlo, e una delle risposte più comuni che riceviamo, quando siamo inesperti all'inizio della nostra pratica clinica, è di non sentirsi capito o addirittura di sentirsi trattato come un nevrotico.

La discontinuità dell'esperienza psicotica è, a mio parere, un punto centrale che ho cercato di sottolineare nella mia presentazione; sono fermamente convinto dell'importanza della discontinuità nell'approccio clinico, nel senso che nelle patologie gravi si riscontrano esperienze mentali che non sono presenti nello sviluppo primitivo.

Il bambino destinato a diventare psicotico già nei primi anni di vita crea stati mentali che non appartengono allo sviluppo normale. Uno di questi, e forse il più importante, è il ritiro, che equivale alla costruzione di una realtà concreta e sensoriale di un mondo parallelo. Quest'esperienza non ha niente in comune con la normale sensorialità infantile.

Già Melanie Klein aveva scritto frasi illuminanti su questo tema, come nel 1930:

«Prendiamo il caso dei bambini che hanno esclusivamente una vita in fantasia; in essi possiamo osservare perché è necessario che escludano completamente la realtà dai loro giochi per poter conservare il loro mondo di pura fantasia. Questi bambini sono incapaci di sopportare qualunque frustrazione perché questa li richiama alla realtà; analogamente non sono capaci di concentrarsi su un'occupazione che abbia a che fare con la realtà. »

Di qui il carattere «dissociato» dell'esperienza psicotica che è difficile da trattare e che richiede un enorme sforzo da parte del paziente e dell'analista perché si sviluppi quella realtà psichica ed emotiva che non è mai stata costruita internamente. Dobbiamo quindi rinunciare alle categorie tradizionali del nostro pensiero analitico per concentrarci sulle forme speciali, e a volte irriducibili, dell'esperienza psicotica. Capire, per esempio, perché, proprio a causa della sua discontinuità, l'esperienza psicotica costantemente ritorna minacciosa anche dopo anni di terapia e perché, al fine di difendersi da questo ritorno, il paziente deve limitare la sua capacità di pensiero e di esperienza e accontentarsi di ciò che in psichiatria veniva chiamata una volta «guarigione con difetto».

La differenza principale tra la mia impostazione e quella di Lombardi (e di altri colleghi intervenuti) consiste nel fatto che nella mia indagine parto proprio dal concetto di discontinuità (per il quale la psicosi non ha alcuna relazione con l'esperienza primitiva o originaria).

Sono invece d'accordo con Lombardi quando scrive che la crisi ha un grande impatto traumatico ed è in questo senso un fenomeno unico che non si riscontra in nessun'altra condizione psicopatologica. Nel capitolo ottavo del mio libro *Vulnerabilità alla psicosi* cerco di spiegare le ragioni di questo impatto traumatico riprendendo anche alcune considerazioni utili che ci vengono dalle scoperte neuroscientifiche.

Uno degli apporti originali di Lombardi alla psicosi riguarda il rapporto mente-corpo e la loro disconnessione. Personalmente non credo che questa sia la questione centrale o specifica della psicosi visto che si riscontra anche in altre forme di sofferenza mentale. La disconnessione mente-corpo, quando avviene, è, secondo la mia esperienza, una conseguenza del disturbo del pensiero. Il carattere principale della psicosi è un disturbo del pensiero che a sua volta è preceduto dalla disconnessione dall'emotività, ossia da quella complessa rete di percezioni individuali inconsapevoli per mezzo delle quali noi sentiamo di essere al mondo e di avere un significato personale.

Con questo mi fermo, augurandomi che il dibattito tra noi continui e che uno dei prossimi temi in rete sia, come proposto da alcuni, quello delle psicosi infantili.

15 dicembre 2011

Un intervento finale

Riccardo Lombardi

Giunti al termine di questa interessante esperienza vorrei ringraziare Carnaroli per la sua costante e generosa opera di coordinazione e per i suoi interessanti interventi, insieme a Giustino, che mi ha gentilmente invitato a partecipare a questo dibattito, De Masi e tutti coloro che hanno arricchito questo scambio con i loro contributi, nonché chi ha avuto la pazienza di seguirci in questo lungo ed articolato percorso.

Il bilancio di questo dibattito mostra il crescente interesse per la psicosi e i casi gravi che si muove nella nostra società. Mi sembra che l'aspetto più prezioso di questa esperienza risieda nelle testimonianze cliniche di un vasto numero di colleghi impegnati nel trattamento di pazienti difficili.

Nella psicosi il conflitto tra menzogna e verità è al suo apice, per cui quando questo tipo di paziente è in grado di funzionare mentalmente, la realtà viene svelata con una semplicità ed immediatezza senza pari: di conseguenza l'analista che è disposto a

tollerare le intemperie estreme dell'ansia psicotica può imparare molto dalla relazione con questi pazienti.

La pratica clinica si rivela più importante di qualsiasi insegnamento teorico, in linea con quanto proponeva Bion negli ultimi anni, quando, orientato ad espandere i confini della psicoanalisi, proponeva di imparare a leggere i pazienti, piuttosto che i libri. Sempre Bion (1987) nel suo ultimo lavoro paragonava l'opera dello psicoanalista a quello di una levatrice che aiuta l'analizzando a sviluppare pensiero e fiducia nelle proprie risorse generative interne. L'azione analitica diventa in quest'ottica indissociabile dalla tolleranza dell'incertezza e dell'ignoto. L'espandersi di una pratica clinica della psicosi farebbe sperare in un progressivo avvicinamento della nostra cultura psicoanalitica a livelli di funzionamento primitivo che meritano di essere esplorati nella loro specificità. Sono quindi più attratto dalla diffusione della clinica della psicosi, che non preoccupato della selezione dei modelli idonei a questo lavoro clinico, come propone De Masi, dal momento che trovo importante tenere aperta il più possibile l'esperienza clinica alla tolleranza dell'ignoto, piuttosto che cedere alla fascinazione della teoria. In una certa misura è vero che le teorie sono utili, ma questo accade solo se queste si caratterizzano per una flessibilità di azione, ovvero mantengono un margine di attuazione che è strenuamente affidato alla discrezionalità personale e ad una continua verifica clinica nel dialogo col paziente.

