

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Magistrale in  
Psicologia clinico dinamica



Tesi di Laurea Magistrale  
SGUARDI PSICOANALITICI ALLE PSICOSI.  
*PER UNA CLINICA DA RISCOPRIRE.*

PSYCHOANALYTIC SIGHTS TO PSYCHOSIS.  
*FOR A CLINIC TO BE REDISCOVERED.*

*Relatrice:*

Prof.ssa Silvia Salcuni

*Laureando/a:* Rachele Mencuccini

*Matricola:* 2015621

Anno Accademico 2022/23



Nascosto il Sé parlava,  
lo spavento era vivido  
Divido per sopravvivere, ma voglio vivere.

*Anche se la finestra è la stessa,  
non tutti quelli che vi si affacciano vedono  
le stesse cose: la veduta dipende dallo sguardo.*

Attribuita ad Alda Merini



## INTRODUZIONE

<b>1. La psicosi agli albori della psicoanalisi.....</b>	<b>15</b>
1.1 Sigmund Freud: il caso Schreber e altri scritti.....	15
1.2 Carl Gustave Jung: i simboli della schizofrenia.....	29
1.3 Sabina Spielrein: il caso di Frau M. ....	40
<b>2. La psicosi nella psicoanalisi del dopo guerra</b>	
<i>2.1 Gli analisti britannici.....</i>	<i>61</i>
2.1.1 Melanie Klein: la posizione schizoparanoide e meccanismi schizoidi a essa relati.....	61
2.1.2 Herbert Rosenfeld: gli stati confusionali, il Super-Io, la psicosi di transfert e l'agire in analisi.....	70
2.1.3 Wilfred Bion: analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico.....	83
<i>2.2 La psicoanalisi americana.....</i>	<i>93</i>
2.2.1 Harry Stack Sullivan: il trattamento sociopsichiatrico.....	93
2.2.2 Harold Searles: le quattro psicosi di transfert e le fasi del processo terapeutico.....	103
2.2.3 Ping-Nie Pao: i quattro tipi schizofrenici e il trattamento psicoanalitico modificato.....	117
<i>2.3 La psicoanalisi francese.....</i>	<i>130</i>
2.3.4. Jaques Lacan: la Forclusione nel Nome del Padre.....	130
<b>3. La psicosi nella psicoanalisi oggi.....</b>	<b>134</b>
3.1 Christopher Bollas: nuovi concetti psicoanalitici sulla schizofrenia.....	134

## 4. Conclusioni

### *Bibliografia*



## **INTRODUZIONE**

Iniziare un'introduzione è sempre un compito complesso in quanto inizio di un viaggio all'interno di un dato argomento; essa ha la funzione di introdurre, di avviare il lettore verso la riscoperta, come il titolo preannuncia, di una possibile clinica che possa dirsi psicoanalitica con i pazienti psicotici.

L'obiettivo è dunque quello di rintracciare, attraverso un percorso prevalentemente storico, il pensiero di alcuni esponenti della psicoanalisi riguardo ad efficacia e applicabilità del trattamento psicoanalitico.

L'etimologia della parola *psicosi* deriva da psico-, (dal greco ψυχο-, ψυχή ossia "anima") con il suffisso medico -osi, (ovvero "degenerazione") significa quindi "degenerazione dell'anima".

Qui useremo il termine psicosi alternato a quello di schizofrenia quale polo estremo della condizione psicotica; saranno trascurate le altre forme come la psicosi bianca, la psicosi isterica, la psicosi dello spettro bipolare e la psicosi indotta da sostanze, che meriterebbero ulteriori approfondimenti.

Abbiamo deciso di introdurre l'argomento partendo dalla definizione delle condizioni psicotiche così come vengono concettualizzate dai principali manuali diagnostici che cercano di individuare una sistematizzazione del problema.

Inoltre, abbiamo convenuto di prendere in considerazione esclusivamente il manuale diagnostico psicodinamico nella sua seconda edizione (PDM-2), trascurando, per motivi di spazio, le categorizzazioni, più spostate verso diagnosi descrittive nomotetiche del DSM-5 e l'ICD-10, per il quale approfondimento ci siamo limitati a riportare la tabella qui di seguito:

**TABLE 3.2. Concordance of PDM-2 and ICD-10/DSM-5 Diagnostic Categories for Adults**

		PDM-2			
S1 Predominantly psychotic disorders					
S11 Brief psychotic disorder (Hysterical psychosis, Boufée Délirante Polymorphe Aigüe)					
S12 Delusional disorder (Pure paranoia)					
S13 Schizotypal disorder (Simple schizophrenia, Residual schizophrenia)					
S14 Schizophrenia and schizoaffective disorder					
		ICD-10	DSM-5		
F20–29. Schizophrenia, schizotypal, and delusional disorders			Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders		
F20. Schizophrenia			F21. Schizotypal (personality) disorder		
.0/1/2. Paranoid/hebephrenic/catatonic			F22. Delusional disorder		
.4/5/6. Undifferentiated/residual/simple			F23. Brief psychotic disorder		
.8/9. Other/unspecified schizophrenia			F20.81. Schizophreniform disorder		
F21. Schizotypal disorder			F20.9. Schizophrenia		
F22. Persistent delusional disorder			F25. Schizoaffective disorder		
F23. Acute and transient psychotic disorder			.0/1. Bipolar/depressive		
F24. Induced delusional disorder ( <i>folie à deux</i> )			F06. Catatonia		
F25. Schizoaffective disorder			F28/29. Other specified/unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders		
.0/1/2. Manic/depressed/mixed					
.8/9. Other/unspecified schizoaffective disorder					
F28/29. Other/unspecified nonorganic psychoses					

La diagnosi proposta dal PDM-2 è, dunque, una diagnosi più *fluida* rispetto a quelle proposte dai manuali diagnostici come il DSM e l'ICD; nella sua suddivisione in tre assi rappresentativi del funzionamento globale complessivo dell'individuo come soggetto clinico troviamo l'Asse P per quanto riguarda la diagnosi di dodici profili di personalità, alla quale viene affiancato, per ogni stile, un livello di organizzazione di personalità nevrotico, borderline o psicotico secondo il modello di Kernberg (1987), dal quale punteggio si ricava l'andamento inerente l'asse M, la quale riguarda il profilo del funzionamento mentale suddiviso in dodici aree di capacità attraverso l'uso di diversi strumenti clinici di varia natura.

L'asse a cui abbiamo rivolto la nostra attenzione, in particolar modo, è l'Asse S ovvero quella descrittiva segni e sintomi focalizzandosi, e qui sta l'innovazione e il tentativo del PDM di superare le problematicità legate alla diagnosi puramente descrittiva, sull'esperienza soggettiva del paziente.



La psicosi viene qui concepita come uno spettro per cui troviamo alla prima voce, S11, il disturbo psicotico breve comprende, come dichiarano gli autori, in una singola categoria nosografia molteplici condizioni psicotiche in passato denominate per esempio psicosi isterica, psicosi schizofreniforme benigna, psicosi reattiva acuta e così via. Talvolta definito come 'episodio psicotico dissociativo', il disturbo psicotico breve include anche condizioni transitorie come la psicosi di transfert; il PDM-2 dimentica successivamente di spiegare come questa condizione transferale sia strutturata quando si parla di pazienti psicotici conclamati.

Generalmente, come afferma anche il DSM, il paziente che manifesta sintomi psicotici ascrivibili a questa diagnosi ha esordio improvviso e inaspettato partendo da una buona compensazione psichica nei prodromi; la durata è meno di un mese con sintomi che si approssimano alla schizofrenia quali deliri e allucinazioni.

La personalità come diagnosi del carattere differisce dunque dalla condizione clinica sebbene la orienti, per esempio una personalità isterica<sup>1</sup> (vedi isteria maligna; Bollas, 2000) sarà più probabile trovare un delirio erotomanico o in generale deliri di carattere più relazionale rispetto a quelli che si riscontrano nella schizofrenia in senso stretto.

Oltre al disturbo psicotico breve, dunque, troviamo alla voce successiva il disturbo delirante (paranoia pura). Il disturbo delirante è definibile tale laddove la persona manifesti uno o più deliri strutturati, che possono essere bizzarri o non bizzarri, per almeno un mese. Il PDM individua cinque categorie che riassumiamo nella seguente tabella:

<i>Delirio erotomanico</i>	Il paziente è convinto che una persona famosa sia innamorato di lui/lei
<i>Delirio di grandezza</i>	Il paziente è convinto di avere un talento speciale e che dovrebbe essere famoso

<i>Delirio di gelosia</i>	Convinzione che il proprio partner stia tradendo
<i>Delirio di persecuzione</i>	Il paziente è convinto di essere vittima di un complotto o di essere molestato
<i>Delirio di tipo somatico</i>	Il paziente è convinto che il suo corpo sia brutto, disgustoso o affetto da qualche malattia grave e terminale

Il disturbo delirante viene distinto dalla schizofrenia in quanto meno disorganizzato e per assenza di allucinazioni e si riscontra generalmente nei pazienti che hanno in comorbidità un disturbo borderline a basso funzionamento così come viene concepito nella sezione P dello stesso manuale.

La voce, S13, discute a proposito del disturbo schizotipico il quale equivarrebbe alla schizofrenia semplice o residuale così come furono concettualizzate da Eugene Bleuler. “Esse caratterizzano un individuo che sembra avere una schizofrenia residuale (o che si trova in una fase interepisodica della schizofrenia) ma che non ha una storia di episodi psicotici acuti” (PDM-2, 2017, p.155).

Segue la diagnosi di schizofrenia e disturbo schizoaffettivo; questo ultimo inserito, nei precedenti manuali, come diagnosi del carattere, il quale è un’etichetta diagnostica che ha lo scopo di limitare una diagnosi prematura di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo quale combinazione tra la condizione schizofrenica e bipolare.

Per quanto riguarda la schizofrenia definita dal PDM come ‘sindrome ‘funzionale’ cioè che implica l’assenza di condizioni mediche coesistenti che possono spiegare il quadro clinico, la quale si caratterizza per segni e sintomi che portano a una compromissione del funzionamento con un determinato decorso cognitivo. Il PDM ribadisce la differenza tra sintomi positivi (qualcosa che è presente mentre non dovrebbe esserlo) e sintomi negativi (qualcosa che non è presente e che dovrebbe esserlo) dove i primi comprendono allucinazioni, deliri, eloquio disorganizzato e comportamento altrettanto disorganizzato o catatonico; i

secondi riguardano invece riduzione dell'espressività emotiva, abulia, apatia, isolamento e anedonia.

Segue una disamina eziologica che abbiamo qui deciso di tralasciare; ci basti evidenziare che la natura dell'eziologia della schizofrenia è multipla cioè definita da molteplici cause che interagiscono tra di loro attraverso interazioni epigenetiche.

L'innovazione più importante del PDM è interessarsi al mondo interno del paziente psicotico, che detiene un'importanza fondamentale nell'analisi e per orientarsi anche rispetto alle dinamiche di controtransfert.

L'esperienza soggettiva della persona psicotica viene suddivisa dal manuale in diverse voci: confini dell'Io ed esperienza di sé, stati affettivi, modificazioni percettive e disfunzioni cognitive, sintomi cognitivi positivi, insight, stati somatici e infine pattern relazionali.

Sappiamo bene come i confini nella condizione psicotica siano labili; si manifesta quella che è stata definita come dissociazione schizofrenica: la perdita del confine tra pensiero e percezione per cui si può produrre l'esperienza di sentire i propri pensieri ad alta voce o ai deliri sopraccitati per il disturbo delirante.

L'esperienza di perdita di confini del Sé porta il paziente psicotico a porsi domande come, ad esempio, "Esisto veramente?", "Sono davvero qui?". È come se il Sé fosse nascosto ci dirà Bollas, è come se il Sé smettesse di esistere per proteggersi da quelli che il soggetto psicotico vive come attacchi alla sua incolumità. Mentre il Sé svanisce prende corpo una consapevolezza di Sé patologica e iper-riflessiva che si sovrappone in parte alla definizione di 'metasessualità' da Bollas (si veda capitolo 4).

Il pensiero sul pensiero diviene ossessiva ricerca del senso nascosto nelle cose in uno stato di autoconsapevolezza amplificata cosicché 'anziché pensare i pensieri e sentire le emozioni, l'attività mentale sovrasta la qualità degli oggetti percepiti' (PDM-2, 2017, p.159).

Questo ingente lavoro mentale messo in atto dal paziente schizofrenico è strettamente legato all'esperienza affettiva centrale della propria condizione ovvero il terrore, il quale travolge la persona come una marea dice il PDM, distinguibile tra quello di disintegrazione di sé e quello legato alla convinzione che i persecutori possano ucciderlo o fargli del male.

Altri stati affettivi riscontrabili nella psicosi sono: rabbia rimossa, disperazione, vergogna intensa, profonda tristezza e terribile sentimento di solitudine. La psicosi pone l'individuo di fronte alla difficoltà di mantenere il pensiero fluido, organizzato a finalizzato con possibili blocchi del pensiero, o all'apposto con disinibizione intensa data dall'emozione travolgente. La memoria a breve termine può mostrare compromissioni e la percezione del tempo distorcersi quale conseguenza della perdita del Sé e della continuità dello stesso. È come se il paziente psicotico vivesse in una condizione tra sonno e veglia, uno stato oniroide, che rende l'esperienza annebbiata, sfocata e distorta. Spesso, pertanto, sono individui interessati a condizioni esistenziali che possono essere canalizzate quando il paziente è ad alto funzionamento. Tra i sintomi cognitivi positivi troviamo i disturbi del contenuto del pensiero la cui gravità varia molto da paziente a paziente per cui possiamo affermare che vi sia grande differenziazione individuale.

Il periodo dei prodromi della fase acuta della schizofrenia può essere caratterizzato per la presenza di preoccupazioni idiosincratiche e pensiero magico quale sintomo ossessivo che fa da paraurti allo scompensamento franco.

Il PDM evidenzia il fatto che i deliri possono essere considerati tentativi di guarigione, affermazione che vedremo è centrale nel pensiero psicoanalitico; il delirio mette qualche 'ordine' al caos emotivo portando però verso una chiusura ('isolamento autistico') oppure all'attribuzione di significato a particolari temi intrapsichici che sono importanti per il paziente.

Per esempio, un paziente schizofrenico potrebbe affermare “L’uomo alla televisione mi ha detto che sono patetico e io so che stava parlando di me perché mi guardava dritto negli occhi mentre lo diceva”.

Per quanto riguarda l’insight il PDM dichiara che nella psicosi schizofrenica vi sia ‘assenza di consapevolezza’ circa la propria condizione psichica; simile all’agnosia per alcuni, per altri è parte del processo delirante cosicché il proprio stato viene interpretato in una visione delirante. Il manuale non manca di evidenziare che alcuni pazienti, a distanza di anni dal primo esordio, riescono a sviluppare una certa consapevolezza intrapsichica.

Gli stati somatici sono ben documentati nei pazienti psicotici che possono riferire esperienze somatiche anomale come vedremo, ad esempio, nel caso Schreber analizzato da Freud nel 1910; i pazienti lamentano di frequente stati gastro-intestinali a cardiaci alterati affermando, per esempio: “il mio intestino è in putrefazione”.

Alla voce pattern relazionali il PDM afferma che a causa della loro storia e dello stato attuale questi individui si sentono socialmente incompetenti. Il forte senso di disgusto per se stessi li porta a credere che saranno sicuramente abbandonati e rifiutati.

Altra interessante novità del PDM è la presa in considerazione dell’esperienza soggettiva del paziente in riferimento all’assunzione dei farmaci antipsicotici: i farmaci possono indurre cambiamenti soggettivi dove, specie negli antipsicotici di prima generazione, gli effetti sono molto pronunciati al punto da causare uno stato di obnubilamento mentale simile ai sintomi negativi della schizofrenia inducendo, talvolta, anche uno stato di ottundimento emotivo che va a rafforzare alcuni aspetti patologici della condizione psicotica, per questo, come vedremo per esempio con Bolla, si deve essere molto attenti nella somministrazione degli stessi favorendo farmaci ‘più puliti’ come i farmaci di seconda generazione; infatti, il farmaco non è la soluzione al problema in quanto tende piuttosto ad

attenuare i sintomi; per una maggior risoluzione e analisi dei sintomi psicotici è auspicabile una psicoterapia.

Infine, viene presa in considerazione l'esperienza soggettiva del terapeuta con il paziente schizofrenico che abbiamo deciso di tralasciare rimandando alle considerazioni che saranno affrontate nei prossimi capitoli; ci basti evidenziare che sono frequenti sentimenti di noia, sonnolenza, difficoltà a rimanere svegli e pensare con tendenza ad addormentarsi, con pensieri oniroidi e immagini che emergono ma difficili da ricordare e connettere.

Il PDM ha un'impostazione prettamente psicodinamica e fenomenologica, scarsi i riferimenti psicoanalitici che invece abbiamo deciso di analizzare in questa sede; ci auguriamo che le nostre considerazioni siano di aiuto ai clinici che le leggeranno.

## Capitolo 1: LA PSICOSI AGLI ALBORI DELLA PSICOANALISI

### Sigmund Freud: il caso Schreber e altri scritti

Nell'espone il pensiero di Freud rispetto alla concettualizzazione della psicosi, seguiremo la classificazione suddivisa in tre fasi così come ci viene proposta da Ping-Nei Pao in *Disturbi schizofrenici* (1979).

Abbiamo dunque un primo, un secondo e un terzo Freud nell'affrontare il tema della psicosi.

#### *Prima Fase*

##### Minuta H Paranoia (1895)

Il contributo è particolarmente interessante in quanto Freud procede nell'illustrare i propri tentativi terapeutici rispetto ad un caso di paranoia in una donna: dapprima cercò di portare la paziente a ricordare la scena primaria, ma senza successo; allora tentò con la via dell'ipnosi, anche qui con scarsi risultati. La paziente, dinnanzi alle domande incalzanti di Freud, negava sempre.

La domanda che Freud si pone è quale sia il meccanismo alla base, a monte della paranoia e per qual motivo si produca un delirio paranoide piuttosto che una nevrosi isterica o ossessiva. È così che Freud introduce il concetto di *proiezione* (projektion), per la prima volta citato in psicoanalisi: l'autoaccusa, proveniente dall'interno, viene trasformata in accusa proveniente dall'esterno affinché si produca un vantaggio; tale vantaggio consiste nel poter rifiutare il giudizio altrui, cosa che non può aver luogo quando si tratta del proprio.

Freud afferma: " in tal modo, il giudizio, il rimprovero, viene tenuto lontano dall'io. Lo scopo della paranoia è dunque di respingere una rappresentazione incompatibile con l'io mediante la proiezione del contenuto all'esterno" (Freud, 1895, p. 681).

A questo punto affronta i seguenti nodi:

- a. Come si verifica tale trasposizione: essa consiste nel cattivo uso di un meccanismo di difesa psichico — ogni volta che si verifica un cambiamento

possiamo attribuirlo a disposizioni interne o esterne, se però ci dimentichiamo della dimensione interna e ci rimane solo la parte del sillogismo che porta all'esterno, allora abbiamo la paranoia, con la sopravvalutazione di ciò che la gente sa di noi e ciò che ci ha fatto.

- b. Se tale meccanismo sia generalizzabile a tutti i casi di paranoia: viene qui operata un'indagine della condizione del paranoico litigioso, dell'alcolizzato e dell'ipocondriaco convenendo, in ultima analisi, che questo meccanismo sia generalizzabile, evidenziando tuttavia che non sempre ha luogo il delirio di persecuzione, esso può essere affiancato o sostituito da un delirio di grandezza che ha comunque l'obiettivo di eliminare dall'lo l'idea penosa.

In tutti i casi "l'idea delirante viene mantenuta con la stessa energia con la quale, un'idea altrettanto sconveniente, viene respinta dall'lo" (Freud, 1895, p. 682) Ci dice Freud che il segreto è che "essi (i paranoici) amano il proprio delirio come sé stessi" (Freud, 1895, p.683).

Procede nell'illustrare come questa forma di difesa sia in relazione con quelle già note:

1. Isteria: la rappresentazione incompatibile non è ammessa ad associare con l'lo così che il contenuto affettivo è slegato ed escluso della coscienza — Psicosi isteriche: le rappresentazioni respinte acquistano predominio
2. Rappresentazione ossessiva: la rappresentazione incompatibile non si associa all'affetto e l'affetto viene trattenuto
3. Confusione allucinatoria: l'intera rappresentazione incompatibile - affetto e contenuto - è tenuta lontana dall'lo a prezzo di un parziale distacco dal mondo esterno
4. Paranoia: il contenuto e l'affetto vengono trattenuti come nella confusione allucinatoria, ma proiettati esternamente, dove ci sono allucinazioni hanno carattere ostile all'lo

Di seguito l'illustrazione di questo confronto secondo l'autore:



## PROSPETTO

	Affetto	Contenuto rappresentativo	Allucinazione	Risultato
Isteria	eliminato mediante la conversione –	– assente dalla coscienza	–	Difesa labile con guadagno soddisfacente
Rappresentazione ossessiva	trattenuto +	– assente dalla coscienza sostituito	–	Difesa stabile senza guadagno
Confusione allucinatoria	assente –	– assente	amichevole all'Io amichevole alla difesa	Difesa stabile e brillante guadagno
Paranoia	trattenuto +	+ trattenuto proiettato all'esterno	ostile all'Io amichevole alla difesa	Difesa stabile senza guadagno
Psicosi isterica	ottiene il controllo della coscienza + +			

(Freud, 1895, opere complete, p. 685)

### *Seconda fase*

#### Il Presidente Schreber. Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (1910)

Daniel Paul Schreber (1842-1911) era il presidente della Corte d'appello di Dresda il quale diede alle stampe il proprio contributo autobiografico dal titolo *'Memorie di un malato di nervi'* (1903) per rivendicare la sua possibilità di condurre una vita normale nonostante la malattia che lo aveva colpito.

Questo scritto di Freud, il più noto in tema di psicosi, menzionato anche da Jung in *Psicologia della dementia praecox* (1907) fu anche il preludio alla frattura tra Freud e Jung, dove quest'ultimo non concordava rispetto al ricondurre la riduzione della funzione di realtà ad una rimozione della libido come affermava Freud.

Publicato quattro anni prima di *'Introduzione al Narcisismo* (1914) anticipa alcune considerazioni rispetto all'instaurarsi del meccanismo narcisistico nella paranoia, della quale si avvalorano anche le ipotesi formulate in *'Minuta H'* (1895).

Nella paranoia si verifica una fissazione alla fase narcisistica, precisamente nella transizione tra lo stadio autoerotico e quello del narcisismo primario, con la conseguenza che l'investimento oggettuale risulta incompleto nella maturazione:

l'investimento sul genitore del sesso opposto fallisce dando luogo a fantasie omosessuali inconse. Prodottasi una fissazione a tale stadio dello sviluppo libidico il soggetto viene esposto ad una 'corrente libidica intensa, [la quale], incapace di procurarsi altra via di deflusso, giunge a a sessualizzare le pulsioni sociali e in tal modo rendendo reversibili le sublimazioni acquisite nello sviluppo' (Freud, 1910, p.77).

La conseguenza è un procedere invertito della corrente libidica che viene reinvestita sull'lo. Prima di passare ad illustrare il meccanismo della paranoia, qui soltanto accennato, è opportuno ripartire dal contenuto del delirio del Presidente Schreber. Esso consisteva in un primo delirio persecutorio cui fecero seguito un delirio di evirazione e uno di redenzione (delirio di grandezza). Questi due elementi principali del delirio, riassunto nella perizia del Dott. Weber (1899), si articolavano nel seguente modo:

Schreber, prima perseguitato da un Dio malevolo, poi dal suo stesso medico Flechsig (spostamento) mandante dello stesso Dio, sarebbe stato detentore di una missione redentiva dell'umanità ossia restituire la 'beatitudine' al mondo, esemplificata attraverso una perenne sensazione di voluttà. La trasformazione in donna, anticipata da un sogno tra il sonno e la veglia dove si verificò *"la rappresentazione che dovessero essere davvero bello essere una donna che soggiace alla copula"* (Freud, 1910, p. 15), rappresenta il secondo contenuto del delirio, prerogativa alla comprensione delle fantasie omosessuali inconse.

Tale delirio di evirazione, di cui inizialmente viene negato il desiderio, solo successivamente diviene 'conforme all'ordine del mondo', collocato rispetto ad un ordine cosmico, mandante di una missione che Schreber si assume con piena responsabilità arrivando alla fantasia di essere fecondato dai nervi di Dio (che lui chiama 'raggi') al fine di creare una nuova stirpe in grado di edificare un mondo migliore, in quanto quello attuale sta finendo. Il fatto di onorare sé stesso quale nuovo capostipite del genere umano, nucleo del delirio di grandezza è, secondo Freud, il soddisfacimento, una via di sfogo per le istanze conflittuali che vengono fatte risalire ad una frustrazione ben precisa: il non aver avuto figli dalla moglie e

non aver potuto, di conseguenza, spostare la carica libidica omosessuale che viene ritenuta alla base del sistema delirante generale che costituisce la paranoia del Presidente. Tale fantasia omosessuale, piuttosto chiara anche nel sogno di cui sopra, sarebbe stata scatenata dalla nostalgia del padre e del fratello, presumibilmente maggiore, di Schreber, morti prematuramente.

Il complesso paterno è centrale, ma occorre ricordarci e così apparirà anche più chiaro il nucleo del delirio persecutorio, che il padre di Schreber era stato un uomo di spicco rispetto all'istituzione di alcune pratiche educative piuttosto stringenti, che ad oggi definiremmo barbariche. È ragionevole pensare che si sia prodotto qui un conflitto, dove affetti contrapposti tra loro si sono manifestati in un contenuto delirante composto di atteggiamenti di riverenza e al contempo di elementi di ribellione che sono ben delineabili del delirio in questione: Dio è malevolo e lo sottopone a torture fisiche come la putrefazione del corpo, ma lo fa soltanto per un fine maggiore di redenzione del mondo; è un Dio bipartito in Dio Superiore e Dio Inferiore. Si tratta di evidenziare la presenza di meccanismi di spostamento e condensazione come nel sogno, di fatto la traslazione dal Dio Schreberiano e il Dottor Flechsig è risultato di tali meccanismi basandosi sull'analogia per la quale entrambi sono rappresentati dell'Autorità, la quale è conflittuale nella paranoia come ha avuto cura di evidenziare anche Nancy McWilliams (2012).

Queste le principali interpretazioni avanzate dal maestro, cui fanno seguito alcune considerazioni del meccanismo della paranoia, specie rispetto al meccanismo della rimozione rimandando ad altre trattazioni il meccanismo della proiezione, solo citato: si verifica primariamente una negazione dell'affetto accompagnato ad un rovesciamento che trasforma l'affermazione 'io amo lui' in 'no, non l'amo, lo odio'; unitamente all'inversione del soggetto si forma una proiezione che trasforma l'affermazione 'io lo odio' in 'è lui che mi odia'. L'assegnazione di tale sentimento fa sì che il contenuto arrivi alla coscienza e venga deformato sotto forma di percezione esterna che provoca la definitiva affermazione 'visto che mi odia, lo odio'.

Tuttavia il meccanismo che Freud ascrive alla base della paranoia, prima ancora della paranoia, è la rimozione; nello specifico il secondo stadio della rimozione,

quello della *'rimozione propriamente detta'* prodottasi dopo un primo stadio; in questo secondo stadio verrebbe a prodursi una fissazione tra lo stadio autoerotico e quello successivo di narcisismo primario, dove la libido viene investita sull'oggetto; tale investimento oggettuale è dunque solo parziale nella paranoia, non raggiunge il livello evolutivo successivo.

In particolare il nucleo della paranoia è rappresentato dal fatto che in questo primo investimento oggettuale ad essere investito è il genitore dello stesso sesso, per cui si produce una scelta omosessuale piuttosto che eterosessuale come avviene nei nevrotici la cui rimozione è prodotta ad un altro stadio in termini di fissazione.

Si rimanda per apprendimenti alle citate da Freud *'Tre saggi sulla teoria sessuale'* (1905) e *'Teorie sessuali infantili'* (1908).

È il fallimento della rimozione a far emergere il delirio di grandezza, con la conseguente azione delle proiezione la quale fa sì che l'investimento libidico, prima orientato verso l'lo, sia parzialmente reindirizzato sull'oggetto sottoforma di sintomo, sintomo che nel caso Schreber è costituito dalla proiezione di una catastrofe interiore all'esterno per cui il mondo sta per dissolversi; sottesa vi è una colpa per essere artefici di tale distruzione a causa del ritiro della libido sull'lo, con conseguente produzione nel paranoico del tentativo di ricostruire il mondo attraverso il delirio, il quale rappresenta allora *"il tentativo di guarigione, la ricostruzione"* così *"il processo di guarigione fa recedere la rimozione e riconduce la libido alle persone che da essa erano state abbandonate"* (Freud, 1910, p.88).

Prosegue nell'affermare che allora è parzialmente errato dire che semplicemente la percezione interna repressa viene proiettata all'esterno quanto più è da dirsi che *"ciò che era stato abolito dentro di noi, a noi ritorna dal di fuori"* (Freud, 1910, p.88). In seguito a tali considerazioni Freud procede evidenziando quattro questioni critiche che devono essere oggetto di discussione:

- a. Il distacco della libido, che si verifica in molteplici occasioni come dinamico è un processo basilare della rimozione. Ne consegue che esso non costituisce il nucleo della paranoia. Di fatto nella paranoia si producono deliri mentre

nell'isteria, condizione nevrotica, l'importo libidico liberato si innerva a livello somatico o sottoforma di angoscia.

- b. Si osserva un controsenso per il quale il ritorno del rimosso, ossia la terza fase della rimozione, precede la rimozione propriamente detta nel meccanismo paranoide. L'ipotesi è quella di un distacco parziale delle libido che si estende poi al delirio di grandezza, per cui nasce un 'lotta della rimozione' ma stavolta 'con armi più potenti' per cui 'nella misura in cui l'oggetto della contesa diventa la cosa più importante del mondo esterno, poiché da un lato tende ad attrarre tutta la libido su di sé, dall'altro mobilita tutte le resistenze contro di sé, la lotta intorno a questo singolo oggetto diventa paragonabile ad una battaglia generale nel cui corso la vittoria della rimozione si esprime nella convinzione che il mondo è giunto alla sua fine e che l'unico sopravvissuto è il proprio Sé' (Freud, 1910, p. 91).
- c. La terza questione riguarda "il problema se sia lecito considerare il distacco generale della libido dal mondo esterno efficace quanto basta per spiegare la 'fine del mondo'" (Freud, 1910, p. 91). Tale problema potrebbe risolversi nel considerare una corrispondenza (far coincidere) l'investimento libidico con l'interesse generale oppure 'considerare la possibilità che un disturbo considerevole nella distribuzione della libido determini altresì per induzione un disturbo corrispondente negli investimenti dell'io. Viene qui dichiarata l'immatunità della teoria delle pulsioni, all'epoca in fieri, la quale non permette di spingersi oltre rispetto a tal punto.
- d. Si tratta di considerare la differenza che intercorre tra schizofrenia e paranoia, seppur esse si trovino strettamente imparentate. Proponendo il termine 'parafrenia' per la schizofrenia, Freud si dichiara concorde con Kraepelin (1891) nella differenziazione di tale malattia mentale in diverse formazioni, affermando con maggior decisione il fatto che la paranoia costituisca un'entità clinica a sé stante. La differenza tra le due formazioni psicopatologiche sarebbe sia a livello del diverso punto di fissazione che per il meccanismo della rimozione fatta specie per la terza fase, quella del ritorno del rimosso come sopra accennato. Nello

specifico nella paranoia siamo ancora in battaglia con la rimozione, nella schizofrenia, invece, tale battaglia è stata persa a favore della rimozione stessa. Lo scritto che abbiamo qui analizzato vede la sua conclusione con un proscritto dell'anno successivo dove si fa riferimento alle teorie junghiane rispetto al collegamento con la mitologia. È in tale occasione che Freud suggerisce un'analogia tra il delirio del Presidente Schreber, in particolare rispetto alla sua relazione con il sole, oggetto del delirio contro cui il Presidente imprecava anche dichiarando poi che sarebbe stato capace di guardarlo senza rimanere cieco. Il rimando è ad un mito animale noto nelle regioni del Reno e tra i Celti il quale narra del potere attribuito dai naturalisti dell'antichità alle aquile, le quali abitando in regioni alte, si trovavano in una particolare connessione con il cielo e i suoi astri. Le fonti riportano che l'aquila esponesse i suoi piccoli alla luce diretta del sole al fine di confermare, con tale ordalia, la veridicità della discendenza, dell'essere aquile, un animale del tutto particolare.

Riferimento mitologico che conferma le ipotesi di Freud rispetto al complesso paterno e alla propria origine e stirpe.

#### Introduzione al Narcisismo (1914)

Riprendendo le considerazioni operate nell'analisi del caso Schreber rispetto al meccanismo della paranoia, qui, Freud riferisce alla schizofrenia non per esplorare i meccanismi ad essa sottostanti, quanto più a giustificare l'introduzione del termine *Narcisismo* in una chiave diversa da quella definita Näcke (1889).

La differenza con la nevrosi ossessiva e l'isteria, dove comunque ha luogo una sorta di abbandono del rapporto con la realtà è nell'uso che viene fatto della fantasia, dove nei due casi sopracitati ha la funzione di sostituire o combinare oggetti immaginari tratti dai suoi ricordi; al contrario nella schizofrenia ciò non ha luogo, la fantasia è qui utilizzata per costruire rappresentazioni ex novo in grado di soppiantare la realtà in toto. Le cose nella schizofrenia stanno diversamente in quanto sembra verificarsi un totale ritiro della libido, le rappresentazioni sostitutive non costano di un investimento affettivo, il mondo esterno e i suoi oggetti sono scevri di affetto, o almeno così

appare; infatti, dice Freud, quando accade che tali rappresentazioni vengono (re)investite libidicamente significa che siamo sulla via del processo di guarigione.

*A quale destino va incontro nella schizofrenia la libido sottratta agli oggetti?*

La via che Freud percorre per rispondere a tale interrogativo è quella dei deliri di grandezza, tipici di questa condizione morbosa.

Tale delirio nasce a spese della libido oggettuale, la quale, sottratta al mondo esterno, viene diretta sull'lo dando origine ad un comportamento definibile, appunto, come narcisistico.

Ciò induce a concepire il narcisismo sorto dalla riappropriazione di investimenti oggettuali quale narcisismo secondario, che si erige sulla base di un narcisismo primario la cui presenza è offuscata da influssi più svariati (Freud, 1914, p.18).

Opera qui un confronto tra la vita dei bambini e quella degli uomini primitivi, e della condizione amorosa, funzionamenti che maggiormente si approssima alla condizione schizofrenica.

### Metapsicologia (1915)

Metapsicologia (1915) rappresenta uno scritto molto denso che finirà per orientare anche tutte le successive considerazioni di Freud, talvolta, anche nello stesso scritto, rivalutando, aggiustando e modificando le proprie posizioni teoriche. Considerazioni rilevanti rispetto alla condizione psicotica si ritrovano in due contributi: *l'Inconscio* e *Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno*.

Dal capitolo *l'Inconscio* al punto sette troviamo considerazioni nuove rispetto a quanto era stato finora detto, pur confermando quanto affermato nel *Narcisismo* (1910) rispetto al ritiro della libido che viene reindirizzata verso l'lo in un processo per così dire autoerotico, quello stato di indifferenziazione con la madre, che sarà poi ampiamente ripreso anche nelle recenti teorie (McWilliams, 2012).

La condizione di *Hilflosigkeit* (impotenza primaria), come la chiama Freud, caratteristica di questo stadio di narcisismo autoerotico potrebbe ritornare, nella psicosi, sottoforma di quella che Laing (1965) ha definito 'insicurezza ontologica', per la quale il quesito sotteso la condizione psicotica è 'Essere o non essere', il

conflitto essenziale è tra vita e morte; il richiamo è all'assenza di un riconoscimento materno capace di contenere e riconoscere, un materno che disconosce porta ad uno scompaginarsi dello psichico. Non a caso nei casi di schizofrenia si riscontra spesso una problematica, un conflitto legato alla nascita; spesso erano bambini indesiderati, rifiutati ancora prima di venire al mondo.

Si potrebbe pensare che nella condizione schizofrenica sussista come una tendenza al ritorno in quello che Grunberg (1958) chiama '*stato elazionale*'; condizione di totale appagamento e dipendenza dall'oggetto materno che richiama alla condizione intrauterina appena lasciata dal neonato. Il ritorno alla Grande Madre.

Si tratta della tendenza dell'energia psichica a sciogliersi, ad essere libera, slegata dove predomina il principio del piacere. Nel processo primario, caratteristico della schizofrenia o del sogno, vi è assenza di reciproca contraddizione: la realtà psichica viene sostituita a quella esterna, vige l'atemporalità a differenza del processo secondario dove prevalgono l'unione, il legame dell'energia nervosa a cui viene conferito ordine cronologico attraverso una o più censure tra sistema Inc e sistema Prec e tra sistema Prec e C.

Riprendendo due casi di Viktor Tausk, Freud (1915) giunge a considerare il dominio del processo primario attraverso l'analisi del linguaggio negli schizofrenici, il quale spesso si converte nel così detto 'linguaggio d'organo' (ipocondria), si tratta sempre di una dinamica per la quale l'energia prima investita sull'oggetto viene virata di nuovo verso l'io in un processo, come già detto, narcisistico.

A determinare la condizione schizofrenica è dunque il predominio della rappresentazione verbale sulla rappresentazione del reale; tale sostituzione, inoltre, non viene orientata basandosi sulla somiglianza delle cose indicate, bensì per tramite dell'uguaglianza dell'espressione linguistica. Afferma Freud (1915, p.83) in riferimento a quanto appena detto: "Dove i due elementi - cose e parola - non coincidono, la formazione sostituiva schizofrenica si discosta da quella che ha luogo nelle nevrosi di traslazione".



È infatti proprio in tale scritto che Freud evidenzia l'impossibilità dell'instaurarsi di una nevrosi di traslazione negli schizofrenici, ribadendo così la non analizzabilità di questo gruppo di soggetti.

Dunque è la 'rappresentazione di parola', e non la 'rappresentazione di cosa', come si osserva in condizioni normali, ad essere soggetta al così detto processo primario; derivano da qui i processi linguistici caratteristici della schizofrenia.

Pertanto le parole (non le cose) vengono condensate e sostituite provocando il caratteristico disturbo del processo del pensiero schizofrenico (Pao, 1979).

