



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
applicata, FISPPA**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia clinico-
dinamica**

Tesi di Laurea Magistrale

**Il cammino psicotico: definizione,
evoluzione, trattamento.**

Relatrice

Prof. Marogna Cristina

Laureanda

Morandi Debora

Matricola

2017330

Anno Accademico 2022/2023

Ai luoghi del mondo che mi hanno fatto da casa
mentre scrivevo.

Indice

Introduzione.....	7
Capitolo 1: L'organizzazione della personalità ed il Sè psicotico.....	9
1.1 Cenni storici sulla classificazione del livello di organizzazione della personalità.....	9
1.2. Il modello dimensionale di Kernberg.....	12
<i>1.2.1 Un riepilogo sui singoli livelli di organizzazione.....</i>	<i>13</i>
1.3 Il continuum nevrosi - psicosi.....	14
1.4 Il concetto di Sè.....	16
<i>1.4.1 Melanie Klein, il modello delle relazioni oggettuali.....</i>	<i>18</i>
<i>1.4.2 W. R. Bion e l'apparato per pensare i pensieri.....</i>	<i>22</i>

<i>1.4.3 Le differenze negli stati psicotici</i>	24
<i>1.4.4 Kohut e la Psicologia del Sè</i>	26
<i>1.4.5 Lo sviluppo negli stati psicotici</i>	30
Capitolo 2: Difese e disturbi psicotici	32
2.1 I meccanismi di difesa.....	32
<i>2.1.1 Esempi di meccanismi difensivi primitivi</i>	34
<i>2.1.2 Il contributo di Nancy McWilliams</i>	37
2.2 L'evoluzione storica dei disturbi psicotici.....	40
<i>2.2.1 L'approccio del PDM-2</i>	41
<i>2.2.2 S1: Disturbi a prevalente manifestazione psicotica</i>	47

Capitolo 3: Nascita e tramonto di una psicosi, dall'esordio al	
trattamento.....	53
3.1 Il decorso psicotico.....	53
3.1.1 <i>Le fasi del decorso psicotico</i>	54
3.1.2 Una prospettiva psicoanalitica.....	59
3.2 Il trattamento: l'importanza di un approccio preventivo.....	63
3.2.1 Il trattamento farmacologico.....	65
3.2.2 L'approccio della psicoanalisi nel trattamento dei disturbi psicotici...	66
3.2.3 Il transfert nella cura della psicosi.....	68
3.2.4 Farmaco e psicoanalisi.....	70
Conclusioni.....	72

Bibliografia.....73

Ringraziamenti.....78

Introduzione

Questa tesi si propone l'obiettivo di delineare una panoramica sul tema della psicosi nel suo complesso, facendo ciò attraverso una revisione della letteratura scientifica classica e moderna, con particolare attenzione al contributo psicoanalitico.

Un'indagine trasversale di tutti gli elementi necessari ad un'adeguata comprensione del tema ne costruisce gradualmente la spina dorsale, tracciando percorso e confini: dai fattori essenziali alla comprensione del livello organizzativo di personalità del singolo individuo, fino all'approfondimento dei percorsi trattamentali appropriati e /o comuni rispetto a questa complessa psicopatologia.

Nel mezzo, il contributo di numerosi autori che hanno nutrito le conoscenze degli ultimi due secoli permetterà di comprendere i presupposti di sviluppo di una psicosi, indagando le decisive vulnerabilità che abitano la prima infanzia della maggior parte di tali pazienti, gli spazi sia relazionali che psichici che fanno da denominatori comuni allo sviluppo della psicopatologia e l'incisività della relazione madre-bambino nello sviluppo di una profonda compromissione a livello di funzionamento.

Il supporto di attuali strumenti clinici come il PDM-2 (Manuale Diagnostico Psicodinamico, 2017) ed il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2015), permetterà di approfondire le caratteristiche diagnostiche e di manifestazione dei singoli disturbi psicotici, tracciando una linea che unisce gli elementi trasversali ai suddetti.

Il terzo capitolo di questo elaborato si focalizzerà infine sul graduale decorso psicotico e sul trattamento, sia da una prospettiva clinica che da una psicoanalitica: verrà narrato il

percorso che conduce all'ingresso nella psicosi franca (o esordio psicotico), partendo dalle caratteristiche premorbose talvolta rilevabili già nelle precoci fasi di vita del bambino, fino all'oscillazione propria degli episodi psicotici acuti.

I presupposti e le caratteristiche del trattamento verranno invece ripercorsi basandosi sul contributo della letteratura moderna attualmente presente, con particolare attenzione all'importanza di un approccio preventivo e di aggancio precoce oltre che multidimensionale nel trattamento di questa categoria di disturbi.