La prospettiva di De Masi sulla psicosi mi sembra interessante, ma connotata da alcune certezze che sembrano rendere poco flessibile la sua applicazione. Il suo intervento di replica al mio commentario sul saggio iniziale per il nostro dibattito ripropone le stesse risposte che ricevetti da lui dieci anni addietro in occasione di un dibattito dell'IJPA sul suo lavoro sui sogni psicotici (cfr. Werbart 2002, 559-560). Spero, comunque, sia stato utile per il dibattito vedere la diversità con cui è possibile approcciare lo stesso materiale: un dato che mi sembra interessante anche perché io e De Masi partiamo dalla stessa radice formativa posta sull'asse Freud-Klein-Bion. Ciò malgrado arriviamo a proporre, evidentemente anche attraverso contaminazioni differenti, stili di lavoro molto diversi.

Tutto sommato non è, forse, così indemandabile arrivare ad una convergenza di modelli, come hanno per esempio cercato di proporre con spirito costruttivo Carnaroli e, più recentemente, Rinaldi in una loro ipotesi di minimo comune denominatore, se è altresì vero che l'analista clinico può parimenti giovare della ricchezza che deriva da una chiara differenziazione di approcci, piuttosto che da una chimerica unificazione di prospettive diverse.

Sulla specificità dello stato psicotico esistono ampi margini di interpretazione, come emerge dalle differenze enunciate da De Masi e da me. Tenere l'ambito della psicosi in un ambito specifico come propone De Masi rischia – a mio modo di vedere – di far perdere di vista il senso generale dell'ipotesi psicoanalitica che affianca il funzionamento realistico di livello nevrotico e quello del livello psicotico in ogni individuo (Bion 1957). Basta una deprivazione sensoriale o una assenza prolungata di sonno per modificare gli equilibri interni tra le due aree e trasformare il più saggio degli individui in uno psicotico pericoloso. Al tempo stesso non va perso di vista che parlando di livelli primitivi non mi riferisco tout court alla esperienza infantile, che avrebbe senso in un'ottica ricostruttiva -che non utilizzo-, bensì ai livelli primitivi della esperienza attuale, ovvero livelli impregnati di concretezza e difficoltà di accesso al pensiero. Un focus sul funzionamento mentale, come quello da me utilizzato, va quindi

chiaramente distinto da altri vertici osservativi. Nel rispetto di questa distinzione nell'ambito del concetto di continuità/discontinuità, mi sembra che il funzionamento psicotico non ha nulla di specifico nella misura in cui rappresenta un invariante del funzionamento interno.

L'elemento 'specifico' della psicosi sembrerebbe semmai essere (piuttosto che la tendenza psicologica al ritiro come sostiene De Masi, citando la Klein) la base fisica del soggetto, per cui esistono specifici elementi costituzionali di vulnerabilità allo scompensamento psicotico: ed ogni analisi comporta la sfida del confronto con la peculiarità del singolo Oggetto Originario Concreto (Ferrari 1992), ovvero la specificità del singolo paziente come soggetto/oggetto etologico. La psicoanalisi deve allora riconoscere i limiti di competenza del mentale e dar posto al contributo della neurobiologia e psicofarmacologia per avvicinare il trattamento di questi analizzandi. La nostra competenza di psicoanalisti si arresta alle disposizioni mentali: il che comporta la necessità di un lavoro di equipe sulla psicosi, come pure l'accettazione che possono esistere limiti al cambiamento indotto con strumenti psicologici. E' altresì importante che il riconoscimento di questi limiti non comporti alcuna svalutazione del valore dell'intervento psicoanalitico, che è determinante per attivare una coscienza di sé, una capacità di pensiero e per stabilire un asse portante di connessione alla realtà e alle relazioni oggettuali.

L'esperienza di lavoro con il paziente psicotico è in grado di fornire all'analista una via di accesso ai livelli di profondità dove si organizza l'esperienza ed il pensiero. Lì dove la psicosi è abbastanza contenuta a livello sub-clinico, come accade nei cosiddetti borderline, l'ipotesi che colloca il funzionamento psicotico al centro della soggettività (Bion 1957) ha il merito di rilanciare l'aspetto eversivo che ha fatto della psicoanalisi una delle più grandi conquiste del secolo scorso. In un periodo di crisi della psicoanalisi come quello attuale una possibile ragione di indebolimento della forza di impatto della psicoanalisi mi sembra risiedere nella tendenza a trascurare il legame dell'elaborazione con i livelli interni più arcaici e disorganizzati. In questo senso il confronto con la dimensione sensoriale e corporea come *area non-mentale* fornisce un cemento unico per l'esercizio del pensiero, nella misura in cui il soggetto è confrontato con un marasma ed un ignoto che mette a dura prova certe sue attitudini irriducibili di controllo ed onniscienza: si tratta di una peculiare area di confine, di cui le più disparate correnti della psicoanalisi contemporanea hanno ancora una certa difficoltà a riconoscere la rilevanza clinica (vedi Lombardi 2004b con i commentaries di Bonaminio, Grotstein, J. Greenberg).

E' noto l'aneddoto che Freud, andando negli Stati Uniti per le cinque conferenze di Worchester, abbia detto: "Non sanno che portiamo loro la peste". Evidentemente Freud pensava la psicoanalisi indissociabile dalla "peste", così come considerava il funzionamento mentale indissociabile dal marasma dell'Es. Nella prospettiva freudiana la natura del pensiero è indissociabile dalle matrici catastrofiche da cui nasce: un punto che diviene ancora più centrale nelle prospettive moderne di Bion e Matte Blanco (Lombardi 2009b). La psicosi ed i livelli psicotici ci forniscono un'area di esperienza di natura generativa dove il pensiero si trova investito di una unica forza di impatto. Viceversa la psicoanalisi disgiunta dalla "peste" dei livelli psicotici è condannata a perdere la forza eversiva che ha caratterizzato i suoi esordi, e si condanna a divenire una psicologia descrittiva e sistematica che perde aderenza rispetto alle necessità del cambiamento, e quindi rispetto ai problemi reali del mondo interno, della gente e della realtà. Mi sembra allora di poter collocare il senso più attuale del confronto