Quello che deduciamo dal presente contributo è anche che la censura nella condizione schizofrenica è molto più lasciva rispetto alla condizione normale o nevrotica per cui si verificano minori deformazioni dell'inconscio.

Evidenziando che queste considerazioni si collocano ancora a livello della prima topica quando vengono operate; ancora non sono stati introdotti i concetti di Eros e Thanatos, costituitasi in quegli anni, ma mi sembra che sia possibile osservare come nella schizofrenia prevalga l'energia di Thanatos che tende alla scarica e alla frammentazione piuttosto che all'unione. O meglio sarebbe parlare di disimpasto di Eros e Thanatos, perché nello stesso delirio, quale modalità di organizzazione del materiale inconscio che irrompe, potremmo ravvisare anche l'energia di Eros che tende al legame.

### *Terza Fase*

#### Nevrosi e Psicosi (1923)

Dove nella nevrosi il conflitto ha luogo tra Es e Io, nella psicosi il conflitto è tra Io e mondo esterno. Questa generalizzazione è vera in linea di massima, ma fin troppo semplicistica, pertanto Freud approfondisce: dapprima chiarisce in che cosa consiste il meccanismo sotteso alla nevrosi, passando poi a chiarire quelli propri delle psicosi con riferimento all'Amenza: in questa condizione, caratterizzata da contenuti allucinatori, non vengono accolte percezioni nuove e viene sottratto investimento al mondo, anche interiore.

L'Io si crea dispoticamente un nuovo mondo con la conseguenza che:

1. Questo nuovo mondo è costruito in base ai moti del desiderio dell'Es (strapotere dell'Es)
2. Il motivo della frattura con il mondo esterno è una grave ed insopportabile frustrazione del desiderio ad opera della realtà

Freud (1980, pag. 5697) aggiunge: "non si può disconoscere l'intima affinità tra questa psicosi e il sogno normale". Analogia che veniva già evidenziata nella seconda fase freudiana della schizofrenia, con approfondimento più articolato, in *Metapsicologia* (1915).

Per quanto riguarda la genesi delle formazioni deliranti evidenzia la necessità del delirio che una sorta di *rammendo*, così lo definisce, laddove si è prodotta una lacerazione nel rapporto dell'Io con il mondo esterno. Si tratta di un tentativo di legare l'eccessiva energia libidica propria dei contenuti dell'Es, il quale riferendo al processo primario, vede la presenza di energia libidica slegata, libera.

Per quanto riguarda l'eziologia Freud individua la comunanza delle nevrosi e delle psicosi nella *frustrazione*, la quale è sempre esterna, e data dal mancato appagamento di quelli invincibili desideri infantili che nella nostra organizzazione, filogeneticamente determinata, hanno radici molto profonde (Freud, 1980, p. 5836).

Tale frustrazione è sempre esterna, laddove derivi dall'interno l'istanza coinvolta è il Super-Io, il quale assume l'onore di rappresentare le pretese dalla realtà esterna.

La differenza tra nevrosi e psicosi è che nel primo caso l'Io, di fronte alla tensione conflittuale, rimane fedele alla propria dipendenza dal mondo esterno e avanza un tentativo di imbavagliare l'Es; al contrario, nella psicosi, l'Es sopraffà l'Io e si produce lo strappo con la realtà che non viene tollerata e spazzata via.

Freud precisa l'importanza di studiare il Super-Io rispetto ad ogni psicopatologia e denuncia che esso, per meccanismi ancora non ben chiari, ma che saranno chiariti da autori successivi quali Rosenberg, per esempio, tale istanza unifica in sé gli influssi dell'Es e del mondo esterno, per cui si hanno patologie del Super-Io come nella melanconia narcisistica dove il conflitto è tra Io e Super-Io.

Freud conclude invitando a concentrarsi sul problema di quale possa essere il meccanismo, analogo alla rimozione, in virtù del quale l'Io si distacca dal mondo

esterno. Evidenzia la necessità di ulteriori indagini, non mancando però di sottolineare anche, che al pari della rimozione tale meccanismo dovrebbe tenere conto del ritiro dell'investimento che promana dall'Io. Come vedremo più avanti definirà questo concetto 'rigetto' termine che poi Lacan, riprenderà per la teorizzazione della *Forclusione nel Nome del Padre* (Lacan, 1974/1975). Considerazioni che sembrano andare in contrasto con quanto precedentemente affermato in merito al meccanismo della rimozione nella psicosi.

#### La perdita della realtà nella nevrosi e nella psicosi (1924)

Riprendendo i contenuti enunciati nel precedente scritto dell'anno prima, Freud afferma che nella nevrosi si ha lo strapotere della realtà, mentre nella psicosi lo strapotere dell'Es. La perdita della realtà nella psicosi sarebbe data fin dal principio, mentre nella nevrosi tale perdita può essere evitata mediante la rimozione di un moto pulsionale; pertanto, seppur il rapporto del nevrotico con la realtà è turbato, esso non ha mai totalmente compromesso il legame con essa come avviene invece nella psicosi.

Freud chiarisce che la sola rimozione non costituisce ancora la nevrosi, la quale si esplica piuttosto nella 'reazione alla rimozione e infine al fallimento di questa'. La nevrosi è una rimozione fallita, non riuscita.

Freud riprende il caso di Elizabeth von R. (1892) al fine di esemplificare tale differenza tra nevrosi e psicosi: la ragazza, che era innamorata del cognato, di fronte al letto di morte della sorella, fu colpita dall'idea 'adesso è libero e ti può sposare'; scena che fu immediatamente rimossa, dimenticata e portò a dolori di natura isterica. Questo è un caso di nevrosi, se vi fosse stato attivo il meccanismo sotteso le psicosi avremo altresì assistito ad una reazione di diniego della morte della sorella, ad esempio.

L'aspettativa è che si verifica qualcosa di analogo, un *processo biofisico* Freud lo definisce, anche nella psicosi, ma rispetto a diverse istanze della realtà.

Mentre nella nevrosi l'Io si svincola dall'Es che viene risarcito nel secondo stadio della rimozione sottomesso alla realtà, nella psicosi si verifica:

- Svincolo dalla realtà
- Risarcimento dell'Io del danno subito ristabilendo il contatto della realtà alle spese dell'Es mediante un carattere ripartivo del delirio che crea una realtà nuova scevra dagli impedimenti della realtà effettiva, che è stata abbandonata.

La sostanziale differenza è nel secondo stadio del processo nella creazione iniziale che si riflette anche nell'esito finale: nella nevrosi parte della realtà viene evitata con la fuga dopo l'iniziale sottomissione - non viene rinnegata la realtà, ma semplicemente di essa non si vuole sapere niente.

Nella psicosi, invece, la realtà viene completamente negata ovvero invece di essere rinnegata viene sostituita tout-court.

Nell'individuo sano si verifica un comportamento in grado di unire tratti di queste due tendenze, della psicosi e della nevrosi mediante un comportamento alloplastico.

Il rimodernamento della realtà nella psicosi è legato a tracce mnestiche, intese come le rappresentazioni e la valutazione della realtà rappresentata nella vita psichica.

Un rapporto mai concluso, ma costantemente arricchito e modificato per cui anche nella psicosi si presenta l'esigenza di procurarsi percezioni tali da poter corrispondere alla nuova realtà attraverso le allucinazioni.

Mentre nella nevrosi vige il meccanismo della negazione (Verweingung), nella psicosi si verifica il meccanismo del 'rigetto' o diniego della realtà (Verwurfung).

"Presumibilmente nella psicosi la parte della realtà *rigettata* torna continuamente ad imporsi sulla vita psichica, così come nella nevrosi rispetto alla pulsione rimossa, ed è per tale motivo che i risultati sono gli stessi in entrambi i casi" (Freud, 1980, p. 5917).

Sia nella nevrosi che nella psicosi il compito del secondo stadio della rimozione fallisce parzialmente in quanto nella nevrosi la rimozione non è in grado di trovare un sostituto vero e proprio con conseguente rimpiazzamento della realtà che non si attua in modo soddisfacente. Nella psicosi il fallire è invece il primo stadio del processo che essendo di per sé patologico porta alla malattia.

Tali considerazioni sembrano confutare parzialmente quanto Freud affermava nel Caso Schreber. Tra nevrosi e psicosi si verifica di conseguenza una disparità a livello

tema: dove nella psicosi la rinuncia è all'attaccamento al reale, nella nevrosi la rinuncia è alla dipendenza dell'Es, il quale viene 'imbavagliato'.

Vi è dunque una netta distinzione tra psicosi e nevrosi dove nella nevrosi la parziale sostituzione della realtà, per renderla pertinente ai propri desideri, ha luogo attraverso la fantasia; un regno, quello della fantasia, che un tempo, quando fu instaurato il principio di realtà fu separato dal mondo reale diventando una sorta di 'territorio protetto', tuttavia non inaccessibile all'Io ma adesso legato labilmente (Freud, 1980, p. 5918).

Da questo mondo della fantasia la nevrosi trae materiale per le proprie neo-trasformazioni di desiderio trovandolo abitualmente mediante la via della regressione verso un passato reale maggiormente ricco di soddisfazioni.

Anche nella psicosi il mondo della fantasia è il regno da cui attingere un modello per una nuova realtà, tuttavia mentre nella psicosi il principio di realtà viene meno nella sua totalità, nella nevrosi, similmente a ciò che avviene nel gioco infantile, permane l'ancoraggio al reale.

## **2.2 Carl Gustave Jung - i simboli nella schizofrenia**

L'opera di Jung rispetto alla malattia mentale e ai disturbi schizofrenici è notevolmente ampia; pertanto che ci sarà difficile riuscire ad approfondire, in questa sede, le infinite sfaccettature dei contenuti proposti dallo psichiatra, antropologo e filosofo svizzero. La presente trattazione sarà limitata all'introduzione di alcuni dei concetti essenziali ai fini della nostra indagine; per un approfondimento si rimanda ai testi dell'autore che verranno indicati.

Jung scrive i primi due contributi rispetto alla schizofrenia con *Psicologia della Dementia Praecox* (1907) e *Contenuto della psicosi* (1908), ma aveva iniziato ad analizzare alcuni casi già nel 1903 attraverso la sua tesi di dottorato; è questo il periodo in cui si trova nell'ospedale di Burghölzli sotto la supervisione di Bleuler, lo stesso che introdusse il termine Schizofrenia (1911) sostituendolo a quello di Dementia praecox (Kraepelin, 1891).

Quello dell'indagine della schizofrenia è stato per Jung un impegno assoluto nel corso della sua attività teorico-clinica prima attraverso l'attività ospedaliera, dopo attraverso l'attività clinica individuale (terapeutica), non abbandonando mai il tema, a lui caro, di cui si sorprenderà di non aver perso nel corso della vita.

Il primo metodo applicato da Jung per interfacciarsi alla schizofrenia è stato attraverso il suo metodo delle associazioni indagate tramite le curve galvaniche; aspettandosi di trovare nella schizofrenia un diffuso disturbo associativo dove l'attività associativa sarebbe più sconnessa e caotica rispetto ad individui nevrotici o sani. Quello che Jung osserva è che nei casi di schizofrenia lieve tali associazioni sono relativamente logiche, con l'avanzare della patologia però si verificano inceppamenti, perseverazioni, neologismi, 'risposte di traverso' nonché mancanza di reazione; le quali si verificano in concomitanza a parole eccitatrici del *complesso a tonalità affettiva* (Jung, 1907), che da qui chiameremo, come fa Jung nei suoi scritti, semplicemente 'complesso'. Tale considerazione che lo porta a supporre la presenza di un *violento affetto* (Jung, 1958) che irrompe e che trae origine dall'inconscio.

Per complesso a tonalità affettiva si intende un'entità psichica all'origine della schizofrenia, quale insieme di cariche dotate di intensa energia che perturbano dall'inconscio l'attività cosciente.

Attraverso l'osservazione dei test di associazione Jung giunge anche a interessanti considerazioni rispetto al fenomeno associativo nei nevrotici e negli psicotici operando il seguente confronto: nei nevrotici si possono verificare anche dissociazioni in più personalità, viene mantenuto quello che Jung chiama conversazione dell'*unità potenziale della personalità* (Jung, 1939). Nonostante tale dissociazione, cioè, la coscienza, scissa in più coscienze personali, mantiene l'unità dei frammenti dissociati, ben visibili allo specialista. Questo non si verifica altresì nella schizofrenia dove un test di associazione può svolgersi in modo del tutto analogo al nevrotico, ma andando più a fondo si osserva che il legame tra l'io e alcuni complessi è spezzato in maniera più o meno grave.

Nella schizofrenia, chiarisce Jung, i complessi sono diventati frammenti autonomi, staccati non si inseriscono nella totalità psichica, oppure, in caso di remissione si trovano inaspettatamente assemblati (Jung, 1939). Scrive in *Psicogenesi della schizofrenia* (1939):

“nei nevrotici si scopre che le loro associazioni normali sono disturbate dall'intervento spontaneo di contenuti tipici dell'*abaissment*<sup>2</sup>; la dissociazione (nevrotica) può arrivare persino al punto di creare una o più personalità, secondarie, ognuna delle quali, si direbbe, ha vita propria. Ma la differenza fondamentale tra nevrosi e schizofrenia sta nella conservazione dell'unità potenziale della personalità (...). Un test di associazione può svolgersi in modo del tutto analogo tra uno schizofrenico e un nevrotico. Ma un esame più approfondito mostra che in un paziente schizofrenico il legame tra l'io e alcuni complessi è rotto più o meno completamente. La scissione non è relativa (come nella nevrosi), ma assoluta.” (Jung, 1977, p.39).

A questo punto presenta un'analogia con il delirio di persecuzione dell'isteria nel quale è possibile portare sotto controllo della coscienza lo stesso; mentre ciò non risulta applicabile nel caso di una paranoia in senso stretto. Dove il processo di ricostruzione dei legami di senso è più complesso e arduo; nella nevrosi si conserva un controllo cosciente che non è presente nella psicosi. Parafrasando Jung: se nella nevrosi la scissione è fluida e variabile, nella schizofrenia è come uno specchio rotto. Già in questo scritto del 1939 Jung ci propone una chiarificazione rispetto all'associazione interposta tra sogno, mito e manifestazioni psicotiche.

Analogia ribadita anche da Freud nei suoi contributi circa la psicosi (1910, 1915, 1923), con Jung la questione si approfondisce attraverso l'introduzione del concetto di *Archetipi* del quale si serve per operare alcune riflessioni rispetto a quello che nelle culture primitive viene definito '*Grande Sogno*': si tratta di un tipo di sogno che attinge non ai residui diurni (sogno del I tipo), ma a materiale totalmente inconscio e collettivo (sogno di tipo II), il quale si verifica generalmente in momenti decisivi della vita che erano tali specialmente nell'antichità, quando venivano seguiti i riti religiosi e magici al fine di ottenere risultati positivi o per interpretare il volere degli dei.

L'aspetto dell'ottenere da essi risultati positivi viene acutamente analizzata da Aldo Carotenuto rispetto al portare alla luce gli aspetti Ombra della personalità; in particolare fa riferimento alla tradizione alchimista dove questo Grande Sogno rappresentava la trasformazione della materia 'vile' in 'preziosa'; le rappresentazioni oniriche erano atte a "trasformare il piombo in oro" (Carotenuto, 2014). L'Ombra, dunque, riferisce agli elementi di pesantezza contrapposti alla leggerezza del nostro essere.

A tal proposito sembrano pertinenti le parole di Kundera (1984):

"un dramma umano si può sempre esprimere con la metafora della pesantezza. Diciamo, ad esempio, che ci è caduto un fardello sulle spalle. Sopportiamo o non sopportiamo un fardello, sprofondiamo sotto il suo peso, lottiamo con esso, perdiamo e vinciamo."

Vincere di fronte alla lotta con quel fardello corrisponde a trasformare quella pesantezza in leggerezza, in una dialettica trasformativa che non si esaurisce mai. È la dialettica tra l'inconscio e il conscio, tra Ombra e la Luce dell'Essere dove le parti più oscure e recondite della nostra psiche possono essere portate allo scoperto e forgiate attraverso il *processo di individuazione* (Jung, 1949).

Nella schizofrenia il fardello che queste persone sono costrette a portare in spalla è lo stigma sociale, il fardello di essere emarginati perché spaventosi nella manifestazione di ciò che caratterizza ognuno di noi, ma che abbiamo dimenticato di avere per proteggerci da quella forza inaudita dei contenuti che emergono in questa forma di malattia mentale che, quindi, ci riguarda tutti. In ognuno di noi, infatti, è presente una *'parte psicotica della personalità'* dirà Bion nel 1957.

Rispetto al legame dell'Ombra con la psiche schizofrenica Jung non approfondisce nello scritto di cui sopra, limitandosi a parlare dell'irruenza degli Archetipi nella condizione schizofrenica e mettendoci in guardia, evidenzia che la preparazione dello psichiatra è insufficiente per la comprensione di questa particolare forma di disagio, in quanto manca della comprensione dei simboli che compongono la nostra storia filogenetica e ontogenetica trasversali alle diverse culture.



Il concetto di Archetipo richiede una piccola parentesi per essere esemplificato. Introdotto da Jung rispetto alla comprensione della condizione schizofrenica, per la prima volta, nello scritto *'Nuove considerazioni sulla schizofrenia'* (1957/59), ripreso poi anche in *'Schizofrenia'* (1958) vede la sua massima spiegazione ne *'Gli Archetipi dell'inconscio collettivo'* (1934/1954). La premessa teorica fondamentale nello spiegare il concetto di Archetipo è che esso rappresenta una 'entità' che, come anche Jung ebbe cura di sottoscrivere e ribadire, non è possibile descrivere dettagliatamente, ma soltanto approssimativamente poiché afferrabili solo *intuitivamente*. Al pari degli istinti, sono comprensibili solo quando si manifestano concretamente (Jung, 1954).

Letteralmente archetipo significa 'forma preesistente'. Jung trae ispirazione da diversi scritti antichi tra cui gli scritti di S. Agostino (397), in particolare dallo scritto *De diversis questionibus*, dove l'autore parla di *idee principales*, cioè idee originarie. Questi elementi collettivi arcaici vengono anche paragonati alle categorie di *Noumeno* per Kant (anno) o agli 'eide' platonici.

L'Archetipo può essere dunque concettualizzato come un'immagine universale, presente fin dai tempi remoti, e per comprenderlo ci vengono in aiuto miti, favole, sogni e proprio i deliri dei pazienti psicotici.

Esiste dunque una stretta correlazione tra materiale mitologico, onirico e psicotico dove gli archetipi si manifestano in tutta la loro forza e potenza.

Questa forza e potenza possiamo affermare che derivi dalla forza dell'Es che ha preso il controllo sulla vita psichica della persona con schizofrenia; come ci diceva Freud (anno), siamo di fronte allo strapotere dell'Es.

Afferma Jung (1919, p.34):

"Quando gli esseri umani perdono il loro ancoraggio ai concreti valori della vita, i contenuti inconsci acquistano una realtà preponderante. Dal punto di vista psicologico la psicosi è uno stato mentale in cui elementi precedentemente inconsci prendono il posto della realtà."

Un esempio di questo processo è osservabile nella paranoia, qui abbiamo possibilità di osservare una non integrazione dell'Ombra della personalità del soggetto, si

manifesta in immagini archetipiche come il diavolo, o un Dio spietato come quello del caso Schreber. Alla luce di ciò assumono fondamento le parole di Aldo Carotenuto (2014, pag.181) in *Eros e Pathos*: “[nella] paranoia, in cui il soggetto ha continuamente l’impressione di essere perseguitato non viene generalmente detto che quel delirio paranoico ha un fondamento di realtà. Tutti noi percepiamo una persecuzione di cui siamo oggetto. È come essere sempre sottoposti a un controllo superiore che verifica la nostra aderenza a modelli prestabiliti.”

Da queste parole si può evincere l’essenza della paranoia che, come dicevamo prima, ci riguarda tutti, ciò che il paranoico o lo schizofrenico vivono non è altro che l’exasperazione di processi umani, il cui spaventoso portavoce è l’Archetipo dell’Ombra, specchio dell’oscurità; essa è presente in tutti noi e reclama la presa di consapevolezza per diventare generativa.

Ognuno di noi, secondo l’autore, ha sempre questa parte della personalità che integrata permette di avere un funzionamento che potremmo dire è conforme a delle regole sociali prestabilite; le quali, tuttavia, non sono esenti dalla paranoia che sembra piuttosto essere *anche* culturalmente determinata; ricordiamo a titolo esemplificativo gli scritti di Foucault sul potere.

I processi psichici sono individualmente e collettivamente determinati. La schizofrenia, e in particolare la condizione paranoica sono espressione del disagio della storia dell’umanità nei secoli venuti.

Tornando a Jung e traghettandoci verso una dimensione anche biologica della psiche, egli parla degli archetipi quali *‘autoritratti degli istinti della psiche’* volendone evidenziare la componente biologica; infatti, gli archetipi rappresentano le norme biologiche dell’attività psichica, così come gli istinti sono le norme biologiche dell’attività psichica.

Nello scritto *‘La Schizofrenia’* (1958) chiarisce che le conseguenze affettive date da complessi abituali sono solo apparentemente asistematiche e in apparenza caoticamente causali accompagnate da motivi arcaici, da *strutture associative primarie e arcaiche* le chiama Jung, le quali riferiscono a forme arcaiche dell’esperienza umana quanto mai prossime ai motivi e complessi di idee

mitologiche. Evidenziando anche in questo contributo la base biologica della struttura archetipica, qui paragonati ai *'pattern di behaviour'* (Jung, 1977, p.77).

Jung evidenzia come allora la stessa schizofrenia detenga, a oggi confermato anche dagli studi sull'epigenetica e neuroscientifici. Vi sarebbe un fondamento biochimico, secondo l'autore, che si trova maggiormente compromesso rispetto alle nevrosi.

La condizione umana e con lei le sue deviazioni sono un prodotto frutto di interscambio tra diverse dimensioni umane dove la schizofrenia assume i caratteri del deviante, ma detenendo in sé una verità sull'umanità rappresentata da una costante spinta al ritorno alle origini, qui appare ancor più pertinente quanto detto su Thanatos del precedente capitolo su Freud. Potremmo dunque affermare che nella schizofrenia si verifichi un disimpasto di Eros e Thanatos, una non integrazione tra la condizione conscia e inconscia della psiche, una non armonica comunicazione tra le parti della personalità.

La questione degli Archetipi è collegabile alle considerazioni che l'autore fa, in *'Psicogenesi della schizofrenia'* (1939) rispetto al concetto di *'psicosi latente'* ossia quella condizione di disagio che viene mascherata da un'apparente nevrosi, laddove a fronte di accadimenti di varia natura la nevrosi, che avvicinandosi alla linea di pericolo era sempre riuscita a rimanere al di qua di essa, al di qua del punto critico, supera quella linea e si manifesta una psicosi manifesta. Questo concetto ci rimanda a quello psicoanalitico di psicosi bianche.

L'autore spiega che cosa si verifica in tali condizioni con le seguenti parole (Jung, 1977, p.45/46):

“Per molti anni il paziente ha lottato per la conservazione del suo Io, per il controllo e l'unità della sua personalità. (...) non è stato semplicemente sopraffatto da una violenta emozione, ma è stato veramente sommerso dalla marea di forze insuperabilmente potenti e di forme di pensiero che vanno molto al di là di ogni normale emozione, per quanto violenta. Tali forze e tali contenuti inconsci erano in lui da molto tempo, ed egli ha lottato per anni con successo contro di loro. In effetti questi bizzarri contenuti non sono propri del malato soltanto, ma si trovano

ugualmente nell'inconscio delle persone normali, che però hanno la fortuna di non saperne nulla.”

Jung prosegue nell'approfondire la natura di tali psicosi latenti affermando che non si tratta del risultato di cellule cerebrali intossicate (tesi che successivamente, come vedremo, sembra essere revisionata affermando che esiste una tossina conseguenza di un intenso affetto che non può più essere contenuto): afferma che la condizione delle psicosi latenti rappresenterebbe piuttosto la semplice 'possibilità che in una persona in qualche periodo della vita possa manifestarsi un disturbo mentale'.

Chiarisce che 'l'esistenza di materiale inconscio strano non prova niente in quanto lo si ritrova in diverse forme artistiche, nei sogni, nei miti delle diverse culture in modo trasverso; piuttosto la psicosi latente riguarderebbe che 'una persona possa o no sopportare un certo panico o sostenere la tensione cronica di una psiche in lotta con sé stessa. Molto spesso è solo questione di un eccesso infinitesimale, la goccia che fa traboccare il vaso' (Jung, 1977, p.45/46). Così l'Io perde la sua '*posizione di preminenza*' (Jung, 1839), viene soverchiato e così si produce la scissione dei complessi.

Le ultime considerazioni junghiane rispetto alla malattia schizofrenica risalgono al 1958 quando scrisse 'La Schizofrenia'. Qui Jung opera una sorta di riassunto rispetto a quanto precedentemente proposto, ma, per la prima volta, solleva alcune domande e fa alcune considerazioni rispetto alla terapia di questi pazienti.

A tal proposito, per un'indagine dell'applicabilità nell'analisi della schizofrenia attraverso il mito si rimanda allo scritto di Sabina Spielrein, la quale portava nell'anno 1911 una tesi di laurea dal titolo *Il contenuto psicologico di un caso di schizofrenia (dementia praecox)*; un'indagine della sofferenza schizofrenica composta da un'interessante analogia tra diversi miti e la sofferenza di una paziente da lei analizzata, la Signora M. Il primo suggerimento di Jung è quello di utilizzare l'Arte al fine di 'rendere visibile la caotica situazione complessiva, apparentemente incomprensibile e non formulabile' e oggettivarla in modo tale 'da poter essere osservata, analizzata e interpretata dalla coscienza' (Jung, 1977, p.74). Prosegue: 'l'effetto di questo metodo sembra consistere nel fatto che l'impressione

originariamente caotica e spaventosa viene sostituita all'immagine, che per così dire vi si mette davanti' (Jung, 1977, p.75).

In altre parole, in tal modo viene a prodursi una familiarizzazione con quei contenuti che, una volta disegnati e cioè rappresentati, sono più prossimi alla presa di parola, ad essere verbalizzati; di fatto l'arte della pittura si rifà ad una componente anale che permette un'evoluzione rispetto all'oralità primaria (caratterizzata dal succhiare per Abraham), osservabile nella schizofrenia.

Un interessante contributo rispetto all'Arte terapia ci proviene da un'allieva di Jung, Nise De Silveira (1905/1999), che in Argentina fondò un innovativo ospedale teso a liberare i pazienti gravemente malati psichicamente dalle catene dell'allora metodo coercitivo entro un sistema che contribuiva ad aggravare la situazione perché da garante ad un Super-Io sadico e persecutorio. Si tratta di iniziare il paziente schizofrenico ad un processo di individuazione che deve coinvolgere la creatività e l'espressione di quel potenziale che spinge per trovare spazio nella vita dell'individuo attraverso formazioni sintomatiche.

Ricordiamoci le parole di Frida Kahlo (1997/1954): "l'Arte più potente della vita è fare del dolore un talismano che cura. Una farfalla rinasce, fiorita in una festa di colori".

Invitando nuovamente ad esplorare i recessi della psiche, le parti più arcaiche, Jung riprende in questo contributo anche il concetto di Archetipo e dichiara di aver attinto ai contenuti psicotici dei suoi pazienti per formulare il concetto di *Inconscio Collettivo*, il quale è "non solo formato da contenuti di coscienza originari andati perduti, ma anche da uno strato più profondo, dello stesso carattere universale dei motivi mitici che caratterizzano la fantasia umana generale" (Jung, 1977, p.76).

Chiarisce un importante concetto ancora oggi valido rispetto al processo terapeutico ossia l'importanza fondamentale, nella cura del paziente schizofrenico, di un cospicuo '*impegno personale, il serio proposito e la dedizione, anzi il sacrificio del terapeuta*' (Jung, 1977, p.81). Essere disponibili ad un dispendio emotivo e intellettuale nell'impegnarsi nella comprensione della simbologia sottesa a tale disagio il quale richiede l'integrazione di diverse discipline cui Jung invita. Evidenzia

anche l'importanza per la prognosi dell'intelligenza e il grado di istruzione del paziente.

Rispetto a questi pazienti l'autore suggerisce di veicolare quante più conoscenze psicologiche possibili. La sua esperienza clinico-terapeutica lo aveva portato ad osservare che più il soggetto sapeva di questo campo tanto più era ottimistica la prognosi. Questo tipo di trattamento, che include nel caso di Jung una 'interpretazione archetipa', ricorda il trattamento psicoeducativo che è stato osservato essere valido per il trattamento dei pazienti psicotici; si tratta però di andare oltre, rifacendosi a conoscenze che detengono verità più arcaiche che possono conferire maggior senso al vissuto.

L'ultima considerazione che si sembra rilevante è rispetto alla forza dell'lo, tema che ancora oggi interessa gli psicoanalisti. Primariamente Jung chiarisce che nella schizofrenia si produce una dissociazione (che noi chiameremo scissione) dell'lo-personalità che viene spodestato da una seconda personalità producendo il fenomeno della 'double personnalité' (Jung, 1977, p.86/87), condizione simile a quella del sogno.

Si pone a tal punto il dilemma della debolezza dell'lo ossia se ammettere come causa, come origine della condizione psicotico-schizofrenica una certa debolezza primaria dell'lo oppure una particolare forza degli affetti. Avendo già evidenziato l'importanza di un 'violento affetto' (Jung, 1977, p. 86), coerentemente, Jung suppone che la fragilità dell'lo sia secondaria al processo affettivo prorompente.

Nella schizofrenia si manifesterebbe un blocco nell'integrazione, nella normale tendenza della psiche all'unità e alla normalizzazione in una 'gerarchia di ordini psichici superiori' (Jung, 1977, p. 87); il blocco si produce 'a livello arcaico e caotico-casuale' ignorando la dimensione sociale.

In questo passo prosegue azzardando addirittura un'ipotesi, che lui stesso definisce 'audace', rispetto alla localizzazione, implicita nelle precedenti considerazioni, per la quale l'Archetipo si troverebbe collocato a livello del tronco cerebrale. Tale affermazione deriva dagli studi di due studiosi americani, Wilder Penfield e Herbert Jasper (1954), i quali sarebbero stati capaci di stimolare un'immagine archetipica

attraverso la stimolazione del tronco cerebrale. Chiarisce che tale simbolo archetipico sarebbe un Mandala, il quale si riscontra spontaneamente nella produzione inconscia in molteplici culture. Aggiunge, per avvalorare l'ipotesi, le seguenti considerazioni: "Il motivo che mi ha fatto pensare ad una localizzazione nel tronco cerebrale consiste nel fatto psicologico che a questo archetipo in modo speciale spetta il ruolo di ordinatore direttivo. I simbolici mandalici appaiono perciò spesso in momenti di disorientamento spirituale e precisamente come fattori compensatori di ordine" (Jung, 1977, p.89).

Infine, conclude questo scritto, ipotizzando la presenza di una tossina generata dall'eccesso di affetto, la quale si colloca nell'area del complesso. Sollecita, dunque, la scienza a procedere sia nella direzione delle componenti biologiche (patologia del cervello) sia psicologiche (psicologia dell'inconscio) affermando la certezza della presenza di entrambe le componenti per la comprensione di questa forma di disagio esistenziale.

Dichiara che il ponte che collegherà le due discipline deve essere costruito ancora e che passerà del tempo prima che le due 'possano darsi la mano' (Jung, 1977, p.89). Ad oggi questo ponte si trova ad un buon punto costruzione, sono stati fatti progressi; però occorre ricordarsi che l'uomo della scienza deve stare accorto come ci avverte Jung: la certezza dell'esistenza di entrambe le discipline "dovrà trattenere i ricercatori dal trascurare l'una in favore dell'altra, o peggio ancora, dal voler sostituire l'una con l'altra" (Jung, 1977, p.90).

Questo è un insegnamento che Jung ci propone nell'intero percorso di vita e studi, concludendo così questo scritto: "La natura non esisterebbe senza sostanza, ma non esisterebbe neppure se non fosse riflessa nella psiche".

Riassumendo, troviamo in questi diversi scritti concettualizzazioni circa la schizofrenia che sono spiegate e ampliate rispetto a quanto fino ad allora si sapeva su questo disagio esistenziale. Si tratta di interpretare i simboli di cui a schizofrenia si vede portatrice. Alcune delle considerazioni, di cui sopra, risultano essere prolifiche per ulteriori indagini e per l'indagine dell'efficacia del trattamento.

### 1.3 Sabina Spielrein: il caso di Frau M.

Il caso della signora M., il cui nome viene citato una sola volta nel testo dove viene altrimenti semplicemente denominata come 'la paziente', fu portato da Sabina Spielrein, che a sua volta fu una paziente psicotica, nel lontano 1911 come tesi di laurea in Medicina dal titolo '*Il contenuto psicologico di un caso di schizofrenia (dementia praecox)*', pubblicato in *Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen* nel volume III, parte I.

Troviamo oggi il caso, raccolto insieme ad altri interessanti scritti della Spielrein<sup>1</sup>, in *Comprensione della schizofrenia e altri scritti* (1986) edito da Liguori Editore e curato da Aldo Carotenuto; volume introvabile ovunque ad indice di quanto questa autrice così brillante sia stata rimossa a discapito delle sue illuminanti idee che cercheremo di riassumere attraverso l'analisi del presente caso di schizofrenia inserendola, come d'altronde era anche nella realtà, in questo capitolo dedicato alle psicosi agli albori della psicoanalisi, tra Jung e Freud<sup>2</sup>.

Il caso ha un'impostazione medica, oltre che psicoanalitica, e inizia con una dettagliata analisi dell'anamnesi e status presens, con il fine ultimo di 'dare uno sguardo più approfondito all'anima della paziente' (Spielrein, 1986, p.1).

Le informazioni che Spielrein riceve riguardo alla paziente arrivano principalmente da una terza fonte, il marito della signora, il quale riporta di avere due figli con la stessa, che prima di allora non aveva mostrato alcuna difficoltà psichica, aveva vissuto un aborto al settimo mese di gravidanza cui fecero seguito un'intensa febbre che costrinse la paziente a trascorrere tre settimane in ospedale, in occasione delle quali fece dei sogni molto angoscianti. Al ritorno dall'ospedalizzazione manifestò un

- 
1. Ad esempio 'La distruzione come causa della nascita' (1912), citato dallo stesso Freud in 'Al di là del principio del piacere' (1920). Si legge: «una parte notevole di queste speculazioni è stata anticipata da Sabina Spielrein, in un lavoro ricco di contenuto e di idee che purtroppo non mi è del tutto chiaro. Essa definisce l'elemento sadico della pulsione sessuale come "distruttivo"» (Boringhieri 1975, p.88).
  2. Per un'interessante analisi del rapporto tra Freud, Spielrein e Jung si rimanda a A. Carotenuto, *Diario di una segreta simmetria*, Roma, Astrolabio, 1980; ove è possibile trovare, oltre a lettere personali, missive tra gli autori e il diario di Spielrein, interessanti considerazioni circa la nascita della psicoanalisi che, a mio opinabile parere, vede direttamente coinvolta la psicosi come tema anche sociale.



forte desiderio di affetto che aveva secondo il marito qualcosa di eccessivo e poco sincero, artificioso.

Pressappoco in concomitanza di tale richiesta affettiva, in corrispondenza delle vacanze estive, la signora manifestò anche un intenso desiderio di lavorare che veniva tuttavia ostacolato da una stanchezza imminente, che tuttavia permise lei, in tale stato di esaltazione come lo definisce l'autrice, delle piacevoli vacanze.

Nell'autunno che seguì cominciò ad occuparsi con zelo di una famiglia povera 'traendo grande piacere dal poter donare a queste persone indigenti' (Spielrein, 1986, p.3).

Nel novembre medesimo fece visita ad una diaconessa con la quale si mise a pregare, dopo il quale evento comparvero intensi rimproveri nei confronti del marito, il quale era protestante contrariamente alla paziente che era cattolica, rispetto al fatto di non essere abbastanza religioso; tuttavia, al giorno seguente si mostrò serena e tranquilla.

Qualche sera dopo i rimproveri si fecero nuovamente vivi, assieme ad essi comparve anche l'affermazione che non avrebbe trovato pace fino a quando lei e la famiglia non avessero trovato la salvezza; seguì uno stato di euforia al mattino seguente, quando, piangendo, rinnovò ancora una volta i rimproveri al marito dichiarando che la sorella era ammalata e che lei doveva andare a letto, ma non poteva, in quanto sporca. Lo sporco sarà, come vedremo, ricollegato all'impurità, alla necessità di una purificazione anche dell'anima, e rimanda a sintomi ossessivo-compulsivi che sono talvolta paravento della sofferenza psicotica. A tale episodio fece seguito uno stato di confusione dove delirando affermava che tutti erano sporchi, e dovevano pertanto lavarsi le mani e i piedi. Cominciò poi a pregare fino al ricovero in clinica.

Altri elementi rilevanti nell'anamnesi sono la presenza di un cancro all'esofago della madre della paziente, già malata di sifilide e tubercolosi; e la convinzione che il marito, di professione insegnante, preferisca le sue allieve a lei ed una in particolare denominata come 'die Fraunzimmer' (la donnaccia).

Arriva all'attenzione clinica pallida e tesa, ma senza alcun evidente disturbo. L'orientamento nello spazio e nel tempo, così come la memoria di fissazione e

rievocazione sono mantenute; ad essere notevolmente compromessa è l'affettività ed il linguaggio che risulta confuso e accompagnato da allucinazioni prevalentemente visive ed uditive come anche sensazioni corporee quali quella di rimanere elettrizzata. Compaiono anche idee fisse prive di senso e la paziente assume un'insolita posizione supina o cade in ginocchio pensando di essere di fronte a Dio.

A questa prima parte introduttiva fanno seguito sette capitoli che scandagliano la sofferenza della paziente.

Il primo capitolo prende il titolo di Cattolicizzazione, e apre con la conversazione tra medico e paziente dove alla domanda che cosa sia la cattolicizzazione la paziente mostra un eloquio disorganizzato accompagnato da motivi artistici quali riferimenti a Michelangelo, e sessuali; per esempio afferma che l'arte sistina come la definisce può provocare l'arte sessuale in riferimento alla Cappella Sistina a Roma, dove allora l'arte sistina/religione cattolica sono connesse al bello, alla bellezza. Afferma anche che 'davanti ad un bel quadro si può diventare poetici e dimenticare il dolore' (Spielrein, 1986, p. 5), affermazione che l'autrice interpreta che dimenticare il dolore rimanda all'elemento erotico della poesia dove possiamo interpretare poetico = innamorato in relazione al marito, il quale si entusiasma per la bellezza dimenticando il dovere di marito e padre ritenendo che questo ultimo abbia preferito la bellezza (vanità), la 'donna' appunto, alla purezza interiore il cui riferimento è alla paziente stessa.