Verrà inoltre dedicato spazio alla prospettiva psicoanalitica sia nel percorso che conduce all'esordio della franca psicosi, che rispetto agli elementi rilevanti che caratterizzano il trattamento psicoanalitico ed il fenomeno del transfert con i pazienti psicotici.

Capitolo 1 - L'organizzazione della personalità ed il Sè psicotico

1.1 Cenni storici sulla attuale classificazione del livello di organizzazione della personalità

Per poter comprendere la struttura del carattere di un soggetto, e gestire di conseguenza in modo corretto tutto ciò che ne consegue (processo diagnostico, scelta della terapia adeguata...) è necessario compiere una distinzione tra due dimensioni interagenti, ovvero il livello evolutivo dell'organizzazione della personalità e lo stile difensivo dentro allo stesso carattere (Nancy M.W., 1999); anche Rosenfeld (1965) scrive di una distinzione tra lo "stato psicotico" ed il "nucleo o personalità psicotica", che risulta essere più statico nel tempo rispetto al primo.

Questo paragrafo si concentrerà sull'evoluzione storica che ha condotto alla corrente classificazione di stampo psicoanalitico che divide il livello evolutivo in: sano, nevrotico, borderline e psicotico, con il tardivo inserimento della dimensione borderline a fungere da ponte tra la nevrosi e la psicosi.

Prima della metà del XX secolo, la classificazione si divideva soltanto tra nevrotico e psicotico, basandone la valutazione su quello che oggi viene chiamato "esame di realtà": il livello nevrotico era caratterizzato da una generale percezione della realtà, quello psicotico da una perdita di contatto con essa.

Dal punto di vista psicoanalitico, Melanie Klein (1882, 1960) diede un importante contributo al tema parlando delle psicosi come di fenomeni connessi al fallimento

dell'accesso alla posizione depressiva ed alla conseguente caduta nella posizione schizoparanoide della prima infanzia, durante la quale siamo in grado di identificare due meccanismi caratteristici: la scissione e la identificazione proiettiva.

Le implicazioni a livello di trattamento rispetto a queste due iniziali categorie di riferimento, prevedevano che con il livello nevrotico fosse necessario compiere un'indebolimento del sistema difensivo del soggetto, a differenza del livello psicotico che invece necessitava maggiore strutturazione, ovvero un rafforzamento delle difese; in merito, è utile aggiungere che per quanto il livello di base Freudiana possa non essere privo di utilità, risulta oggi grossolano e poco capace di cogliere le numerose sfumature individuali.

Fu solo dalla metà degli anni 50 che molti psicoanalisti iniziarono a riscontrare la mancanza di una "categoria di mezzo" che permettesse di inquadrare la sofferenza di quei pazienti che apparivano privi della stabilità globale generalmente attribuibile ad un soggetto con un livello evolutivo nevrotico, ma senza la presenza dei consueti sintomi del livello psicotico, quali allucinazioni e deliri che permanessero costanti nel tempo.

Come li definisce la McWilliams (1999): "erano pazienti troppo sani per essere considerati pazzi e troppo pazzi per essere considerati sani" (p.75).

Con questo spazio da colmare, vennero condotti degli studi che fornivano sostegno empirico circa l'esistenza della "sindrome borderline" che includeva uno spettro di gravità a partire dal confine con la nevrosi fino ad arrivare a quello con la psicosi. (Grinker, Werble e Drye, 1968).

Diversi autori contribuirono solidamente alla definizione di questo nuovo livello

evolutivo, (Kernberg, 1975, 1976), (Masterson, 1976), (M. Stone, 1986) rendendo nel tempo ampiamente accettato il concetto di “livello borderline di organizzazione della personalità”.

Anche J. Lacan, psicoanalista francese, a partire dagli anni 70 tentò di contribuire al superamento della rigida ripartizione tra nevrosi e psicosi, attraverso l’elaborazione della clinica dei “nodi borromei”, secondo la quale la struttura psichica di un individuo ed il suo conseguente rapporto con la realtà sarebbero piuttosto la risultante di una *saldatura* corretta dei tre registri (simbolico, immaginario e reale) per mezzo di un quarto, il “Nome-del-Padre”, termine utilizzato da Lacan per indicare il Complesso Edipico; nei funzionamenti psicotici, l’annodamento degli anelli è errato, producendo una struttura incapace di sostenersi (*Lacan, 1972*).