con la psicosi che ha animato questo dibattito in questa prospettiva allargata che guarda al legame con le aree catastrofiche della personalità come determinante fonte di esperienza, organizzazione e crescita mentale.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2006). *PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico)*. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- AA.VV. (2010). *Può l'inconscio scomparire?*. Dibattito online dei soci S.P.I. aperto dall'1/4/2010 al 30/6/2010.
www.spiweb.it/IT/index.php?option=com_content&task=view&id=939&Itemid=239
- AA.VV. (2011). *Strutture Adattive Patogene*. Dibattito online dei soci S.P.I. aperto dall'1/3/2011 al 31/5/2011.
www.spiweb.it/IT/index.php?option=com_content&task=view&id=1428&Itemid=227
- ABENSOUR, L. (2008). *La tentation psychotique*. Paris, Presse Universitaire de France.
- ABENSOUR, L. (2010). Psychosis and Regression. *Int. J. Psychoanal.* 91:997-999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *DSM IV TR (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali)*. Masson, Milano, 2007.
- ANZIEU, D. (1975). *Il gruppo e l'inconscio*. Borla, Roma, 1979.
- ARIETI S. (1955). *Interpretation of Schizophrenia*. New York: Brunner.
- AULAGNIER, P. (1975). *La violenza dell'interpretazione*. Borla, Roma, 1994.
- AULAGNIER, P. (1985). Le retrait dans l'hallucination: un équivalent du retrait autistique? In Aulagnier, P. (1991). *Un interprète en quête de sens*, Paris, Payot.
- AULAGNIER, P. (1986). Le deux principes du fonctionnement identificatoire (permanence et changement). In Baranes J.J., Cahn R. et al. (a cura di), *Psychanalyse, adolescence et psychose*. Payot, Paris, 1986.
- BADIOU, A. (1988). *Essere ed Evento*. Il Melangolo, Genova, 1995.
- BADIOU, A. (1998). *Ontologia transitoria*. Mimesis, Milano, 2007.
- BALLERINI, A. (1999). Esiste una specificità del delirio schizofrenico?, in (a cura di) Rossi Monti, M., Stanghellini, G., *Psicopatologia della schizofrenia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BARADON, T. (2007). *La psicoterapia genitore-bambino*. Astrolabio, Roma.
- BARALE, F. & UCELLI, S. (1989). Il vaso di Pandora: riflessioni sull'esperienza psicotica acuta. In De Martis D., Barale F., Caverzasi E. (a cura di) (1989). *La crisi psicotica acuta*. Borla, Roma.
- BENEDETTI, G. (1980). *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Einaudi, Torino.
- BENEDETTI, G. (1991). *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- BERNARDI, R. (2002). The Need for True Controversies in Psychoanalysis: The Debates on Melanie Klein and Jacques Lacan in the Río de la Plata. *International Journal of Psycho-Analysis*, 83: (4) 851-873. Trad.it. in Ferro A. & al. (a cura di) (2004). *Psicoanalisi e pluralismo delle lingue*. Bollati Boringhieri, Torino.
- BINSWANGER, L. (1965). *Delirio*. Marsilio, Venezia, 1990.
- BION, W.R. (1950). Il gemello immaginario. In Bion, W.R. (1967).
- BION, W.R. (1957). Criteri differenziali tra personalità psicotica e non psicotica. In Bion, W.R. (1967).
- BION, W.R. (1958). L'Allucinazione. In Bion, W.R. (1967).
- BION, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1972.
- BION, W.R. (1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Armando, Roma, 1973.
- BION, W.R. (1965). *Trasformazioni*. Armando, Roma, 1973.
- BION, W.R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico (Second Thoughts)*. Armando, Roma, 1970.
- BION, W.R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Armando, Roma, 1973.

- BION, W.R. (1976). *Lecture brasiliane*. Volume primo. Guaraldi, Firenze, 1976.
- BION, W.R. (1987). Arrangiarsi alla meno peggio. In *Seminari Clinici*. Milano, Cortina, 1989.
- BION, W.R. (1992). *Cogitations. Pensieri*. Armando, Roma 1996.
- BION TALAMO, P. (2011). *Mappe per l'esplorazione psicoanalitica*. Borla, Roma.
- BIRRAUX, A. (1990). *L'adolescente e il suo corpo*. Borla, Roma, 1993.
- BLANKENBURG, W. (1971). *La perdita dell'evidenza naturale*. Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- BLECHNER, M. (1995). Schizophrenia. In: *Handbook of Interpersonal Psychoanalysis*, ed. M. Lionells, J. Fiscalini, C. Mann, & D. Stern. Hillsdale, NJ: Analytic Press, pp. 375–396.
- BLEGER, J. (1967). *Simbiosi e Ambiguità*. Studio Psicoanalitico. Libreria Editrice Lauretana, Loreto 1992.
- BLEULER, E. (1911). *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.
- BOLOGNINI, S. (2004). Intrapsychic-Interpsychic. *International Journal of Psycho-Analysis* 85: (2) 337-358. Trad.it. "Intrapsichico-Interpsichico", *Setting*, 17/2004.
- BONAPARTE, M. (1940). Time and the unconscious. *Int. J. Psychoanal.* 21:427–468.
- BORDI, S. Trauma ed abusi infantili: teorie della dissociazione e teorie della rimozione. www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/bordi98.htm
- BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (THE) (2010). *Change in Psychotherapy – A unifying paradigm*. New York, Norton.
- BOWEN, M. (1980) *Dalla famiglia all'individuo*. Roma, Astrolabio Ubaldini.
- BRIA, P. & LOMBARDI, R. (2008). The Logic of Turmoil: Some epistemological and clinical considerations on emotional experience and the infinite. *Int J Psychoanal.* 89: 709-26.
- CAHN R. (1986). L'inquiétant étranger. In Baranes J.J., Cahn R. et al. (a cura di), *Psychanalyse, adolescence et psychose*. Payot, Paris, 1986.
- CAHN, R. (1991). *Adolescenza e follia*. Borla, Roma, 1994.
- CAPER, R. (1998). Psychopathology and Primitive Mental States. *International Journal of Psycho-Analysis*. 79: 539-551
- CAPOZZI, P., DE MASI, F. (2001). The Meaning of Dreams in the Psychotic STATE. Theoretical Considerations and Clinical Applications. *Int. J. Psycho-Anal.*, 82:933-952.
- CARGNELLO, D. (1966). *Alterità e alienità*. Feltrinelli, Milano.
- CARGNELLO, D. (a cura di) (1967). *Antropologia e Psicopatologia*. Bompiani, Milano.
- CARGNELUTTI, E., CIOCCA, A., COLANTONI, M.L., DEL GRECO, E., LOMBARDI, R., NATALI, P. (2002). L'esplorazione della relazione corpo-mente nella situazione analitica. *Rivista di Psicoanalisi*, 48: 963-980.
- CIORAN, E. (1971). *Le crépuscule des pensées*. Paris, L'Herne.
- CIVITARESE, G. (2011). L'in/conscio come funzione psicoanalitica della personalità, *Riv. Psicoanal.*, LVII, 2, pp. 401-405.
- CONFORTO, C. PEZZONI F. (1989). Simbolo e Schizofrenia, in C. Conforto (a cura) *Il giudice Schreber e altre storie*, Piccin, Padova.
- CONFORTO, C. & FRANGINI G. (1997), "Setting e pazienti gravi: le regole del gioco" in: A. Correale, L. Rinaldi (a cura) *Quale psicoanalisi per le psicosi?*. Raffaello Cortina, Milano.
- CONROTTO, F. (1997). E' ancora possibile la Metapsicologia?
www.sicap.it/merciai/bion/papers/conro.htm
- CONROTTO, F. (2003). Corpo e psicoanalisi. Lettura introduttiva a Tononi, Ferrari e