Ricordiamoci che la paziente era cattolica mentre il marito protestante: il suo amore sessuale (del marito) viene definito 'poesia', 'arte' 'religione cattolica'; potrebbe allora giocare un ruolo, influire, nella formazione dei simboli, anche l'assonanza tra 'sistino' e 'sessuale' evidenzia Spielrein.

É in riferimento a tali elementi che la paziente inventa il verbo '*cattolicizzazione*' nel senso di 'trattare come un cattolico' ovvero sia di entusiasmarsi per l'amore sessuale = poesia cattolica.

Dall'arte sessuale ella fa poi derivare anche la così definita 'arte della generazione' come creazione di nuove generazioni (Spielrein, 1986, p.5) dalla paziente definita come 'arte di Laocoonte' dato che questo è il suo simbolo.

A determinare la scelta della religione cattolica deriva il fatto che la religione, quale elemento spirituale, rappresenta il contrario della sessualità che rappresenta altresì l'elemento fisico, nonostante ciò, la religione stessa rappresenta pure l'elemento sessuale.

Riguardo a questa affermazione paradossale ci delucida Spielrein:

“La principale difesa delle componenti sessuali sta nell'indicare tali comportamenti attraverso il loro negativo (lo spirituale); infatti la sessualità rappresenta qualcosa di grande come la religione e viene innalzata a valori più alti. L'espressione di un'idea attraverso il suo negativo o attraverso il suo opposto si ripete sempre nelle formazioni simboliche della paziente. Così nei seguenti esempi: alla mia domanda se lei conoscesse dei cattolici al di fuori dell'Istituto, cita una famiglia nella quale il marito era protestante e la moglie cattolica: tra i due esisteva un continuo litigio. Poi aggiunge che potrebbe anche darsi che il marito sia cattolico e la moglie protestante”. (Spielrein, 1986, p.6)

Il capitolo che segue ha come titolo 'Esperimenti sistino-psicologici', il quale tratta piuttosto il tema dell'infedeltà e del tradimento che ossessiona la paziente.

Spielrein di fronte all'affermazione della signora M. di poter essere infedele al marito, sia spiritualmente sia fisicamente, in quanto non provava nessun rispetto per la psiche (del marito), domanda se avesse mai incontrato una psiche migliore (Spielrein, 1986, p.6).

A tale domanda la paziente risponde che nell'istituto dove si trova c'era il professor Forel che poteva essere una psiche superiore a quella del marito, con il quale ella non ha mai avuto rapporti diretti. Prosegue poi con un delirio che vede coinvolte tre tipologie di padelle chiamate anche *marmite* (padella in francese):

Abbiamo una padella vegetariana, che può essere contaminata dalla padella della carne, e infine la padella psicologica che può essere considerata superiore alle altre.

Queste tre tipologie sono utilizzate al fine di spiegare uno 'sfasamento' sessuale secondo l'autrice.

La paziente riferisce di essere trattata alla stregua di un 'esperimento sistino-psicologico' (Spielrein, 1986, p.7) al quale corrispondono una padella psicologica e una sistina dove quest'ultima si dividerebbe in due parti: una 'vegetariana' (vegetale) che disprezza la carne (negazione della sessualità) ed una animale (accettazione della sessualità).

La seguente frase conferma tale nesso: "quando la verdura diventa impura sessualmente" afferma la paziente (Spielrein, 1986, p.7).

Il delirio prosegue e vede coinvolto un elemento di angoscia relativa al timore della contaminazione specie nella descrizione secondo la quale la terra, con la quale la paziente intende la donna, assorbe feci ed urina attorno al seme.

Spielrein riporterà, più avanti, la corrispondenza tra terra e donna quale rappresentazione, elemento mitologico trasversale alle diverse culture.

Il motivo della contaminazione deriva dal fatto che oltre al seme riceve, nell'atto sessuale, anche urina. La paziente mostra anche fantasie deliranti rispetto all'origine dell'uomo che, secondo lei, si disperderebbe poi nell'acqua e il come tale scioglimento si verifica andrebbe rintracciato negli organi sessuali femminili, mentre l'uomo viene creato attraverso la polvere. Qui il rimando è, chiaramente, alla Genesi dove Dio crea Adamo attraverso la terra e gli conferisce la vita soffiandogli un 'respiro' sul volto. Adamo, evidenzia Spielrein, potrebbe essere anche equivalente simbolico del Professor Forel.

Secondo l'autrice è qui riscontrabile una fuga dalla sessualità, andando piuttosto incontro alla religione, attraverso una compensazione ovvero "l'accettazione attraverso la difesa" (Spielrein, 1986, p.8).

Ci sembra qui doveroso riportare uno stralcio di quanto viene affermato dalla paziente al fine di una maggior comprensione; la signora M. afferma:

“Le figure di pietra devono essere disciolte in modo pio-mitologico, per così dire simile alla rigidità dell’anima sulla croce. Questo trova il suo nesso con la poesia di Laocoonte e la pittura”.

Qui quando la paziente afferma ‘la rigidità dell’anima sulla croce’ è presente un’identificazione con Cristo morente secondo la Spielrein, il quale tuttavia risorgerà come risorgeranno anche gli uomini corrispondenti alle figure di pietra.

Come afferma l’autrice: “le pietre diventano animate (viene creato un nuovo uomo), la dolorosa rigidità della morte (Cristo-Laocoonte-anima) si dissolve e tutto ciò avviene mediante la procreazione” (Spielrein, 1986, p.8); infine qui l’autrice rimanda il lettore a quanto la paziente aveva affermato inizialmente rispetto al fatto che l’arte sistina corrisponde all’arte della generazione di Laocoonte.

La paziente prosegue affermando la potenza del fuoco in grado di purificare qualsivoglia cosa. Il sole (fuoco) purifica il seme del primo uomo mentre il seme del primo animale va a purificarsi sulla luna (luce femminile). (Spielrein, 1986, p.9)

Spielrein richiama qui ai suggerimenti che Jung aveva dato lei in merito all’analogia con alcuni miti persiani dove l’urina celestiale ha un significato purificatore, in particolare l’asino a tre zampe purifica con la sua urina Vouru-Kasha, il lago celeste delle piogge.

Il fuoco è, nella struttura delirante della paziente una forza fecondante. Ci ricordiamo che era così anche per il caso Schreber.

Progressivamente il Dottor Forel, con il quale la paziente comunque non aveva mai interagito direttamente, e costituisce dunque una figura simbolica, diviene il Dr.J., allievo di Forel, dal quale si era sentita trattata come un esperimento psicologico — era stata sottoposta ad un esperimento associativo.

Successivamente la paziente parla di ‘esperimento sistino-psicologico dove “dà al ‘sistino’ la veste di ‘soluzione spiritistica’ (cioè ‘spirituale’). Anche qui abbiamo prima il livello più superficiale (negativo) riguardante ‘la religione’ poi la questione più profonda — ‘sistina’ — legata attraverso una ‘o’. Il termine ‘questione’, che la paziente usa molto volentieri, deriva certamente dalla ‘questione sessuale’ del Prof. Forel che la paziente conosce almeno per nome “ (Spielrein, 1986, p. 9).

Introducendo l'elemento dell'alcol la paziente ritiene che questo sia collegato, ci dice, all'uso dell'ipnosi per scandagliare la pazzia, con riferimento alla componente purificatrice dell'alcol in medicina.

Spielrein ci mostra la corrispondenza di tale elemento purificatore con il fuoco che faceva sorgere nuovi uomini dalle ceneri. Il riferimento che qui viene operato dall'autrice è con il *soma* indiano, quale bevanda che può donare fertilità ed immortalità, ancora una volta il riferimento alla generatività. Ma accade la medesima cosa che fa il fuoco, come elemento generativo, precedentemente visto, anche con l'alcol? La paziente di fronte a tale interrogativo, spazientita, riferisce ai laghi italiani affermando che questi 'vengono alla luce attraverso la fenditura della terra'.

L'autrice ci rimanda a quanto Jung le ha fatto notare: nei miti l'acqua è intensa come "madre" dispensatrice. Ad esempio, Maria, allo stesso modo di *Pegè*, è venerata come sorgente. L'elemento acquatico e dei laghi sarà ripreso anche dopo.

Dal momento che la paziente utilizza il termine 'italiano' come sinonimo di bellezza, poesia, arte = amore è logico allora ritenere che parlare di un lago italiano e di come esso si crea faccia riferimento ad un lago d'Amore. Prosegue infatti la paziente: "attraverso una fessura situata nel corpo della donna (nella terra) l'acqua (il lago) viene alla luce" (Spielrein, 1986, p.10).

L'origine delle leggende psicologiche è qui l'acqua che sgorga dal corpo della donna (terra) che potrebbe essere in relazione alla creazione dell'umano. Il riferimento che Spielrein suggerisce è il liquido amniotico, e ci sembra pertinente; evidenzia, inoltre, che molteplici miti hanno come origine della vita l'acqua che, come detto, sopra rappresenta la madre, e dunque l'origine della vita.

'Di conseguenza la cura psichica del dr. J sarebbe una descrizione dei processi di formazione dell'uomo. Accettiamo (per ora) questa interpretazione, non come certa, ma possibile'. (Spielrein, 1986, p.10)

Ritornando al tema centrale della sessualità, l'autrice evidenzia come la paziente parli spesso dell'argomento per opposti, cita qui anche Freud, e specifica che ad esempio quando la paziente parla del 'banco del vinaio' — usanza carnascialesca per la quale vengono declamati pubblicamente versi di burla e di critica nei confronti

di persone o situazioni note — ella identifica con l'autopsia dell'anima questa usanza, la quale rimanda all'esperimento associativo di cui sopra.

Analogamente al 'banco del vinaio', infatti, nell'esperimento associativo, ci dice l'autrice, "si passa attraverso una serie di parole-stimolo, una delle quali colpisce il bersaglio cioè tocca il complesso per cui quando la paziente riferisce questa usanza fa in realtà riferimento, mediante una corrispondenza simbolica, all'esperimento associativo cui è stata sottoposta". (Spielrein, 1986, p.11)

Riferisce qui anche all'essere percossa per le strade di Basilea, qui due punti sono indagati dalla Spielrein. In primis il fatto che la paziente riferiva che i bambini venissero picchiati da ella stessa e dal marito mentre qui è lei ad essere percossa dal Dr. J, cui fanno seguito fantasie di moltiplicazione del denaro dove l'origine è però sempre la terra (si veda miti nordici), e di conversione al cristianesimo cioè di conversione, afferma l'autrice, all'attività sessuale.

Rispetto a tali fantasie deliranti di moltiplicazione, più avanti troviamo anche l'avanzamento di una teoria relativa al *Novazoon*, parola di cui Spielrein si rammarica di non aver domandato come le fosse arrivata in mente; sarebbe secondo la signora un composto di idrogeno, con chiaro richiamo all'acqua, da cui deriverebbero gli esseri viventi, facilmente identificabile con lo sperma.

La nuova generazione che deriva da questo nasce dalla testa e dallo sviluppo degli spermatozoi degli animali dove la testa è sede dell'anima, dell'intelletto e dove l'animalità è l'opposto della spiritualità — l'animalità nega la sessualità. Ancora una volta la negazione di cui detto sopra.

La paziente riferisce anche un sogno dove ha rapporti sessuali con il Dr J., e quando Spielrein le fa notare che si tratta soltanto di un sogno ella diviene cattiva e afferma che i sogni vanno interpretati lasciando supporre che abbia appreso indirettamente, durante l'esperimento associativo, questo contenuto.

In secondo luogo viene preso in esame il fatto che di Basilea sia anche il Dr.J, per cui Spielrein domanda alla paziente chi le ricorda questo luogo, aspettandosi che la risposta sia proprio il Dottore di cui ella conosce la provenienza, mentre riceve per risposta che è di quella città un certo Signor Leuers.

L'assonanza con Laocoonte è lampante, si tratta ancora una volta di un 'travestimento simbolico' (Spielrein, 1986, p.13) che in questo specifico caso rimanda all'arte della generatività per come l'abbiamo vista precedentemente in riferimento al personaggio della mitologia greca.

La paziente si serve spesso di tali equivalenti simbolici.

"È come dire che non avremmo la luce se non esistesse l'oscurità: nel medesimo istante in cui il buio risulta essere contrario della luce, esso la crea" (p.13); in una nota, qui, Spielrein ci chiarisce che tale sua affermazione riferisce alle esperienze di ricerca psicoanalitica, ed in particolare modo al concetto di '*ambivalenza*' del professor Bleuler, il quale fu concettualizzato in '*Zur Theorie des schizophrener Negativismus*' (1910).

In un'altra circostanza la paziente va in collera perché ritiene che vi siano delle insinuazioni a suo discapito (elemento, a mio parere, persecutorio); si tratta di 'dicerie' che potrebbero tradursi in realtà, 'per affermare il loro diritto di esistenza' (Spielrein, 1986, p.14); le 'chiacchiere', spesso presenti come sensazioni nella *dementia praecox*, dice Spielrein, costituiscono un insieme di impulsi spiccatamente emotivi, ossia i complessi; si parla dei complessi affettivi che abbiamo già incontrato nel precedente paragrafo, introdotti da Jung.

Questi elementi sono considerati dalla paziente come autonomi vista la loro intensità, i quali possono cioè vivere in virtù della loro intrinseca volontà. A proposito di tali complessi, di tali chiacchiere l'autrice riferisce che "il complesso erotico in lei cerca affannosamente di esprimersi; tali espressioni suscitano reazioni corrispondenti nelle altre persone, soltanto che in esse quell'idea viene completamente messa da parte a causa di numerosi altri contenuti rappresentativi. Poiché invece la paziente vive unicamente in questo complesso, lei vede soltanto in modo conferme al suo desiderio e per questo sopravvaluta la possibilità di attuazione" (Spielrein, 1986, p.15).

Il terzo capitolo si intitola invece 'L'Istologia e la sua cura' e attraverso di esso entriamo maggiormente a contatto con una forma di disagio della paziente, la quale vede coinvolta una componente di ipocondria se vogliamo. Con istologia la paziente



fa riferimento ad una malattia dei tessuti rifacendosi alla scienza istologica che si occupa dello studio dei tessuti, ne ricava questo termine dove la scienza stessa viene definita malattia.

La paziente suddivide in istologia psichica e istologia fisica dove con la prima intende "la diminuzione dell'intensità dell'amore, una specie di timore umano unito alla malinconia" ritenendo che essa sia relata a malattie sessuali ginecologiche pertanto che la seconda, l'istologia fisica, "è forse una trascrizione dei processi mentali uniti alla purificazione, collegati quindi con il ciclo periodico femminile". (Spielrein, 1986, p.18)

Il termine *tessuti* rimanda chiaramente, alla luce di ciò, ai tessuti femminili, all'organo femminile. L'istologia assume un significato traslato dal momento che essa non indica solo una malattia, ma anche uno stato depressivo che la accompagna, evidenzia Spielrein.

La paziente introduce, parallelamente al concetto di purificazione della donna attraverso il ciclo mestruale, concetto che si ritrova in diversi miti e culture, quello di *purificazione spermatica*. (Spielrein, 1986, p. 19)

La ricerca della guarigione risiede nel *coito* secondo la paziente, convinta che il marito, in quanto impuro perché cattolico, non possa dargli figli pertanto che ella rivolge le proprie attenzioni al Prof. Forel, il quale si interessava della produzione di latte per bambini; così se lei si rimetterà in salute grazie a lui potrà allattare i bambini da sola, in autonomia, cosa che non si è verificata e di cui ella si rimprovera come si rimprovera attraverso le allucinazioni che assumono voce dispregiativa e sprezzante.

Il desiderio per il Prof. Forel, le voci le dicono che è sbagliato questo desiderio verso il quale la paziente sperimenta la necessità di essere purificata, purgata, 'salvata con l'aria pura della terra di Gesù Cristo' — l'aria si trasforma nell'acqua spermatica e la terra è il corpo che fornisce quest'acqua, cosicché la fuga nello psichico, come al solito, trasporta la paziente nel campo materiale (Spielrein, 1986, p.19).

Emerge, inoltre, dalle parole della paziente che c'è un aspetto di biasimo nel bagnare il letto con richiamo all'onanismo come Bleuler avrebbe indicato a Spielrein;

concettualizzazione che viene poi confermata dalla paziente medesima allorché ella afferma che da piccola ha bagnato il letto, e quando riporta le conseguenze dell'onanismo, la cui cura è, come dicevamo, la guarigione attraverso il coito di un uomo puro con il quale poter avere una famiglia, a sua volta pura.

In particolare ella ritiene che l'onanismo abbia diverse conseguenze come ad esempio l'occlusione dell'esofago e dell'intestino; in generale esso comporta occlusione di vari organi, la cui cura come ci dice la paziente è legata all'istologia avanzata, e a cui è relato il dover assolvere al dovere coniugale, collegato, niente meno che alla creazione degli angeli, questo ultimo come chiaro riferimento alla nascita di un bambino morto che ricordiamo che la paziente aveva vissuto come causa precipitante la sua condizione psichiatrica.

L'onanismo, infatti, avrebbe causato anche tale disgrazia così come sarebbe alla radice della sua mancata efficienza sessuale e frigidità con il marito. "D'altra parte, la brutalità e la dissolutezza sessuali del marito (di religione cattolica) costituivano la causa della frigidità verso di lei, e la portavano inevitabilmente alla masturbazione. Se avesse amato il marito, non si sarebbe mai masturbata. Alla luce di quanto detto sopra, ci sembra ragionevole anche il fatto che la paziente pensasse al coito con un uomo puro come trattamento curativo" (Spielrein, 1986, p.21).

Il trattamento consiste specificatamente nell'aver rapporti con un uomo puro diversamente dal marito, impuro perché cattolico, che potrebbe aver contratto la sifilide, malattia che affliggeva la madre morta di tumore. Infatti, gli eventi rilevanti e scatenanti/precipitanti la condizione medica della paziente sono fondamentalmente questi due: la nascita di un figlio morto e la morte della madre, le quali hanno scatenato anche un'intensa gelosia verso il marito 'impuro' del quale sospetta abbia una relazione con la 'donnaccia'.

Si producono qui diverse identificazioni e spostamenti verso l'alto concetto introdotto da Freud, riportato a piè pagina dall'autrice. La paziente trasferisce così la propria personalità sessuale nella madre e nel bambino divenuti simbolo di sé stessa, e con la donnaccia l'identificazione produce invece la simbolizzazione, attraverso di

questa, degli impulsi aboliti nella coscienza — si crea una *personalità sessuale* (Spielrein, 1986, p.22).

Nello specifico caso, le identificazioni con la madre e con il figlio defunto rimandano alla causa dell'onanismo; e lei, la paziente, deve essere allora curata come la madre sofferente di sifilide, della quale potrebbe soffrire anch'essa e rispetto alla quale diviene lievemente ipocondriaca. Tale malattia è sinonimo di dissolutezza sessuale. Come spiegare tale procedimento identificativo?

Spielrein, per dar senso a quanto detto, fa un collegamento con un'allucinazione della paziente convinta di essere trasformata in una 'piccola trota' dove die Forel = trota. Tale processo l'autrice ritiene essere simile a quello del caso Schreber di Freud dove "il transfert su Flechsig gli ha mandato indietro un 'piccolo Flechsig' " (Spielrein, 1986, p.23). L'identificazione con il bambino, pertanto, produce la fantasia di avere un bambino da Forel, e come madre vive fino in fondo il destino della propria madre cosicché deve, come quella, essere curata da tubercolosi e sifilide che richiedono tuttavia cure costose, che come si vedrà più avanti, andranno a costituire un complesso di povertà.

Si verificano diversi spostamenti anche tra diversi personaggi relativamente al medico che curò la madre, in particolare il Dr. Kocher che diviene equivalente simbolico dei fratelli della paziente e del professor Forel. La fantasia prosegue e la paziente ritiene che la cura sia essere percossa, cosa che aveva già asserito rispetto all'essere messa in berlina per le strade di Basilea, dove però il Dottor Kocher delega gli altri per tali azioni, acquistando il tal modo dignità maggiore nella fantasia di cui sopra. Vi è inoltre un'identificazione tra il figlio del medico curante della madre e il proprio figlio, entrambi chiamati Hans.

Ricordiamoci quanto era stato affermato rispetto alla padella psicologica, detta Marmite, è qui rappresentante dell'utero femminile. La parola 'Kochtopf' (pentola) usata al posto di 'Pfanne' (padella) scaturisce una chiara associazione tra Kochen (chirurgo) e Kochen (cucina). "In tale verbo si scorge, prima di tutto, un'allusione al prof Kocher ovviamente, in secondo luogo il cucinare implica un riscaldamento con il fuoco, e il significato del fuoco, che purifica ogni cosa, ci è ormai noto. Da tutto ciò

risulta chiaro che questo purificare mediante ebollizione, allo stesso modo del bruciare, è un atto sessuale, attuato nell'amore per così dire ardente". (Spielrein, 1986, p.25)

Qui Jung rimanda Spielrein alla visione di Zosimo, alchimista egizio di epoca romana, il quale in una sua visione sale su una scala, giunge all'altare, nel cui incavo si trova acqua bollente, dove ci sono degli uomini, luogo di imbalsamazione grazie alla quale gli individui si liberano de corpo e divengono spirito.

Preambolo a queste affermazioni è il ricorrere dell'alcol nelle affermazioni della paziente, la quale si trova convinta del fatto che per la 'lotta contro l'alcol' del Professor Forel, traslato con Kocher, e che quindi riguarda entrambi; sia necessario un nuovo apporto di sangue, strumento di lotta; e a tale scopo sono necessarie le rape rosse bollite nel vino rosso cotte fino a ricavarne uno sciroppo. L'alcol equivalente simbolico dello sperma; qui assume il significato di licenziosità sessuale, di brutalità. La paziente, in particolare, ritiene che contro uno squilibrio sessuale sia necessario un nuovo apporto di sangue che dia luogo ad un nuovo sviluppo materiale; come sopra detto cucinare assume il significato di avere un rapporto sessuale che la paziente, in un sogno ricorda di essere in presenza dei bambini, e dunque insieme al quale sogno si verifica una fantasia di avere rapporti sessuali con questi. "Ciò può essere in parte la conseguenza di una diretta affinità sessuale, dato che ogni amore intenso ha in sé una lieve sfumatura sessuale. Nel sogno vengono meno le comuni inibizioni, per cui la componente sessuale può evidenziarsi in modo esplicito. Si ama una persona al punto tale da scorgere in lei una somiglianza con sé stessi. La più completa identificazione con il partner si verifica con il coito, momento culminante delle manifestazioni d'amore" (Spielrein, 1986, p.27).

Ricordando che secondo la paziente la terapia adatta a trattare tale complesso sessuale derivato dall'onanismo sia la congiunzione amorosa della paziente con un uomo sano Spielrein ci spiega che i bambini sono anche rappresentanti dei desideri della paziente e nella fattispecie rappresentano i desideri che ella impone alle persone da lei desiderate (Spielrein, 1986, p.28) attraverso un meccanismo che

l'autrice definisce come difesa contro l'amore, che niente meno riferisce al processo proiettivo; l'odio è la trasformazione dell'amore nel suo opposto.

Si nota, attraverso tale materiale si può giungere alla conclusione che alcuni concetti generali del contenuto delirante e allucinato della paziente, e dei pazienti psicotici, rimangono stabili mentre a mutare sono solo i dettagli, è possibile comunque individuare dei nuclei che si ripetono.

Arrivati al quarto capitolo, Questione industriale ed economica, viene affrontato il *complesso di povertà* (Spielrein, 1986, p.28) in conseguenza del quale la signora M. esplicita alcune fantasie relativamente all'aumento dei 'benedetti soldi' ricondotti all'attività, da questa svolta, del ricamo (*stinken*) la quale parola viene spesso sostituita alla parola *erstinken* per indicare l'ostruzione della laringe, dell'esofago e dell'intestino a causa dell'onanismo che abbiamo incontrato nel precedente capitolo. Il ricamo sarebbe allora al medesimo tempo anche *Onanistin* cioè onanista. Alla base di entrambi i concetti si trova 'la mancanza di denaro, per cui una parte è costretta a guadagnare, dall'altra, per la conseguente mancanza d'amore, è costretta alla masturbazione" (Spielrein, 1986, p. 29).

Anche attraverso questo capitolo si nota come le malattie, le quali rappresentano i vizi sessuali per la rappresentazione inconscia della paziente, sono un tema centrale, il nucleo del complesso, al quale la paziente porta come rimedio la *disinfezione con sapone*. Questa ultima associabile all'acqua spermatica e alcol di cui abbiamo discusso a lungo innanzi, tanto che anch'essa si dimostra essere un metodo di purificazione, la quale se non viene messa in atto, richiede la punizione divina di Gesù Cristo.

Sifilide e tubercolosi possono, inoltre, essere guarite attraverso un rapporto sessuale con un uomo sano corrispondente al medico secondo la paziente, che però lei non può permettersi in quanto povera, andando di conseguenza incontro alla punizione di cui sopra cioè essere uccisa, creando così una contraddizione che viene risolta dalla psicoanalista ebrea associando che l'apparente desiderio di uccidere, la punizione equivale al rapporto sessuale = essere messi vivi nella bara, come riporta di essere la paziente in una fantasia delirante carica di angoscia.

L'autrice richiama ad Adler, e in particolare modo, alla componente autopunitiva come compenso da pagarsi necessariamente al peccato. Inoltre, viene richiamata la questione alimentare, relata a quella sessuale come abbiamo avuto modo di appurare, per cui mangiare per la paziente equivale pressoché a godere sessualmente, per cui lei si trova in una condizione di malattia e impurità in virtù della quale è come una terra (donna) impura che produce oggetti guasti e deteriorati come suo figlio nato morto. La terra produce inoltre oggetti geologici. Spielrein ci ricorda il simbolismo della pietra che abbiamo visto innanzi e che sarà successivamente ripreso.

Abbiamo, infine, anche elementi vegetali dove vegetale costituisce la generale resistenza all'istinto animalesco o accettazione maggiore del medesimo. Questi prodotti devono essere bruciati insieme ad altri prodotti, pertanto l'analisi precedente per la quale devono unirsi nell'amore (fuoco) torna valida.

Elemento che ricorre è anche la cenere che avevamo incontrato nel capitolo II, qui ribadita nel suo significato simbolico e ricondotta al deterioramento di oggetti quali la porcellana; concetto che rimanda alla frammentazione psichica della paziente.

La paziente ritiene che la frigidità verso il marito sia la causa dell'onanismo così che la cenere, prodotto sessuale, deve essere cotta in modo equivalente a quanto accade nell'unione sessuale che può aver luogo solo laddove vi sia un amore 'ardente' in grado di incenerire e fornire calore, altrimenti si cade nella rigidità, nella freddezza e appunto, nell'onanismo che causa costipazione.

Tra gli elementi costanti ritroviamo dunque quelli del gioco, ma soprattutto dell'acqua e della purificazione.

Un altro elemento che tornerà nel corso della trattazione è, relato a quello delle ceneri, la genesi dell'essere umano in relazione all'idea dell'assenza di vita identificata con la pietra. Ricordiamo l'aborto avvenuto nel 1903 per cui la paziente aveva fantasticato di aver partorito un 'bambino di pietra' cioè privo di vita. Durante un sogno ella avrebbe esperito anche le doglie relative a quella gravidanza.

In seguito all'aborto ha allucinato bambini in bare di vetro laddove la bara di vetro assume il valore associato alla pulizia del vetro ricollegabile alla teoria delle tre

padelle del capitolo esperimento sistino-psicologici, e dove è richiesta la purificazione. La bara di vetro rappresenterebbe l'utero fecondato perché qui la paziente rimanda nel discorso alla padella vegetale che abbiamo identificato con l'utero.

Attraverso questo capitolo apprendiamo però, soprattutto, che si contrappongono elementi di ricchezza ad elementi di povertà corrispettivamente rappresentati di malessere e benessere; essi sono esplicitati ad esempio quando oltre alla porcellana rotta di cui sopra, elemento che può essere visto come corrispondete della pietra come sarà tra poco più chiaro, sono accompagnati nastri e trine, i quali non possono essere indossati dai poveri, ma solo dai ricchi. Qui la paziente parla di un vecchio e antiquato nastro di seta che rappresenta il benessere distrutto.

Qui introduce anche l'elemento del mercurio quale cura per la sifilide che soltanto le persone ricche possono permettersi, e la cura della tubercolosi la cui diffusione andrebbe curata con la disinfezione, equivalente della fecondazione.

Nel parlare della ricerca di una 'cura economica' il richiamo è ovviamente alla condizione di povertà esperita e vissuta con dissenso e conflitti interni. Spielrein si domanda come la paziente potrebbe sostituire la masturbazione, quale isolamento autoerotico, relato a tali elementi, con un amore felice e costruttivo per un uomo, dato che per lei la mancanza di amore e denaro corrispondono.

"Tale complesso è espresso soprattutto attraverso i seguenti simboli: gli intestini dei poveri vengono disinfettati, vari oggetti guasti cioè poveri e sporchi, vengono messi insieme all'oro e altri prodotti della ricchezza. Sono questi sinonimi del coito oltre che della purificazione, insieme anche ad ammazzare, sterilizzare (bollendo), bruciare ed essere alcolizzati"; tutti elementi che abbiamo visto e detto essere ricorrenti.

Il capitolo 5, poesia tropicale e simbolismo dell'acqua, inizia con un ricordo autoriferito della signora di quando aveva dodici o tredici anni quando conobbe un pittore che frequentò per la durata di due settimane; le descrizioni che ella fornisce lasciano trapelare una forte componente di idealizzazione in quanto egli era 'capace di ridare vita alle cose morte' (Spielrein, 1986, p.36).

Nelle descrizioni si riscontrano forti somiglianze con il Prof. Forel, il quale era capace di animare, dando loro colore, le pietre insieme alla capacità di plasmare lo spirito.

La paziente sarebbe proprio quella pietra che può essere rianimata.

Tale pittore è legato all'arte dei tropici, i quali, riferisce, di essere stati contenuto delle visioni che aveva da bambina durante i giochi. Parla della 'fata Morgana', argomento di cui le parlò il pittore, ed elemento fiabesco che diviene componente di talune fantasie della signora; ma, al contempo, la fata Morgana è un fenomeno ottico dei paesi a clima torrido cosicché, in parte, questo permette di spiegare il ritorno a fantasie relative ai tropici.

Si reinserisce qui Laocoonte come personaggio della mitologia greca considerato sacerdote veggente che abbiamo già incontrato; esso costituisce un simbolo per la paziente della nuova generazione degli uomini che potrebbe fornire spiegazioni relative alla poesia tropicale dove con poesia, abbiamo visto anche all'inizio della trattazione, si intende l'amore e l'arte di Laocoonte è l'arte della generazione — qui afferma che ' gli animali sono nutriti dalla genesi dell'embrione umano". (Spielrein, 1986, p.37) intendendo dire, con tale affermazione, che gli animali portano in sé il seme dell'uomo, semi che lei ha perduto quando si è verificato l'aborto e che gli animali hanno mangiato.

Sembra qui rilevante l'emergere di un aspetto orale legato alla creazione dell'uomo e degli animali. Ritorna qui l'elemento di astio verso il marito, qui ritenuto responsabile dell'aborto il quale è a sua volta la causa della malattia individuata dalla paziente; afferma che quando è solo dovere fisico l'amore non è più tale e diventa un sacrificio. A ricorrere, qui, è l'idea di avere una missione laddove tale sacrificio costituisce un 'rischio della missione'; nello specifico tale rischio della missione consiste nel 'sacrificare il proprio bambino al padre, per salvarlo" (Spielrein, 1986, p.38). La missione è la conversione dei pagani al cristianesimo; ma conversione al cristianesimo è specchio, simbolo, come abbiamo già visto, alla sessualità perché la fede viene vista come 'contrario della componente bestiale' (Spielrein, 1986, p.38). Introdotto qui è anche il nuovo elemento del serpente quale animale che salva quei bambini "necessari alla conversione della specie" (Spielrein, 1986, p.39) dove



salvare significa avere rapporti sessuali; pertanto, il bambino diviene simbolo dell'organo sessuale secondo l'autrice.

Vi sono molte osservazioni relativamente all'acqua, pertanto, il veleno dello stesso è rappresentante dello sperma, ma se lo sperma è una materia morta il serpente salva la paziente fecondandola. Qui "l'atto nel quale scocca la scintilla della vita è rappresentato col simbolismo della morte, cioè le gravidanze interrotte dall'aborto vengono compensate mediante costruzione fantastiche di tipo simbolico-negative della gravidanza" (Spielrein 1986, p. 40).

Successivamente la paziente, nel capitolo 'impressioni infantili, idee di trasformazione, sogni', capitolo conclusivo, riprenderà l'argomento affermando che "il mordere è un estremo castigo divino"; Spielrein ci fa notare che il significato simbolico del mordere è noto, in quanto "l'essere divorati viene espresso in un simbolismo di morte proprio come l'atto sessuale" (Spielrein, 1986, p.71).

Anche qui l'elemento orale, tipicamente rintracciabile nel funzionamento psicotico, è forte. In particolare, secondo Abraham, la seconda fase orale è costituita dal mordere il capezzolo, dal divorare; mentre la prima fase orale, tipicamente associata alla *dementia praecox*, è segnata dal succhiare. Potrebbe forse dirsi che questo elemento del mordere possa significare un progredire verso un funzionamento più evoluto nell'emergere di fantasie cannibalesche.

Vengono, rispetto al simbolismo con l'acqua, introdotti anche i 'bagni spermatici' il cui simbolismo rimanda ai motivi mitologici della mitologia persiana e al mito del seme di Zorat: tale seme veniva conservato in un lago dove ogni mille anni una vergine fa il bagno e, fecondata da parte di tale seme, partorisce un redentore. Spielrein ci rimanda qui al rapporto della paziente con la sorella e l'ostilità che la paziente nutre per la stessa, la quale vuole essere l'erede, fa le sue sporche insinuazioni sulla 'donnaccia', e così via; "ora la paziente lascia che la sorella galleggi, come Mosè, dentro un cestino sulle acque della parte nord del lago di Zurigo" (Spielrein, 1986, p.41); viene qui introdotto l'elemento dell'acqua e il cestino, secondo Rank, è rappresentante simbolico dell'utero materno; e non a caso la paziente ha vissuto nei pressi di quei luoghi il primo desiderio sessuale. L'analisi

della relazione con la sorella, e come essa venga vissuta dalla signora M., permette di spiegare la sessualità che la paziente vorrebbe possedere.

Dunque, in questo capitolo, la Spielrein si è occupata principalmente del complesso dell'aborto; nelle conclusioni finali conclude affermando che la morte significa anche resurrezione in sintonia con le abituali convinzioni religiose. Cita qui nuovamente Rank, pensatore che teorizzò il 'trauma della nascita', secondo il quale "la distruzione del feto viene immaginata come un ritorno nei genitori (per Rank nel grembo materno), da dove seguirà una rinascita" (Spielrein, 1986, p.43); questo si ricollega a quanto sopra indicato rispetto all'identificazione del bambino con l'organo sessuale, la quale non dovrebbe sembrare anomala in quanto, anche nel linguaggio corrente, vi sono molti esempi "nei quali ciò che è stato prodotto assume lo stesso nome di chi l'ha prodotto, o dell'organo che l'ha prodotto". Spielrein cita a tale riguardo la corrispondenza, ad esempio, tra 'mama' con cui viene indicato la mamma che rimanda alla mammella; il parallelismo rimanda la giovane psicoanalista all'ulteriore parallelismo tra 'madre' e 'utero' che in russo sono entrambe definite dalla parola 'matka'.

Siamo arrivati adesso alle considerazioni finali del caso.

Nonostante il lungo peregrinare attraverso i contenuti proposti dalla paziente e la minuziosa analisi dei contenuti, riportati con una minuzia quasi ossessiva, Spielrein afferma che l'analisi sistematica del caso non è esauriente. Prosegue affermando che, attraverso un metodo che lei definisce *filogenetico*, alla luce del parallelismo tra fenomeni schizofrenici e onirici, evidenziato dai suoi due maestri di cui abbiamo esposto il pensiero nei due precedenti paragrafi, sia possibile aggiungere una comprensione essenziale del caso.

La vita diventa reale solo laddove la sfera conscia si unisca a quella inconscia; pertanto, l'inconscio apporta tutto il materiale mnemonico costellato. Se per esempio nutriamo interesse per una favola o una poesia ciò accade perché nell'inconscio vengono da queste stimulate rappresentazioni piacevoli che noi avvertiamo solo nel momento in cui il nuovo contenuto rappresentativo entra in diretto rapporto con il passato e così partecipa alla comune sensazione di piacere.

Quindi quel piacere che a noi sembra provenire dal presente ha origine in verità nel passato, legato ad esperienze passate e non soltanto alle nostre personali esperienze, bensì anche a quelle lasciateci in eredità dagli antenati, filogeneticamente a noi consegnate.

Spielrein si sforza, in questa analisi, di tracciare un'analogia tra mito, psicosi e sogno; secondo il suo parere tale associazione si rende possibile soltanto se ipotizziamo un modo di pensare arcaico che agisce ancora nel presente. La sua impressione, che ci riporta durante questo lavoro, è stata la sensazione che i malati fossero "semplicemente vittime di una superstizione dominante nel popolo" (Spielrein, 1986, p.74). Il riferimento, a titolo di esempio, qui riportato, sono le idee di metamorfosi della paziente e di un'altra paziente seguita dall'autrice, la cui credenza era che il marito possedesse strani poteri diabolici, oppure che lo sperma avesse una natura salvifica; in questo ultimo il rimando è, per esempio, alle pozioni delle così dette 'streghe'.

È attraverso questo mondo trasformato e distorto che la paziente si allontana dai conflitti interni ossia non va alla ricerca, nella vita reale, della risoluzione del conflitto col marito proiettando il conflitto esternamente.

La riflessione conscia valuterebbe le soluzioni come il divorzio o alle vie di uscita più adatte; invece, la paziente sviluppa sintomi psicotici allucinatori e deliranti. Qui Spielrein, rifacendosi all'insegnamento di Jung, afferma che la schizofrenia fa proprio il contrario della ricerca di soluzioni pratiche reali efficaci, e analogamente a quanto ha luogo nel sogno sostituisce il mondo reale esterno con un mondo interiore che assume valore di realtà.