Ancora più recentemente, è stata ipotizzata la presenza di “momenti psicotici” anche nella cura di soggetti nevrotici (10), rigettando di fatto l’equazione tra episodi deliranti/allucinatori e psicosi. Al riguardo, Piera Aulagnier ha identificato la presenza di momenti psicotici come una “zona sinistrata” all’interno della sfera psichica di un soggetto. Sulla scia di riflessioni proposte da Winnicott, Roussillon (2011) ha parlato di “soluzione psicotica” come di una “organizzazione difensiva che mira a proteggere da un’angoscia disorganizzatrice” connessa ad una esperienza di “terrore agonico inelaborato”

1.2 Il modello dimensionale di Kernberg (1984)

Come accennato nel paragrafo 1.1, Kernberg è stato uno degli autori che ha fornito un importante contributo per rendere stabilmente accettata l'attuale concezione di stampo psicodinamico dei differenti livelli organizzativi della personalità, strutturando un modello dimensionale che basandosi sulla collocazione del soggetto sui continuum delle cinque dimensioni di riferimento, permette di dedurre il livello evolutivo psichico.

Quindi, secondo Kernberg (1984), il livello di organizzazione della personalità di un individuo può essere individuato a seconda di dove il soggetto si colloca lungo

tre + due importanti dimensioni: (1) l'identità, con un continuum che va da un'esperienza interiore integrata e stabile del Sè e dell'altro, fino ad una struttura dell'identità patologica (corrispondente alla diffusione dell'identità); (2) le difese, che a loro volta si muovono su un continuum che va dalla dominanza della vita psichica da parte di meccanismi difensivi primari (ad esempio, sublimazione, rimozione, isolamento dell'affetto...) (Anna Freud, 1961) fino alla dominanza da parte di meccanismi di difesa secondari (ad esempio, proiezione, negazione, dissociazione o scissione); (3) l'esame di realtà, dimensione che Kernberg (1996) descrive come la "capacità di differenziare il sé dal non-sé, gli stimoli interni da quelli esterni, e di mantenere l'empatia con i normali criteri sociali di realtà" (p.120), ed il cui continuum oscilla fino ad una grave distorsione della realtà percepita, che corrisponde appunto all'assenza di esame di realtà. Risulta tipicamente presente nei livelli di funzionamento psicotici.

Secondo lo stesso modello esistono due ulteriori dimensioni utili per l'individuazione del livello evolutivo, che risultano però particolarmente compromesse nei livelli di

organizzazione più bassi: (4) l'aggressività, che si muove lungo la misura in cui una persona è in grado di modulare il vissuto e l'espressione dell'aggressività o viceversa ne viene completamente dominata; e (5) i valori morali, distinti nella misura in cui l'esperienza interiore e il comportamento di una persona seguono valori morali interiorizzati stabili o al contrario, viene dominata da un sistema valoriale eccessivamente rigido o dalla loro completa assenza.

1.2.1 Un riepilogo sui singoli livelli di organizzazione

Sulla base di quanto appena descritto, siamo quindi in grado di tracciare i contorni che caratterizzano i vari livelli evolutivi: una personalità nevrotica avrà un'identità stabile e integrata, lo schema difensivo sarà dominato da difese primarie, l'esame di realtà risulterà intatto, e presenterà un'aggressività ed un sistema valoriale anch'essi integrati; gli ultimi due elementi sono caratteristici proprio dell'organizzazione nevrotica della personalità.

Il livello evolutivo borderline è quello che assorbe la maggior parte dei disturbi di personalità, ricordando la distinzione che compie Nancy McWilliams (1999) tra il livello e lo stile difensivo dentro allo stesso carattere; lo sviluppo di uno specifico disturbo della personalità rispetto ad un altro risulta determinato da una combinazione di fattori neurobiologici (ad esempio, temperamento, aggressività) e ambientali (ad esempio, abuso, trascuratezza), nonché da una dimensione di gravità.

Lo stesso livello è caratterizzato da un esame di realtà ampiamente intatto ma con una predominanza di meccanismi difensivi primitivi quali la scissione, il pensiero magico e la

proiezione; presenza inoltre una marcata diffusione dell'identità e può distinguersi per la presenza di segni aspecifici, tra cui una bassa tolleranza dell'ansia e uno scarso controllo degli impulsi.

Infine, nel livello psicotico dell'organizzazione della personalità, la capacità di possedere un efficiente esame di realtà è assente.

Kernberg riserva questo livello ai disturbi dello spettro schizofrenico ed alle forme gravi dei disturbi dell'umore (Trull & Durrett, 2005).