- M'Uzan. *Psiche*, 1.
- COOPER D. (1971). *La morte della famiglia*. Einaudi, Torino, 1972.
- CORREALE, A. & RINALDI, L. (a cura) (1997). *Quale psicoanalisi per le psicosi?*. Raffaello Cortina, Milano.
- CORREALE A. (1997). Quale psicoanalisi per le psicosi? In Correale A. & Rinaldi L. (1997). *Quale psicoanalisi per le psicosi?* Raffaello Cortina, Milano.
- CORREALE A. & al. (2001). *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*. Borla, Roma.
- CORREALE A. (2003). Emergenze psichiatriche e psicoanalisi. In Rinaldi L. (a cura di) (2003). *Stati caotici della mente*. Raffaello Cortina, Milano.
- DAMASIO, A. (1994). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano, 1995.
- DAMASIO, A. (1999). *Emozione e coscienza*. Adelphi, Milano, 2000.
- DANON-BOILEAU, L. (2002). *Des enfants sans langage*. O. Jacob, Paris.
- DANON-BOILEAU, L. (2010). *L'enfant qui ne disait rien*. O. Jacob, Paris.
- DELEUZE, G. (1981). *Spinoza. Filosofia pratica*. Milano: Guerrini e Associati, 1991.
- DELEUZE, G. (2007). *Cosa può un corpo? Lezioni su Spinoza*. Ombre corte, Verona.
- DEL GRECO, E. (1996). Problemi dell'esperienza analitica nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza. *Richard e Piggie*, 4: 201-214.
- DEL GRECO, E. (2000). La conquista del tempo: un passaggio all'adolescenza. *Richard e Piggie*, 8: 331-334.
- DELION, P. *Il bambino a rischio autistico*, Pendragon, Bologna, 2004.
- DE MARTIS D., BARALE F., CAVERZASI E. (a cura di) (1989). *La crisi psicotica acuta*. Borla, Roma.
- DE MASI, F. (1996), Strategie psichiche verso l'autoannientamento. *Rivista di Psicoanalisi*, 44, pp. 549-566.
- DE MASI, F. (2000). The Unconscious and Psychosis: Some Considerations on the Psychoanalytic Theory of Psychosis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81:1-20.
- DE MASI, F. (2006). *Vulnerabilità alla psicosi*. Raffaello Cortina, Milano.
- DE MASI, F. (2008). L'importanza della storia infantile nella clinica e nella terapia. Trauma emotivo e sviluppo psicopatologico. Lavoro presentato al Centro Milanese di Psicoanalisi, 20 novembre, Milano.
- DE MASI, F. (2010). L'inconscio: Prospettive comparative nel lavoro clinico con i pazienti gravi. Seminario del 28 ottobre 2010 al Centro Milanese di Psicoanalisi. www.spiweb.it/IT/index.php?option=com_content&task=view&id=1081&Itemid=190
- EAGLEMAN, D. (2011). *Incognito: The secret Lives of the Brain*. New York, Pantheon.
- EKSTEIN, R. & CARUTH, E. (1969). Levels of verbal communication in the schizophrenic child's struggle against, for and with the world of object. *Psychoanal Study Child*, 24: 115-37.
- EMDE R. (1988). Development terminable and interminable. Part 1. *Int. J. Psycho-Anal.* Vol. 69. Trad. it. "Gli affetti nello sviluppo del sé infantile", in Ammaniti M. & Dazzi N. (a cura di) (1990). *Affetti. Natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*. Laterza, Roma-Bari.
- EMDE R. (1989). L'esperienza relazionale nel bambino piccolo: aspetti evolutivi e affettivi. In Sameroff A. J. & Emde R. N. (1989) (a cura di). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- EY, E. (1953). *Etudes psychiatriques*. V. III, Et.21, Masson, Paris.
- FEDERN, P. (1952). *Psicosi e Psicologia dell'Io*. Torino, Boringhieri, 1976.
- FEINSILVER, D. B. (a cura di) (1986). *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*. Raffaello Cortina, Milano, 1990.

- FERENCZI, S. (1921). Osservazioni psicoanalitiche sul tic. In Ferenczi S., *Opere*. Vol.3 1919-1926. Raffaello Cortina, Milano, 1992.
- FERRARA MORI, G. (a cura di) (2008). *Un tempo per la maternità interiore*. Borla, Roma.
- FERRARI, A.B. (1992). *L'eclissi del corpo*. Borla, Roma.
- FERRARI, A.B. (1994). *Adolescenza. La seconda sfida*. Roma, Borla.
- FERRARI, A.B. & STELLA, A. (1998). *L'alba del pensiero*. Borla, Roma.
- FERRARI, A.B. & LOMBARDI, R. (1998). Il corpo dell'Inconscio *MicroMega*, 3, 197-208.
- FERRO A. & VENDER S. (2010). *La terra di nessuno fra psichiatria e psicoterapia. Terapia bipersonale nella clinica psichiatrica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- FRAIBERG S., ADELSON E., SHAPIRO V. (1987). I fantasmi nella stanza dei bambini. In Fraiberg, S. (1999). *Il sostegno allo sviluppo*. Raffaello Cortina, Milano.
- FREEMAN, W. (1999). *Come pensa il cervello*. Torino, Einaudi, 2000.
- FREUD, S. (1887-1904). *Lettere a Wilhelm Fliess*. Boringhieri, Torino 1986.
- FREUD, S. (1894). Le neuropsicosi da difesa. OSF, 2, Boringhieri, Torino.
- FREUD, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. OSF 3
- FREUD, S. (1910). *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente. (Caso clinico del Presidente Schreber)*, OSF, 6.
- FREUD, S. (1911). Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico. OSF, 6.
- FREUD, S. (1912). Dinamica della traslazione. OSF, 6.
- FREUD, S. (1914a). *Introduzione al narcisismo*. OSF, 7.
- FREUD, S. (1914b). Dalla storia di una nevrosi infantile. (Caso clinico dell'uomo dei lupi). OSF, 7.
- FREUD, S. (1915). L'inconscio. O.S.F., 8.
- FREUD, S. (1915). *Metapsicologia*. OSF, 8
- FREUD, S. (1923). Nevrosi e psicosi. OSF, 9
- FREUD, S. (1924). La perdita della realtà nelle nevrosi e nelle psicosi. OSF, 10.
- FREUD, S. (1929). *Il disagio della civiltà*. OSF, 10.
- FREUD, S. (1938). *Compendio*. O.S.F. XI, 584-585.
- FROMM REICHMANN, F. (1959). *Psicoanalisi e psicoterapia*. Feltrinelli, Milano, 1964.
- GADAMER, H. (1960). *Verità e metodo*. Bompiani, Milano, 1983.
- GARCIA BADARACCO, J. (1983). Reflexiones sobre sueno y psicosis a la luz de la experiencia clinica. In *Revista de Psicoanalisis*, XL, 4, pp. 693-709. Trad.it. "Riflessioni su sogno e psicosi alla luce dell'esperienza clinica". *Interazioni*, 1994,1.
- GARCIA BADARACCO, J. (1986). Identification and its Vicissitudes in the Psychoses. The importance of the Concept of the of the "Maddening Object", *Intern.J.Psycho-Anal.*, 67.
- GIUSTINO, G. (2009). Memory in Dreams. *Int. J. Psycho-Anal.*, 90:1057-1073.
- GLEICK, J. (2011). *The information*. New York, Pantheon Books.
- GOLSE B., DELION P. (sous la direction de) (2005). *Autisme: états des lieux et horizons*. èrès, Ramonville Saint-Agne.
- GREEN, A. (1973). *La psicosi bianca*. Borla, Roma, 1992.
- GREEN, A. (1983). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Borla, Roma, 1985.
- GREEN, A. (1990). *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Raffaello Cortina, Milano, 1991.
- GROTSTEIN, J. (1991), « Néant, non-sens, chaos, et le 'trou noir' ». *Rev. franc. Psychanal.*, 4.