In linea con il pensiero di cui sopra, secondo l'autrice il materiale da lei analizzato dimostra che la profondità dell'io sono composte, almeno in parte, da 'immagini' che si estendono oltre il presente e che, come sopra detto, rimandano ad un passato arcaico dove occorre ricercare la soluzione e la spiegazione dei vari conflitti e complessi affettivi.

Così la paziente trasporta la sua vita attuale in tale passato, e "non dice più 'sono stata contaminata dal rapporto sessuale'". No, lei riscatta per così dire il suo dolore

fra le numerose analoghe immagini del dolore del mondo che portiamo dentro di noi come eredità dei nostri padri. Anche per questo motivo la paziente si esprime in un linguaggio mitologico: non lei come individuo, no, ma la donna in generale è stata contaminata, dato che nel passato lei è solo una delle tante donne; la 'terra' è stata contaminata" dove la terra è rappresentante della Mater Matrix e Mater Genetrix che comprende in sé tutte le donne, e con la quale ella si identifica.

Per concludere: la schizofrenia si serve, evidenzia l'autrice, di concetti vagamente astratti; fatto che viene così giustificato: "un concetto astratto è l'essenza di molte singole idee concrete ottenuto con una lunga esperienza. Tale concetto esprime perciò molto più di qualunque formulazione concreta anche dettagliata. [...] La mancanza di precisione che lo caratterizza è ciò che rende le idee generali adatte alla vita irrealistica della schizofrenia. Quanto meno un concetto è rigorosamente definito, tanto meno esso indica qualcosa di preciso, reale, ma tanto più racchiude in sé il contenuto dell'immaginazione. Così mi sembra che in genere un simbolo debba la sua origine allo sforzo che un complesso compie per riprodursi e per stemperarsi dall'insieme totale del pensiero" (Spielrein, 1986, p.75).

Conclude evidenziando l'importanza di quella che viene definita "rappresentazione attraverso l'opposto" (Spielrein, 1986, p.76) la quale è stata scoperta da Freud e spiegata ne *'L'interpretazione dei sogni'* (1899).

L'esempio che Spielrein riporta è la rappresentazione dell'attività sessuale attraverso il simbolismo della morte, di Thanatos dirà Freud più avanti, e che lei riprenderà e chiarificherà anticipando il padre della psicoanalisi nel testo che scriverà l'anno successivo *'La distruzione come causa della nascita'*, chiudendo con la seguente affermazione: "il motivo di questo fenomeno sta nella natura stessa dell'attività sessuale e, più precisamente, nelle due componenti antagoniste della sessualità"(Spielrein, 1986, p.76)

## 2. La psicosi nella psicoanalisi del dopoguerra

### 2.1 Gli analisti britannici

#### 2.1.1. Melanie Klein: la posizione schizoparanoide e i meccanismi schizoidi a essa relativi

Il pensiero della Klein costituisce un'innovazione rispetto a quanto era fino ad allora stato teorizzato; ad esempio, la sostituzione del concetto di *posizione* a quello di *stadio*, usato da Freud, indica un progresso nel ritenere lo sviluppo dinamico piuttosto che rigido e statico come viene concepito in una visione stadiale. Ulteriori revisioni di alcuni costrutti psicoanalitici da parte dell'autrice riguardano la pulsione di morte, lo sviluppo precoce dell'io, e il relativo concetto di Narcisismo primario.

Per quanto riguarda l'analisi dei pazienti psicotici, Melanie Klein ricava i propri pensieri a partire dalla clinica con i bambini, evidenziando la difficoltà ad individuare stati schizofrenici nei bambini piccoli, e suggerendo di ampliare il concetto di psicosi nell'infanzia al fine di operare una maggior comprensione di questo disagio già nei bambini, favorendo così una psicoterapia più efficace secondo quel principio per il quale prima riusciamo ad individuare la sofferenza prima ci sarà possibilità di osservare miglioramenti, anche in virtù del fatto che nei primi anni di vita la plasticità cerebrale è maggiore.

I principali contributi dell'autrice rispetto alla sofferenza psicotica riguardano il costrutto di posizione schizoparanoide ben approfondita in *'Note sui meccanismi schizoidi'* (1946) e da *'Invidia e gratitudine'* (1957), testi che hanno fatto parte della nostra analisi, in misura più cospicua il primo, il secondo si troverà, infatti, solamente citato.

Melanie Klein arriva a teorizzare che la sofferenza psicotica è strettamente interconnessa alla posizione schizoparanoide<sup>1</sup> attiva fino ai 4 mesi di vita circa, dalla quale si trova soggiogata; in altre parole, la schizofrenia è l'esito di una fissazione a tale posizione che impedisce il superamento delle angosce depressive.

In questo stadio emerge già un embrionale senso di colpa per aver distrutto l'oggetto, ma sotto forma di proiezione dell'aggressività viene impedita un'elaborazione completa del medesimo. Nello specifico il senso di colpa viene<sup>3</sup> deviato, "ma continua ad essere sentito come inconscia responsabilità della persona che è diventata il rappresentante della componente aggressiva" (Klein, 1946, p.420). L'avvento della posizione depressiva fa sì che emergano i tentativi di riparazione, una spinta all'unione sotto il dominio della pulsione di vita; tale posizione può essere vista come "una conseguenza della maggior capacità di cogliere la realtà psichica ed una miglior percezione del mondo esterno nonché una sintesi maggiore delle situazioni interne ed esterne" (Klein, 1946, p.423).

La conseguenza è l'emergere di meccanismi di difesa più evoluti come, ad esempio, la sublimazione. L'approssimarsi della posizione depressiva, tuttavia, non basta a soppiantare i meccanismi schizoidi della posizione schizoparanoide, i quali rimangono attivi sebbene in forma attenuata, infatti il soggetto può esperire ancora angosce persecutorie date dall'incapacità di tollerare la perdita.

Questo processo di elaborazione, che ha luogo in tutta la prima infanzia, diviene problematico laddove il soggetto non riesca a superare le angosce depressive e ricorra, in un circolo vizioso, ai meccanismi schizoidi.

"Il bambino allora si trova nell'impossibilità di elaborare sia l'angoscia depressiva sia quella persecutoria perché l'una si confonde con l'altra" (Klein, 1957, p.42).

La conseguenza nella stanza di analisi è che si verificheranno, in concomitanza con l'emergere del senso di colpa, momenti di tensione dati dal fatto che l'analista viene percepito come persecutore, e viene posto, di conseguenza, sotto accusa attraverso i processi proiettivi e la negazione onnipotente messe in campo da un Io precoce e non integrato che secondo l'autrice, come anticipato sopra, è presente fin dall'età post-natale. Si tratta di un Io embrionale, rudimentale e privo di coesione, ma comunque presente.

---

<sup>3</sup> Inizialmente Melanie Klein definì la posizione schizoparanoide semplicemente posizione paranoide riprendendo le concettualizzazioni di Fairbairn (1952).

Scostandosi dalla teorizzazione freudiana per il quale l'lo vede il suo emergere successivamente ai primi mesi di vita l'autrice sostiene che "questo primo lo corrisponde a quello che Freud chiama parte inconscia dell'lo" (Klein, 1946, p.35). In tale dinamica l'lo agisce piuttosto sotto l'azione della pulsione di vita, sotto Eros, la quale deflette, scosta dalla direzione prestabilita, la minaccia verso l'esterno mediante il meccanismo proiettivo. La lotta, che l'autrice definisce innata, tra pulsione di vita e pulsione di morte induce l'attività dell'lo, il quale è fin da subito presente e attivo. "Una di queste (attività dell'lo) è la tendenza all'integrazione che nasce dalla pulsione di vita e che si esprime nella capacità di amare. La tendenza opposta dell'lo a scindere sé stesso e gli oggetti è dovuta in gran parte alla grande mancanza di coerenza dell'lo al momento della nascita e in parte al fatto che ciò costituisce una difesa contro l'angoscia primaria ed è quindi un mezzo per proteggere l'lo" (Klein, 1956, p.34). Pertanto, lo stesso meccanismo di scissione del seno in seno buono e seno cattivo è processo innato come espressione di tale conflitto sopra detto. Nel momento dell'interiorizzazione avida e vorace dell'oggetto, l'lo frammenta a vari gradi sé stesso e gli oggetti interni con il fine ultimo di disperdere gli impulsi distruttivi e le angosce persecutorie verso le quali la scissione rappresenta una difesa. I persecutori possono essere allora una moltitudine, tante quante sono le parti scisse e proiettate.

La scissione è in particolare modo una difesa tipicamente associata alla posizione schizoparanoide che permane fino al terzo/quarto mese di vita. Ma che, chiarisce l'autrice, non corrisponde a dire che il bambino non sia capace di godere della gratificazione del seno, ma a dire che laddove si presenti l'angoscia, tale è di natura persecutoria e paranoide in questo primo periodo. Ad essere scissa e proiettata è la parte del Sé odiata, ripudiata così che viene avvertita al contempo come pericolosa per l'oggetto d'amore. Oggetto buono e oggetto cattivo sono dunque tenuti separati dalla scissione; è solo con il superamento di questa e l'accesso alla posizione depressiva con i tentativi riparativi che l'oggetto può essere avvertito e vissuto come intero e non parziale.

Tale divisione tra oggetto buono e cattivo dipende dalla presenza di un Io relativamente forte e capace di amare. Klein chiarisce a tal proposito la sua ipotesi per la quale la capacità di amare sia il motore sia delle tendenze all'integrazione sia della scissione primaria che quando fisiologica nello sviluppo permette al bambino di tollerare l'angoscia e continuare ad amare l'oggetto.

Tutto ciò sembra paradossale ma poiché l'integrazione si basa su di un oggetto buono profondamente radicato che forma il nucleo dell'Io, una certa dose di scissione è essenziale per ottenere l'integrazione, perché questa protegge l'oggetto buono e più tardi rende l'Io capace di sintetizzare i suoi due aspetti. Nel processo di scissione la pulsione aggressiva e distruttiva si esprime prevalentemente attraverso la pulsione orale, primariamente attraverso la suzione viene inglobato il seno buono ritenuto perfetto, successivamente questo viene distrutto attraverso le fantasie cannibalesche esacerbate con lo svezzamento.

L'invidia, altro concetto kleiniano ben noto, espressione degli impulsi distruttivi, se eccessiva intralcia il costituirsi della prima scissione tra seno buono e seno cattivo, impedendo la strutturazione di un oggetto buono. "Vengono a mancare perciò le basi per un completo sviluppo e una piena integrazione della personalità adulta e inoltre le successive differenziazioni tra buono e cattivo sono in vario modo disturbate" (Klein, 1957, p.34).

Ad intralciare il processo di crescita ed integrazione è pertanto la componente dell'invidia che quando eccessiva ostacola un completo sviluppo, e va a costituire la fissazione a questa prima fase definita schizoparanoide, cui fa seguito un prevalere dei meccanismi paranoici e schizoidi alla base della schizofrenia. L'invidia, direttamente relata alla pulsione di morte, è una manifestazione primitiva che agisce nel rapporto con l'oggetto parziale per assumere, in seguito, caratteristiche sempre più definite in rapporto agli oggetti totali. L'invidia, quale stato emotivo lacerante agente fin dai primi mesi di vita, corrisponde a quel sentimento che impedisce la transizione dalla posizione schizoparanoide alla depressiva, come abbiamo già evidenziato; la conseguenza è che le immagini del seno vengono trasformate attraverso scissione e identificazioni proiettive massicce in oggetti interni vendicativi



che possono sostituire un Super-Io invidioso che annienta i tentativi di riparazione depressivi, i quali sono possibili solo al prevalere della pulsione di vita sulla pulsione di morte, delle pulsioni libidiche su quelle aggressive.

La lotta tra queste due forme pulsioni caratterizza il rapporto primario con la madre dove il primo oggetto di invidia è il seno materno in quanto fonte di amore e nutrimento avvertiti come illimitati, inesauribili. Il bambino ha dunque la sensazione che il seno infliggendo una privazione divenga cattivo poiché tiene per sé il latte, l'amore e tutte le cure associate al seno buono. L'invidia primaria, diversa da quella del complesso edipico, viene rivissuta nella dinamica transferale e controtransferale: il paziente può essere invidioso dell'aiuto che viene lui fornito e manifestare tendenze all'aggressività.

La scissione, quale difesa anche contro l'invidia (prima per la madre, poi per il terapeuta in quanto equivalente simbolico di lei), non è il solo meccanismo schizoide in azione nella posizione schizoparanoide. Essa si trova spesso associata ad altri due meccanismi di difesa tipici delle relazioni schizoidi: *proiezione* e *introiezione*. Dove la proiezione rappresenta la deviazione della pulsione di morte all'esterno aiutando così l'Io a superare l'angoscia liberandolo dal pericolo; mentre l'introiezione riguarda l'oggetto buono e si esplica nella dinamica contraria per la quale ciò che è esterno viene visto come proprio, proveniente dall'interno.

L'azione congiunta di questi due meccanismi da vita a quel meccanismo, tipico dei pazienti schizofrenici e borderline, che Melanie Klein definisce *identificazione proiettiva* (1932,1946). L'identificazione proiettiva è un meccanismo di difesa che si traspone in fantasie in cui l'individuo introduce la propria persona totalmente o parzialmente all'interno dell'oggetto al fine di danneggiarlo, possederlo o controllarlo. Si tratta di una forma particolare di identificazione che rappresenta il prototipo delle relazioni oggettuali aggressive. In stretta relazione con la posizione schizoparanoide, consiste in una proiezione della fantasia di entrare all'interno del corpo materno. Tale fantasia è fonte di angosce come, ad esempio, l'angoscia di essere imprigionato e perseguitato all'interno del corpo materno vissuto come avido e vorace.

Altri meccanismi di difesa prevalenti nella posizione schizoparanoide sono il diniego onnipotente e idealizzazione, grazie ai quali 'l'oggetto frustrante e persecutore è tenuto ben separato dall'oggetto idealizzato' (Klein, 1946, p. 415).

L'idealizzazione rappresenta un'enfasi eccessiva sugli aspetti buoni del seno al fine di proteggersi dall'angoscia persecutoria, la quale viene spazzata via attraverso il diniego.

Questi due meccanismi agiscono, dunque, insieme di fatto che 'il diniego della realtà psichica è reso possibile solo da quei forti di sentimenti di onnipotenza caratteristici del pensiero primario' (Klein, 1946, p.416).

Prosegue la Klein affermando che il diniego onnipotente dell'esistenza dell'oggetto cattivo e della situazione dolorosa equivale nell'inconscio all'annientamento operato mediante la pulsione distruttiva. A essere sottoposti al diniego e all'annientamento non sono però solo una situazione e un oggetto; a subire questa sante è anche la relazione oggettuale, Ciò vuoi dire che a subire il diniego e l'annientamento è altresì quella parte dell'Io dalla quale promanano i sentimenti diretti all'oggetto.

Si tratta di un appagamento allucinatorio dove hanno luogo due processi che secondo la Klein sono combinati: da un lato si ha l'onnipotente evocazione della situazione e dell'oggetto ideale mediante un pensiero magico; dall'altra si ha anche un altrettanto onnipotente annientamento dell'oggetto persecutorio cattivo e del dolore ad esso associato. È da questi meccanismi che emergono i deliri di grandezza e di persecuzione caratteristici della schizofrenia.

In questo capitolo del suo scritto 'Note sui meccanismi schizoidi', cui faremo riferimento da qui in avanti, Melanie Klein parla di seno ideale dove "l'oggetto frustrante e persecutore è tenuto ampiamente separato dall'oggetto idealizzato" (Klein, 1946, p.415).

Ne discende che le relazioni schizoidi detengono in Sé una forte componente narcisistica, già evidenziata anche da Freud. Per Melanie Klein il processo narcisistico emerge dal funzionamento congiunto di proiezione e introiezione che abbiamo detto comporta la deviazione del senso di colpa. L'ideale dell'Io viene proiettato su una persona amata e ammirata in quanto contenitore di parti buone del

Sé, analogamente accade anche quando ad essere proiettate sono le parti ripudiate e negative del Sé in quanto in ambe due i casi si parla di oggetto quale rappresentante del Sé.

Queste relazioni oggettuali a carattere narcisistico mostrano spesso anche caratteri ossessivi. I caratteri ossessivi sono spesso trasversali a tutti i livelli di funzionamento così come oggi li concettualizziamo in nevrotico, borderline e psicotico; laddove la personalità ossessiva è spesso associata al livello nevrotico abbiamo ragione di affermare che nel paziente psicotico i segni e sintomi ossessivi siano il paravento di uno scompensamento psicotico sempre imminente. Le forti caratteristiche ossessive derivano, secondo la Klein, dalla pulsione a controllare parti del Sé deviate perché odiate e scisse. Queste parti scisse vengono proiettate come abbiamo visto e così possono essere soggette a controllo di Sé e dell'altro vissuto come persecutorio. Secondo l'autrice una prima origine dei meccanismi ossessivi è dunque ravvisabile nei processi proiettivi infantili elemento che permette di chiarire anche l'elemento ossessivo della posizione depressiva; infatti, "ciò che il soggetto è spinto a riparare e restaurare è non solo l'oggetto per il quale prova senso di colpa ma anche le parti del Sé in esso proiettate" (Klein, 1946, p.422).

Ognuno di questi fattori appena enunciati può innescare un circolo vizioso coatto con determinati oggetti oppure indurre il ritiro per scongiurare un'intrusione distruttiva in esse e il pericolo della rappresaglia da parte di queste. Da un punto di vista analitico clinico gli schizoidi sono, secondo la Klein, tra i pazienti più difficili da analizzare e generano pertanto una difficile resistenza da superare. I processi di scissione sarebbero, secondo l'autrice, alla base del mancato contatto con l'analista. L'inaccessibilità del paziente sarebbe inoltre lo specchio del sentimento di estraneità esperito dal paziente. Il rifiuto delle interpretazioni analitiche è dunque dato dal rifiuto delle parti scisse del Sé.

"Questi pazienti possono quindi avere alcun rapporto attivo con l'interpretazione: non possono né accettarla né rifiutarla" (Klein, 1946, p.428).

L'interpretazione dei processi di scissione può tuttavia favorire l'introiezione e una nuova tolleranza delle angosce depressive che fanno seguito all'attenuarsi della

persecuzione schizoide. “Tali interpretazioni debbono concernere dettagliatamente la situazione di traslazione del momento, incluso naturalmente la sua connessione con il passato, e debbono evidenziare il rapporto con particolari situazioni di angoscia che spingono l’Io a regredire a meccanismi schizoidi” (Klein, 1946, p.430). È interessante, rispetto all’oralità schizoide, un caso che viene riportato dalla Klein dove un paziente aveva esperito la sensazione di fame durante una seduta, a seguito di un’interpretazione ben riuscita, che lei associa allo sviluppo di una maggior tolleranza delle angosce depressive. Altra caratteristica delle relazioni schizoidi, che abbiamo incontrato anche nel caso di Sabina Spielrein quando il marito della paziente avvertiva una mancanza di autenticità nella ricerca di affetto da parte della signora, è la mancanza di spontaneità e l’artificiosità che caratterizza lo scambio con l’altro. Tale caratteristica è secondo la Klein indice di un grave disturbo del Sé, o per meglio dire della relazione oggettuale con il senso di sé lei la definisce.

La Klein conclude le Note sui meccanismi schizoidi richiamando al caso Schreber di Freud riferendo primariamente alla vivida scissione dell’anima del medico Flechsig, figura amata e al contempo persecutoria, la cui anima viene scissa in molteplici parti. Una delle conclusioni, come abbiamo visto, cui inizialmente Freud giunge è l’interpretazione che il persecutore di Schreber, scisso in Dio e in Flechsig, siano rappresentati simbolici del padre e del fratello del Presidente. L’autrice avanza l’idea “che la partizione dell’anima di Flechsig in molte anime era non solo una scissione dell’oggetto ma anche una proiezione del sentimento di Schreber che il suo Io era scisso” (Klein, 1946, p.432).

Dunque, Dio e il medico rappresentano due parti del Sé del Presidente; e, secondo Freud, la manifestazione del conflitto tra Schreber e Flechsig può essere rintracciata nella ‘razzia’ delle anime del medico da parte di Dio. Aggiunge la Klein che “questa razzia rappresenta l’annientamento delle parti ad opera di una parte del Sé” (Klein, 1946, p.433), meccanismo tipicamente schizoide.

Angosce e fantasie riguardanti la distruzione interna sono, come abbiamo già constatato, proiettate sul mondo esterno attraverso quella ‘catastrofe universale’ alla

base del delirio di distruzione del mondo. Tale catastrofe, spiegata in riferimento alla teoria di disinvestimento della libido, concorda la Klein con Freud, può essere chiaramente vista quale base degli investimenti e disinvestimenti dell'lo dove, nello specifico, *"un disturbo secondario o indotto a carico dei processi lipidici può derivare da modificazioni anormali dell'lo. È anzi probabile che processi di questo genere costituiscano il carattere distintivo della psicosi"*. (Klein, 1946 p.433), i quali deriverebbero, in linea con quanto qui esposto, dai processi di scissione dell'lo primitivo.

Questi processi, i quali sono intrinsecamente connessi allo sviluppo pulsionale sono alla base anche delle angosce originate dagli stessi desideri pulsionali.

Nella seconda teoria freudiana delle pulsioni sappiamo che Freud parla di pulsioni di vita e di morte piuttosto che di pulsioni dell'lo e pulsioni sessuali, dove i disturbi della libido vedono un disimpasto tra pulsioni distruttive e pulsioni libidiche. In riferimento a tale concettualizzazione Melanie Klein afferma che *"il meccanismo di annientamento delle altre parti ad opera di una parte dell'lo che è alla base della fantasia di 'catastrofe universale' implica il prevalere della pulsione distruttiva sulla libido"*. (Klein, 1946, p.434)

La svolta teorica qui avanzata dall'autrice consiste nell'affermazione che ogni disturbo di distruzione della libido narcisistica sia legato a doppio filo al rapporto che il soggetto ha con i propri introietti e l'esperienza clinica porta a ritenere che entrino a fare parte dell'lo dal principio.

Esiste, pertanto, un'azione congiunta tra libido narcisistica e libido oggettuale quale specchio del rapporto, sempre reciproco, tra oggetti introiettati e oggetti esterni reali. Pertanto, se l'lo e gli oggetti introiettati vengono esperiti come se fossero frantumati il bambino vive una catastrofe interna che viene poi estesa al mondo. Tali angosce di distruzione sono, come sopra detto, tipicamente presenti nella posizione schizoparanoide ed una fissazione e tale dinamica comporta l'insorgere della schizofrenia. Infine, l'autrice opera la conclusione supplementare per la quale la razzia delle anime rappresenta chiaramente un tentativo di guarigione in quanto

mirata a sanare dice la Klein la scissione dell'lo "mediante l'annientamento della quasi totalità delle parti scisse" (Klein, 1946, p.434).

### **2.1.2 Hebert A. Rosenfeld: gli stati confusionali, il Super-lo, la psicosi di transfert e l'agire in analisi**

Gli scritti di Hebert A. Rosenfeld, teorico delle relazioni oggettuali contemporaneo a Melanie Klein, sono raccolti nel volume 'Stati Psicotici. Un approccio psicoanalitico' (1973) dove troviamo i contributi dell'autore rispetto ai concetti e prassi clinica del narcisismo, della tossicodipendenza e della sofferenza psicotica, quest'ultima oggetto specifico della nostra analisi. Ci siamo occupati di analizzare in tutto sei degli articoli ivi raccolti, anziché riportare il contenuto di ogni singolo articolo, siccome ogni articolo richiama l'altro, abbiamo optato per suddividere il materiale in micro-temi.

Il punto di partenza dell'autore è insito nella credenza che sia possibile trattare analiticamente, attenendosi alla tecnica usuale al trattamento delle nevrosi, il paziente schizofrenico; ciò costituisce un arduo obiettivo con ostacoli difficili da superare, ma pur sempre possibile. Dunque, partendo dall'idea che con il paziente psicotico sia realmente possibile instaurare un rapporto reciproco, sebbene ciò celi numerose difficoltà, l'autore definisce relativamente al transfert psicotico il concetto di 'psicosi di transfert'; chiarisce e approfondisce la natura degli stati confusionali tipici del vissuto schizofrenico; approfondisce e articola una riflessione circa il Super-lo psicotico, e infine richiama all'agire in psicoterapia.

#### *Psicopatologia degli stati confusionali nella schizofrenia*

Gli stati confusionali di cui parla l'autore fanno riferimento alla condizione schizofrenica cronica e sono analizzati nell'articolo Note sulla psicopatologia degli stati confusionali nelle schizofrenie croniche, presentato al XVI Congresso Internazionale di Psicoanalisi di Zurigo nel 1949.

Prima di tutto si deve evidenziare che le sensazioni di confusione sono fisiologiche in un processo di sviluppo normale. Come afferma Winnicott vi sono stati di non integrazione (1945) nella vita dell'individuo, siamo a quello stadio simbiotico tra

madre e bambino, dove l'Io e l'Altro sono indifferenziati. Tali stati sono, inoltre, trasversali a diverse psicopatologie; tuttavia, Rosenfeld ritiene che siano particolarmente rilevanti nella condizione psicotica.

La tesi da cui l'autore muove è che lo stato confusionale acuto sia l'anticamera, preceda cioè il manifestarsi di un cambiamento in senso migliorativo oppure un deterioramento della condizione clinica.

Servendosi del materiale di un paziente paranoide cronico, l'autore tenta di illustrare le proprie osservazioni aggiungendo anche note supplementari a quanto affermato da Melanie Klein sui processi di proiezione e scissione del seno buono e del seno cattivo; in particolare l'autore afferma che quando a prevalere sono le pulsioni distruttive (impulsi aggressivi) "possono determinarsi degli stati in cui gli impulsi d'amore e di odio così come gli oggetti buoni e gli oggetti cattivi non possono essere tenuti separati e vengono allora percepiti come mescolati e confusi"(Rosenfeld, 2015, p.53).

Tale percezione degli oggetti e delle pulsioni come mescolati e confusi rappresenta lo stato confusionale inteso quale stato di disintegrazione. Tali stati confusionali si trovano generalmente associati ad un'angoscia estrema data dal predominio degli impulsi distruttivi su quelli amevoli. L'intero Sé rischia di essere distrutto e l'unico modo per sfuggire a tale catastrofe sta nella capacità di differenziare nuovamente tra amore e odio. Dove tale differenziazione non può essere raggiunta i processi di scissione si rafforzano in un circolo vizioso.

Nel parlare di confusione degli impulsi si deve operare un'importante precisazione: negli schizofrenici tale confusione è frequente, ma può verificarsi anche in assenza di uno stato confusionale acuto, si parla piuttosto di una confusione cronica che si manifesta, ad esempio, nei disturbi della parola o della locomozione o con gravi inibizioni.

Ad esempio, nel paziente oggetto di analisi di questo capitolo, l'autore osserva la presenza costante di tali stati confusionali dove ad essere confuse sono le fantasie di feci cattive e velenose con fantasie di feci buone. Il paziente era un'artista, un pittore, quindi si poteva osservare una fissazione anale — pitturare equivale,

simbolicamente, ad imbrattare, sporcare — per cui non ci sorprende riscontrare fantasie legate alle feci buone e feci cattive.

Rosenfeld, con tale paziente, utilizza l'interpretazione mirata a differenziare tali contenuti, e dunque si parla di interpretazioni relativamente alla scissione fintanto che il paziente, il quale mostrava un blocco nell'espressione artistica, riprese a dipingere.

Quando la normale differenziazione tra pulsione di vita e pulsione di morte viene meno e dunque gli impulsi aggressivi e libidici si confondono si ha come esito il rafforzarsi dei processi di scissione. "Per esempio, come risultato della confusione tra seno buono e seno cattivo, la fantasia del seno buono può essere proiettata fuori dal seno, percepito in fantasia e identificato con le feci cattive come cattivo e persecutorio può essere tenuto completamente all'interno del paziente" (Rosenfeld, 2015, p.56).

Il meccanismo descritto dall'autore ha l'obiettivo di scongiurare lo stato confusionale dal quale il paziente cerca di difendersi. Quando lo stato confusionale si manifesta, tuttavia, l'esito sono ripercussioni sull'intera sfera intrapsichica del soggetto; i sogni, ad esempio, possono rappresentare tale confusione. Per esempio, nel paziente paranoide di cui sopra, egli faceva dei sogni dove cibo e feci erano confusi con la bocca e con l'ano. Una scena che chiaramente accresce e manifesta la confusione, la quale riguarda, dunque, gli oggetti parziali vedendo coinvolti i processi di scissione.

In un altro sogno, attraverso il quale era possibile osservare parti dell'io confuse, il paziente si trovava in un recinto dal quale poteva osservare delle aragoste, una vicina all'altra. All'improvviso una di queste ingoiava del tutto l'altra. Subito dopo faceva seguito l'orripilante immagine di uno scheletro toracico che correva sul pavimento, verso il quale il paziente, pensando fossero le aragoste, provava l'esigenza di uccidere quello strano essere, sebbene ne provasse pietà. Rosenfeld ricava, attraverso le libere associazioni, che il paziente, il quale all'epoca si sentiva perseguitato da un uomo che definiva egoista e dominatore e dal quale temeva di essere sopraffatto, era come se si fosse identificato con l'aragosta e che, pertanto,



le aragoste rappresentavano due parti del suo Io. "L'angoscia e la confusione erano dovute alla sensazione che il suo Sé cattivo stesse divorando una sua parte buone identificata con gli impulsi libidici. Il tentativo di uccidere la creatura del sogno rappresentava, allora, un meccanismo di scissione schizoide col quale le parti del Sé confuse al di là di ogni speranza venivano eliminate" (Rosenfeld, 1990, p. 57).

Gli impulsi orali sadici appartenevano a lui e ciò fu possibile di comprensione attraverso l'analisi e l'interpretazione di tali impulsi, cui fece seguito un miglioramento dello stato psichico.

Secondo l'autore, lo stato confusionale può manifestarsi anche come tentativo di guarigione. Rosenfeld chiarifica, inoltre, che gli stati confusionali di questo paziente vennero meno non a fronte di una migliorata capacità di differenziazione degli impulsi, quanto più attraverso il rafforzarsi dei meccanismi di scissione. Questo è un elemento cruciale nell'analisi che l'autore fa degli stati confusionali. Parla di una sorta di reazione a catena per la quale il rafforzarsi della scissione induce un venire meno degli stati confusionali dove il prezzo è un'aumentata disintegrazione dell'Io. Quando i processi di scissione allentano la loro presa, spontaneamente oppure mediante l'analisi, impulsi aggressivi e libidici vengono liberati nella loro potenza divenendo più attivi. In particolare, gli impulsi libidici concorrono con l'Io nella lotta per una miglior integrazione e per la sintesi degli oggetti interni scissi. Sarebbe a dire che laddove la pulsione di vita con la relativa attività libidica unificatrice ha la meglio si verifica il processo di guarigione. Tuttavia, il venire meno della scissione rappresenta un momento cruciale perché l'avvicinamento degli impulsi aggressivi e libidici può indurre uno stato confusionale acuto a causa del temporaneo prevalere dell'aggressività che può predominare per due ragioni.

Prima di tutto dobbiamo ricordare che i processi di scissione si servono, per rimanere attivi, di una grande quantità di energia aggressiva che quando tali processi vengono meno può essere liberata e sopraffare temporaneamente gli impulsi libidici; in secondo luogo è da evidenziare anche che la liberazione dell'energia psichica, in forma libidica e aggressiva, cerca la scarica perché in eccesso e quindi la

frustrazione circa l'impossibilità di trovare immediata soddisfazione contribuisce all'accrescersi dell'aggressività.

Dobbiamo dunque intendere uno stato confusionale temporaneo come fisiologico al processo terapeutico. Lo stato confusionale può venire meno in due occasioni. O attraverso l'analisi quando l'Io riacquista la capacità di differenziazione degli impulsi e degli oggetti con risultato una migliore integrazione; oppure di fronte al rafforzarsi dei processi di scissione come difesa dallo scompenso. Il riattivarsi della scissione fa sì che vengano meno angoscia e confusione, ma clinicamente parlando si verifica un deterioramento dello status praesens, in quanto la scissione, come è ben noto, produce una progressiva disintegrazione dell'Io del soggetto.

Abbiamo visto con Melanie Klein come la scissione, quale meccanismo di difesa dell'Io, sia ancorato alla posizione schizoparanoide che viene meno con l'introduzione della posizione depressiva dove si osserva una tendenza alla riparazione. È in questo sostare nell'angoscia depressiva che si produce un riavvicinamento tra impulsi aggressivi e impulsi libidici; pertanto, che quando parliamo di stato confusionale si può parlare di progresso in analisi.

#### *Considerazioni terapeutiche: il super-Io psicotico e la psicosi di transfert*

Importanti considerazioni circa il Super-Io psicotico si riscontrano nell'opera di Rosenfeld, ma un articolo in particolare opera un'analisi dettagliata di questa istanza nella schizofrenia. Si tratta dell'articolo Note sulla psicoanalisi del conflitto col Super-Io in un paziente schizofrenico acuto (1955). In questo testo Rosenfeld muove le proprie considerazioni partendo dalla distinzione Eissleriana del 1951 tra fase acuta (o prima) e fase muta (o seconda) della schizofrenia. Dalla fase cronico-muta, in particolare, dipenderebbe l'intero esito del trattamento psicoanalitico con i pazienti psicotici sebbene esso sia auspicabile a partire dalla fase acuta. Costata, Rosenfeld, sulla base delle proprie osservazioni cliniche, che quando il trattamento psicoanalitico "viene usato nella fase acuta, può poi essere continuato nella fase cronica senza alcun cambiamento fondamentale della tecnica; infatti, l'uso della

tecnica psicoanalitica nella fase acuta prepara e favorisce il trattamento della fase muta” (Rosenfeld, 2015, p.63).

Muove qui una critica a quei trattamenti modificati che ricorrono all’esercizio della rassicurazione come metodo per migliorare la condizione psicotica. Ad esempio, cita Sullivan, che vedremo con gli autori americani, tra i primi sostenitori di questa tecnica che si sposta maggiormente su quello che chiamiamo tipo di intervento supportivo piuttosto che esplorativo-espressivo.

Secondo l’autore l’uso della rassicurazione è fuorviante e addirittura un aggravante, in quanto l’analisi dopo la fase acuta diventa più difficile se si è fatto ricorso ad essa. Il consiglio che egli ci suggerisce è di iniziare fin da subito, dalle prime fasi dello scompenso, un trattamento psicoanalitico standard intensivo ricorrendo alla medesima tecnica che si utilizza per i nevrotici, mantenendo cioè i tratti essenziali di un’analisi psicoanalitica. In particolar modo, ciò che occorre operare è l’interpretazione integrale del transfert cioè sia quello positivo che quello negativo. Rifacendosi a Melanie Klein, autrice che Rosenfeld richiama spessissimo nella sua opera, affianco alla nevrosi di transfert quale esito dell’interpretazione del transfert positivo e negativo, l’autore concettualizza il costrutto di psicosi di transfert.

Così l’autore evidenzia la centralità e possibilità dello psicotico di instaurare un transfert e, soprattutto di poterlo fare sia nella sua accezione negativa che positiva. La tecnica cui ricorrere qui è l’interpretazione di entrambe le sfumature transferali, interpretazione che vede coinvolto anche il controtransfert dell’analista; allora, così, le manifestazioni psicotiche potranno essere osservate ed interpretate.

Il successo dell’analisi sarebbe allora strettamente collegato alla comprensione delle dinamiche psicotiche interne alla dinamica co-transferale.

Altri particolari tecnici rilevanti sono prima tra tutti l’accortezza rispetto all’uso del lettino; la posizione distesa può indurre nel paziente psicotico già regredito, un’ulteriore regressione — il lettino può essere simbolicamente un letto come una tomba, la posizione distesa può pertanto slantetizzare o aggravare le angosce psicotiche. Tuttavia, con alcuni pazienti cronicizzati, che però non hanno mostrato intensi episodi acuti quanto piuttosto un esordio più subdolo, Rosenfeld osserva

come il loro comportamento possa somigliare a quello dei nevrotici e come la posizione distesa sia maggiormente tollerabile. Diverso per i pazienti cronici con uno o più episodi acuti che usano massicciamente la difesa del diniego e distorcono potentemente la realtà, i quali mostrano maggiori difficoltà per l'applicazione della terapia analitica standard come viene intesa qui.

Un altro importante punto riguarda la frequenza e durata delle sedute: l'autore basandosi sulla propria esperienza analitica ritiene che i pazienti schizofrenici acuti andrebbero visti almeno sei volte alla settimana. Spesso con questi pazienti si manifesta la necessità di prolungare la durata standard delle sedute usualmente di 50 minuti; Rosenberg suggerisce che, senza variare la durata della singola seduta, si possono effettuare sedute più lunghe ma sempre costanti in termini di tempo, per esempio si può suggerire al paziente una seduta di 90 minuti, almeno fino a quando la fase acuta è attiva.

È inoltre sconsigliabile far passare tanto tempo tra una seduta e l'altra in quanto farlo potrebbe provocare una regressione della condizione clinico-analitica.

Infine, l'autore evidenzia la crucialità delle manifestazioni psicotiche nella stanza di analisi, anche la comunicazione verbale è di estrema rilevanza, vanno dunque interpretati anche i gesti e le azioni cui si deve prestare estrema attenzione.

Secondo l'autore l'analisi con i pazienti schizofrenici è di estrema difficoltà in quando offre numerosi 'tranelli di fronte ai quali l'analista si trova spesso contrariato, posto di fronte alla gestione di potenti ed intense reazioni controtransferali che lo indurrebbero ad abbandonare la tecnica psicoanalitica.

L'impressione che l'autore di fronte al dilemma, alla controversia circa la possibilità di trattare i pazienti psicotici con la tecnica analitica standard riferisce che "il bisogno di servirsi di metodi di controllo e di rassicurazione sia in rapporto alle difficoltà di trattare il Super-Io dello schizofrenico mediante l'analisi.

Ma per tornare al tema cardine, è importante sottolineare che secondo l'autore fondamentale nell'analisi della condizione schizofrenica è identificarsi con il Super-Io del paziente. Riprendendo le teorizzazioni di Wexler (1951) rispetto al Super-Io, viene evidenziata qui la pertinenza nello stabilire per gradi un controllo soddisfacente

del Super-Io “tale da permettere il superamento della fase acuta della schizofrenia” (Rosenfeld, 2015, p.67).