1.3 Il continuum nevrosi - psicosi

La ripartizione in livelli di cui si è trattato nei paragrafi precedenti, è indubbiamente un percorso che ad oggi risulta utile per collocare il paziente in ottica diagnostica, orientando il professionista nelle proprie scelte terapeutiche.

Nonostante la sua utilità però, il modello dimensionale non deve essere trattato come un approccio “in blocchi”, bensì mantenendo presente l'ottica di continuum dentro cui ha senso utilizzarlo.

Questo significa che i confini tra livelli organizzativi non sono nettamente determinati, ma esistono continui sconfinamenti, differenze individuali e gradi di gravità intermedi inseribili tra un livello ed un altro.

Per esempio, i risultati di una revisione della letteratura da parte di Stip & Letourneau (2009) suggerisce che le esperienze deliranti e allucinatorie sono più comuni nella popolazione generale di quanto ci si possa aspettare e che possa quindi esistere un

continuum sintomatico tra persone che sono e persone che non sono state diagnosticate con indubbi disturbi psicotici.

Ancor più recentemente, è stata ipotizzata la presenza di cosiddetti “momenti psicotici” anche nella cura di soggetti nevrotici (Balsamo, 2014), rigettando così l’equazione tra episodi deliranti e/o allucinatori e la diagnosi di psicosi; sulla scia degli scritti di Winnicott (1987), anche Roussillon (2011) ha parlato di “soluzione psicotica” atta ad intendere una “organizzazione difensiva che mira a proteggere da un’angoscia disorganizzatrice” connessa ad una esperienza di “terrore agonico inelaborato” (Roussillon, 2011, citato da Balsamo, 2014, p.208).

Ulteriori revisioni della letteratura scientifica moderna indicano come la popolazione clinica rispetto ai disturbi psicotici e quella generale condividano elementi interessanti come: (1) la maggiore propensione dei soggetti più giovani di entrambe le popolazioni di manifestare idee considerabili insolite o strane; (2) una differenza a livello di genere che classificherebbe le donne sia nella popolazione generale che in quella clinica, più inclini a ottenere punteggi più alti degli uomini rispetto ai sintomi positivi che misurano la personalità schizotipica, mentre gli uomini di entrambe le popolazioni ottengono frequentemente punteggi più alti nell’ordine dei sintomi negativi (Stip & Letourneau, 2009).

Secondo l’ottica del continuum è quindi possibile considerare la psicosi (in questo caso) come una dimensione dell’esperienza umana, che, quando raggiunge un certo grado di compromissione può trasformarsi in un disturbo psichiatrico vero e proprio.

Lo stesso ragionamento soprastante si applica rispetto alle caratteristiche di *ogni* livello di organizzazione.

Un altro utile esempio che aiuta a definire il senso del continuum è come il livello di organizzazione della personalità borderline, che come è stato precedentemente accennato funge da base di funzionamento alla maggior parte delle diagnosi di disturbi di personalità, sia suddivisibile a sua volta in ulteriori gradi di gravità sfumati: un livello evolutivo borderline che potremmo definire intermedio comprende le diagnosi di personalità narcisistiche, passivo-aggressive e "infantili" a più alto funzionamento; mentre le personalità antisociali, schizoidi e paranoide sono considerate appartenenti a un'area più bassa dello stesso livello evolutivo (Hörz-Sagstetter et. al., 2021).

Non perdere di vista la natura del continuum, permette di non tralasciare le dimensioni dei disturbi che non siano solo quelle sintomatologiche, permette di non impostare l'ottica del trattamento come farmaco-centrica (specialmente nei disturbi psicotici) e di dare la giusta rilevanza alle differenze individuali, evitando un approccio deterministico e riduttivo.

1.4 Il concetto di Sè

Il Sè è un concetto che è stato oggetto di studio di numerosi autori nell'ambito di discipline come la sociologia, la filosofia e la psicologia, i quali hanno sviluppato diverse teorie che potessero essere utili a spiegare cos'è e come si sviluppa.

Il pioniere del concetto di Sè è stato William James (1890), psicologo, che verrà approfondito successivamente; seguito da Charles Horton Cooley, sociologo americano ed autore della "teoria del looking-glass-self" o del "Sè rispecchiato", in cui descrive il

Sé come una struttura legata all'autoconsapevolezza che si fonda sulle esperienze sociali e relazionali (1902).

Successivamente, anche il filosofo George Herbert Mead ha teorizzato che lo sviluppo del Sé fosse molto influenzato dalla relazione e dalla interazione con gli altri, ma, a differenza di C.H. Cooley, riducendo l'“altro” a poche figure significative che agiscono su fasi evolutive specifiche (Mead, 1934).