- GROTSTEIN, J. (2001). A rationale for the psychoanalytically informed psychotherapy of schizophrenia and other psychoses: towards the concepts of 'rehabilitative psychoanalysis'. In: Williams, P (ed) *A Language for Psychosis*. Whurr Publishers, London & Philadelphia.
- GROTSTEIN, J. (2007). *Un raggio di intensa oscurità*. Raffaello Cortina, Milano, 2010.
- GUTTON, P. (2000). *Psicoterapia e adolescenza*. Borla, Roma, 2002.
- HAAG, G. (2011). Contributo della clinica psicoanalitica dell'autismo alla conoscenza della strutturazione dell'Io corporeo - Creazione dello strumento EPCA utilizzato nella ricerca. *Convegno Internazionale 'Disturbi dello spettro autistico. Psicoterapia Psicoanalitica e la Rete di Ricerca Internazionale INSERM'*. Roma, 2 aprile 2011.
- JASPERS, K. (1913-1959). *Psicopatologia Generale*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1964.
- KAES, R. (2002). *La polifonia del sogno*. Roma, Borla, 2004.
- KANT, E. (1781). *Critica della ragion pura*. Laterza, Bari.
- KATAN, M. (1954). The Importance of the Non-Psychotic Part of the Personality in Schizophrenia. *Int. J. Psycho-Anal.*, 35:119-128.
- KERNBERG, O. (2008). The destruction of time in pathological narcissism. *Int. J. Psychoanal* 89, 299-312.
- KILLINGMO, B. (1989). Conflict and Deficit: Implications for Technique. *Int. J. Psycho-Anal.*, 70:65-79.
- KLEIN, M. (1930). La psicoterapia delle psicosi. In Klein, M. *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978.
- KLEIN, M. (1935). Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. In KLEIN, M. (1921-1958). *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978.
- KLEIN, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In KLEIN, M. (1921-1958). *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978.
- KLEIN, M. (1955). Sull'identificazione. In Klein, M., Heimann, P. & Money-Kyrle R. (a cura di) (1955). *Nuove vie della psicoanalisi*. Il Saggiatore, Milano, 1966.
- LACAN, J. (1946). Discorso sulla causalità psichica. In Lacan, J. (1966). *Scritti*. Vol. 1, Einaudi, Torino, 1974.
- LACAN, J. (1954). La topica dell'immaginario. In Lacan, J. (1953-1954) (1975). *Il seminario. Libro I. Gli scritti tecnici di Freud*. Torino. Einaudi. 1978.
- LACAN, J. (1956). Una questione preliminare a ogni possibile trattamento della psicosi. In Lacan, J. (1966). *Scritti*. Vol. 2, Einaudi, Torino, 1974.
- LACAN, J. (1955-1956) (1981). *Il seminario. Libro III. Le psicosi*. Einaudi, Torino, 1985.
- LACAN, J. (1959-1960) (1986). *Il seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi*. Einaudi, Torino, 1994.
- LACAN, J. (1972-1973) (1975). *Il seminario. Libro XX. Ancora*. Torino. Einaudi. 2011.
- LACAN, J. (1975-1976) (2005). *Il seminario. Libro XXIII. Il sinthomo*. Roma, Astrolabio-Ubaldini, 2006.
- LADAME, F. & PERRET-CATIPOVIC, M. (1998). L'adolescenza. La posta in gioco dello sviluppo e le difficoltà di valutazione. In Ladame F., Perret-Catipovic M., *Gioco, fantasmi e realtà*. Franco Angeli, Milano, 2000, pp.56-70.
- LAING, R. (1959). *L'io diviso*. Einaudi, Torino, 1969.
- LAPLANCHE, J. (2004). Three meanings of the word "unconscious" in the framework of the General Theory of Seduction. In Calich J.C. e Hinz H. (a cura di). *The Unconscious*. London. International Psychoanalytical Association. 2007.