Viene richiamato anche Rosen (1946) il quale descrive una tecnica di approccio ai pazienti acuti, eccitati e catatonici che si sentono perseguitati da figure terrificanti; tale approccio consiste nell’instaurare un contatto con il paziente psicotico attraverso l’assunzione di proposito dell’identità delle figure che minacciano internamente il paziente. Tale contatto può essere anche diretto fino al controllo fisico cambiando atteggiamento alla fine della seduta affermando ad esempio “io sono tua madre e ora ti permetto di fare tutto ciò che vuoi”.

Nel caso di questi autori la tecnica richiede rassicurazioni e controllo diretto spostandosi dal baricentro della tecnica psicoanalitica standard. Lo scopo comune è modificare il Super-Io primitivo dello psicotico, il quale minaccia di disintegrare il Sé attraverso il processo proiettivo e di scissione. Secondo Rosenfeld un approccio del genere si distacca eccessivamente dalla tecnica analitica come abbiamo visto nella discussione della criticità dell’uso di interventi supportivi piuttosto che esplorativi come l’interpretazione.

Il richiamo è, inoltre, a Pois (1949), autore con il quale Rosenfeld pare familiarizzare e simpatizzare maggiormente rispetto alle concettualizzazioni operate: la patologia fondamentale della schizofrenia risiederebbe nella formazione del Super-Io, il quale, sviluppandosi a partire da vari punti, si manifesta nella condizione psicotica nella sua forma più primitiva dove, a seguito di deprivazione e ostilità materna prolungate, diviene una figura interiorizzata persecutoria.

Ciò che ne consegue è che si instaura un rapporto reciproco tra oggetti buoni e oggetti cattivi dove da specchio all’aspetto persecutorio dell’oggetto vi è l’esemplificazione di un meccanismo schizoide che esemplifica attraverso la formazione reattiva così che gli oggetti vengano estremamente idealizzati — idealizzazione primitiva che abbiamo visto essere un meccanismo schizoide importante.

Va sottolineato che “sia gli oggetti ideali che gli oggetti persecutori concorrono a formare il Super-Io primitivo e nei pazienti che sono regrediti alla posizione

schizoparanoide possiamo osservare come alcuni aspetti idealizzati e alcuni oggetti persecutori abbiano funzione di Super-lo” (Rosenfeld, 2015, p.70).

L’esito è una capacità profondamente disturbata nel mantenere l’introiezione dell’oggetto buono e amorevole.

Occorre ricordare, inoltre, che il processo che si snoda tra posizione schizoparanoide e depressiva non è statico, ma suscettibile a frequenti fluttuazioni in senso sia progressivo che regressivo (Klein, 1946; in Rosenfeld, 1950).

Tale affermazione ha l’implicazione che nello psicotico possono comunque emergere angosce depressive e dunque senso di colpa, a livello clinico ciò che è possibile osservare sono delle oscillazioni tra un Super-lo persecutorio quando prevale il funzionamento schizo-paranoide e un Super-lo lamentoso quando a prevalere sono le angosce depressive; questo ultimo farà ad esempio delle richieste insistenti di riparazione.

Anche questa componente più avvilita del Super-lo psicotico mantiene comunque aspetti persecutori ed è difficile che la dinamica depressiva si mantenga a lungo, la persecuzione riacquista spesso il suo dominio nel corso dell’analisi, espressione della lotta interna degli oggetti buoni e cattivi, tra Eros e Thanatos direbbe Freud.

Il meccanismo attraverso il quale, per difesa, il soggetto psicotico spinge ad agire il terapeuta di fronte alle sue insistenti richieste di affetto e dimostrazioni di esso da parte del terapeuta, è l’identificazione proiettiva, meccanismo centrale per i teorici delle relazioni oggettuali che abbiamo già incontrato con Melanie Klein, la prima ad introdurlo.

Riprendiamo alcuni concetti inerenti questo meccanismo di difesa: quando il paziente psicotico si fa prossimo all’oggetto d’amore e d’odio sembra confondersi con questo; tale confusione dei confini deriva da un lato da fantasie di incorporazione orale che portano all’identificazione introiettiva ma anche, al contempo, ad impulsi e fantasie di entrare dentro l’oggetto con tutto o parte del proprio Sé, dinamica che porta all’identificazione proiettiva, tipicamente associata a forme più primitive di relazione oggettuale.

Lo stato di disintegrazione dell'lo, indebolito e frammentato, è frutto dell'identificazione proiettiva costituita da un eccesso di moto proiettivo tipicamente schizofrenico.

Rosenfeld ha osservato come "nella schizofrenia acuta non solo gli oggetti interni, incluso il Super-lo, sono spesso proiettati sugli oggetti esterni, ma la proiezione del Super-lo viene accompagnata da una proiezione massiccia di parti del Sé negli oggetti esterni come conseguenza di una grave scissione e disintegrazione dell'lo" (Rosenfeld, 2015, p.72).

#### *Agire parziale e Agire totale nella condizione schizofrenica*

Un certo grado di agire si riscontra sempre nell'analisi; la questione riguarda la distinzione tra un agire parziale e un agire totale. Il fatto che ci sia una componente di acting è inevitabile, ed è anzi componente essenziale di un'analisi ben riuscita.

Rosenfeld ci ricorda le considerazioni freudiane rispetto al tema dell'agire: nel 1914 Freud discute il problema affermando che ciò che il paziente non ricorda lo agisce, e tale agire è in stretta relazione con la coazione a ripetere così come, di conseguenza, al transfert.

L'agire è quel metodo attraverso il quale il paziente ricorda, pertanto che occorre prestarvi estrema attenzione nel corso del processo analitico. Inoltre, secondo Freud, l'agire è da mettere in rapporto alla potenza delle resistenze del paziente e per impedire quello che Rosenfeld chiama agire totale, il padre della psicoanalisi suggeriva di esercitare una pressione sul paziente affinché egli ricordasse piuttosto che agire i contenuti rimossi, ad esempio tale pressione poteva consistere nell'impedire al paziente di esercitare determinate attività.

Imporre proibizioni e imposizioni era il metodo, abbracciato anche da Ferenczi, per impedire l'agire totale; tuttavia, alcuni autori, quali ad esempio Fenichel, evidenziano come questa pratica autorevole non desse profitto rispetto alla diminuzione degli acting out del paziente.

Secondo Rosenfeld la soluzione sarebbe da ricercare nell'analisi del transfert quale riattivazione dei rapporti oggettuali più primitivi attraverso "lo sviluppo di una tecnica

che non solo sia in grado di scoprire le residenze e le difese dell'io maturo, ma che ci ponga nella posizione di seguire i particolari di ciò che viene trasferito dal passato, studiando i rapporti che intercorrono tra la situazione analitica e la vita quotidiana del paziente" (Rosenfeld, 2015, p.195).

Dipenderà dal grado di ostilità con il quale il paziente si è allontanato dall'oggetto primitivo (seno) se egli sarà capace di collaborare nell'analisi con un agire parziale o totale.

Laddove l'ostilità sia bassa e se il transfert viene adeguatamente compreso l'agito sarà parziale; contrariamente laddove il distacco dall'oggetto abbia avuto luogo attraverso un'aggressività eccessiva è più probabile che il transfert sia problematico e l'agire ecceda.

Occorre prestare massima attenzione e porre sotto sguardo critico il proprio agire come analisti, in quanto, un agire eccessivo può essere indotto anche dall'applicazione fallace della tecnica analitica. L'ostilità dipende infatti da fattori sia interni che esterni fintanto che può essere lo stesso analista a indurla nel paziente. Come abbiamo visto l'aggressività eccessiva ha come seguito un'angoscia paranoide oscillante verso l'oggetto primario caratteristica di una fissazione alla fase schizoparanoide; quanto più è radicata è tale fissazione tanto più profonda è la scissione tra oggetto cattivo e oggetto idealizzato così come maggiore sarà la difficoltà ad elaborare la posizione depressa ovvero la capacità di affrontare le frustrazioni senza perdere in toto l'oggetto buono.

Quando il processo depressivo fallisce il seno viene introiettato nella sua forma persecutoria e qualsiasi introiezione amorevole viene respinta, non viene trattenuta il gioco tra svalutazione e idealizzazione si riverbera nei rapporti con gli oggetti secondari che, inizialmente idealizzati, i quali vanno incontro a deterioramento a causa del riaffermarsi delle angosce paranoide per cui si manifestano quelle che Sullivan, vedremo più avanti, definirà "trasformazioni malevole" (1953).

"Il paziente fortemente fissato alla posizione schizoparanoide, che ha abbandonato il suo oggetto primario con estrema ostilità, tende ad agire eccessivamente" (Rosenfeld, 1990, p.198).



La frustrazione viene affrontata attraverso la scissione del terapeuta nelle sue componenti buone e cattive, e si verifica un continuo e ripetitivo agire nel setting dato dalla proiezione ora dell'una ora dell'altra parte. In entrambi i casi il paziente abbandona l'analista reale, sostituendolo con l'immagine persecutoria del Sé proiettata e si possono verificare forti reazioni terapeutiche negative laddove si genera la frustrazione oppure si può manifestare una modalità maniacale di ricerca spasmodica di oggetti.

Di fronte a ciò si deve aiutare il paziente a passare dall'agire totale all'agire parziale attraverso l'interpretazione delle angosce paranoide, nel tentativo di stimolare l'espressione di amore e sensi di colpa, cui farà seguito un allentarsi dei meccanismi di scissione. La conseguenza di tale diminuzione indurrà le angosce depressive, l'oggetto diverrà gradatamente sempre più integrale, e ciò "porta alla consapevolezza del paziente della propria ostilità contenuta nell'agire eccessivo" (Rosenfeld, 2015, p.199).

Questo è un esito positivo, tuttavia può esservi anche l'esito diametralmente opposto per il quale si verifica una regressione in analisi attraverso un isolamento autistico di ritiro e l'espressione di un comportamento simile a quello di un bambino dipendente; sotto l'azione di quello che abbiamo visto essere un Super-Io depressivo e lamentoso, il paziente può allora fare costanti richieste di consigli, rassicurazioni, sedute extra che rappresentano acting out in analisi; la pressione esercitata sul terapeuta al fine che egli ceda a tali richieste possono indurre l'analista stesso all'atto; per esempio concedere sedute extra rappresenta un'agito del terapeuta che colluderebbe con il funzionamento attuale del paziente.

Tale dinamica regressiva ha volta possiede le caratteristiche di ineluttabilità. Tuttavia, l'entità della stessa dipende dalla risposta reale e controtransferale dell'analista; se egli non è consapevole del problema la regressione può andare incontro alla cronicizzazione, occorre altresì interpretare le cause e le motivazioni di tale regressione al paziente nel tentativo di smantellare i meccanismi che lo portano a regredire.

“Il rischio di una potente regressione è maggiore laddove in analisi si sviluppino sentimenti di transfert positivo e il paziente si è reso conto che i suoi rapporti oggettuali, inclusa la sessualità adulta, si basano su un abbandono completamente ostile dell’oggetto primario rappresentato dall’analista”. (Rosenfeld, 2015, p.199)

Se l’analista riesce a elaborare con il paziente le angosce depressive queste diverranno per questo ultimo più tollerabili e l’agire in analisi subirà una diminuzione divenendo parziale e permettendo una maggior collaborazione.

Di contro se ad avere la meglio sono le angosce paranoidee relate al Super-lo persecutorio più arcaico si verifica la regressione di cui sopra a livello di transfert e di conseguenza l’agire in analisi si rafforza ed eccede.

Il significato di tale comportamento dato dall’eccesso di azione può essere osservato da due diversi punti di vista secondo l’autore: in primis, riguardo all’analista, egli deve essere cosciente che nella regressione egli è rappresentante dell’oggetto primario che accusa il paziente di averlo abbandonato in modo aggressivo per volgersi a oggetti secondari e ad altre attività che dichiarano indipendenza, per cui deve interpretare evitando di colludere con la tendenza del paziente a rinunciare a tali attività e a ritornare nella simbiosi per evitare l’accusa genitoriale di abbandono. In secondo luogo, tale agire eccessivo nella regressione può essere visto come un disperato tentativo di indurre l’analista allagare un comportamento eccessivamente amichevole. È questa la modalità cui il paziente ricorre per fronteggiare un altro aspetto della persecuzione ovvero egli ‘teme che tutta l’ostilità espressa verso l’analista con il suo agire eccessivo porterà ad una rivalsa da parte dell’analista con un’attività parimenti ostile. Egli cerca perciò con ogni mezzo a sua disposizione di ottenere un agire amichevole per cancellare ed opporsi a tali timori schiacciati.

È fondamentale che l’analista mantenga il proprio ruolo e non ceda alle richieste motivate da intense angosce persecutorie del paziente, procedendo nel tentativo di mobilitare le angosce depressive mediante l’interpretazione e la neutralità analitica.

### **2.1.3 Wilfred Bion: differenze tra personalità psicotica e non psicotica e gli attacchi al legame**

Come per l'autore precedente abbiamo deciso di organizzare il materiale suddividendolo per micro-temi rispetto agli scritti analizzati.

I più rilevanti contributi di Bion rispetto al tema delle psicosi, che lo occupò per l'intera esperienza di teorico e clinico, sono raccolti nel volume, edito da Armando, *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Gli scritti risalgono agli anni Cinquanta, prima che Bion redigesse *Apprendere dall'esperienza* (1962), per cui si trovano qui numerose idee che, successivamente, l'autore sviluppò.

La metodologia che seguiremo per esporre i contenuti segue una linea temporale regressiva, ovvero partiremo dall'ultimo scritto qui contenuto, da titolo *Una teoria del pensiero* (1958). La decisione operata dipende dalla necessità, a nostro parere, di facilitare la comprensione del pensiero bioniano, notevolmente complesso, chiarendo primariamente alcuni concetti di basilare importanza; siamo inoltre consapevoli che si tratta di un contributo molto limitato il nostro rispetto all'opera omnia dell'autore, estremamente ricca e complessa.

Nello scritto *Una teoria del pensiero* (1958) viene introdotto il concetto di funzione alfa come ipotesi di lavoro da utilizzare nell'analisi dei disturbi del pensiero. Essa è una funzione del pensiero, la più rilevante, che ha "il compito di convertire i dati sensoriali in elementi alfa per provvedere in tal modo la psiche del materiale che necessita per fabbricare i pensieri del sogno" (Bion, 1970, p.177); il ruolo di questa funzione nella formazione del pensiero rende possibile il formarsi di due stati: veglia e sonno, ovvero della dimensione di coscienza e incoscienza.

La funzione alfa converte, dunque, materiale grezzo in elementi alfa disponibili per lo stoccaggio del pensiero. Il neonato, tuttavia, si trova inizialmente in una condizione dove non è in grado di elaborare e processare questi elementi grezzi e può soltanto evacuarli nella madre. La funzione alfa provvede alla consapevolezza del Sé, ma la coscienza del neonato però non possiede ancora il complemento inconscio e ciò si traduce nel fatto per il quale tutte le impressioni sensoriali sono coscienti. "L'organo recettore di questa massa di dati sensoriali sul Sé raccolti dal

neonato per mezzo del suo conscio è costituito dalla facoltà di rêverie della madre” (Bion, 1970, p.179).

Successivamente, in *Apprendere dall'esperienza*, Bion denominerà questi elementi grezzi che vanno incontro all'identificazione proiettiva, elementi beta quali impressioni sensoriali rimaste inalterate che concorrono all'acting-out.

Mentre gli elementi alfa sono sentiti come fenomeni, gli elementi beta sono sentiti come cose in sé (Bion, 1962).

Questi elementi beta, che si presentano dice Bion come 'fatti indigeriti' (Bion, 1962), non disponibili per il pensiero onirico, vengono scaricati attraverso l'identificazione proiettiva; processo che abbiamo visto essere caratteristico della prima infanzia e costituire il nucleo della sofferenza psicotica, di fondamentale importanza sia nella relazione oggettuale primaria sia in quella secondaria come il transfert.

Dunque, il neonato proietta nella madre una sensazione, supponiamo la paura di morire; se la madre non accoglie quella proiezione al suo interno, l'impressione che il neonato sperimenterà è quella di una morte imminente cosicché nel momento in cui la reintroietta non sarà più solo paura di morire, ma quello che Bion definisce 'terrore senza nome' (Bion, 1958).

Nello stesso scritto viene introdotto il concetto di non-seno quale assenza di seno dentro di sé.

Il momento in cui il neonato si scontra con l'indisponibilità del seno, il quale viene meno nella sua presenza reale e fantasmatica, la conseguente frustrazione se tollerata produce il pensiero. Questo processo, nella condizione schizofrenica, è fortemente compromesso e il soggetto tende alla fuga, e dunque all'evacuazione degli elementi beta tramite l'identificazione proiettiva così i pensieri rimangono senza pensatore.

Con il termine pensiero Bion allude infatti "al congiungersi di un'idea (preconceptions) con una frustrazione" (Bion, 1970, p.172).

Lo snodo cruciale è dunque nella scelta del paziente tra evacuazione e modificazione della frustrazione; nella condizione psicotica il risultato dell'equazione

è che i pensieri verranno trattati dall'apparato psichico come fossero oggetti interni cattivi.

Purtroppo, non ci è possibile approfondire qui la teoria del pensiero per Bion, si rimanda alla lettura del testo integrale affiancato dalla lettura del testo fondamentale *Apprendere dall'esperienza*, qui solamente citato.

### *Differenze tra personalità psicotica e non psicotica*

Un altro interessante concetto introdotto da Bion è quello di personalità psicotica contrapposta alla personalità non psicotica; differenziazione definita nell'articolo del 1955 *Criteri differenziali tra personalità psicotica e non psicotica* (1955a), e anticipato nello scritto di *Sviluppo del pensiero schizofrenico* (1955b) scritto quattro mesi prima.

In questo scritto Bion inizia col considerare la descrizione strutturale tra conflitto nevrotico e psicotico così come era stata concettualizzata da Freud, evidenziando che vi sia la possibilità che la dimensione nevrotica così come la dimensione psicotica possano essere contemporaneamente presenti.

Riprende Melanie Klein, per la quale, come abbiamo visto, l'io esiste fin dai primi mesi di vita per cui, di conseguenza, il principio del piacere è fin da subito affiancato al principio di realtà, le cui richieste fanno sì che emerga la frustrazione. Muovendo dalle considerazioni freudiane e kleiniane, Bion si sposta verso l'analisi dello sviluppo del pensiero verbale.

Richiamando anche ad Hanna Segal, la quale, nel descrivere le origini del pensiero simbolico, aveva fatto coincidere con la posizione depressiva l'emergere della capacità di simbolizzazione, afferma che al decrescere dell'attività proiettiva, accompagnata da fantasie onnipotenti, emerge la discriminazione tra oggetto-soggetto-simbolo dove questo ultimo diventa autonomo dall'oggetto, così che il soggetto lo avverte come creazione propria e può utilizzarlo anche in assenza dell'oggetto vero e proprio.

La tesi che Bion sostiene è che la differenza tra personalità psicotica e non psicotica "risiede nel fatto che nelle prime si è avuta una suddivisione molto parcellare — una

scissione minuta — del settore della personalità destinato a percepire la realtà interna ed esterna; i frammenti dissociati inglobano gli oggetti reali o penetrano al loro interno” (Bion, 1970, p.74).

Rifacendosi alle concettualizzazioni freudiana del principio del piacere quale motore dell'apparato psichico e della concezione per la quale la coscienza è collegata agli organi di senso; alle concettualizzazioni kleiniane rispetto agli attacchi sadici al seno nella fantasia tipici della fase schizoparanoide e infine riferendo all'identificazione proiettiva così come concettualizzata dalla Klein, Bion prosegue nell'esporre le proprie teorizzazioni affermando che la sua opinione è che 'la schizofrenia origini esclusivamente da alcuni meccanismi che vanno distinti dalla personalità che ne fa uso” (Bion, 1970, p.75); l'attenzione viene allora rivolta da parte dell'autore a quei fattori che favoriscono l'insorgere dei meccanismi schizofrenici.

In particolare tali fattori sono due: l'ambiente esterno che, come ampiamente confermato concorrere alla formazione del disagio schizofrenico, qui tralasciato dall'autore per concentrarsi sul secondo fattore ovvero la personalità del soggetto, la quale si compone di elementi salienti quali: a) istinti distruttivi che hanno una potenza tale da colonizzare anche l'impulso ad amare che viene a costituirsi come sadismo; b) odio verso la realtà sia essa interna o esterna; c) angoscia di annientamento imminente già descritta anche dalla Klein; d) formarsi di relazioni con l'oggetto precoci e precipitose caratterizzate da una fragilità pari alla tenacia con la quale vengono mantenute.

Quest'ultimo punto sarà noto al clinico quando il paziente arriva all'attenzione clinica e, senza conoscere l'analista, riversa, quasi a vomitarla, la sua esperienza senza filtri; significa che la situazione di transfert stessa riflette l'intensità di tali relazioni oggettuali guidata da una radicata e profonda dipendenza.

Precisa Bion che la precocità, fragilità e tenacia che è patognomonica di tali relazioni ha profonde conseguenze all'interno del conflitto, ben noto, tra pulsione di vita e pulsione di morte, conflitto perennemente attivo nella condizione schizofrenica.

In particolare due tratti del transfert vengono qui evidenziati dall'autore: iperattivazione della scissione così che i frammenti della personalità del paziente

vengono proiettati dentro l'analista attraverso l'identificazione proiettiva, come abbiamo ampiamente visto; e in secondo luogo accade che tutte le attività mentali e non mentali, attraverso le quali gli istinti di morte o di vita cercano espressione, vengono distaccate dall'impulso medesimo il quale si trova così mutilato e si produce una regressione allo stato precedente.

L'intera analisi viene a caratterizzarsi come un andirivieni tra tentativi di stabilire un legame, un rapporto e i contrapposti tentativi di impedirlo; vedremo meglio di che cosa si tratta con attacchi alla voce attacchi al legame più avanti, Bion definirà questi attacchi come attacchi al legame, che riguardano non solo le relazioni oggettuali, ma anche le relazioni tra forme di pensiero e parole.

Nell'espone le differenze tra la componente psicotica, alla quale Bion fa risalire le origini del pensiero verbale, richiamando a Freud e al testo che abbiamo visto anche qui, Neurosi e Psicosi, per il quale nella nevrosi si riscontra un'alleanza tra Io e realtà per sopprimere una parte dell'Es; mentre nella psicosi l'Io si mette al servizio dell'Es per ritirarsi dalla realtà; evidenzia che a suo parere quando Freud disquisiva dell'alleanza tra Io e realtà faceva riferimento ai fenomeni che si manifestano con l'innesto del principio di realtà.

Tale principio presuppone delle esigenze che richiedono una serie di adattamenti, secondo Freud:

- c. Accresciuto valore degli organi sensoriali rivolti al mondo esterno e alla coscienza ad essi relata.
- d. Attenzione: definita da Freud come una funzione del tutto particolare deputata all'esplorazione del mondo esterno cosicché i dati provenienti da esso siano già noti al soggetto laddove venga a prodursi un improrogabile bisogno interno.
- e. Sistema di annotazione con scopo quello di conservare i risultati della periodica attività della coscienza, da Freud definito come memoria.
- f. Il giudizio, il quale definisce se una rappresentazione è vera o falsa.
- g. Il processo del pensiero, le cui proprietà rendono possibile all'apparato psichico sopportare la frustrazione cioè un aumento di tensione comportata

dall'azione, questo "in virtù del carattere stesso del pensiero, il quale in sostanza è un'azione di prova" (Bion, 1970, p.78).

Le modifiche e ampliamenti operati da Bion sono i seguenti: primo fra tutti ci suggerisce che l'Io del paziente non sia totalmente ritirato dalla realtà, almeno per quei pazienti che giungono all'attenzione psicoanalitica, piuttosto "il suo contatto con essa è mimetizzato dalla presenza, nella mente e nel contegno del soggetto, di una fantasia onnipotente tesa a distruggere la realtà e la percezione di essa, al fine di raggiungere una situazione che è una via di mezzo tra lo stato di vita e quello di morte senza somigliare a nessuno dei due" (Bion, 1970, p.79).

Se ammettiamo che il contatto con la realtà non sia mai del tutto e definitivamente spezzato, abbiamo ragion di ritenere che nello psicotico siano presenti anche elementi nevrotici, e soprattutto che "accanto alla personalità psicotica esiste, parallelamente ad essa, una personalità non psicotica, da quella adombrata" (Bion, 1970, p.79).

La seconda modifica operata da Bion riguarda l'idea per la quale non esiste un ritiro dalla realtà in sé, ma bensì una fantasia di ritiro dalla realtà. Questa fantasia trae le proprie origini nel processo dell'identificazione proiettiva. Si tratta, chiaramente, di una fantasia di onnipotenza che il paziente non avverte nella sua natura di fantasia, ma come fatto reale con la conseguenza che la persona con psicosi si comporterà "come se il suo apparato percettivo fosse davvero scisso in tanti frammenti, proiettati poi negli oggetti della sua percezione"(Bion, 1970, p.79).

Posto che tali modifiche siano valide dice Bion, allora si dovrebbe ammettere che in ogni paziente psicotico sopravvive una parte di personalità non psicotica, cioè "una parte di personalità che funge da substrato ai vari meccanismi nevrotici con cui la psicoanalisi è familiare" (Bion, 1970, p.79); la parte di personalità psicotica è ipertrofica al punto da oscurare la parte non psicotica, che comunque rimane viva.

In riferimento alla posizione schizoparanoide, Bion riprende il fatto che in tali circostanze lo psicotico opera una scissione molto minuta dei suoi oggetti così come della sua personalità specie la parte deputata al riconoscimento della realtà che egli odia, si generano tanti minuti frammenti soggetti ad attacchi dissociativi i quali fanno



si che si generi una confusione di quelle funzioni che Freud indicava come esito dell'innesto del principio di realtà; memoria, attenzione, giudizio, pensiero si trovano staccate e messe alla rinfusa a causa di tali attacchi sadici. "Nella fantasia del paziente, le particelle espulse dell'lo proseguono la loro esistenza, autonoma e incontrollata, negli oggetti esterni — sia quando essi fungono da contenitore sia, caso inverso, che siano contenuti nelle particelle — continuando a esercitare le loro originarie funzioni come se lo scontro subito non avesse attaccato la funzione ma ne avesse moltiplicato la quantità e provocato l'ostilità contro la mente progenitrice che le ha espulse"(Bion, 1970, p.80).

Tali particelle costituiscono il materiale di costruzione dell'idea (preconceptions) o nozione o pensiero da cui nasce poi il linguaggio. Esse si compongono di due dimensioni che vengono avvertite dal paziente: un nucleo, il quale è costituito dell'oggetto reale e un alone, il quale contiene il frammento della propria personalità. La sostanza totale della particella dipenderà dunque dalla qualità dell'oggetto primario. Sappiamo che i pazienti psicotici sono incapaci di simbolizzare, ma operano piuttosto sequenze di equazioni simboliche, pertanto, che l'oggetto viene percepito, essendo recluso, come ringonfio di odio e quindi allo stesso tempo come controllore; "sepolto da una coltre di personalità che induce lo psicotico a ritenere che le parole siano cose stesse" (Bion, 1970, p.81).

Supponiamo ad esempio l'oggetto bizzarro grammofono — se il frammento inglobante riguarda ad esempio la funzione visiva ciò che il paziente avvertirà sarà di essere spiato dal grammofono; se il frammento riguarda invece, ad esempio, l'udito egli avvertirà allora che il grammofono lo sta ascoltando.

Dunque, mentre la parte psicotica della personalità scinde minutamente e espelle attraverso l'identificazione proiettiva, la parte non psicotica cerca di operare un'integrazione che risulta debole alla luce della potenza della parte non psicotica, la quale opera secondo una modalità di pensiero che vede un equilibrio dinamico tra proiezioni e introiezioni tale da produrre il pensiero, il quale come diceva Freud, costituisce il fattore in grado di frenare e ritardare l'azione.

Bion introduce sul tema il concetto di ideogramma per spiegare la sua convinzione, cui giunge attraverso l'esperienza clinica, che " sin da quando la vita ha inizio, esiste un certo tipo di pensiero: esso non è collegato con la parola e la funzione uditiva, bensì con la funzione visiva e si esprime attraverso ciò che potremmo definire ideogrammi" (Bion, 1970, p.84).

Definisce come matrice di ideogrammi, all'origine del pensiero, quale pensiero che pone in relazione le varie impressioni sensoriali; le relazioni di cui parlava Freud sarebbero allora, secondo Bion, i legami tra un ideogramma e l'altro.

Siccome questi legami vengono distrutti nel paziente psicotico due diversi oggetti non possono trovarsi tra loro in relazione, il paziente si trova di fronte alla negazione (diniego) dell'articolazione delle parole e che gli oggetti piuttosto che unirsi formano un agglomerato.

Prosegue Bion affermando che così "il paziente non si muove in un mondo di sogni, ma in un mondo di oggetti, cioè in mezzo a materiale concreto di cui si serve per elaborare i sogni " (Bion, 1970, p.85).

Tali oggetti bizzarri, se osservati dalla prospettiva della personalità non psicotica, hanno le caratteristiche "della materia, degli oggetti anali, degli stimoli sensoriali, delle idee o del Super-Io " (Bion, 1970, p.86).

La loro complessità varia a seconda dell'organo sensoriale di interesse e viene a crearsi una confusione, la quale è aggravata dal fatto che gli oggetti obbediscono alle leggi fisiche e non a quelle dell'evento psichico.

In analisi per far sì che il paziente reintroietti dentro di sé tali oggetti è necessario eseguire con lui un'identificazione proiettiva alla rovescia; tuttavia, il tentativo di sintesi viene avvertito come vendetta da parte del paziente, la quale richiede di essere tollerata all'interno dell'analisi così che lascerà spazio man mano a problemi di nuovo genere.

È chiaro che dove la parte psicotica della personalità è coinvolta in meccanismi primitivi di scissione e identificazione proiettiva, la personalità non psicotica ricorre invece alla rimozione; anzi la parte psicotica cerca di togliere di mezzo lo stesso

apparato che genera la rimozione “come se l'inconscio debba essere rimpiazzato dagli oggetti di cui è composto il sogno” (Bion, 1970, p.87).

### *Attacchi al legame*

Il concetto di legame abbiamo visto essere più volte ripreso da Bion, già lo introduceva nel saggio sulle differenze tra parte psicotica e non psicotica della personalità, viene a tale concetto dedicato un intero saggio dal titolo Attacchi al legame (1959).

Gli attacchi al legame consistono di attacchi distruttivi (sadici e aggressivi) “che il paziente conduce contro qualsiasi cosa venga lui percepita come legame tra due oggetti” (Bion, 1970, p. 144).

L'uso del termine 'legame' viene motivato da Bion in base allo scopo di esaminare la relazione che lo psicotico instaura con la funzione “piuttosto che quella che egli stabilisce con l'oggetto che veicola la funzione stessa”(Bion, 1970, p.157).

Abbiamo visto all'inizio di questo capitolo nel contributo su Melanie Klein come il neonato rivolga in fantasia attacchi sadici al seno che viene scisso e proiettato attraverso l'identificazione proiettiva.

Esiste secondo Bion una predisposizione ad effettuare da parte del paziente tali attacchi; tale predisposizione si manifesta in tutta la sua potenza nella stanza di analisi, processo osservabile attraverso i meccanismi di transfert e controtransfert; si manifesta in particolare laddove l'analista, mediante l'interpretazione, metta insieme due elementi dell'esperienza della persona; l'analista fa questo attraverso l'uso del pensiero verbale che abbiamo visto essere fonte di indivia dell'oggetto-analista per il paziente che non è in grado di ricorrevi.

Il paziente, pertanto, avanza in terapia attraverso l'espulsione dei contenuti che vengono parafrasando Bion 'sparati' contro l'analista, quale contenitore di tali elementi minacciosi.

Nell'interazione tra transfert e controtransfert si verifica una sorta di processo circolare per il quale l'identificazione proiettiva funziona affiancata dall'identificazione introiettiva. Nel contenere dentro di sé tali contenuti, l'analista

esercita la funzione alfa e attraverso la rêverie trasforma gli elementi minacciosi restituendoli al paziente bonificati.

Ci si aspetta che il paziente migliori e sappia progressivamente tollerare meglio la frustrazione e sviluppi pian piano una sua funzione alfa quale interiorizzazione dell'attitudine dell'analista.

Questo processo è estremamente arduo quando parliamo con un paziente psicotico, e nella dinamica controtransferale l'analista può esperire la sensazione di essere una madre che esegue la sua funzione per dovere della maternità, ma che nega l'accesso dentro di Sé delle proiezioni dell'infante.

La principale proiezione, come abbiamo visto nell'articolo sulla teoria del pensiero, è l'angoscia di morte, la paura di morire. La massiccia identificazione proiettiva produce, secondo me, il fallimento di quella che Freud chiamò in *Metapsicologia* (1915) rimozione originaria, di fronte al fallimento della quale il pensiero della morte entra a gamba tesa nell'esperienza quotidiana di vita impedendo l'esecuzione di altre attività in quanto invalidante; questo fallimento si osserva spesso nei soggetti psicotici, spesso ossessionati dal pensiero della fine della vita; processo che trarrebbe origine dall'incapacità della madre di accogliere la paura che il bambino ha di morire e che non è in grado di tenersi dentro. Mentre una madre 'sufficientemente buona' (Winnicott, 1987), in grado di esercitare la funzione alfa tramite la rêverie, è capace di accogliere l'identificazione proiettiva del suo bambino mantenendo un equilibrio sufficiente.

Ritornando alla scena analitica reale, trasposizione comunque delle esperienze infantili, quello che produce gli attacchi al legame è un'intensa emozione data dal rigetto da parte del terapeuta di tali elementi dell'identificazione proiettiva cui fa seguito l'emergere dell'aggressività primaria — invidia per l'analista.

Tuttavia, il paziente si rende anche conto dell'opportunità unica che ha davanti e, pertanto, vengono a coesistere sia un senso di gratitudine che un senso di ostilità verso l'analista in quanto egli rifiuterà il ricorso a quel modo di comunicare tipico schizofrenico guidato dall'identificazione proiettiva.

Gli attacchi distruttivi contro il legame che viene ad instaurarsi tra paziente e analista provengono da una fonte esterna (analista, seno); "ciò provoca nel paziente un incremento dell'identificazione proiettiva, che diviene eccessiva, e il deteriorarsi dei suoi processi maturativi; tuttavia secondo Bion la causa dei disturbi psicotici non è annoverabile esclusivamente a questo processo appena descritto, sebbene esso rappresenti un importante fattore acquisito per definire la personalità psicotica, la causa a monte sarebbe una predisposizione innata del bambino all'aggressività.

Il legame costituisce la capacità dell'analista di introiettare l'identificazione proiettiva del paziente, di tenere dentro di sé gli elementi proiettati, cosicché gli attacchi al legame sono sinonimo, dice Bion, di attacchi alla pace dell'anima dell'analista, e in origine a quella della madre.

"Mediante l'invidia e l'odio con cui questi attacchi vengono eseguiti, succede che la capacità introiettiva dell'analista venga trasformata in un'avidità introiettiva determinata dal divorare la psiche del paziente e, analogamente, che la pace dell'anima diventi calma olimpica e ostile insensibilità"(Bion, 1970, p.161).

## **2.2 La psicoanalisi americana**

### **2.2.1 Harry Stack Sullivan: il trattamento sociopsichiatrico**

Gli scritti di Sullivan sono stati riuniti a posteriori nel volume Scritti sulla Schizofrenia (1993) che raccoglie alcuni importanti scritti editi tra il 1924 e il 1934 quando l'autore era all'inizio della carriera allo Sheppard and Enoch Pratt Hospital e Towson nel Maryland, sobborgo di Baltimora.

Colei che ha curato la presente raccolta, Helen Swick Perry, evidenzia come il fatto che Sullivan non abbia mai deciso di raccogliere i propri scritti in unico volume "riflette in parte la sua riluttanza a separare la schizofrenia dalla vita stessa" (Sullivan, 1962, p.1).

L'approccio di Sullivan costituisce una visione piuttosto innovativa del pensiero psicologico, e non soltanto psicoanalitico in senso stretto, in quanto nelle

teorizzazioni dell'autore è frequente il richiamo ad aspetti ambientali e sociali nel costituirsi del disagio psicotico.

Nello scritto da noi analizzato, Il trattamento psicoanalitico modificato della schizofrenia (1931/1932) per la prima volta Sullivan parla esplicitamente di una teoria e una tecnica specifiche al trattamento del disagio schizofrenico.

Nell'operare un'argomentazione circa le differenze tra soggetto schizofrenico e soggetto schizoide afferma che "la differenza è interamente di grado e non di genere" (Sullivan, 1962, p.299).

È questa una formulazione che fa riferimento a un postulato di unicità genetica sottinteso in numerosi degli scritti dell'autore.

La prima parte dell'articolo oggetto di esame viene dedicato al concetto di previsione quale importante costrutto nel trattamento della schizofrenia per poi rivolgere la propria attenzione ad alcuni punti fondamentali rispetto ai disturbi schizofrenici: primo tra tutti il fatto che esiste una qualche differenza tra disturbo mentale 'schizoide' e disturbo mentale 'schizofrenico'; dichiarandosi apertamente in contrasto con coloro che ritengono che la schizofrenia sia un disturbo essenzialmente organico o relativo ad un disturbo da ritardo mentale (autismo), Sullivan afferma che il presente scritto ha l'obiettivo di proporsi come scientifico piuttosto che speculativo-filosofico. In secondo luogo, l'autore, procedendo verso ulteriori precisazioni del termine 'schizofrenico', evidenzia che tali disturbi non sono stati definiti psicoanaliticamente fin tanto che il presente studio non falsifica o verifica la teoria psicoanalitica. Le formulazioni psicoanalitiche sono a detta dell'autore "estremamente individualistiche" (Sullivan, 1962, p.303) nel senso che sono state formulate da Freud basandosi sull'esperienza con i pazienti a discapito però del contesto sociale e culturale che è invece estremamente importante come abbiamo evidenziato nell'introduzione al presente paragrafo.

La schizofrenia, per esempio, non può essere diagnostica ad un individuo proveniente da altre culture o un individuo che ha vissuto una condizione di isolamento fin dalla nascita; pertanto, che tale disordine mentale assume senso sempre e solo all'interno di un contesto interpersonale.

A questo punto Sullivan si domanda come sia possibile definire un soggetto schizofrenico e che cosa lo distingue da un soggetto che invece non ha la schizofrenia. L'autore afferma che "l'individuo non schizofrenico è quello che si comporta e pensa, nelle sue interazioni con le altre persone, in completa consonanza con la loro comune formazione culturale". Tuttavia, sebbene tale ipotesi costituisca una buona ipotesi di lavoro l'autore ci ricorda che non possediamo strumenti atti a misurare 'la cultura comune' per cui un modo indiretto di approcciarsi al problema può essere quello di un'indiretta applicazione, anche pratica che riguarda una concettualizzazione inerente al sogno.

Sullivan afferma che "la vita onirica dell'individuo è in alto grado puramente personale" (p.304); tale considerazione è applicabile anche alle fantasie della veglia, ma in misura nettamente minore. Mentre è probabile che nella fantasia da sveglia vi sia pochissimo materiale che non è influenzato da altre persone dell'ambiente o da entità personali che non appartengono interamente al Sé, si può invece supporre che certi sogni 'primitivi' siano quasi del tutto di riferimento interno. Si può allora concludere che "più un dato contenuto è simile ai sogni del rotondo, più spesso appartiene al Sé" (Sullivan, 1962, p.304).

Tale affermazione non può dirsi superata e richiederebbe ulteriore attenzione.

L'autore tenta anche un'ipotesi che lui stesso definisce approssimativa, di distinzione tra soggetto con la schizofrenia e soggetto senza schizofrenia basandosi sulla contrapposizione tra "ciò che è puramente personale e ciò che invece è l'appercezione consensualmente valida di una situazione interpersonale data" (Sullivan, 1962, p. 304).

Il passo successivo a tal proposito è un interessante parallelismo con il sogno, già ampiamente sottolineato da numerosi autori qui considerati, ma approfondito dall'autore; in particolare egli parla di 'contatto', tra virgolette, evidenziando che quando tale contatto è inintelligibile per un osservatore esterno significa che il soggetto "sta manifestando un contenuto che non è possibile distinguere da un sogno" (Sullivan, 1962, p.304) e dunque o possiede una grave compromissione dei suoi sistemi integrativi per altri motivi che vanno indagati, o è schizofrenico.

Così, basandosi su tale assunzione, potremmo definire schizofrenico colui che manifesta una condotta riferibile alla vita onirica, non pienamente sveglia cioè. Le due condizioni, quella del sogno e quella psicotica, sono a detta dell'autore indistinguibili sia da un punto di vista fenomenologico che dinamico dove nella condizione schizofrenica lo stato di coscienza proprio del sogno diviene abitudine; fa inoltre notare che affinché abbia luogo terrore notturno, un incubo o qualche disordine schizofrenico occorre che, nello stato di veglia, si verifichi una qualche dissociazione da un sistema di tendenze all'altro.

L'implicazione diretta è che la schizofrenia possa essere intesa alla stregua di uno stato onirico continuo nel tempo, il quale per manifestarsi richiede anche un'altrettanta continua nel tempo "approssimazione a un equilibrio dinamico fra sistema di tendenze che si manifesta nel sé conscio e quello che da tale manifestazione è stato dissociato" (Sullivan, 1962, p. 306).

Nell'argomentare rispetto al sistema di tendenze dissociato e sistema di tendenze dissociante, l'autore afferma che nella condizione schizofrenica la quantità di tempo presa dai processi schizofrenici dipende strettamente dall'equilibrio tra questi due sistemi e dove il ripristino di questo richieda necessariamente il coinvolgimento di un qualche adattamento delle relazioni interpersonali; pertanto un fallimento di tale equilibrio equivarrebbe così a un fallimento dell'adattamento interpersonale con conseguente aumento della forza del sistema dissociato che così impedisce l'integrazione delle situazioni interpersonale e dell'io.

Il grado di coscienza può subire variazioni all'aumentare della potenza dell'uno o dell'altro sistema ma rimane costante il "conflitto e la minaccia (consciamente percepita) dell'eruzione del sistema dissociante" (Sullivan, 1962, p.307).

Ecco allora che i tipici sintomi schizofrenici come il ritiro (autistico) manifesto nella 'fuga' dalla realtà personale e nell'isolamento possono essere spiegati alla luce di un evitamento dell'accentuato conflitto tra sistemi di tendenze.

Per quanto riguarda la formula basilare rispetto alla psicoterapia con pazienti schizofrenici Sullivan afferma che essa sarebbe 'quella delle relazioni interpersonali e dei loro effetti sul successivo sviluppo dei sistemi di tendenze nella personalità del



paziente” (Sullivan, 1962, p.308); formula che le sue osservazioni avrebbero confermato.

Qui Sullivan afferma che “esistono molte differenze nella tecnica da adottare, ma si tratta di differenze superficiali e non di fondo, che occorre considerare determinate tutte dall’effettiva formazione precedente del paziente: riconducibile, alla fine, al denominatore comune delle esperienze incorporate nel sé del soggetto stesso” (Sullivan, 1962, p.308).

Quelli che l’autore considera in particolare modo fattori fondamentali a una buona riuscita terapeutica sono i fattori interpersonali; da qui il nome terapia sociopsichiatrica.

Nel passare in rassegna diverse tipologie di terapia più o meno adatta ai pazienti psicotici considerano le terapie puramente suggestive e quelle razionali evidenziando che nella prima formula si va ad aggiungere esperienza a uno dei sistemi di tendenze verso un maggior equilibrio, mentre nel secondo caso l’applicazione è limitata al fatto che si ricorre alla verbalizzazione, spesso gravemente compromessa nei pazienti psicotici.

Evidenzia anche la peculiarità della terapia esortativa diretta prevalentemente all’integrazione di quegli aspetti della personalità relati al Super-Io, dove si ricorre a tecniche di persuasione e incoraggiamento.

Tuttavia, nessuno di questi procedimenti, afferma Sullivan, sembra avere un effettivo effetto migliorativo nei pazienti schizofrenici.

Potrebbero risultare utili le terapie che comportano uno stato ridotto di coscienza, come, ad esempio, l’ipnosi, la quale tuttavia implica una grossa responsabilità grava sul terapeuta per cui potrebbe essere anch’essa controproducente; inoltre, è stato osservato che nel caso dello schizofrenico incipiente o acuto, l’integrazione della situazione di ipnosi risulta di estrema difficoltà” (Sullivan, 1962, p.309).

Da queste formulazioni terapeutiche che hanno dato scarsi risultati in termini di miglioramento prognostico, l’autore giunge a formulare l’utilità del trattamento psicoanalitico modificato e il programma sociopsichiatrico da lui elaborato; tuttavia rispetto ai procedimenti psicoanalitici critica la così detta ‘dottrina della fissazione’

per la quale “ una ‘cura’ è terminata quando la libido viene liberata dal suo ‘punto di fissazione’ , il quale esisterebbe in qualche zona del passato del soggetto” (Sullivan, 1962, p. 310).

Piuttosto, dal punto di vista dell’autore, due in particolare sarebbero i procedimenti psicoanalitici fondamentali a una buona riuscita terapeutica: primo, consentire allo schizofrenico un esame retrospettivo di quelle esperienze che hanno portato al conflitto e al disadattamento promuovendo la crescita verso un carattere più evoluto; secondo, fornire un’esperienza al soggetto che facilita la riorganizzazione di quelle tendenze deviate o non ancora sviluppatasi.

Affinché tale processo possa verificarsi ed essere proficuo occorre che tra medico e paziente si instauri il così detto transfert, il quale “ci appare come un caso speciale di adattamento interpersonale” (Sullivan, 1962, p.310) che si caratterizza per una verticalità del rapporto medico-paziente.

Ogni situazione analitica contiene in sé, fin dall’inizio del processo che, come vedremo, richiede alcune importanti considerazioni anche ambientali, una vasta massa di processi fantastici riferiti al terapeuta e comunicazioni prevalentemente non verbali.

Sia nel paziente psicotico manifesto che nel preschizofrenico il processo psicoanalitico deve sempre tenere conto che tali soggetti non possiedono un’organizzazione del Sé soddisfacente, ma piuttosto hanno un’autostima molto compromessa e che il paziente sente minacciata all’interno del processo psicoanalitico; pertanto le prime fasi della terapia saranno accompagnate da un’oscillazione tra una tendenza positiva verso il terapeuta e una tendenza negativa cosicché il paziente vive nel terrore di quelle che in un altro scritto Sullivan definisce ‘trasformazioni malevole’: il paziente avverte l’altro, il terapeuta in questo caso, come buono, ma da un momento all’altro potrebbe diventare cattivo e malevolo, minacciando il suo già precario equilibrio.

La principale manovra terapeutica suggerita dall’autore è controcorrente: egli suggerisce di allontanare il paziente dalla situazione che fa insorgere in lui difficoltà, trasferendolo piuttosto in un ambiente protetto come un’istituzione che si occupi in

una sezione trasversale esclusivamente delle condizioni psicotiche, senza cioè che il paziente si trovi con altri pazienti affetti da altre patologie di ogni genere o soggetti di ogni età, è piuttosto suggerito, dunque, un ambiente specifico che faccia sentire il paziente parte di un gruppo di persone a lui simili.

Sullivan opera anche importanti considerazioni circa il personale medico e non medico, dove anche questo ultimo dovrebbe essere ben preparato e consapevole della propria organizzazione di personalità per essere davvero di aiuto al paziente e non incorrere in atti sadici mascherati o inconsci che possono facilmente emergere di fronte a questi pazienti.

Per quanto riguarda il personale medico sono sette le condizioni delineate dall'autore affinché la riuscita terapeutica abbia luogo:

- a. Le situazioni terapeutiche devono essere integrate tra individui del medesimo sesso
- b. Gli psichiatri dovrebbero essere stati sottoposti ad analisi e nemmeno troppo di recente
- c. È inadatta la persona di tipo filosofico in quanto anche il paziente schizofrenico ha una tendenza a 'filosofeggiare' e quindi si rischia di 'pensare' piuttosto che osservare e comprendere con adeguata e necessaria razionalità
- d. È inadatto alla terapia con lo schizofrenico anche 'il tipo omosessuale resistente', il quale è fin troppo impegnato nella ricerca di 'componenti' omosessuali
- e. Il riformatore è altrettanto inadatto ovvero colui "che 'sa' come la vita andrebbe vissuta, e 'sa' cosa è buono e cosa è male" (Sullivan, 1962, p.316); più adatto ai pazienti maniaco-depressivi
- f. Il meno adatto a trattare pazienti psicotici è colui che ha scelto di intraprendere la formazione di psichiatra perché tale professione conferisce potere e dominio sugli altri; questi è adatto ai pazienti nevrotici ossessivi
- g. Coloro che non hanno vissuto condizioni di sofferenza profonda

Dunque, l'ambiente terapeutico è di estrema importanza e una volta stabilito la prima fase della terapia consiste nel conferire un'esperienza orientativa ovvero nell'effettuare un colloquio esplorativo insieme al paziente volto a introdurre il soggetto alla nuova situazione "in termini concreti e oggettivi, sottolineandone gli elementi personali" (Sullivan, 1962, p. 311).

Deve essere favorita la presa di coscienza di essere parte di un gruppo di persone sofferenti come lui quindi fin dall'inizio il paziente viene trattato come una persona tra le persone.

Per quanto riguarda le formazioni deliranti del paziente e le anomalie del comportamento e del pensiero dovranno essere considerati quali produzioni che per il soggetto schizofrenico hanno validità effettiva e vanno, dunque, prese in considerazione come fossero reali in quanto tali per il soggetto psicotico.

L'autore considera anche i casi di violenza suggerendo di trattare quest'ultima in modo non emotivo, ma non approfondisce.

Poste tali premesse terapeutiche il paziente ha maggior possibilità di andare incontro a quella che Sullivan definisce 'guarigione sociale', la quale consente poi l'analisi.

In questa prima fase della psicoterapia è fondamentale favorire la presa di coscienza del suo bisogno di comprendere più a fondo le proprie difficoltà e, laddove, in un ambiente favorente, il paziente non riesca ad accedere a tale comprensione il medico deve indagare i perché.

Gli stati di panico che spesso si osservano nei pazienti psicotici possono essere la conseguenza del sistema di tendenze dissociato di fronte ai quali Sullivan suggerisce l'uso della rassicurazione "mediante una tecnica di accettazione realistica delle tendenze sottostanti, e di messa allo scoperto delle cause del terrore vissuto dal Sé" (Sullivan, 1962, p.313).

Secondo l'autore l'esito sarà una riscoperta sensazione di 'solidarietà di gruppo' in quanto "la dura presa di contatto con le tendenze incorporate nella personalità del paziente viene temporaneamente alleviata o interrotta dal rapporto con persone per le quali la situazione rappresenta un fatto ordinario della vita" (Sullivan, 1962, p.313).

In molteplici casi, avvisa l'autore, è possibile che tale solidarietà venga giudicata dal Sè del paziente negativamente con conseguente fallimento e il permanere del conflitto inerente il sistema dissociato.

Laddove il conflitto non diminuisca Sullivan dichiara di ricorrere ad agenti chemioterapici per raggiungere l'auspicata condizione di guarigione sociale, in particolare suggerisce l'uso dell'alcol etilico. Tali agenti "attenuano l'azione altamente discriminati dei sistemi di tendenze più recentemente acquisiti e permettono, senza grande stress, ameno in forma rudimentale, quella dei sistemi più primitivi" (Sullivan, 1962, p.313).

Il periodo necessario affinché si possa constatare un riadattamento va da tre a dieci giorni attraverso questi mezzi terapeutici; nello specifico, l'alcol etilico quale farmaco, farebbe, a detta dell'autore, scoprire al paziente che l'ambiente che lo circonda non è lui ostile e così togliendo spazio alle formazioni deliranti. Nel periodo di ebbrezza occorre che il terapeuta ricorra alla tecnica della rassicurazione che deve comunque essere sempre presente.

L'autore mette inoltre in luce le difficoltà incontrate dai pazienti schizofrenici paranoici suggerendo di non trattarli attivamente come gli altri pazienti sino a che questi non abbiano manifestato miglioramenti nell'accettazione di aver bisogno di sostegno e aiuto, ma anche qui la questione non viene approfondita.

Un particolare elemento che precede la terapia analitica vera e propria consiste, secondo Sullivan, nella ricostruzione dell'effettiva cronologia della psicosi.

Si deve, inoltre, procedere scoraggiando ogni tendenza del paziente a minimizzare gli accaduti, introducendo ad intervalli e gradatamente il metodo delle libere associazioni, con il fine di colmare le lacune della memoria; tuttavia a tal riguardo l'autore non è chiaro e successivamente, come vedremo, afferma che tale metodo è applicabile solo per certi pazienti come ci sembra ragionevole; pare comunque suggerire la possibile applicazione del metodo psicoanalitico ortodosso anche a questo gruppo di individui, in aggiunta alla rassicurazione che è fondamentale per il metodo sociopsichiatrico da lui formulato, per il quale è estremamente necessario tenere in considerazione il ruolo delle persone per il paziente significative,

analizzando i fenomeni psicotici in relazione a queste. Con il medesimo principio vanno analizzati anche i sogni che il paziente porta in analisi.

Per quanto riguarda l'uso dell'interpretazione Sullivan è molto cauto: esse non vanno mai imposte al paziente e "preferibilmente nemmeno presentate, se non sottoforma di dati statistici" (Sullivan, 1962, p.315) cioè offrendo lui, sporadicamente, informazioni circa una relazione causa-effetto osservata in altri pazienti e chiedendo lui di associare rispetto a ciò.

Si possono allora verificare tre condizioni:

5. Il paziente migliora e di fronte a tale miglioramento la famiglia insiste perché torni a casa ignorando i consigli del medico rispetto alla necessità della terapia che non viene dunque attuata
6. La cronologia degli eventi che hanno scaturito la recente psicosi viene recuperata, ma il paziente mostra grosse difficoltà nella comprensione dei propri problemi; tuttavia, viene dimesso e inizia una terapia che si ha l'auspicio che porti a miglioramenti e maggior presa di coscienza
7. La fase di completamento della cronologia della psicosi stimola nel paziente un'adeguata presa di coscienza e una crescita tale da permettere un trattamento quanto più prossimo alla classica tecnica psicoanalitica con libere associazioni

Ad essere imputate dall'autore sono tutte quelle terapie troppo rigide o troppo precipitose per cui suggerisce sempre di essere cauti e flessibili nel trattamento dei pazienti psicotici. Da queste terapie che si sono dimostrate inadeguate Sullivan formula il trattamento sociopsichiatrico da noi qui riportato; tuttavia, le osservazioni da lui operate sono limitate per cui lo stesso autore dichiara che il problema maggiore della schizofrenia rimane ancora un problema di prevenzione degli stati psicotici.

### **2.2.2 Harold Searles: le quattro psicosi di transfert e le fasi del processo terapeutico**

Nell'opera di Searles, cospicua, rispetto al tema della schizofrenia abbiamo selezionato due articoli che ci pareva maggiormente pertinenti al presente trattato. Gli scritti di Searles sul tema sono raccolti in Scritti sulla Schizofrenia (1963) e racchiudono numerose considerazioni rispetto a molteplici concetti inerenti alla sofferenza schizofrenica, tratti da un'esperienza clinica plurima dell'autore con questa tipologia di pazienti.

Dobbiamo sempre ricordare, quando trattiamo soggetti con schizofrenia, ci ricorda Searles, che "le capacità potenziali del paziente di crescere non sono morte, ma piuttosto sono come congelate nel perpetrarsi di inconsci modelli traslativi di rapporto interpersonale" (Searles, 1974, p. 632).

Qui Searles parla chiaramente della possibilità per il paziente schizofrenico di sviluppare una traslazione, che, come abbiamo visto i primi psicoanalisti, ritenevano inconsistente al trattamento, solo che anziché di nevrosi di transfert è maggiormente pertinente parlare di psicosi di transfert o transazione delirante così come è stata definita da Little (1958).

Nella relazione paziente-terapeuta occorre ricordare che il sintomo che si manifesta nella psicosi di transfert senza molti mascheramenti, non è soltanto un compromesso psichico mirato alla sopravvivenza dell'apparato per pensare i pensieri, ma costituisce anche un tentativo estremo, evidenzia Searles, per mantenere una relazionalità con il terapeuta.

Tale sintomatologia, evidenzia l'autore, non è facile da scoprire, ma può presentare un andamento insidioso nella sua manifestazione e conseguente osservazione.

Per l'analista la messa in campo del termine può indurre una sorta di timore in quanto molto spesso si parla di una forte regressione nell'analisi iniziata, dove il paziente diviene manifestamente psicotico.

Searles divide tra esperienze con il paziente psicotico 'borderline' e quello cronico laddove nel primo abbiamo visto che il soggetto diviene psicotico man mano che la psicosi di transfert evolve, mentre con il paziente cronico ci troviamo di fronte ad un

individuo chiaramente psicotico da molto più tempo per cui la sua intera vita quotidiana è permeata dalla psicosi di transfert.

Con ulteriore alla Little, evidenzia come per l'autrice lo stato delirante "rimane inconscio finché non viene portato alla luce nell'analisi" (Little, 1958; in Searles, 1974); qui Searles afferma che tale considerazione, attraverso le sue osservazioni quinquennali al Chestnut Longe, è valida solo per quei pazienti che sopra abbiamo definito psicotici 'borderline', questo in quanto la compromissione del funzionamento è meno grave del paziente psicotico cronico che, avendo alle spalle diversi anni di malattia, vede cristallizzati alcuni meccanismi che potrebbero riflettersi anche in un circolo vizioso istauratosi a livello neurale.

Il difficile nel caso di quei pazienti al limite, e non chiaramente sprofondati nella psicosi totale, consiste nel fatto che anche i deliri del paziente costituiscono l'aspetto relativamente celato, nascosto e difficile da rintracciare; mentre nel paziente cronico la difficoltà risiede piuttosto nell'impegnarsi a favorire l'emergere di un "significato traslativo coerente entro la sintomatologia delirante del paziente" (Searles, 1974, p. 635).

Tali difficoltà possono essere direttamente collegate al fatto che l'io del paziente è molto regredito a punto tale da avere serie difficoltà ad integrare le differenti esperienze. Questi pazienti, infatti, non riescono a distinguere il fatto che l'analista è il rappresentante dell'oggetto primario del passato, ma viene piuttosto inteso come se il terapeuta sia propriamente sua madre o suo padre, questo in quanto non c'è "distinzione a livello soggettivo tra esperienze passate e presenti" (Searles, 1974, p.636).

In sostanza il terapeuta può accorgersi, dopo mesi di sforzi ad "costruire un rapporto" con il paziente che questo ultimo lo tratta come personificazione di qualche figura traslativa, pertanto, che può scoprire che "anche l'ambiente fisico in cui vive, la sua sostanza, per non parlare dei suoi sentimenti più intimi, non vengono percepiti dal paziente per quello che sono" (Searles, 1974, p.638).

Un altro motivo che può ostacolare il riconoscimento da parte dell'analista della psicosi di transfert risiede pertanto anche nel fatto che può essere necessario molto



tempo affinché questa assuma le parvenze di differenziazione, integrazione e coerenza. Il processo richiede molto tempo, il paziente diviene una componente rilevante della vita quotidiana e permea i processi inconsci del terapeuta richiedendo un cospicuo dispendio energetico psichico.

Ad opinione di Searles la ragione più profonda della difficoltà ad invidiare il fenomeno della psicosi di transfert e quanto appena affermato sarebbe facilmente riconducibile all'espressione di un'organizzazione dell'Io molto primitiva, "paragonabile a quella di un lattante che vive in un mondo di oggetti parziali, quando ancora non è in grado di costruirsi un'esperienza di sé stesso, della madre e delle altre persone che lo circonda in cui ciascuno sia riconosciuto come essere vivo, intero, umano" (Searles, 1974, p.638); mentre nel nevrotico la nevrosi traslativa implica il costituirsi di figure intere, differenziate e indipendenti, nella psicosi di transfert ciò non avviene e quando si verifica rappresenta un importante progresso nel processo analitico.

In particolare, tre sono le funzioni terapeutiche affinché il livello di maturazione dell'Io possa progredire:

- h. Il terapeuta deve divenire progressivamente capace di funzionare come una parte del paziente e di favorire e permettere a questi di essere autenticamente, a un livello più profondo di funzionamento psicologico, una parte di lui terapeuta.
- i. Il terapeuta deve essere capace, partendo da tale base per il rapporto, di promuovere l'individuazione del paziente a cui parallelamente fa seguito una rinnovata individuazione personale.
- j. Il terapeuta deve impegnarsi nel riconoscere, e nel far riconoscere al paziente, attraverso le interpretazioni, le sue manifestazioni di transfert che saranno, a questo punto, differenziate e integrate riguardando così l'oggetto intero, spostandosi cioè verso la nevrosi di transfert.

Pertanto possiamo definire la psicosi di transfert o traslazione delirante come 'qualunque tipo di traslazione che impedisca al paziente e al terapeuta di entrare in rapporto come due esseri distinti, vivi, umani e sani; o che renda comunque distorto il loro rapporto reciproco' (Searles, 1974, p.346).

L'autore descrive quattro situazioni che sono riferibili alle psicosi di transfert:

1. Primo tipo: si tratta delle situazioni di traslazione in cui il terapeuta si sente privo di contatto con il paziente. Il terapeuta avverte sé stesso come fosse un oggetto inanimato, un cadavere primo di vita, qualcosa di non umano in ogni caso. Tali situazioni possono essere ricondotte ad un mondo interno del paziente abitato da oggetti parziali riferibili al periodo della primissima infanzia quando la capacità di operare una differenziazione nel mondo attorno e in riferimento a sé tra cose animate e non animate è ancora in fieri. Searles delinea questa fase con il nome di non rapporto o 'fase senza contatto' con riferimento alle concettualizzazioni della Mahler (1952) rispetto alla fase autistica dalla quale si generala psicosi infantile autistica precedente alla psicosi simbiotica. La differenza tra queste due consiste nel fatto che la prima si verifica a seguito dell'impossibilità di fare esperienze della simbiosi materna, mentre la seconda riferisce ad un non superamento della simbiosi che però ha comunque avuto luogo, diversamente dal primo caso.

Esempi di questo tipo di traslazione derivante possono essere svariati: primariamente possiamo individuare quella condizione in cui il paziente attribuisce a sé stesso, al terapeuta o a entrambi un'identità erronea e in generale tutte quelle condizioni dove il terapeuta avverte una distanza incolmabile con il paziente con il quale, nonostante ripetuti sforzi, non vede possibilità di instaurare un rapporto, tuttavia è questo un momento cruciale per l'analisi. Questo fenomeno traslativo ha principalmente luogo, secondo l'autore, a causa di circostanze sfavorevoli della prima infanzia laddove almeno un genitore manifestava comportamenti al limite o chiaramente psicotici.

2. Secondo tipo: comprende tutte quelle circostanze entro le quali tra paziente e terapeuta si è stabilito un rapporto inequivocabilmente e quindi il terapeuta anziché sentirsi privo di contatto con il paziente inizia ad avvertire un legame, la cui natura è tuttavia profondamente ambivalente.

Da un punto di vista teorico, l'autore evidenzia e spiega tale manifestazione di transfert psicotico come un'evoluzione della traslazione, la quale è dovuta al fatto che "è stata riportata alla luce una fase dello sviluppo dell'lo in cui la simbiosi tra

madre e bambino aveva raggiunto un grado di ambivalenza troppo elevato affinché questi potesse seguire la normale sequenza che dall'identificazione con la madre porta successivamente all'affermarsi di un'adeguata individuazione" (Searles, 1974, p.653).

Tale ambivalenza possiede una tale potenza da ostacolare lo sviluppo di un Io sufficientemente solido, differenziato e integrato, il quale viene piuttosto ripiegato su di un autismo difensivo che rende il paziente vulnerabile all'instaurarsi di un funzionamento schizofrenico. Affinché il paziente possa evolvere occorre che sostituisca all'interno di questa condizione traslativa che è assimilabile alla simbiosi preambivalente, la quale suscita nel paziente forti sentimenti ambivalenti cui segue una ricerca di vicinanza seguita subito dopo da tentativi di allontanamento in un circolo vizioso. È possibile che in questi casi il terapeuta si perde nei deliri del paziente tentando anche di controbattere per convincerlo che la realtà sia diversa da come egli la rappresenta.

3. Terzo tipo: comprende i casi in cui la psicosi del paziente costituisce, nella traslazione, un tentativo di rendere completa la personalità del terapeuta ovvero di aiutare il terapeuta-genitore ad affermarsi come un individuo distinto e intero.

In comune queste condizioni transferali hanno la caratteristica "di essere una rappresentazione, nella traslazione, delle difficoltà che il paziente ha incontrato sin dalla prima infanzia di fronte ad un genitore che non si è rivelato abbastanza forte, da solo, da accettare il risolversi di un rapporto simbiotico che avrebbe dovuto limitarsi alla prima infanzia" (Searles, 1974, p. 658).

Il genitore del paziente psicotico instaura un rapporto con il proprio figlio centrato esclusivamente sulla simbiosi così che questa modalità simbolica non può essere abbandonata pena la morte dello stesso genitore e di conseguenza del proprio Sé potenzialmente individuale che viene vissuto come un Sé omicida.

La sintomatologia schizofrenica diviene allora mezzo finalizzato ad aggirare la forte angoscia pervasiva che nasce dalla duplice convinzione da un lato che l'esperienza simbiotica, disperatamente necessaria al paziente per la sopravvivenza psichica, equivale alla morte come individuo, al cancellamento della sua individualità; e

dall'altro che il fine di una piena e completa individuazione equivale all'uccisione del genitore.

4. Quarto tipo: si manifesta nella fase della terapia in cui il paziente in stato di profonda e cronica confusione, che si sia abituato durante l'infanzia ad avere uno dei genitore che pensava al posto suo, assume un atteggiamento ambivalente sia per cercare di perpetuare un rapporto simbiotico in cui l'attività di pensare per lui è devoluta al terapeuta sia esprimendo, in un modo che al terapeuta appare come tentativo sadico e castrante di annullare e negare i suoi sforzi per aiutarlo, la determinazione di diventare un individuo che pensa e in generale agisce autonomamente.

Si parla di confusione schizofrenica, la cui natura traslativa è data da un forte sadismo, largamente inconscio, che si esprime attraverso la stessa confusione.

Il paziente ha dunque profonda necessità di regredire a una fase simbiotica con l'ambiente per poter progredire nell'analisi, pertanto Searles nella sua disamina critica i concetti esposti da Rosenfeld denunciando una tendenza, secondo lui, dell'autore di cui sopra, a resistere all'istaurarsi di tale fase simbiotica, essenziale quanto sconvolgente per il terapeuta; tuttavia Searles concorda con Bion e Rosenfeld rispetto al fatto di "interpretare al paziente la psicosi di traslazione con risultati talvolta miracolosi" (Searles, 1974, p.671).

Evidenzia nonostante ciò che nella pratica reale sia ben più complesso attuare il lavoro interpretativo e come questo, in realtà, nella prima fase della terapia che esporremo più avanti, non favorisca quella condizione simbiotica quale prerogativa alla guarigione; infatti, l'interpretazione verbale turberebbe la condizione di indifferenziazione simbiotica in quanto rappresenta e delimita la differenziazione paziente-terapeuta.

Petano il terapeuta "deve mantenere un equilibrio dinamico tra un forte grado di partecipazione al rapporto simbiotico con il paziente da un lato e la capacità di aiutarlo al momento opportuno a cogliere i significati traslativi presenti in quanto viene in luce, o si viene chiarendo, tra i due partecipanti" (Searles, 1974, p.672).

Riprendendo poi alcune affermazioni della Little (1960) rispetto al fenomeno della traslazione delirante, sinonimo, come abbiamo visto, della psicosi di transfert, la quale evidenzia che “gli eventi corporei possono prendere il posto delle interpretazioni” (Little, 1960; in Searles, 1963). Qui la Little parla di scarica riprendendo un modello propriamente pulsionale ed evidenzia come la differenziazione che consegue la scarica dell’unità delirante si verifica attraverso eventi di natura corporea, quali, ad esempio, un grido o eccessiva salivazione, che ripetuti consentono al paziente di riconoscere la sua differenziazione dall’analista.

“L’importanza di questi eventi corporei risiede nel fatto che in quelle aree in cui è operante il delirio del paziente è, a tutti gli effetti, letteralmente un lattante e il suo Io è un Io corporeo. Per lui, in queste aree, hanno significato e validità soltanto le cose concrete, presenti, corporee” (Little, 1960; in Searles, 1963).

L’autore evidenzia come il paziente debba sentirsi libero di fondersi con l’analista per cui gran parte del risultato terapeutico sarebbe la risultante di questo intimo lasciarsi invadere e pervadere dall’esperienza schizofrenica per l’analista. Dunque, il fatto che deriva dall’insufficiente differenziazione tra l’Io e l’Es è che “le tensioni si fissano sovente sui fenomeni corporei” (Boyer, 1961; in Pao, 1979).

Occorre in tali circostanze osservare e talvolta interpretare i movimenti corporei del paziente come evidenziato anche per altri autori oggetto della presente trattazione. La simbiosi è quanto mai necessaria e Searles parla allora di quella che potremmo definire simbiosi terapeutica, la quale è della medesima natura del rapporto madre-bambino, in quanto essa rappresenta la forma primordiale di un rapporto che possa definirsi sano e creativo con la realtà, in quanto è la madre che accompagna nella comprensione di questa aiutando il bambino a esperirla.

Se ciò ha avuto scarsamente luogo nel paziente schizofrenico, le cui identificazioni proiettive non sono state accolte, l’impotenza primaria soccombe sull’esperienza soggettiva ed ecco allora che il rapporto terapeutico si configura come una seconda opportunità di individuazione.

Il paziente deve dunque poter sperimentare tale fase simbiotica, ma non può viverla se il terapeuta non si sente a suo agio e dunque attua un'impersonificazione del ruolo di traslazione dell'oggetto inanimato che gli è stato assegnato dal paziente.

È frequente, ma difficile da definire universalmente, l'intensità con la quale, autenticamente, il terapeuta partecipa emotivamente alla traslazione delirante simbiotica; il terapeuta dovrebbe rendersi conto che "tale grado di partecipazione emotiva non è che una prova della sua 'psicosi di traslazione', ma costituisce piuttosto l'assenza di ciò che il paziente ha bisogno di ricevere a lui in questa fase cruciale del trattamento"(Searles, 1974, p.681).

Attraverso questa formula il paziente smetterà progressivamente di sentirsi cattivo e la scissione potrà avviarsi verso una maggior integrazione dell'io.

Searles parla anche di un atteggiamento giocoso del paziente rispetto alla formazione dei deliri, i quali attingono al medesimo serbatoio della fantasia sana, quasi che potremmo parlare di un continuum, ma il paziente non riesce a sublimarla. Tale giocosità infantile, molto frequentemente riscontrata dall'autore nei pazienti oggetto della sua osservazione, va a costituire le formazioni deliranti in quanto è stata sottoposta a una massiccia rimozione, in quanto, per vari motivi ambientali, non era possibile esprimerla nell'infanzia e viene pertanto 'agita in vari modi, spesso distruttivi.

Il terapeuta di fronte a ciò è auspicabile che tolleri tale condizione, tenendo presente quell'aspetto così vitale che è stato negato al bambino schizofrenico tenendo dunque conto del fatto che la formazione delirante rappresenta anche un prodotto creativo, un'espressione della creatività del paziente nonché, come ampiamente visto, un tentativo di guarigione.

Le fasi del processo terapeutico sono espone nel capitolo 18 dal titolo Alcune fasi dell'interazione paziente-terapeuta nella psicoterapia della schizofrenia cronica dove Searles espone le proprie considerazioni teoriche rispetto alla 'tecnica' della psicoterapia della schizofrenia, a suo parere, definibile "nel senso d'una sequenza evolutiva di coinvolgimenti emotivi specifici che vedono coinvolti entrambi i partecipanti, terapeuta e paziente"(Searles, 1974, p.502).

L'autore evidenzia che tali fasi non sono statiche, vanno intense piuttosto secondo un dinamico movimento avanti e indietro durante l'intero processo terapeutico.

Le prime tre fasi, la fase di 'mancanza di contatto', la fase della simbiosi ambivalente, e la fase della simbiosi preambivalente seguite poi dalla fase della risoluzione della simbiosi e dalla fase finale del trattamento, "ripetono, in ordine inverso, le fasi in cui si forma inizialmente la malattia schizofrenica" (Searles, 1974, p.505).

L'autore ipotizza a tal proposito che l'etiologia del disagio psicotico vada rintracciata nella profonda ambivalenza materna che ha fatto da ostacolo per il paziente nel percorrere la strada dell'indipendenza e indifferenziazione e conseguente integrazione, le quali costituiranno l'obiettivo terapeutico primario.

La prima fase viene definita dall'autore come fase della 'mancanza di contatto' proprio a evidenziare la condizione che il paziente abita da tempo; prima di approcciarsi al trattamento psicoanalitico, infatti, nel paziente schizofrenico cronico si è cristallizzata una modalità relazionale priva di scambio dove il paziente non ha accesso ai propri sentimenti che di conseguenza non possono essere comunicati verbalmente nel contesto interpersonale del setting, pertanto anche per il terapeuta sarà difficile sperimentare sentimenti in risposta al transfert; egli esperirà piuttosto senso di estraneità e alienazione come abbiamo visto anche per il primo tipo di psicosi di transfert, di fronte ai quali moti emotivi è auspicabile che egli riesca a tenere un atteggiamento emotivo calmo e di spassionato interesse, e non, come accade spesso negli analisti inesperti, una disposizione emotiva guidata dalla tendenza, quasi morbosa, di voler alleviare a ogni costo la sofferenza dello psicotico. Per rendere costruttiva l'analisi, evidenzia l'autore, è necessario che l'analista prenda coscienza di talune circostanze che riguardano la persona che gli sta di fronte, primo tra tutti ed essenziale è comprendere consapevolmente che l'identità del paziente psicotico cronico risiede proprio in quei sintomi psicotici dichiarati; pertanto, un terapeuta che focalizza la propria attenzione ossessivamente sulla necessità di 'curare' il paziente viene vissuto come una minaccia all'individualità.

"Nella misura in cui il terapeuta è libero dal bisogno ossessivo di trarre in salvo il proprio paziente, saprà mantenersi sufficientemente al di fuori della sua sofferenza

da riuscire a cogliere una sequenza significativa nell'apparizione di sintomi e così via, il che gli consentirà di essere davvero di aiuto al paziente" (Searles, 1974, p.510).

La seconda fase, della simbiosi ambivalente, è caratterizzata da un'intensa ambivalenza, la quale si trova però ancora inconscia nel paziente e dunque a livello preverbale, viene tuttavia avvertita dal terapeuta attraverso il comportamento proprio di spassionato interesse nel comprendere il paziente e la tolleranza dei sentimenti di odio che possono facilmente emergere insieme a un turbinio di emozioni che vanno dal disprezzo, all'ira fino al dolore.

Searles ci ricorda, a tal proposito, che il lavoro con il paziente schizofrenico è spessissimo accompagnato da lunghi silenzi e oscurità nella comunicazione verbale, conseguenti e oltretutto corroboranti un progressivo indebolimento dell'lo. In questa fase 'nebulosa' prevalgono i meccanismi proiettivi e introiettivi cosicché i confini dell'lo si fanno sempre più labili.

In questa fase si ha quella che viene definita dall'autore 'traslazione simbiotica' quale forte tendenza del paziente a indurre nell'analista un altrettanto indebolimento dei confini dell'lo attraverso "una tendenza alla regressione verso una relazionalità simbiotica quale difesa inconscia contro intensi e fortemente ambivalenti sentimenti (di impotenza, furore, odio, tenerezza, dolore, ecc) evocati dal rapporto con lo schizofrenico, rapporto non ancora abbastanza forte e definito da consentire il riconoscimento da parte del terapeuta di tali sentimenti e di far seguito loro con una verbalizzazione"(Searles, 1974, p.513).

I due moti emotivi più frequenti in questa fase che il terapeuta può sperimentare sono: sentirsi invischiato nella frammentazione e indifferenziazione dell'lo del paziente, cosicché la terapia diviene un compito dispiegamento dove ogni azione pare vana; emerge il senso di colpa che deriva dal risentimento e dall'odio per il paziente, come emergono anche sentimenti di amore e tenerezza. La conseguenza è che il terapeuta ha l'impressione che il proprio amore per il paziente non sia sincero, autentico, ma piuttosto come un desiderio vergognoso che non dovrebbe esservi.