- LAUFER, M. & LAUFER, E. (1984). *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Bollati Boringhieri, Torino, 1986.
- LEVI, G., BERNABEI P., FROLLI A., GRITTANI S., MAZZONCINI B., MILITERNI R., NARDOCCI F. (2005). Linee Guida per l'autismo. Raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di Neuropsichiatria dell'Età evolutiva. *Giorn. Neuropsich. Età Evol.*, 25, aprile 2005, Suppl. N.1.
- LOMBARDI, R. (1985). Lutto e psicosi. In De Risio, S.; Ferro, F.M.; Orlandelli H. (a cura di), *La psicosi e la maschera*. Roma, IES Mercuri.
- LOMBARDI, R. (1987). Funzione di guida dell'analizzando nel trattamento psicoanalitico delle psicosi. *Neurologia Psichiatria Scienze umane*, VII, 1, 1-14.
- LOMBARDI, R. (1992). Corpo e Psicosi. In Ferrari, A. *L'eclissi del corpo*. Roma, Borla.
- LOMBARDI, R. (2000a). Corpo, affetti, pensiero: riflessioni su alcune ipotesi di I. Matte Blanco e A.B. Ferrari. *Rivista Psicoanal* 46:683-706. [Nuova versione ampliata in *Psychoanal Q* 78:126-60, 2009.]
- LOMBARDI, R. (2000b). Il sogno e la rete di contatto corpo-mente. In Bolognini, S (a cura di) *Il sogno cent'anni dopo*. Torino, Boringhieri.
- LOMBARDI, R. (2002a). Primitive mental states and the body. A personal view of A. B. Ferrari's Concrete Original Object. *Int. J. Psychoanal.* 83: 363-82.
- LOMBARDI, R. (2003a). Mental models and language registers in the psychoanalysis of psychosis. An overview of a thirteen-year analysis. *Int. J. Psychoanal.*, 84:843-863.
- LOMBARDI, R. (2003b). Knowledge and experience of time in primitive mental states. *Int. J. Psychoanal.*, 84:1531-1549.
- LOMBARDI, R. (2003c). Catalyzing the dialogue between body and mind in a psychotic analysand. *Psychoanal. Q.*, 72:1017-1041.
- LOMBARDI, R. (2004a). Modelli mentali e registri di linguaggio nella psicoanalisi della psicosi. *Rivista Psicoanal.*, 50:993-1026.
- LOMBARDI, R. (2004b). Three psychoanalytic sessions. Commentaries by V. Bonaminio, J. Greenberg, J. Grotstein and Response. *Psychoanal. Q.* 73:773-814.
- LOMBARDI, R. (2005a). On the psychoanalytic treatment of a psychotic breakdown. *Psychoanal. Q.*, 74:1069- 1099.
- LOMBARDI, R. (2005b). Setting e Temporalità. In: Giuseppe Berti Ceroni (a cura di) *Come cura la psicoanalisi?* Milano, Franco Angeli.
- LOMBARDI, R. (2006). Catalizzando il dialogo tra il corpo e la mente in un analizzando psicotico. *Rivista Psicoanal.*, 52:743-765.
- LOMBARDI, R. (2007a). Sull'essere: dispiegamento della simmetrizzazione vita-morte. In Ginzburg, A. & Lombardi, R. (a cura di) *L'emozione come esperienza infinita*. Milano, Angeli.
- LOMBARDI, R. (2007b). Shame in relation to the body, sex and death: a clinical exploration of the psychotic levels of shame. *Psychoanalytic Dialogues*, 17 (3): 1-15.
- LOMBARDI, R. (2008). The body in the analytic session: focusing on the body-mind link. *Int. J. Psychoanal.*, 89: 89-110.
- LOMBARDI, R. (2009a). Through the eye of the needle: the unfolding of the unconscious body. *Journal Am Psychoanal Assn*, 57: 61-94.
- LOMBARDI, R. (2009b). Symmetric Frenzy and Catastrophic Change: A consideration of Primitive Mental States in the wake of Bion and Matte Blanco. *Int J Psychoanal.* 90: 529-549.
- LOMBARDI, R. (2009c). On the psychoanalytic working-through with a psychotic patient at the crossroad of Death, Time and Life. Letto a IPA Conference, Panel 'Psychosis and regression', Chair L. Abensour, Discussioni di D. Rosenfeld e A.Silver, Chicago, 30 luglio. Cfr. Abensour 2010.

- LOMBARDI, R. (2010a). Flexibility of the Psychoanalytic Approach in the Treatment of a Suicidal Patient: Stubborn Silences as “Playing Dead”. *Psychoanalytic Dialogues*, 20:269-284.
- LOMBARDI, R. (2010b). The Body Emerging from the “Neverland” of Nothingness. *Psychoanal Q.*, 79:879-909.
- LOMBARDI, R. (2011a). Body, Feelings and the Unheard Music of the Senses. *Contemp. Psychoanal.* 47:3-24.
- LOMBARDI, R. (2011b). Identité et mise à mort dans la psychose. *Psychanalyse et Psychose*.
- LOMBARDI, R. & POLA, M. (2010). Body, adolescence and psychosis. *Int J Psychoanal* 91:1419-1444.
- MAESTRO, S. (2011) “Cerco asilo”: un ambiente terapeutico a sostegno della prima infanzia e della genitorialità a rischio. Bologna, Centro Psicoanalitico G. Carloni, 3 aprile 2011.
- MAHLER M., PINE F. & BERGMAN A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Boringhieri, Torino, 1978.
- MANICA, M. (1999). *Guardare nell'ombra*. Borla, Roma.
- MANICA, M. (2007). *La musica della psicoanalisi*. Borla, Roma.
- MANICA, M. (2010). *Fare psicoanalisi, vivere la clinica, sognare la teoria*. Borla, Roma.
- MANZANO J., PALACIO ESPASA F., ZILKHA N. (1999). *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino*. Raffaello Cortina, Milano.
- MARTINI, G. (1998). *Ermeneutica e Narrazione. Un percorso tra Psichiatria e Psicoanalisi*. Bollati Boringhieri, Torino.
- MARTINI, G. (2005). *La sfida dell'irrepresentabile. La prospettiva ermeneutica nella psicoanalisi clinica*. Franco Angeli, Milano.
- MARTINI, G. (2011). *La psicosi e la rappresentazione*. Borla, Roma, 2011.
- MASTELLA, M. (1997). Maternità e paternità preoccupanti. *Psiche*, V, 1, 51-64.
- MASTELLA M., RUGGIERO I. (1999). L'intervento ‘combinato’ con adolescenti e genitori nelle crisi adolescenziali. *Interazioni*, 1, 13, 34-54.
- MASTELLA M., RUGGIERO I. (1999). Il lavoro psicologico con i genitori di bambini e adolescenti in difficoltà. In Trombini E. (a cura di) *Genitori e figli in consultazione*. Edizione QuattroVenti, Urbino.
- MASTELLA M., RUGGIERO I. (2000). Costituzione, tenuta ed evoluzione di una coppia di analisti impegnati nel lavoro ‘combinato’ con figli e genitori. Congresso Internazionale “Quale psicoanalisi per la coppia e la famiglia?”. Napoli, 1-3/12/2000. Poi in: Nicolò A. M. (a cura di) (2005) *Quale psicoanalisi per la famiglia?* F. Angeli, Milano.
- MASTELLA M., RUGGIERO I., CORDERO DI MONTEZEMOLO A. (2002). Diventare genitori e nascere psicologicamente quattro anni dopo. Letto al III° Incontro Italo-Argentino, Bologna, 2-3/02/2002.
- MASTELLA, M. (2003). Presentazione di due sedute di psicoanalisi infantile per un lavoro di gruppo. *The Second New Style European Psychoanalytical Federation Annual Conference*, Sorrento, 24-27 April 2003.
- MASTELLA, M. (2004). L'enfant qui venait du froid. *Psychanalyse d'un enfant psychotique*. Paris, S.E.P.E.A., 13 September 2004.
- MASTELLA, M. (2005). Psicoanalisi di un bambino psicotico. Seminari Multipli Infanzia-Adolescenza, Bologna, 21/05/2005).
- MASTELLA, M. (2008). Presentazione di due sedute di psicoanalisi infantile per un lavoro di gruppo. Congresso FEP, Vienna.