Altra chiara caratteristica riferibile a questa fase è il fatto che il paziente assume per il terapeuta importanza esclusiva tale che vengono turbati il rapporto che egli ha con altri membri del personale che sono a contatto con il paziente con i quali il rapporto con il paziente entra in competizione; come conseguenza si ha che "nel periodo di maggior intensità di questa fase sembra essere messa a repentaglio tutta quanta l'esistenza del terapeuta" (Searles, 1974, p.514).

Il terapeuta, identificandosi con la malattia del paziente, diviene incapace di distinguere sé stesso da essa e ritorna l'elemento omicida cosicché il terapeuta sperimenta sé stesso come Madre Cattiva per cui si verifica una regressione comune e congiunta che favorisce l'emergere di sentimenti primitivi.

È importante che in tale fase il terapeuta impari, gradualmente, a esprimere la violenza dell'odio che prova secondo modalità che ripetono inconsciamente quelle dei genitori del paziente, il quale ha così occasione di vivere, in un ambiente protettivo, la possibilità di esprimere sentimenti pericolosi per lui come la rabbia, ma rimanendo vivo nonostante la messa a nudo di quel sentimento d'odio tanto temuto. La fase che fa seguito è quella della simbiosi totale o preambivalente la quale sopraggiunge gradualmente e la sua presenza può essere riconosciuta attraverso la scoperta, da parte dell'analista, di un senso di pienezza rispetto a quei silenzi, prima vissuti come profondamente angoscianti.

Tale senso di plenitudine viene giudicato e condannato dal Super-Io del terapeuta dato che la malattia è ancora presente anche a fronte di molto tempo trascorso in analisi.

Laddove invece il paziente riesce a verbalizzare, il terapeuta diviene cosciente del fatto che non prova più angoscia. "Ora il terapeuta riesce sempre più ad accettare senza provare conflitti sia di sentirsi una Madre Buona che è tutto per il piccolo bambino che è nel paziente, sia di sentirsi dipendente come un bambino nei confronti del paziente, vissuto a sua volta come una Madre Buona" (Searles, 1974, p.518).

Per quanto riguarda invece il Super-Io del paziente esso non appare più di una durezza estrema ma assume piuttosto una progressiva "funzione di strumento

attraverso il quale il paziente esprime il suo amore per il terapeuta-madre” (Searles, 1974, p.519).

Tuttavia, il perpetuarsi della fase preambivalente non lascia spazio ai bisogni individuali dei due partecipanti e ora l’uno ora l’altro, paziente e terapeuta, manifesteranno in progressione slanci verso l’emancipazione.

Dobbiamo ricordarci che “la funzione fondamentale della simbiosi è, dopotutto, nonostante una forte gratificazione regressiva che essa comporta, una funzione di tipo evolutivo” (Searles, 1974, p.524) in quanto rappresenta un’opportunità per un rinnovato e più sano sviluppo della propria individualità, del paziente in primis ma anche del terapeuta in una certa misura.

Il periodo simbiotico per così dire può durare da mesi fino a circa due anni secondo l’autore, e l’iniziativa verso l’indipendenza può partire dal terapeuta o dal paziente a fasi alterne essendo talvolta più inteso per l’uno o per l’altro.

Searles descrive sia la condizione in cui il desiderio arriva dal terapeuta sia quando arriva dal paziente: nel primo caso il terapeuta avverte un profondo senso di distacco dal paziente con rinnovata e intensa consapevolezza che il paziente è fuori di lui cui si accompagna la consapevolezza di non essere la malattia del paziente, convinzione radicata nella fase precedente come abbiamo visto; insieme a tale presa di coscienza vi è la sensazione che ‘l’innamoramento’ con il paziente sia giunto al termine. Di sfondo a tale vissuto vi è sempre un senso di colpa perché il paziente può mostrare ancora tendenze simbiotiche.

In altri casi il terapeuta può sperimentare un senso di oltraggio quale sensazione differente da irritazione e ira, ma un vero e proprio senso di ingiuria di fronte ai sintomi cronici del paziente; adesso il terapeuta vede l’assurdità delle richieste simbiotiche e desidera distaccarsene.

“A questo punto il terapeuta considera il paziente completamente responsabile della sua malattia” (Searles, 1974, p.525) e vede chiaramente che egli non è indispensabile per il paziente, e se prima, immerso nella simbiosi, viveva i rapporti con i colleghi quale minaccia, adesso accetta di buon grado il loro aiuto e coinvolgimento ed è anche possibile che fantastichi circa l’eventualità che sia un

collega a prendere in carico il paziente al suo posto. Ciò contrasta chiaramente con quando egli "si sentiva il Dio creatore della situazione terapeutica, l'unico possibile Pigmalione per la sua Galatea" (Searles, 1974, p.527), tutti sentimenti che abbiamo visto essere strettamente necessari al fine terapeutico.

A livello affettivo, il fatto che altri possano occuparsi del paziente porta, comunque, con sé sentimenti di demoralizzazione e perdita, e tali sentimenti si fanno ancora più intensi nel caso in cui sia il paziente a cercare l'emancipazione dalla simbiosi. Il terapeuta ha, infatti, riposto un ingente investimento emotivo nel paziente che egli fatica ad accettare come faticava ad accettare la simbiosi e ricorre, pertanto, a difese quali la negazione e la formazione reattiva.

Affinché il paziente possa progredire nel suo sviluppo nel divenire persona autonoma egli deve poter accettare di non poter curare le persone in assoluto, e dunque, a non sperimentare senso di colpa per il fatto di essere un soggetto autonomo dagli altri.

Analogamente anche il terapeuta deve elaborare l'accettazione che, sebbene il paziente sia stato lui di aiuto a livello personale, egli non può guarirlo in modo assoluto.

"Capirà, forse, a questo punto una verità fondamentale: che l'ideale della 'maturità assoluta' non è che una delle forme sotto le quali si nasconde il suo persistente desiderio di onnipotenza infantile" (Searles, 1974, p.529).

Inoltre, l'autore sottolinea come, attraverso la propria esperienza anche di supervisore, abbia potuto constatare che affinché il paziente possa sentirsi un individuo separato debba dimostrare a sé stesso che il terapeuta non è onnipotente, anzi impotente; esperienza dovuta, almeno in parte, al fatto di sentirsi in colpa di essere un individuo a sé stante, esperienza che si ritrova anche nei nevrotici e che sembra dunque essere trasversale al processo terapeutico analitico.

La fase finale si articola dalla risoluzione della simbiosi fino al termine della terapia, e si tratta di una fase molto lunga perché, una volta risoltasi la simbiosi, il paziente può ora accedere alla terapia analitica classica utilizzata con paziente nevrotici; è cioè questa la fase del trattamento analitico.

In tale fase “il paziente inizia in modo più differenziato e selettivo il processo che farà emergere dalla rimozione identificazioni passate e lo porterà ad accettare nel suo Io le identificazioni che gli sono utili e ad abbandonare quelle che si sono dimostrate inutili e patologiche” (Searles, 1974, p.531).

A differenza del paziente nevrotico, il paziente psicotico schizofrenico tenderà a sentirsi e a presentarsi come un bambino ingenuo al quale si deve insegnare come vivere; di fronte a ciò l'analista si sentirà spinto ad assumere una posizione di insegnante o consigliere, tuttavia, l'assunzione di tale ruolo, se temporanea, può apportare benefici ma sempre a patto che si tratti di una circostanza occasionale, infatti, l'analista non deve mai dimenticare il proprio ruolo, quello di psicoterapeuta, l'unico che possa effettivamente aiutare il paziente.

Searles richiamando alla propria esperienza afferma che se il terapeuta riesce a mantenere la propria posizione analitica “lo sviluppo immediatamente successivo della traslazione consiste nella convinzione, da parte del paziente, accompagnata da un senso di profonda delusione e di disprezzo, che il terapeuta non sia minimamente qualificato a essere onnisciente direttore generale della vita del paziente, ma anzi, al contrario, completamente matto”(Searles, 1974, p.533).

La terapia deve essere portata avanti comunque secondo l'autore fino al momento in cui la pazzia anziché essere proiettata sul terapeuta sarà risolta.

Il punto cruciale di questa fase conclusiva è che, attraverso la psicoterapia, il paziente si è rafforzato e può adesso vivere quei sentimenti ripudiati e negati; parallelamente anche il terapeuta si sentirà più libero di vivere ed esprimere i sentimenti che il paziente suscita in lui senza esperire uno schiacciante senso di colpa.

È proprio in tale fase che si rende possibile chiarire, sotto una nuova luce, la situazione emotiva da cui è scaturita la psicosi. Tale chiarificazione ha come diretta conseguenza la possibilità di vivere ed integrare le emozioni negate e man mano che il paziente entra in contatto con i propri stati emotivi scopre che nonostante i lunghi anni di malattia egli è ancora sé stesso. Ciò significa che finalmente si afferma una continuità dell'identità, fondamentale per l'integrazione dell'Io.

Per quanto riguarda il terapeuta, egli può manifestare, di fronte a quei sentimenti del paziente prima celati e ora espressi, una difficoltà nella ricezione degli stessi e solo se egli sarà capace di prendere coscienza dei progressi dell'io del paziente e del suo nuovo senso di identità potrà impedire che tali sentimenti vengano nuovamente rimossi e negati.

Ciò corrisponde a smantellare una rappresentazione interna del paziente quale individuo fragile e frammentato, per lasciare spazio a un'immagine più integrata dello stesso.

“Alla fine, il paziente si rende conto che il rapporto con un essere umano, anche uno solo (in questo caso il terapeuta) è così ricco da contenere tutti quei rapporti passati, così ricco da evocare da solo tutti quei sentimenti che sono stati isolati e cristallizzati nelle traslazioni ora risolte” (Searles, 1974, p.537).

### **2.2.3 Ping-Nie Pao: i quattro tipi schizofrenici e il trattamento psicoanalitico modificato**

I contributi di Ping-Nie Pao alla comprensione della sofferenza schizofrenica sono riassunti nel volume *Disturbi schizofrenici, teoria e trattamento da un punto di vista psicoanalitico* (1979), del quale abbiamo selezionato soltanto alcuni capitoli.

La nostra attenzione si è concentrata prevalentemente sul trattamento dei pazienti psicotici, in linea con l'obiettivo di questa trattazione, ma al fine di una comprensione delle tecniche psicoanalitiche esposte dall'autore si è reso necessaria una prima illustrazione della classificazione dei sottotipi schizofrenici teorizzata dallo stesso in quattro gruppi.

Nello schizofrenico di tipo I si possono riscontrare traumi cumulativi identificabili, sebbene essi non siano dovuti necessariamente a caratteristiche schizoidi della madre.

La schizofrenia di tipo I si manifesta relativamente tardi, intorno ai vent'anni, periodo coincidente con l'ultimo stadio del secondo processo di separazione-individuazione, quando la persona sviluppa intensi sintomi acuti mai manifestatisi prima di allora; prima dell'insorgere della sintomatologia psicotica il paziente di questo gruppo non

aveva mostrato compromissioni rilevanti e, anzi, mostrava buone capacità di sublimazione.

I sintomi tendono ad essere, per questi pazienti, francamente psicotici. In superficie questa sintomatologia molto florida può far presagire una prognosi infausta, tuttavia le buone capacità di adattamento precedenti l'esordio e la manifestazione relativamente tardiva costituiscono fattori protettivi ai fini di un ritorno al funzionamento di base; Pao ci informa che tali sintomi "riflettono la mancanza del bisogno di nascondere il dolore alla figura materna" (Pao, 1979, p.19), un elemento che secondo l'autore è fondamentale questi soggetti, nel timore di distruggere la madre con i loro intensi bisogni, manifestano la tendenza a nascondere sentimenti angoscianti e necessità pertanto che, una minore necessità di nascondere tali moti interiori all'altro è indicatore prognostico positivo.

Generalmente questa tipologia di pazienti sembra mantenere una sorta di lucidità mostrando di sapere che cosa sta accadendo loro, pertanto, un ambiente terapeutico favorevole può, più facilmente che con altri pazienti, suscitare una pronta risposta; di solito sono sufficienti pochi mesi per poter osservare una regressione della sintomatologia e una 'guarigione sociale' come Sullivan abbiamo visto definirla; tuttavia "i conflitti del paziente sono bloccati, ma non necessariamente risolti" (Pao, 1979, p.19).

Ciò significa che non siamo ancora di fronte ad una compensazione dell'lo per cui è auspicabile che il paziente faccia esperienza di una psicoterapia psicoanalitica modificata, i cui principi saranno esposti qui più avanti, e non si limiti ad uscire dall'ospedale e a riprendere la vita che conduceva.

Per quanto riguarda la famiglia di questi pazienti si assiste ad una messa a disposizione totale affinché la sintomatologia retroceda, tuttavia l'insidia insita in questo atteggiamento familiare è che l'episodio psicotico viene trattato alla stregua di una malattia fisica come una polmonite, tutto sommato qualcosa che si deve solo dimenticare; tale atteggiamento parentale va modificato laddove possibile mediante tecniche educative suggerisce l'autore che informino i genitori circa il disagio del

paziente, in quanto potrebbe rafforzare il diniego del paziente e portarlo ad un evitamento del trattamento che riveste altresì estrema rilevanza in questa fase.

I pazienti appartenenti al gruppo di schizofrenici del tipo II, a differenza dei precedentemente descritti, hanno vissuto un'infanzia e un'adolescenza più disturbate; nonostante le difficoltà incontrare, tuttavia, il periodo di latenza è trascorso relativamente tranquillo, ma con evidenti ritardi nello sviluppo; di seguito, durante l'adolescenza, i vecchi conflitti riemergono in concomitanza con il processo di allentamento dei legami con l'oggetto primario; sono questi i momenti dove compare la sintomatologia schizofrenica in tutta la sua potenza. L'emergere dei sintomi è spesso graduale, il che può indicare "che il paziente a fattore uno sforzo intenso e sincero per superare i propri conflitti" (p.21).

Poiché tali sforzi si dimostrano in linea di massima fallimentari laddove il paziente divenga francamente psicotico la probabilità che superi la malattia vengono nettamente ridotte.

Nonostante i farmaci che possono ridurre o eliminare i sintomi psicotici, permettendo al paziente di operare in un ambiente sufficientemente buono e protetto, il paziente apparirà indifferente nei confronti del proprio futuro, trovandosi pervaso di uno sconforto come se la schizofrenia avesse tolto lui qualcosa di vitale.

Per questa categoria è raccomandabile, secondo Pao, una psicoterapia intensiva psicoanaliticamente orientata.

I familiari di questi individui si tratta di nuclei familiari sono essi stessi disturbati e reagiscono alla sintomatologia psicotica con intensa angoscia, ma non sembrano in grado di offrire effettivo aiuto nel programma terapeutico; in queste famiglie è facile osservare una tendenza a sabotare il trattamento, pertanto, la prognosi in questi casi dipende molto dalla possibilità di allontanare il paziente dall'ambiente di origine che tende a coinvolgere nei propri conflitti.

Lo schizofrenico di tipo III, invece, ha avuto un'infanzia e una fanciullezza molto disturbate, informazione che viene raccolta, piuttosto che dal paziente, da altre fonti secondarie come, ad esempio, resoconti medici.

“Nonostante possa star bene durante il periodo di latenza, viene sopraffatto dall’emozione al minimo intensificarsi della pulsione” (Pao, 1979, p.22).

I sintomi emergono all’inizio della pubertà con un esordio insidioso e assumono spesso la forma di affetto appiattito (abulia, apatia, etc) cioè di una sintomatologia prevalentemente negativa con riso sciocco, pensiero autistico e ossessioni per l’incesto, la religione, la vita e la morte, quali fallimento, a mio parere, della rimozione originaria.

La prognosi per questi soggetti è infausta e grave e il trattamento, afferma Pao, non dovrebbe essere focalizzato sui conflitti, questo anche perché è spesso possibile che la deviazione e l’arresto dell’Io e la frammentazione dello stesso siano talmente gravi da impedire la possibilità di intraprendere una psicoterapia intensiva; tuttavia, l’intervento rimane fondamentale ovviamente, ma deve piuttosto essere incentrato su tecniche psicoeducative.

I membri della famiglia di questo gruppo sono profondamente disturbati; è in questi casi, secondo l’autore, che si parla di quelle che Sullivan definisce “famiglia schizofrenogenica”.

Spesso il paziente instaura un legame simbiotico con un membro prediletto della famiglia, tipicamente la madre, così che il paziente impara precocemente che “una separazione emotiva dalla madre potrebbe rappresentare la morte emotiva di quest’ultima, e sceglie rimanere ammalato piuttosto che guarire e ‘disfarsi’ con ciò di sua madre” (Pao, 1979, p.22).

Infine, i soggetti appartenenti alla schizofrenia di tipo IV (cronica) sono stati primariamente pazienti appartenenti a uno dei gruppi sopra esposti, tuttavia i ripetuti ricoveri, anche prolungati, hanno portato alla cronicizzazione della malattia e i sentimenti che il paziente esperisce sono guidati da forte sconforto e debilitazione. “E tuttavia la prognosi per un paziente di tipo IV non è infausta” (Pao, 1979, p.22) cosicché in condizioni terapeutiche favorevole, in particolare se il paziente apparteneva al gruppo I o II, sarà potenzialmente possibile ritornare al funzionamento basale e condurre una vita normale fuori dall’ospedale. Si consiglia una psicoterapia intensiva.



Questa classificazione ha come punto di riferimento lo sviluppo del paziente e prende in considerazione snodi cruciali riferibili ad aspetti dinamici, economici, strutturali e adattivo-evolutivi e risulta, pertanto, completa di quegli elementi atti alla formulazione di una diagnosi propriamente dinamica e dimensionale che permette all'analista di orientarsi meglio.

A tal riguardo l'autore chiarisce che nel parlare del 'trattamento di pazienti schizofrenici' si attua una generalizzazione impropria in quanto non troveremo mai due pazienti psicotici simili, pertanto, ogni persona che arriva all'attenzione clinica con sintomi di tipo schizofrenico richiede un'attenta valutazione, prima tra tutte se necessita di un ricovero in ospedale o meno, la durata del ricovero, il dosaggio dei farmaci e la necessità di una terapia di sostegno.

Lo scopo della terapia con il paziente schizofrenico è migliorare il suo mondo delle rappresentazioni oggettuali e del Sé, il quale obiettivo viene raggiunto attraverso quella che, abbiamo visto, l'autore definisce psicoterapia intensiva orientata psicoanaliticamente<sup>4</sup>.

Il farmaco, infatti, migliora il sintomo manifesto, ma non è in grado di migliorare il mondo delle relazioni oggettuali e può, in alcuni casi, addirittura aggravare la condizione psichica se non accompagnato da un'adeguata psicoterapia.

I diversi sottotipi schizofrenici sopra illustrati richiedono trattamenti differenti: abbiamo visto che i pazienti schizofrenici sviluppano un'acuta sensibilità a non turbare la tranquillità delle proprie figure di riferimento, pertanto, che l'angoscia interiore che li pervade viene celata. La capacità di esprimere tale angoscia costituisce allora, a detta dell'autore, un buon indice per riconoscere a quale gruppo il paziente appartiene e orientare di conseguenza l'intervento psicoterapeutico.

---

<sup>4</sup> Il termine 'psicoterapia intensiva orientata psicoanaliticamente' fu introdotto nel 1950 dalla Fromm-Reichmann. L'obiettivo che si prefigge di raggiungere tale trattamento è di mettere il paziente nella condizione tale da poter approfondire, esplorare i propri conflitti che ostacolano una risoluzione positiva della condizione psicotica; l'obiettivo, lo stesso per la psicoanalisi che per il trattamento modificato, qui oggetto di esame, è pressoché uguale ma mentre la psicoanalisi si affida principalmente alle interpretazioni di transfert e controtransfert, la psicoterapia intensiva orientata psicoanaliticamente dà spazio a diversi parametri (Eissler, 1953; in Pao, 1979) esonerando, ad esempio, da elementi analitici del setting interno ed esterno fondanti, come il lettino.

Abbiamo anche visto come i pazienti del tipo I, e raramente quelli del tipo II, possano richiedere aiuto attivamente all'inizio della malattia, ma sempre nei casi in cui i sintomi disturbanti divengono eclatanti per cui diviene difficile un intervento preventivo.

“A causa della tendenza a nascondere l'angoscia interiore a sé stessi e agli altri, meno il paziente è malato più chiassosi saranno i sintomi: ad esempio, i sintomi dei pazienti schizofrenici del tipo I sono spesso molto vistosi (per es., tentativi di suicidio, scontri con la legge, rotture violente della realtà), mentre i sintomi dei pazienti schizofrenici del tipo III sono relativamente discreti (per es., ritiro graduale, lento inizio dei disturbi del pensiero)” (Pao, 1979, p.257).

Nella prima fase della terapia è necessario che l'analista introduca due importanti parametri come, ad esempio, un setting vis a vis per testare il grado di separazione del paziente ed è inoltre opportuno e necessario che tenga un livello di interpretazione non troppo astratto affinché il paziente schizofrenico possa comprendere quello che dice; in altre parole, è necessario che il terapeuta sia sempre un passo indietro al paziente evitando di indicare il modello di interazione del paziente con l'analista sino a che non si è certi che tale schema relazionale sia persuasivamente attivo con il mondo esterno.

Con i pazienti in generale è auspicabile che l'analista non sia troppo desideroso di 'scoprire' materiale che gratificherebbe la propria curiosità intellettuale, sebbene tale aspetto sia in piccola parte necessario; ciò è quanto mai valido con questi pazienti. Rispetto all'assumere una opzione attiva ricorrendo a istruzioni dirette, l'autore ne evidenzia l'utilità laddove sia necessario che il paziente “muti direzioni nella ricerca del suo fine sbagliato” (Pao, 1979, p.258), la cui ricerca errata, mentre può rappresentare la molla al cambiamento per un paziente con funzionamento nevrotico, può scaturire un vero disastro per il paziente schizofrenico, in special modo per lo schizofrenico di tipo I.

La prescrizione dei farmaci antipsicotici a questo tipo di paziente può portare in lui un temporaneo sollievo ma può facilmente comportare anche una fonte di

distrazione dalla risoluzione dei propri conflitti e rendere, dunque, difficile una modifica dell'assetto della personalità.

È da evidenziare che alcuni sintomi con i quali il paziente si presenta, indipendentemente dalla gravità della malattia, decidono automaticamente il trattamento ospedaliero, questo è da evitare.

Molti pazienti, inoltre, possono non nutrire il desiderio di risolvere i propri conflitti ma cercano, piuttosto, una veloce risoluzione della sintomatologia; in questi casi, secondo Pao, conviene valutare attentamente la possibilità di ricoverare il paziente prima ancora di decidere quale trattamento sia più appropriato. Questo vale sia per i pazienti del tipo I che per quelli del tipo II, quando invece si ha di fronte un paziente schizofrenico del tipo III può essere più difficile decidere la necessità di ospedalizzazione. Questi pazienti, come abbiamo visto, tendono, infatti, al ritiro e alla sottomissione all'autorità per cui di frequente un trattamento in studio si dimostra più utile di un ricovero in ospedale, specie quando il soggetto è sottoposto a terapia farmacologica.

Tuttavia, alla lunga, si rileva che tale trattamento non è pratico per loro, in quanto per questi individui risulta notevolmente difficile instaurare una relazione con l'altro e dunque anche con il terapeuta, e ciò influenza, naturalmente, in modo negativo una buona riuscita dell'intervento.

Considerando la loro lealtà alla figura materna non appena sperimentano sentimenti di natura positiva verso il terapeuta emerge una forte ansia e un isolamento regressivo coatto che può rendere indispensabile il ricovero, specie al fine di allontanare il paziente dall'ambiente ostacolante una buona riuscita terapeutica.

Partendo dal presupposto che nessun paziente dovrebbe essere ricoverato se non strettamente necessario si deve tenere conto anche del tipo di ospedalizzazione: breve, media o a lungo termine.

I pazienti del tipo I, ad esempio, è stato osservato dall'autore che dopo la loro prima ospedalizzazione riescono a calmarsi autonomamente e possono rimanere libere dai sintomi, senza aiuto farmacologico, per almeno due o tre mesi con dimissione completa entro i sei mesi laddove si mostrino interessati alla risoluzione dei conflitti

che hanno portato all'insorgere della sintomatologia che, se non adeguatamente affrontata attraverso un'indagine dei conflitti, può facilmente ripresentarsi.

Visto e considerato che il paziente manifesta una forte difficoltà a instaurare un rapporto con l'analista è necessario che il terapeuta attui uno speciale lavoro preparatorio.

Vi è qui una differenza tra paziente di tipo I e il paziente di tipo II dove questo ultimo richiede un lavoro più prolungato per impegnarsi nel trattamento analitico modificato con il quale è auspicabile esaminare e stimolare miglioramenti i rapporti di questo con la famiglia di origine.

Diversamente i pazienti del tipo III richiedono ospedalizzazioni generalmente più lunghe a causa, soprattutto, dei loro legami con i membri della famiglia - internalizzati e realistici - i quali spesso ostacolano un duraturo rapporto terapeutico a causa del forte invecchiamento che richiede, auspicabilmente, che il paziente si allontani dal nucleo familiare, in quanto, l'eccessiva prossimità dei familiari può suscitare in lui sentimenti di tradimento e slealtà nei confronti delle figure oggettuali. Potrebbe essere utile, in questi casi, anche una terapia familiare.

Per quanto riguarda i pazienti del tipo IV essi costituiscono un gruppo più eterogeneo, pertanto, una sintesi di quale trattamento sia maggiormente appropriato vede delle complicazioni ed è difficile da individuare.

L'idea del ricovero, comunque, esula, secondo Pao, dal ritenere che il paziente vada necessariamente ricoverato perché pericoloso per sé e per gli altri, così come esula anche dall'idea di tenerlo per breve tempo in ospedale sotto terapia farmacologica; l'idea è, piuttosto, quella di trasformare l'ospedale in un 'ambiente sufficientemente buono' per parafrasare Winnicott, dove il paziente sia messo nella condizione tale da poter risolvere i propri conflitti, e compensare le proprie carenze.

Dobbiamo sempre ricordare che il ricovero in ospedale psichiatrico è un evento decisamente tragico nella vita del paziente schizofrenico in quanto significare lasciare l'ambiente familiare per uno estraneo e ciò provoca angoscia ovviamente vista e considerata l'intensa angoscia di separazione vissuta da questi individui, dalla quale si sono difesi per l'intera vita.

Quando il panico della separazione emerge compaiono sintomi in quanto l'organizzazione delle difese ha il fine ultimo di ordinare e regolare.

Sappiamo bene come il sintomo rappresenti un compromesso ovvero la miglior soluzione che l'io possiede per adattarsi in un dato momento aggirando l'angoscia, pertanto, la gravità del sintomo è riflesso diretto del panico organismico<sup>5</sup> di quel momento. L'abbandono dell'ambiente familiare tende ad intensificare tale panico, il quale richiede di essere affrontato durante il trattamento.

L'autore suggerisce che, in virtù del fatto che dal ricovero dipende strettamente anche il successivo decorso della malattia, è auspicabile che il personale ospedaliero, adeguatamente preparato, inviti il paziente a visitare il luogo di cura per farlo familiarizzare con lo stesso e che sia operata un'analisi dei significati attribuiti all'ospedalizzazione.

Un importante prerogativa all'analisi dei pazienti schizofrenici è l'aver effettuato un'analisi personale, già importante nel trattamento del paziente nevrotico esse assume quanto mai importanza con questa categoria di pazienti, ma mentre nel trattamento dei nevrotici le produzioni verbali aiutano a orientarsi, nei pazienti schizofrenici non si può fare affidamento alla verbalizzazione, infatti, il paziente psicotico può non parlare e qualora lo faccia, lo fa spesso in modo inintelligibile pertanto il terapeuta deve fare maggior affidamento alla propria capacità di entrare in contatto empatico con il soggetto. Ne consegue che uno dei capisaldi della pratica analitica modificata così come viene introdotta da Pao è proprio il costrutto di empatia. Dunque, il terapeuta deve aver studiato a fondo i propri conflitti e il proprio Sé al fine di operare un cambiamento nella condizione clinica del paziente mediante lo schema transferale-controtransferale e attraverso interventi verbali.

---

<sup>5</sup> Pao parla del panico organismico nel capitolo XI dal titolo 'Il rapporto tra esperienza infantile ed eziologia della schizofrenia' teorizzando una predisposizione del paziente schizofrenico potenziale di sperimentare, piuttosto che un'angoscia normale che potremmo definire come 'ansia', un vero e proprio panico, un'angoscia disabilitante; con tale termine l'autore non riferisce solo "alle caratteristiche proprie dell'esperienza – incontrollabilità e disorganizzazione dell'io – ma anche all'incapacità dell'io di regolare e misurare l'affetto disorganizzatore." (Pao, 1979, p.127)

È da evidenziare che la tendenza al panico organismico può essere anche la causa, e non solo conseguenza dell'inadeguatezza della relazione simbiotica.

Vincolata infatti ai propri conflitti, l'interazione del terapeuta con il paziente ha lo stesso valore della guida di un cieco da parte di un altro cieco. Il risultato dell'interazione potrebbe essere il caos dal quale il paziente non trarrebbe alcun beneficio.

Anzi è auspicabile che sia possibile avvicinare al trattamento analitico la figura del supervisore, il quale sappia riconoscere movimenti controtransferali e dunque l'accesso all'empatia.

Per quanto riguarda il controtransfert Pao ne individua due tipi: classico e globale. L'autore abbraccia l'idea globale per la quale con controtransfert si allude a qualsiasi risposta emotiva del terapeuta.

Il controtransfert diviene punto di riferimento per la comprensione del paziente psicotico di fronte al quale il terapeuta sperimenterà intense emozioni, infatti, "nel trattamento dei pazienti schizofrenici, il terapeuta non può evitare forti risposte emotive all'intenso tumulto emotivo del paziente". (Pao, 1979, p.276)

Un importante elemento che Pao inserisce nel medesimo capitolo concernente l'empatia è l'interpretazione, classico strumento della pratica psicoanalitica, questa riveste un'importanza cruciale anche nel trattamento del soggetto psicotico e richiama alla necessità di alcune considerazioni.

L'interpretazione, se corretta e tempestiva, e tali peculiarità sono strettamente correlate all'empatia del terapeuta, ha come effetto un cambiamento nel paziente, cioè può verificarsi, ad esempio, la scomparsa dei sintomi o mutamenti strutturali della personalità.

"Per elaborare le sue interpretazioni, l'lo operativo dell'analista deve agire sia a livello conscio che inconscio (Olinick et al., 1973, in Pao, 1979) e non devono esserci problemi controtransferali" (Pao, 1979, p.285).

L'esattezza delle interpretazioni dipende allora dalla capacità dell'analista di essere passivo, meditativo e in certa misura silenzioso ovvero di saper accedere a quella dimensione negativa dell'esperienza analitica ovvero della capacità negativa, di sostare sul vuoto che il paziente ci porta per raggiungere la comprensione dello stesso, per accedere a quella dimensione che Bion chiama verità in O.

Attenzione massima va tuttavia prestata all'uso del silenzio nella terapia con lo schizofrenico, il quale può scatenare intense angosce depressive, il ricorso a meccanismi primitivi, in sostanza, può provocare una regressione.

Ne consegue che, sostitutivi dell'interpretazione, possono risultare utili i così definiti 'commenti non interpretativi'.

Concludiamo il presente trattato riprendendo i concetti di attaccamento, alleanza terapeutica e transfert così come vengono proposti in blocco dall'autore, il quale, all'interno del XXII capitolo del suo volume definisce questi tre tipi di rapporto medico-paziente.

L'attaccamento, il quale riflette la tendenza umana a impegnarsi con i propri simili; l'alleanza terapeutica quale componente che "denota lo sforzo comune del paziente e del terapeuta per identificare i probe del paziente e arrivare alla loro risoluzione" (Pao, 1979, p.290) e il transfert quale riflesso delle dinamiche delle relazioni oggettuali importanti del passato del soggetto.

Anche il paziente schizofrenico sviluppa un attaccamento all'altro quale tendenza innata, tuttavia, durante l'infanzia, il paziente schizofrenico ha preso che la persona che gli procurava piacere era anche quella che provocava lui più dolore così ha sviluppato quella che Pao definisce ambitendenza verso gli altri esseri umani.

"Per difendersi dall'attaccamento, si è allenato a suscitare in sé stesso un odio intenso verso chi faceva nascere in lui un desiderio di coinvolgimento. Quale ulteriore difesa, può anche aver sviluppato la presenza ad attaccarsi ad oggetti on umani, animati o inanimati, invece che a persone" (Searles, 1963; in Pao, 1979).

Tuttavia, anche nei momenti in cui le difese sono maggiormente attive il paziente psicotico conserva un interesse notevole nell'attaccarsi ad altre persone.

Siccome egli erige queste difese per tutelarsi da un coinvolgimento che vive come minaccioso per la sua sopravvivenza, di cui desidera la vicinanza ma tema di essere inglobato in questa ambitendenza, uno dei primi obiettivi terapeutici consiste proprio nell'aiutare il paziente a superare la paura dell'attaccamento, ed è a tal fine necessario che il terapeuta indagli l'origine di tale paura affrontandone anche le

difese, uno sforzo che deve essere operato non soltanto dal terapeuta in prima singola persona, ma dall'intera equipe che ha in carico il paziente.

Nel trattamento l'instaurarsi dell'attaccamento del paziente al terapeuta o a un membro del team di cura è un evento fondamentale sebbene il suo valore sia limitato vista la difficoltà del paziente psicotico nel concettualizzare i propri desideri ed operare affinché essi possano trovare realizzazione. Rifacendosi alla letteratura circa il tema del legame del paziente schizofrenico con la propria madre, Pao sottolinea che "il legame con la madre determina spesso la possibilità o volontà del paziente di andare oltre lo stadio preliminare dell'attaccamento in terapia" (Pao, 1979, p.294).

Per un paziente del tipo I è relativamente semplice sciogliere tale nodo, ma nei pazienti del tipo II, III, IV il compito diventa estremamente più complesso ed instaurare un'alleanza terapeutica richiede qui sforzi titanici. L'alleanza terapeutica o alleanza di lavoro o transfert maturo (Zetzel, 1956; Greeson, 1965; Stone, 1961; in Pao, 1979) quando abbastanza solida produrrà nel paziente una consapevolezza circa il fatto di dover unire le proprie forze con quelle del terapeuta al fine di raggiungere un obiettivo comune. Diversamente dall'attaccamento il paziente possiede nell'alleanza di lavoro una visione del tempo passato, presente e futuro; mentre invece nell'attaccamento possiede la sola visione del presente mirando al mantenimento dello status quo; pertanto, il terapeuta non dovrà incorrere nel confondere queste due sfumature relazionali pena il rischio di sopravvalutazione delle possibilità del paziente con tentativi interpretativi che possono nuocere alla conduzione psichica del soggetto portando a una disfunzione della comprensione empatica da parte del terapeuta.

Poiché nella schizofrenia le funzioni dell'io sono spesso notevolmente compromesse è facile che il paziente manifesti forti difficoltà nell'instaurare l'alleanza terapeutica, ne consegue che nella fase acuta tale legame è pressoché impossibile da stabilire, nella fase cronica le difficoltà sono forse anche maggiori perché la compromissione dell'io è più strutturata e infine nella fase subacuta l'autore ha osservato che hanno maggior probabilità di instaurare un buon transfert maturo i



pazienti appartenenti al primo e secondo gruppo di schizofrenici. Inoltre, se instaurare un'alleanza terapeutica costituisce un compito arduo per il terapeuta che si accinga a trattare un paziente psicotico, altrettanto arduo è il tentativo di mantenere tale alleanza.

Il terapeuta deve qui fare capo alla propria abilità e alla propria persona, definite quali caratteristiche essenziali al lavoro terapeutico con i pazienti schizofrenici secondo Pao. L'abilità "riguarda innanzi tutto la comprensione empatica delle esigenze del paziente" (Pao, 1979, p.297), la quale stimola la fiducia nel paziente e che deve essere potenziata mediante l'analisi personale e l'analisi congiunta del controtransfert e transfert. La 'persona' del terapeuta è, naturalmente, estremamente complessa da definire. Secondo Pao, il terapeuta, nell'entrare in contatto con la propria persona con il paziente non ha bisogno di fare niente, a livello cosciente, per conquistarlo, infatti, in virtù delle proprie caratteristiche psichiche e umane il terapeuta può entrare in contatto con certi tipi di paziente. Abbiamo visto con Sullivan come, ad esempio, il genere potesse costituire un importante parametro circa un 'match' paziente-terapeuta; qui Pao richiama alla necessità di studiare l'"accoppiamento" tra paziente e analista rimandando agli studi di Whitehorn e Betz (1954, 1956) e Semrad (1975). A queste caratteristiche descritte, affinché l'alleanza terapeutica possa mantenersi nella relazione analitica con il paziente psicotico, "il terapeuta deve essere costantemente consapevole del transfert del paziente verso di lui e del proprio controtransfert verso il paziente" (Pao, 1979, p.299).

A questo si lega la puntualità delle interpretazioni centrate sulla dinamica co-transferale. Pao riprende qui il concetto di psicosi di transfert che abbiamo affrontato con Rosenfeld e con Searles, dichiarando come la credenza freudiana per la quale i pazienti schizofrenici non erano capaci di instaurare una relazione transferale dipende in gran parte da una definizione fallace dello stesso concetto di transfert. Tale transfert, nel paziente schizofrenico, si vede caratterizzato da quel che Burnham et al. (1969) hanno definito "dilemma bisogno-paura" che deve essere affrontato nella terapia. L'autore distingue, infine, anche attaccamento e transfert

dichiarando che dove l'attaccamento riferisce a una generale comune tendenza umana a entrare in rapporto con gli altri, il transfert riguarda modelli di rapporto umano che sono stati definiti dalle esperienze passate con persone significative. Se l'uno sia prerogativa dell'altro è un discorso limitato, quello che ci interessa è che nel trattamento "l'attaccamento può portare alla scomparsa dei sintomi, mentre l'elaborazione del transfert dovrebbe condurre a un più sano equilibrio tra Es-lo e Super-lo". (p.301). Di più semplice comprensione è la differenza tra transfert e alleanza terapeutica, tuttavia, estremamente correlati tra di loro in quanto "attraverso il transfert si elaborano i conflitti e i problemi, ma tale elaborazione è possibile solo quando è presente l'impegno ad assumersi un compito: quest'impegno costituisce l'alleanza terapeutica" (Pao, 1979, p.301).