- MASTELLA M., VALENTINI P., BAIAMONTE C., MASTELLA F. (2010) Un'esperienza di consulenza psicologica presso un'istituzione scolastica. *Richard e Piggle*, 2, 154-171.
- MATTE BLANCO, I. (1975). *Inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla bi-logica*. Einaudi, Torino, 1981.
- MATTE BLANCO, I. (1988). *Pensare, sentire, essere*. Einaudi, Torino, 1995.
- MELTZER, D. (1967). *Il processo psicoanalitico*. Armando, Roma 1971.
- MELTZER, D. (1983). Aux frontières des rêves et hallucinations. *Revue Belge de Psychoanalyse*.
- MELTZER, D. (1986), Bugia e allucinazione. *Quaderni di Psicoterapia infantile*, Borla, Roma.
- MELTZER, D. (1992). *Claustrum*. Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- MICHELS, R. (2003). 'The relationship between Psychoanalysis and Schizophrenia' by Richard Lucas: A Commentary. *International Journal of Psycho-Analysis*, 84: (1) 9-12.
- MIJOLLA MELLOR, S. DE (1998). *Pensare la psicosi*. Roma, Borla, 2001.
- MILNER, M. (1969). *Le mani del dio vivente*. Armando, Roma, 1974.
- MINKOWSKI, E. (1923). Studio psicologico e analisi fenomenologica di un caso melanconia schizofrenica. In Cargnello D. (a cura di) (1967). *Antropologia e Psicopatologia*. Bompiani, Milano.
- MINKOWSKI, E. (1927). *La schizofrenia*. Einaudi, Torino, 1998.
- MONTALE, E. (1956). *Bufera ed altro*. Milano, Mondadori.
- NAPOLITANO, F. (2011). Clinica della teoria: economia, dinamica e struttura. Contro l'ecumenismo in psicoanalisi. In Musella R. (a cura di) (2011). *Il principe e la strega. Corpo e identità in psicoanalisi*. Franco Angeli, Milano.
- NICASI, S. (2009). *Difesa e psicosi. Studio su Freud*. Giovanni Fioriti, Roma.
- NICOLÒ, A.M. (2000). La famiglia e la psicosi. Un punto di vista psicoanalitico sulle patologie transpersonali. In: Nicolò A.M., Trapanese G. (a cura di) (2005). *Quale psicoanalisi per la famiglia?* Milano, Franco Angeli, 2005.
- NICOLÒ, A.M. (2006). The Family and Psychosis: Transpersonal Pathologies. In: Scharff J.S, Scharff D.E. (eds). *New Paradigms for Treating Relationships*. Lanham: Jason Aronson, pp. 63-76.
- NICOLÒ, A.M. (2009). Descompensacion psicotica en la Adolescencia. *Psicopatologia y salud mental*, n.13 abril 2009
- NICOLÒ, A.M. (2010). Esordi: come sopravvivere ad un funzionamento traumatico. In Centro di Psicoanalisi Romano (a cura di) (2010). *Il soggetto nei contesti traumatici*. Franco Angeli, Milano.
- NICOLÒ, A.M.. Eglé Laufer , "Interruzione dello sviluppo in adolescenza". www.spiweb.it/IT/index.php?option=com_content&task=view&id=1175&Itemid=219
- NICOLÒ, A.M. & ZAVATTINI G.C. (1992). *L'adolescente e il suo mondo relazionale*. Carocci, Roma, 1992.
- NICOLÒ, A.M. & BALLARÈ, L. (2005). I legami patologici transpersonali e il breakdown dell'adolescente. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, n. 51: *Luoghi istituzionali e adolescenza*. Borla, Roma.
- NIEMI, T., LOMBARDI, R. (2008). Run or Die: Bi-Logical Phenomena at the Body-Mind Border. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 31:95-104.
- NOWAK, M. (2011). *SuperCooperators: Altruism, Evolution, and Why We Need Each Other to Succeed*. New York, Free Press.
- OGDEN, T.H. (1989). *Il limite primigenio dell'esperienza*. Astrolabio, Roma, 1992.
- O'SHAUGHNESSY, E. (1981). A Clinical Study of a Defensive Organization. *International Journal of Psycho-Analysis*, 62: 359-369. Poi in Bott Spillius, E.

- (1988). *Melanie Klein e il suo impatto sulla psicoanalisi oggi*. Vol. 1. Astrolabio, Roma, 1995.
- PAO, P.-N. (1979). *Disturbi schizofrenici*. Raffaello Cortina, Milano, 1984.
- PEIRCE C. S. (1931-1935). *Opere*. Bompiani, Milano, 2003.
- PEREGRINI, C. & CASSARDO, C. (2010). Inconscio e Corpo: un'unità disidentica? In Atti XV Congresso nazionale SPI "Esplorazioni sull'inconscio", Taormina, 23-24 maggio.
- PEREGRINI, C. (2011). L'ipocondria: un campo aperto. in Egidi Morpurgo V.; Civitarese G. (a cura di) *L'ipocondria e il dubbio*, Milano: Franco Angeli, 76-94.
- PRIGOGYNE, I. & STENGERS, I. (1988). *Tra il tempo e l'eternità*. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- RACAMIER, P. C. (1980). *Gli schizofrenici*. Raffaello Cortina, Milano, 1983.
- RACAMIER, P. C. (1985). Ambiguitè, Paradoxalitiè. Gruppo, *Revue de Psychoanalyse Groupale*, 1 (Special Congress Issue): 114-121
- RACAMIER, P. C. (1988). *Antedipo e i suoi destini*. Cerp, Trento, 1990.
- RACAMIER, P. C. (1992). *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*. Raffaello Cortina, Milano, 1993.
- RACAMIER, P. C. (1995). *Incesto e incestuale*. Franco Angeli, Milano, 2003.
- RAMACHANDRAN, V.S (2011). *The Tell-Tale Brain: Unlocking the Mystery of Human Nature*. London, Heinemann.
- RENIK, O. (2006). *Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti*. Raffaello Cortina, Milano, 2007.
- RESNIK, S. (1972). *Persona e psicosi*. Einaudi, Torino, 1976.
- RESNIK, S. (1986). *L'esperienza psicotica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- RESNIK, S. (a cura di) (1989). *Dialoghi sulla psicosi*. Bollati Boringhieri, Torino.
- RESNIK, S. (2003). L'uomo congelato. In Rinaldi L. (ed.), *Stati caotici della mente*, Cortina, Milano.
- RESNIK, S. (2008). *Ferite, cicatrici e memorie*. Borla, Roma 2009
- REY, H. & MAGAGNA, J. (Ed) (1994). *Universals of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states*. London, Free Association Books.
- RINALDI, L. (2003). *Stati caotici della mente. Psicosi, disturbi borderline, disturbi psicosomatici, dipendenze*. Raffaello Cortina, Milano.
- RIOLO, F. (1983). Sogno e teoria della conoscenza in psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 29: (3) 279-295.
- RIOLO, F. (2011). La sfida della rappresentabilità. Relazione introduttiva al dibattito spiweb *Può l'inconscio scomparire?*, dall'1/4/2010 al 30/6/2010. www.spiweb.it/IT/index.php?option=com_content&task=view&id=939&Itemid=239 .
- ROBBINS, M. (1993). *Experiences of Schizophrenia*. New York, Guilford Press.
- ROSENFELD, D. (1992). *Lo psicotico*. Franco Angeli, Milano, 1999.
- ROSENFELD, H. (1965). *Stati psicotici*. Armando, Roma, 1973.
- ROSENFELD, H. (1987). *Comunicazione e interpretazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- ROSSI MONTI, M. (2008), Diagnosi: una brutta parola? *Riv. psicoanal.*, LIV, 3, pp. 795-803.
- ROSSI MONTI, M. (2009). *Paranoia, scienza e pseudoscienza. La conoscenza totale*. Giovanni Fioriti, Roma. Prima ed. 1984, Il Saggiatore, Milano.
- SANDLER, J. (1976). Controtransfert e risonanza di ruolo. In Albarella C. & Donadio M. (a cura di) (1986). *Il Controtransfert*. Liguori, Napoli.
- SANDLER, J. (1983). Reflections on Some Relations Between Psychoanalytic Concepts and Psychoanalytic Practice. *International Journal of Psycho-Analysis*, 64: 35-45.

- SASSOLAS M. (1997). *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*. Borla, Roma, 2001.
- SCHATZMAN M. (1973). *La famiglia che uccide*. Feltrinelli, Milano, 1973.
- SCHNEIDER, K. (1962), *Psicopatologia clinica*. Città Nuova Editrice, Roma 1983.
- SCHON, A. (1985). 'Momo' di Michael Emde o la leggenda del tempo rubato. *Rivista Psicoanal*, 31: 405-406.
- SCHREBER, D. G. M. (1858-1861). *L'educazione totale*. Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, Roma, 1981.
- SEARLES, H. F. (1965). *Scritti sulla Schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974.
- SEARLES, H.F. (1979), *Il controtransfert*. Bollati Boringhieri, Torino 1994.
- SEGAL, H. (1957). Note sulla formazione del simbolo. In Segal H. (1981). *Scritti psicoanalitici. Un approccio kleiniano alla pratica clinica*. Astrolabio, Roma, 1984.
- SEGANTI, A. (2011) intervento nel dibattito su "Strutture adattive patogene e azione terapeutica della psicoanalisi" su Spiweb Archivio.
www.spiweb.it/IT/index.php?option=com_content&task=view&id=1428&Itemid=264
- SEGANTI, A. (2009) *Teoria delle mine vaganti. Come maneggiare il lato oscuro della forza*. Armando, Roma. www.minevaganti.it
- SPIELREIN, S. (1911-1928). *Comprensione della schizofrenia e altri scritti*. Liguori, Napoli, 1986.
- STEIN, E. (1917). *L'empatia*. Franco Angeli, Milano, 2000.
- STEINER, J. (1993), *I rifugi della mente*. Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- STEINMAN, I. (2009). *Treating the 'Untreatable'*. London, Karnac.
- STERN, D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- TAYLOR, D. (1983). Some Observations on Hallucination: Clinical Application of Some Developments of Melanie Klein's Work. *Int. J. Psycho-Anal.*, 64:299-308.
- TESSITORE, G. e ZONTINI G. (2009). Psicoanalisi e musica. Relazione presentata al Centro Napoletano di Psicoanalisi.
- THURIN, M. (2011a). Metodologia della Rete di ricerca INSERM.
- THURIN, J. M. & THURIN, M. (2011b). Perché, come e in quali condizioni funziona una psicoterapia? I cambiamenti nelle psicoterapie di dieci bambini con autismo. *Convegno Internazionale 'Disturbi dello spettro autistico. Psicoterapia Psicoanalitica e la Rete di Ricerca Internazionale INSERM'*, Roma, 2 aprile 2011.
- TUSTIN, F. (1981). *Stati autistici nei bambini*. Armando, Roma, 1983.
- TUSTIN, F. (1984). Autistic Shapes. *Int. R. Psycho-Anal.*, 11:279-290.
- VALLINO, D. (2010). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma
- VON DOMARUS, E. (1944) The Specific Laws of Logic in Schizophrenia. In KASANIN, J. S. (Ed.) *Language and Thought in Schizophrenia: Collected Papers*. University of California Press, 1944.
- WERBART, A. (2002). 'The Meaning of Dreams in the Psychotic State: Theoretical Considerations and Clinical Applications': Paola Capozzi and Franco De Masi. *Int. J. Psychoanal.*, 83:551-563.
- WILLIAMS, P. (2010). *Invasive Objects. Minds under siege*. Routledge, New York London.
- WINNICOTT, D.W. (1947). L'odio nel controtransfert. In WINNICOTT, D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1956). La preoccupazione materna primaria. Ibid.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974.
- ZAPPAROLI, G. C. (2002). *La follia e l'intermediario*. Dialogos Edizioni, Bergamo.
- ZONTINI, G. (2011). Corpi istoriati, corpi cancellati: moderm e tattoo. In Musella R. (a cura di) (2011). *Il principe e la strega*. Milano. Franco Angeli.