## **2.3 La psicosi nella psicoanalisi francese**

### **2.3.1. Jacques Lacan: la Forclusione nel Nome del Padre**

Il modo in cui Lacan concettualizza l'apparato psichico e il suo funzionamento è del tutto originale. Partendo da un'importante rilettura della psicoanalisi freudiana, e partendo dalla revisione della seconda topica, in aperto contrasto con gli psicoanalisti nordamericani, mette l'accento sul linguaggio e sull'inconscio postulando che "l'inconscio è strutturato come il linguaggio". "Così il soggetto nella sua autenticità è un 'soggetto parlante' e, cioè, che 'parla' (anche attraverso il corpo, come nel sintomo isterico) è per l'appunto inconscio" (Mangini, 2003). Questo processo nelle psicosi è interrotto e in esse "non è il soggetto, ma il Codice che parla" (Recalcati, 2019).

Il Codice è quello della Legge del Padre, che in un processo di normale sviluppo subentra all'ordine discorde della madre e del bambino, introducendosi, quale terzo edipico, permette la nascita e lo sviluppo del linguaggio. Nelle psicosi il Nome del Padre è forcluso afferma Lacan. Forcluso significa che vi è una mancanza, una mancanza di significato nella catena dei significanti, manca la Norma, quale argine e contenitore nonché separatore di un rapporto incestuoso che caratterizza lo Stadio dello Specchio.

Il lavoro sullo Stadio dello Specchio viene presentato da Lacan al primo Congresso IPA nel 1936 e vede una prima elaborazione del concetto di Io (Je) come soggetto del desiderio, diverso dal Mio quale luogo immaginario e fonte di illusione.

Lo stadio dello Specchio fonde la struttura dell'Io che emerge dall'identificazione primaria con la madre che in questa fase si specchia in lei; si tratta di un rispecchiamento immaginario dove il soggetto transita dall'autoerotismo al Narcisismo primari. L'Io autentico è dunque il Je, corrispondente all'inconscio cioè all'Altro, mentre il Moi che qui prende forma è solo un'illusione insita nella relazione immaginaria di rispecchiamento.

Il Je diviene allora il veicolo di quella parola possibile solo con l'avvento del padre nella relazione simbiotica con la madre tipica della fase sopra detta.

Un'altra importante innovazione che ci permetterà di comprendere meglio il funzionamento psicotico, così come viene inteso dallo psicoanalista francese, è la tripartizione dello psichico, riferibile alla seconda topica freudiana per certi versi.

L'immaginario è soggetto, dunque, al Simbolico quando il Padre subentra con la sua Legge che divide la coppia interrompendo lo scambio narcisistico che se non interrotto diviene naturalmente perverso; il padre quale Terzo può essere assimilato al Super-Io freudiano e massima espressione della funzione simbolica in quanto è lui a dare il nome al bambino, e la cui assenza provoca un collasso tra i tre ordini.

L'ordine dell'immaginario rappresenta dunque il registro delle identificazioni primarie e narcisistiche, dell'Io (Moi) dove l'immagine che il soggetto assume è speculare all'Altro madre; il simbolico, assimilabile all'inconscio dinamico freudiano, è invece registro e sede del Linguaggio, dell'Altro come luogo, diverso dall'immagine speculare.

Infine, il reale, il quale non ha niente a che vedere con la 'realtà esterna', la quale si colloca invece nell'immaginario, è come dice Lacan 'l'impossibile' paragonabile all'Es, coagula in sé tutto ciò che è imprevedibile e caotico. Qui, Lacan, sembra attenersi alla distinzione freudiana tra Wirklichkeit e Realität dove questa ultima è la realtà psichica quale desiderio inconscio popolato da presenze fantasmatiche. È qui

che hanno origine gli acting out, l'allucinazione e il non-senso che caratterizza la follia.

Il termine cui Lacan ricorre per indicare il nucleo delle psicosi è quello di Forclusion (Verdrängung); termine che estrapola dal caso dell'uomo dei lupi e che consiste in un meccanismo di diniego; un rigetto fuori dal simbolico con ritorno all'immaginario. La mancanza di un padre che irrompe nella relazione diadica stabilendo la presenza di un terzo regolatore sfocia nella forclusione quale "preclusione rappresentante un buco cui corrisponde la significazione Fallica". (Di Micco, 2022). La Forclusione può essere deducibile dagli effetti clinico-patologici definiti come "ritorno del reale", ritorno di ciò che non si è potuto iscrivere nel simbolico; si parla di contenuti erranti che tornano con la loro sconcertante forza del processo primario. Se nella nevrosi si assiste al binomio del rimosso e del ritorno dello stesso nella psicosi tale binomio è rappresentato da ciò che è stato forcluso e ritorna del reale attraverso allucinazioni, atti, e deliri e formazioni sintomatiche tipicamente schizofreniche.

Tuttavia, se nelle nevrosi il ritorno dei contenuti rimossi detiene un elemento dialettico, che permette al nevrotico di riconoscere come proprio quel contenuto prima espulso, nelle psicosi tale possibilità dialettica è preclusa, negata in quanto il contenuto errante non passa per la via del simbolico, ma irrompe direttamente nell'ordine reale caotico, "al di fuori del soggetto".

In particolare, senza l'iscrizione del Nome del Padre non è possibile superare il godimento dell'Altro che incombe come presenza minacciosa e aggressiva. Nella psicosi il registro dell'immaginario prevale dunque nettamente sul simbolico dove il Nome del Padre costituisce il difetto strutturale insito alla struttura psicotica. È chiaro che Lacan con la dicitura del Nome del Padre allude a un padre simbolico che rappresenta la Legge, sede di essa, dell'azione normativa. Il Nome del Padre, forcluso, è l'abolizione della legge della castrazione, la quale rende possibile l'accesso al linguaggio dunque precluso al soggetto psicotico. "Nel pensiero di Lacan il Nome del Padre è innanzi tutto il luogo della legge del desiderio della madre" (Recalcati, 2019).

Qui Lacan parla di 'scacco della metafora materna' in quanto il desiderio che questa, non castrato, della formula metaforica paterna, impedisce lo strutturarsi di significati simbolici e non permette cioè l'accesso al simbolico cosicché il soggetto rimane intrappolato nel Narcisismo primario dell'ordine immaginario e si scatena la psicosi dove il reale non assume la forma di una presenza castrata, ma si trasforma in una presenza disturbante e malevola.

“È un reale che non è il prodotto dell'azione del simbolico ma della sua insubordinazione. È un reale che non cessa di ritornare nelle forme drammatiche dell'allucinazione, del delirio, dei pensieri imposti, del passaggio all'atto” (Recalcati, 2019).

La forclusione consiste, pertanto, in una mancanza, in un non-senso, in un buco di significato nella catena del significante da cui origina un'impossibilità, per il soggetto psicotico, della presa di parola; al suo posto prende parola il Codice che viene animato attraverso formazioni sintomatiche, come ad esempio oggetti inanimati che prendono voce, tipicamente schizofreniche.

### **3. La psicosi nella psicoanalisi oggi**

#### **3.1.1. Christopher Bollas: nuovi concetti psicoanalitici sulla schizofrenia**

Il volume qui preso in esame è stato 'Se il sole esplode' (2016)<sup>1</sup>.

Il volume in analisi, dalla copertina verde bosco con su rappresentato un sole in procinto di esplodere, si articola in tre sezioni che saranno qui agglomerate più o meno omogeneamente: una prima parte dove l'autore racconta la propria esperienza clinica quando lavorava, all'inizio della propria formazione, con bambini autistici e psicotici presso l'EBAC (East Bay Activity Center), in California. Una seconda sezione viene dedicata all'introduzione di diversi concetti che saranno qui ripresi quali: ritualizzazione schizofrenica, trascendenza schizofrenica, reversibilità schizofrenica, feticcio schizofrenico, identificazione percettiva e metasessualità. Una terza sezione, infine, dedicata ad alcune considerazioni circa il trattamento prediletto dall'autore con i pazienti psicotici, il quale, così come viene impostato dall'autore, sembra addensare in sé diversi punti di vista di autori precedentemente descritti.

Tale trattamento ha come primario punto di forza il fatto che non si focalizza sul sintomo come altri approcci e, per tale motivo, tiene in considerazione una dimensione intrinsecamente umana che non dovremmo mai perdere di vista. In tutte e tre le sezioni del volume l'obiettivo dell'autore è quello di svelare l'enigma della sofferenza schizofrenica partendo dal fatto che "lavorare con gli schizofrenici rimane una sfida che ci spinge a indagare ulteriormente l'essere umani nella sua complessità" (Bollas, 2016, p. XIX).

Una delle prime considerazioni dell'autore è quella di prestare ascolto a una logica differente, quella dello schizofrenico, la quale sebbene apparentemente priva di coerenza detiene invece una logica, valida solo per il paziente ma pur sempre composta di elementi essenziali alla comprensione, introdotta con estremo rispetto degli stessi elementi deliranti, della sua sofferenza all'interno del setting analitico.

Bollas qui evidenzia l'enorme quantità di tempo richiesta dalla possibilità di entrare in con-tatto (trattino mio), in sintonia con l'idioma del paziente; a differenziare la psicoterapia psicoanalitica con pazienti psicotici e nevrotici è infatti, a parere dell'autore, sostanziata della differente necessità di tempo alla comprensione e

smantellamento di una realtà psichica distorta. Questa componente, lo abbiamo già visto, richiede uno sforzo ingente per il terapeuta, costretto a fare i conti con il proprio narcisismo che si vede ferito anche dalla difficoltà a comprendere e adattarsi alla logica del paziente psicotico che manifesta strutture logiche prive di coerenza e di pensiero simbolico, ostacolato anche dall'ingente prescrizione di farmaci atti a ridurre i sintomi e perciò utili, ma ostacolanti il processo secondario quale loro svantaggio. L'autore, pertanto, raccomanda agli analisti estrema cautela nell'uso di questi verso i quali si mostra piuttosto scettico in più passi della sua trattazione. Si tratta, dunque, di sintonizzarsi su quella che Lucas (2012) ha definito 'lunghezza d'onda psicotica'.

Un'altra fondamentale concettualizzazione esposta dall'autore è la differenziazione tra Io e Me. Nella sua concettualizzazione Bollas teorizza che l'Io rappresenta la posizione parlante del Sé e il Me il deposito dell'esperienza soggettiva dell'essere corrispondente al Sé nucleare della fenomenologia che viene trasformata, poi, in assioma mentale stabile. La conoscenza presunta che deriva dall'assorbimento dell'esperienza di cui sopra, si fonda sull'esistenza di proposizioni pronominali (tu, me, noi, essi). L'idea che Bollas propone al lettore è che "lo schizofrenico possa aver abbandonato le convenzioni della comunicazione Sé-Altro, rinunciando all'Io; viene così a mancare il parlante che rappresenta il Sé" (Bollas, 2016, p.97).

L'autore, a fine esemplificativo, riporta a tal proposito il caso di una paziente, Megan, la quale le dichiarò che in diverse occasioni esperiva la sensazione, durante la seduta, che lei e il terapeuta non fossero realmente presenti nel qui e ora. Bollas, in tali circostanze, notò come la paziente, in quel periodo, evitasse l'uso del pronome Io. Nella lingua italiana è omissibile l'uso del pronome personale 'Io', ma non nella lingua inglese, perciò, tale omissione rappresentava una vera e propria omissione delle logiche grammaticali prestabilite. A seguito del trattamento psicoanalitico fu

---

<sup>6</sup> postumo al volume, che per motivi di spazio abbiamo scelto di tralasciare, ma di cui si rimanda la lettura, *'Catch Them Before They Fall. The Psychoanalysis of Breakdown'* (2013).

possibile osservare in Megan l'uso del pronome personale di prima persona e l'io della paziente divenne più dolce e meno disorganizzato come in precedenza.

Tuttavia, può capitare che il paziente schizofrenico, anche in regressione, utilizzi il pronome io, qui occorre prestare attenzione a riconoscere e differenziare il processo di guarigione dalla regressione costante, infatti, è possibile che quando egli usa questo pronome per comunicare con gli altri conferisca a esso una 'funzione pronomiale androide' facendolo somigliare, piuttosto, ad un lontano reporter spaventato dal mondo che lo circonda. Questo aspetto, a mio parere, rimanda al concetto di delirio come tentativo di guarigione: la costruzione di una logica alternativa e criptata potrebbe costituire anch'essa un tentativo di difendersi dalla disorganizzazione in quanto si tratta pur sempre di una logica seppur disorganizzata a un occhio esterno.

Introduce il concetto di ritualizzazione schizofrenica che esprime il processo per il quale ha luogo una disumanizzazione che viene proiettata all'esterno cosicché il paziente psicotico "vive ora in un senso mondo allegorico in cui le relazioni sociali sono sostituite con incontro ritualizzati" (Bollas, 2016, p.65). L'altro diviene mero contenitore del Sé al fine di affrontare l'angoscia che deriva dall'incontro con lui, è qui che si snoda, abbiamo visto, parte del processo terapeutico, ovvero nel contenere, da parte dell'analista, tali angosce restituendole bonificate.

"Nell'ordine schizofrenico, un Sé realizzato è un Sé in pericolo; invece, un Sé svuotato in maniera intelligente è un Sé protetto" (Bollas, 2016, p.76). Quanto affermato da Bollas ci ricorda quanto affermato nei precedenti paragrafi circa l'assetto simbiotico della relazione con una figura di riferimento prediletta, in genere la madre, il cui distacco da lei costituisce una minaccia di morte psichica di questa. La parte seconda del volume viene introdotta attraverso importanti considerazioni circa la frequente distorsione del passato da parte del paziente schizofrenico, esperienza che parte da una narrazione mitologica dei propri eventi di vita. "Quando si verifica lo scompensamento, il Sé perde la storicità, ovvero la capacità di trasformare il passato in una narrazione" (Bollas, 2016, p.71), strettamente legata alla frantumazione dell'io nello scompaginamento psichico che si verifica. Bollas



evidenza come spesso si tratti dell'assunzione di un atteggiamento atto anche a prendere una misura di sicurezza, una distanza da quel passato doloroso.

L'autore, qui, definisce il concetto di trascendenza schizofrenica conseguente la creazione di un Sé mitico che cerca di sfuggire dalla scena catastrofica mediante l'introduzione di elementi fantastici (deliranti) nella realtà. Tuttavia, tale trascendenza del mondo reale "non elimina terrore e dolore mentale — il mondo mitico è popolato da voci, visioni e demoni pericolosi — ma offre al Sé la possibilità di strutturare, in qualche modo, il suo passato, l'esperienza presente, il futuro" (Bollas, 2016, p.70).

Il paziente psicotico, attraverso questo drammatico processo attraverso cui tenta lo strutturarsi dell'esperienza, "cerca la coseità delle cose", (Bollas, 2016, p.72) arrivando a cosificare anche il linguaggio, che spogliato della propria funzione simbolica, viene trasformato in un amalgama sintattica indecifrabile, ma che detiene l'importante funzione di proteggere il Sé dall'impatto di una qualsiasi risposta dell'altro, un altro che è fonte di pericolo, intrusivo e minaccioso al punto tale che il paziente finisce per proiettare esternamente le proprie angosce e la distruttività e voracità orale. L'aspetto fondamentale di questo processo che vede coinvolta, come dimostrato precedentemente, l'identificazione proiettiva, è che il Sé viene spogliato della propria funzione vitale e il paziente appare come privo di vita; tuttavia, ciò ha una funzione certamente protettiva, di fatto, essere morti equivale a non poter più esser danneggiati dall'oggetto.

Lo schizofrenico, attraverso questo processo di robotizzazione del Sé e del mondo, a differenza del narcisista e dello psicopatico i quali eliminano il Sé, lo nasconde e perciò la terapia con questi pazienti può dare maggior frutto che con i primi. Narrare il Sé è importante perché rafforza l'io; il fatto di parlare e cioè verbalizzare l'esperienza è strutturalmente efficace nella terapia analitica con questi pazienti; tale processo può aver luogo anche mediante semplici domande riguardanti la vita quotidiana del paziente. "Alle persone sprofondate nella schizofrenia deve essere offerto molto tempo per parlare, per pronunciare la parola 'io', per avvertire il ripristino del nucleo narrativo" (Bollas, 2016, p.146). Inoltre, il fatto di raccontare la propria storia ha l'ulteriore pregio di favorire la rêverie.

Ai fini del trattamento risulta, pertanto, importante il concetto introdotto dall'autore di reversibilità schizofrenica. Infatti, va evidenziato che il paziente psicotico non è completamente privo di accesso al processo secondario e, dunque, alla verbalizzazione, comprensione e integrazione; una generalizzazione dell'incapacità a simbolizzare risulta perciò indebita in quanto "sebbene possano fare le cose in modo concreto [ricorrendo all'azione piuttosto che al pensiero], gli schizofrenici simbolizzano" (Bollas, 2016, p.110). La tendenza a non simbolizzare, tuttavia, oltre a costituire un limite che appare all'analista invalicabile, implica che cosa e parola equivalgono formando quelle che Hanna Segal (1957) ha definito 'equazione simbolica' quale modo distorto della simbolizzazione.

"La parola sta per la cosa, la cosa sta per una funzione di personalità, ne consegue perciò che la parola medesima sta per una funzione della personalità" (Bollas, 2016, p.110); è attraverso questo processo, che permette di depositare il Sé in un oggetto inanimato, che permette di nascondere il vero Sé coartato dall'esperienza psicotica. La reversibilità schizofrenica è dunque, "il processo a doppio senso della simbolizzazione schizofrenica" (Bollas, 2016, p.111).

Se prendiamo per esempio l'oggetto registratore dove supponiamo che il paziente abbia deposita il proprio Sé, l'autore afferma che il processo che vi porta è quello proiettivo che svuota il Sé e lo disumanizza, ma che diventa centrale nel trattamento per tale motivo perché permette di distinguere la gravità della condizione psicotica. Un concetto relato è quello di feticcio schizofrenico cui il paziente ricorre in modo sistematico e coatto, ma che tuttavia permette la comunicazione, seppur distorta, con l'altro da lui. Il paziente schizofrenico si serve di tale oggetto (feticcio) come forma di controllo che lo difende dalla follia dove egli teme di sprofondare. Ebbene sappiamo che l'identificazione proiettiva è destinata a fallire e che, quindi, l'oggetto stesso non potrà per sempre contenere le proiezioni deliranti del paziente. Il fallimento di questa difesa genera nel paziente il 'vuoto schizofrenico' quale conseguenza del fallimento della costanza dell'oggetto, mai raggiunta a pieno. Secondo l'autore la disabitazione psichica, quale risultato del processo sopra descritto, rappresenta una particolare forma di identificazione con l'aggressore. Per

quanto riguarda il trattamento, affrontato già in parte in queste righe, l'autore evidenzia, prima di tutto, la necessità di un ascolto empatico quale intervento clinico fondamentale, si tratta di sintonizzarsi con il paziente e la sua logica, come abbiamo visto. Le prime fasi successive lo scompensano, naturalmente, costituiscono il periodo più importante, concorda l'autore con i diversi autori che abbiamo visto, in particolare, in questa fase, è necessario allentare le difese contro la fantasia spiacevole e costruttiva di annichilimento proponendo al paziente una realtà alternativa fatta di elementi amorevoli che controbilancino la sua angoscia catastrofica.

Qui Bollas suggerisce l'uso della rassicurazione e sembra, dunque, concordare con Sullivan riguardo alla necessità di interventi più spostati sul versante supportivo. La pratica esplorativa, comunque utile secondo l'autore, sarebbe più efficace per i pazienti ai primi stadi della malattia schizofrenica; per i casi cronici, dove la schizofrenia ha sviluppato radici più profonde nel Sé, si vedono, invece, più efficaci interventi di tipo supporto come, appunto, la rassicurazione.

Ad essere stimolata, con questi pazienti, è quella che l'autore definisce curiosità schizofrenica, cioè la curiosità verso l'altro, in questo caso il terapeuta e quando emerge tale interesse curioso significa che il Sé si sta umanizzando. "Se e quando la curiosità si trasforma in affetto, la relazione vive un ulteriore, importante momento evolutivo" (Bollas, 2016, p.149), questo processo è alla base dell'amore non psicotico, caratterizzato dalla fusione simbiotica, e permette al paziente di cogliere la differenziazione tra sé e l'analista dove l'idioma di questo ultimo diviene fonte di amore e interesse.

In particolare, secondo Bollas, qui si produce un'identificazione percettiva quale controparte dell'identificazione proiettiva, massicciamente usata dal paziente psicotico. Le interpretazioni psicoanalitiche divengono qui più possibili, in quanto, attraverso tale curiosità, riflesso di un'evoluzione dell'apparato psichico, sarà possibile accoglierle e internalizzarle.

Infine, il concetto che ci appare particolarmente innovativo è quello di metasessualità. Bollas definisce con questo termine la teoria schizofrenica per la

quale lo schizofrenico può fare esperienza di avere un legame speciale sia con il mondo animato sia con il mondo inanimato, entrando così all'interno di una polarità, ad esempio maschio e femmina o madre e padre — ritenendo di essere stato coinvolto in una forma di rapporto costante con - e tra - gli oggetti. Meta sta, come si può ben intuire, per 'oltre' e, dunque il riferimento è ad un trascendimento della sessualità. La metasessualità schizofrenica ha, tra i suoi fini ultimi, quello di far venire meno alcuni elementi disturbati riferibili alla scena primaria, e lo fa attraverso un'incorporazione della medesima; insieme a questa vengono anche incorporati i derivati inconscio correlati cosicché rimane ben poco della sessualità nella sua globalità. È paradossale, evidenzia l'autore, il fatto che tal fine venga raggiunto attraverso il trattare scientemente tutti i legami esistenti tra persone e tra persone e cose, come sessuali. Sessualizzare tutto per lo schizofrenico ha il valore di sradicare proattivamente "la specificità della vita della fantasia erotica e la realtà dell'impegno sessuale con un altro" (Bollas, 2016, p.79). Per spiegare perché la persona schizofrenica ricorra a tale trascendimento del sessuale reale, Bollas evidenzia la difficoltà, da parte del bambino, di accettare, anziché denegare, le differenze sessuali dei propri genitori, tipicamente osservabile verso la fine della fase anale e inizio della fase fallica; nella fantasia del bambino quando i genitori hanno un rapporto sessuale i loro sessi si fondono in un'entità unica.

"Lo schizofrenico manifesta un tipo di bisessualità in cui dà per scontato di essere sia maschio che femmina: come se, cancellando queste differenze e riassembleandole all'interno della propria organizzazione di personalità, le avesse trascese". (Bollas, 2016, p.80)

Pertanto, un fine ulteriore di questo processo del metasessuale nello schizofrenico è quello di trionfa sull'autorità in quanto padre e madre sono stati inclusi nella rappresentazione del Sé come indifferenziati. Si parla di trascendimento maniacale del triangolo edipico dove il Sé ha l'illusione di controllo sull'atto sessuale e su qualsiasi 'nascita' collegata ad esso, così come "prevale la convinzione che il Sé colleghi tutti gli oggetti in continui atti di unione metafisica" (Bollas, 2016, p.80);

l'obiettivo di tale mania è quello, dunque, di ricollocare un Sé debole in una posizione di potere, seppur illusoria.

L'esito sarà naturalmente un Sé diviso, scisso in due componenti, parti infantili e adulte che, tuttavia, permettono una neutralizzazione della sessualità per lo schizofrenico.

“La metasessualità è una relazione oggettuale schizofrenica basata sulla convinzione maniacale che il soggetto abbia trionfato sulla madre e sul padre, incorporandoli e divenendo un noi-mondo” In virtù di questa azione espansiva, il soggetto acquisisce dei superpoteri. Sebbene il Sé corporeo si senta rinvigorito da questa appropriazione, l'atto del trionfo incorporativo desessualizza la scena primaria, quasi come il sistema digestivo elimina il cibo” (Bollas, 2016, p. 81).

#### **4. Conclusioni**

Nel porre delle conclusioni riassumiamo brevemente il contributo degli autori per argomentare prima di tutto la possibilità o meno di trattare il paziente psicotico. Le nostre osservazioni ci portano a concludere che per alcuni autori il trattamento psicoanalitico standard è possibile, mentre per altri no, questi ultimi avanzano pertanto considerazioni inerenti alle modifiche al trattamento che viene talvolta a trasformarsi in un trattamento psicodinamico, piuttosto che psicoanalitico, quale corrente che tiene conto anche dei progressi fatti da autori e scuole che hanno preso le distanze dalla psicoanalisi ortodossa.

Seguiranno infine limiti e vantaggi del nostro lavoro con particolare riferimento allo statuto epistemologico della psicoanalisi che permette di argomentare circa il punto enunciato.

La posizione di Freud sul trattamento psicoanalitico dei pazienti psicotici è nota a tutti; egli riteneva che il trattamento psicoanalitico fosse inadatto a causa dell'impossibilità del paziente psicotico di instaurare un transfert con il terapeuta, concezione disconfermata successivamente da autori, che, come abbiamo visto, hanno concettualizzato la 'psicosi di transfert'. L'autore opera importanti considerazioni circa la dinamica psicotica a livello psichico introducendo il concetto di proiezione e argomento secondo la teoria del ritiro della libido che può dirsi, a nostro parere, superata.

Per quanto riguarda le considerazioni apportate da Jung riguarda la condizione psicotica, cui dedicò quasi l'intera vita e carriera, egli ritiene, ma per ogni paziente, che il trattamento vis a vis sia da preferire al trattamento analitico, concezione che fu, come sappiamo, in origine alla rottura con il suo maestro Freud.

Il contributo di Sabina Spielrein è limitato a un solo caso da lei analizzato come tesi di laurea. Riteniamo che questo caso, raccolto in un volume che racchiude gli scritti di un'autrice dimenticata, meriterebbe piuttosto considerazioni controtransferali circa la personalità dell'autrice piuttosto che per valutare l'effettiva efficacia del trattamento messo in atto dalla Spielrein, del quale sappiamo solo che ricorreva all'uso dei simboli transculturali sui passi dell'insegnamento di Jung con cui visse un

travagliato rapporto lavorativo e romantico. Non veniamo informati, infatti, dell'esito del trattamento da lei operato, se non scarsi riferimenti.

Melanie Klein, abbiamo visto, si sofferma su numerosi concetti psicoanalitici revisionando, integrando e, ampliando e introducendo nuovi costrutti. Con lei abbiamo prima di tutto visto e studiato i meccanismi (di difesa) schizoidi, legati alla posizione paranoide, concetto importante da lei introdotto per descrivere la fissazione schizofrenica; messi in atto da un Io precoce presente cioè fin dall'epoca post-natale assimilabile secondo l'autrice alla parte inconscia dell'Io come venne definita da Freud. Abbiamo analizzato in particolare modo i seguenti meccanismi: idealizzazione e svalutazione primitive, diniego, scissione e identificazione proiettiva, con particolare riferimento a queste due ultime. I contenuti da noi proposti in merito a questa autrice concernono prevalentemente proposte teoriche circa il funzionamento psichico del paziente schizofrenico; tuttavia, lo studio dell'autrice aveva come riferimento clinico il bambino e non l'adulto, che abbiamo invece osservato con Rosenfeld. Il concetto di identificazione proiettiva, comunque, ha costituito il fulcro di importanti riflessioni riprese anche da Bion, e tra autori più recenti H.Racker (1952, 1953, 1968) associa questo meccanismo allo snodarsi del transfert e controtransfert nel setting analitico riferendo di un controtransfert complementare e concordante.

Rosenfeld e Bion, come abbiamo visto sono a favore di una prassi clinica psicoanalitica in senso ortodosso. A differenza di Melanie Klein, sua contemporanea, Rosenfeld riprende i processi di scissione descritti dall'autrice e amica Klein, e sviluppa tutta una serie di riflessioni sul trattamento psicoanalitico con lettino e libere associazioni nei pazienti psicotici, ma anche narcisisti e tossicodipendenti, ovvero con quei pazienti molto difficili da trattare che quanto mai si approssimano a difficoltà nella gestione della ferita narcisista del terapeuta; infatti, sia i pazienti psicotici, sia i pazienti narcisisti che coloro che fanno uso di sostanze (tossicodipendenti/tossicofilici) in comune hanno che richiedono un dispendio emotivo ingente, e poche 'soddisfazioni' (come altro potremmo dire??, il termine non

mi piace..) dal punto di vista dei risultati terapeutici. E se la via esatta fosse proprio la psicoanalisi classica come dice Rosenfeld?

Il concetto di psicosi di transfert è il più importante da lui prodotto nei suoi anni di esperienza psicoanalitica. La formulazione di un tale concetto rappresenta un superamento di una posizione psicoanalitica precedente orientata dall'affermazione di Freud circa il fatto che il transfert non prendeva vita nella relazione con il paziente con *dementia praecox* (schizofrenia). Questi pazienti hanno in comune anche forti difficoltà, seppur su piani diversi, con la sintonizzazione empatica che meriterebbe ulteriori approfondimenti che tralasciamo rimandando alla lettura di testi di diversi autori, che definiremmo psicodinamici piuttosto che psicoanalitici, quali Fonagy (2002) con la teoria della mentalizzazione su cui è stato di recente operato uno studio più standardizzato con pazienti psicotici (MBTp, si veda Weijers et al., 2020). Ritornando al concetto di psicosi di transfert, quale condizione psicodinamica interna al setting, Rosenfeld opera, abbiamo visto, importanti considerazioni circa concetti come l'analisi degli stati confusionali schizofrenici, il super-io psicotico, e considerazioni circa l'acting anch'esso visto come componente psicodinamica essenziale nell'analisi, il quale si esplica appunto, come la psicosi di transfert, lungo un continuum e per tal motivo definito psicodinamico. Per questo autore è dunque possibile l'analisi usualmente applicata con pazienti nevrotici tenendo conto dei concetti sopraddetti.

Per quanto riguarda il pensiero di Bion, abbiamo riferito ai seguenti concetti in particolare modo: differenza tra personalità psicotica e non psicotica e attacchi al legame. La prassi psicoanalitica dell'autore è innovativa ed è stata ripresa da Ferro nei suoi recenti contributi cui si rimanda la lettura per una miglior comprensione, implicita, anche del trattamento psicoanalitico con pazienti psicotici seguendo il modello bioniano.

Abbiamo tenuto conto anche del contributo di Searles allo studio della psicosi, il quale ha ripreso il concetto di psicosi di transfert distinguendo tra tre diverse tipologie di transfert delirante e concettualizzando, rispetto a queste forme transferali, diverse fasi terapeutiche. Il trattamento psicoanalitico secondo lui può variare a seconda di



queste fasi per cui, dinamicamente, si può considerare l'utilizzo delle libere associazioni e del lettino, ma comunque prima va operato un lavoro di preparazione all'analisi. Abbiamo incontrato, in questa disamina, anche Sullivan e Ping Nie Pao, i quali parlano soprattutto di trattamenti psicoanalitici modificati ritenendo il trattamento analitico non impossibile, ma fin troppo critico per essere applicato al paziente schizofrenico.

Infine, il secondo capitolo ha visto la sua conclusione con un personaggio al quanto fuori dal coro per la società psicoanalitica con cui entrò in conflitto anche interno; si parla dell'insegnamento di Lacan. Abbiamo riportato brevi considerazioni teoriche prevalentemente rifacendoci a fonti secondarie come Recalcati e Di Micco. Ci rammarica non aver potuto approfondire il trattamento e l'insegnamento lacaniano con pazienti psicotici ai quali Lacan dedica più lezioni, la complessità e la quantità di materiale, inaffrontabili in un elaborato di tesi magistrale, ci hanno costretto a limitare i contenuti per cui non ci sentiamo di avanzare conclusioni circa l'efficacia del trattamento secondo questo autore.

Il terzo capitolo introduce un solo autore per motivi di spazio. L'autore in questione è Bolla, nostro contemporaneo che ha avanzato numerose considerazioni in merito al trattamento psicoanalitico della schizofrenia con importanti nuovi concetti che meritano l'attenzione del clinico a orientamento psicoanalitico. Per questo autore sembra essere possibile il trattamento psicoanalitico standard, ma all'interno del suo volume non è ben chiaro del tutto; infatti, l'autore talvolta riporta spezzoni di alcuni casi clinici e con uno di questi il setting era telematico.

Per quanto riguarda i limiti con riferimento alla prassi 'scientifica' data dalla falsificazione dei dati e il ricorso a metodologie sperimentali psicometriche sicuramente la nostra disamina ha numerose carenze; tuttavia riteniamo che tale limite non sia necessariamente tale, e che una disamina teorica, al pari della ricerca sul caso singolo così come viene praticata psicoanaliticamente costituisca invece la colonna portante di tutte quelle forme successive di ricerca come systematic-review, scoping-review, metanalisi e ricerca sperimentale avanzata. La ricerca del caso

singolo è la base su cui si struttura la ricerca che può essere vista come un sistema piramidale di seguito riportato in immagine:

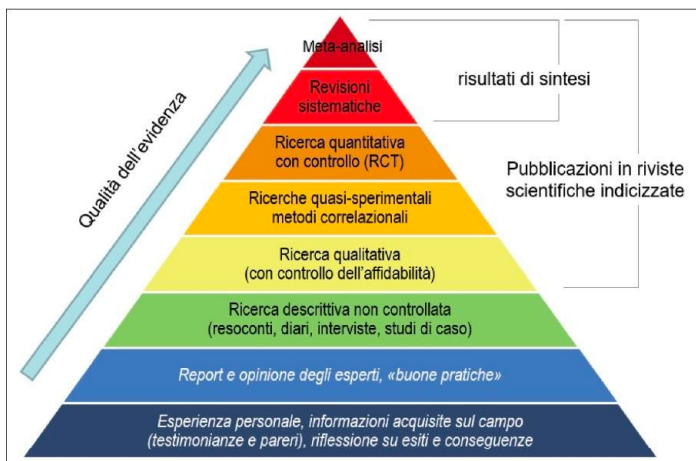


Immagine 4.1. Ricerca come sistema piramidale

<https://www.sustainablebb.com/la-scienza-nel-natural-bodybuilding/>

Riteniamo che uno studio storico-narrativo sia la prassi più adatta allo studio dell'essere umano dal punto di vista mentale e psicologico.

Tra ulteriori limiti si trova l'impossibilità di considerare le circostanze storiche e biografiche degli autori studiati. Quest'impossibilità di contestualizzazione aprirebbe a numerose riflessioni psicoanalitiche e non rendendo più coerente il lavoro di ricerca (archeologico-psichica) qui fatto.

Quanto abbiamo avanzato in queste ultime righe rimanda anche a una riflessione più ampia circa lo statuto epistemologico della psicoanalisi, collocabile a cavallo tra un approccio meccanomorfico e antropomorfico, che non può essere qui discusso. Infine, ci teniamo a evidenziare che la riuscita del trattamento psicoanalitico con pazienti psicotici riguarda tanto il paziente quanto il terapeuta, come per ogni condizione clinica naturalmente; ma qui, con questa popolazione clinica la ferita narcisista del terapeuta è esposta alle particolari emozioni e situazioni veicolate dal paziente psicotico. Riteniamo che questo punto concorra al sempre più radicato scetticismo circa l'applicabilità del trattamento psicoanalitico, insieme al fatto che

tale trattamento richiede una frequenza che va dalle tre alle cinque sedute settimanali, un costo insostenibile per la sanità pubblica a cui il paziente psicotico generalmente accede rispetto all'appartenenza a un ceto economico medio-basso. Riteniamo che la psicoterapia psicodinamica verso la psicoanalisi propriamente detta sia applicabile in determinate fasi interne all'andamento terapeutico che ripercorrono la vita intrapsichica del paziente. Per esempio, quando ci troviamo più prossimi alle angosce depressive esse emergeranno, talvolta sottoforma di deliri psicotici, sarà maggiormente possibile mettere in atto un'analisi? Quando e in base a quali indicatori è possibile decidere l'applicabilità della psicoanalisi?

Diversi autori, abbiamo visto, riflettono sull'uso della rassicurazione in terapia quale intervento potenzialmente regressivo. Concludiamo, dunque, che il trattamento psicoanalitico meriterebbe ulteriori sguardi (indagini) e riflessioni rispetto alle sofferenze psicotiche.

## *Bibliografia*

- Bion, W.R. (1970). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando editore.
- Bollas, C. (2016) *Se il sole esplode. L'enigma della schizofrenia*. Raffaello Cortina Editore.
- Carotenuto, A. (2018) *Eros e Pathos*. Bompiani Editore.
- De Micco, N. (2020) *L'enigma della psicosi: la psicoanalisi lacaniana incontra la clinica*. Brè Edizioni.
- Jung, C.G. (1977) *La Schizofrenia*. Biblioteca Bollati Boringhieri.
- Jung, C.G. (1934/1954) *Gli Archetipi dell'inconscio collettivo*. Biblioteca Bollati Boringhieri.
- Kundera, M. (1984) *L'insostenibile leggerezza dell'essere*. Adelphi Edizioni.
- McWilliams, N. (2012) *La diagnosi psicoanalitica*. Casa editrice Astrolabio.
- Freud, S. (1895) *Minuta H* in Opere Complete. Bollati Boringhieri. Versione ePub.
- Freud, S. (1985) *Il presidente Schreber. Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (Dementia Paranoides) descritto autobiograficamente*. Biblioteca Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1910) *Introduzione al Narcisismo*. Biblioteca Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1915) *Metapsicologia*. Biblioteca Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1923) *Nevrosi e Psicosi* in Opere Complete. Bollati Boringhieri. Versione ePub.
- Freud, S. (1924) *La perdita di realtà nella nevrosi e nella psicosi* in Opere Complete. Bollati Boringhieri. Versione ePub.
- Klein, M. (1946) *Note sui meccanismi schizoidi in Scritti 1921-1958*. Bollati Boringhieri.
- Klein, M. (1954) *Invidia e Gratitudine*. Giunti Editore.
- Pao, P. (1979) *Disturbi schizofrenici. Teoria e trattamento da un punto di vista psicoanalitico*. Raffaello Cortina Editore.
- Recalcati, M. (2019) *Le nuove melanconie. Destini del desiderio nel tempo ipermoderno*. Raffaello Cortina Editore.

Rosenfeld, H.A. (1990, 2015) *Stati psicotici. Un approccio psicoanalitico*. Armando Editore.

Searles, H. (1974) *Scritti sulla schizofrenia*. Bollati Boringhieri.

Spielrein, S. (1911) *Il contenuto psicologico di un caso di schizofrenia (dementia praecox)* in *Comprensione della schizofrenia e altri scritti* (1986). Liguori Editore.

Sullivan, H.S. (1962) *Scritti sulla schizofrenia*. Biblioteca di psichiatria e psicologia clinica. Feltrinelli.