Anche Melanie Klein (1940), psicoanalista austriaca ed autrice della “Teoria delle relazioni oggettuali” ha rivolto lo sguardo verso il concetto di Sè ed il suo legame con l'autostima e le esperienze relazionali nella vita dell'individuo.

Partendo dagli scritti della Klein W. R. Bion (1897,1979) teorizza l'esistenza di un “apparato per pensare”, che attraverso la funzione materna di rêverie può gradualmente strutturarsi e dare forma al Sè dell'individuo. (*Bion, 1967*).

Heinz Kohut (1971 - 1977), un altro psicoanalista austriaco, invece manterrà il focus relazionale degli autori precedenti ma prenderà distanza dal punto di vista pulsionale e lo sostituirà con la metapsicologia del Sè.

Secondo William James (1890), autore che si è ampiamente occupato del tema, “il sé deriva da una costruzione personale (attiva) dell'individuo su di sé” (p. 210).

Questo concetto viene dall'autore diviso tra l'Io e il Me; l'Io è la porzione di soggetto in grado di conoscere, prendere iniziativa e compiere riflessioni sul Sè, mentre il Me si riferisce a quanto del Sè è conosciuto dall'Io (ovvero il modo in cui il soggetto vede se stesso).

William James (1890-1893) nei suoi scritti spiega che il Sé è un elemento fortemente in relazione con lo sviluppo dell'autostima, che definisce essere la risultante del rapporto tra il Sé percepito e il Sé ideale di un individuo.

Il *Sé percepito* corrisponde al concetto di sé, alla consapevolezza delle abilità, delle caratteristiche e qualità che il soggetto possiede o di cui è mancante; il *Sé ideale* è invece equivalente all'immagine della persona che si desidera essere.

Secondo questo approccio, maggiore sarà la discrepanza tra Sé percepito e Sé ideale è ampia, maggiore sarà l'esperienza del soggetto di un senso d'insoddisfazione, e l'autostima originata risulterà bassa e fragile (William James, 1980, citato da Seligman, 1996, p.30).

1.4.1 Melanie Klein, il modello delle relazioni oggettuali

Anche l'approccio psicomodinamico si accosta profondamente all'idea che l'acquisizione dell'autostima sia strettamente connessa alla formazione del Sé.

Il modello della Klein (1940) è di derivazione freudiana, sebbene l'autrice prenda distanza da alcuni elementi che invece stanno alle basi del pensiero di Freud; l'autrice considera infatti l'Io come qualcosa che, seppur poco integrato e in una forma primitiva, esiste sin dalla nascita ed è quel che a suo avviso permette di stabilire delle relazioni oggettuali, inoltre, secondo Freud tutto l'impianto dinamico poggia sul meccanismo difensivo della rimozione, mentre per la Klein è fondamentale la triade scissione – introiezione – proiezione.

La Teoria della relazioni oggettuali (Melanie Klein, 1940) concepisce il mondo interno del bambino come popolato da pulsioni e da oggetti, ovvero delle rappresentazioni interne sui quali le stesse pulsioni vengono investite.

Fin dalla nascita, il bambino vive la drammatica conflittualità tra pulsione di morte e pulsione di vita e lotta per e lotta per riuscire ad integrare le due pulsioni primarie nell'interazione sociale costruttiva, un passo fondamentale nello sviluppo dell'infante è infatti il raggiungimento di una graduale depolarizzazione di queste due pulsioni.

L'autrice spiega come le prime esperienze di relazione del bambino siano *scisse* tra completamente buone con oggetti "buoni" e esperienze completamente cattive con oggetti "cattivi", come nel caso del seno materno: esso viene percepito come un oggetto, appunto, che a volte soddisfa prontamente le necessità fisiologiche nel bambino, e questo permette di generare una sensazione positiva di gratificazione.

Altre volte però i desideri del bambino vengono frustrati dalla realtà esterna, facendo sì che il bambino viva un'esperienza scissa dello stesso oggetto: ciò che aveva considerato come "buono" è ora cattivo, distruttivo e fonte di malessere.

La danza fatta d'oscillazioni tra esperienze buone ed esperienze cattive viene bilanciata dal concetto di riparazione (Melanie Klein, 1929), termine che indica il tentativo condotto durante queste prime fasi di vita dalla madre per rimediare a un danno arrecato, in fantasia o in realtà, all'oggetto d'amore.

Questo comporta perciò un lavoro di ricostruzione sia del mondo interno del soggetto che del mondo esterno e si accompagna necessariamente ad un processo di elaborazione dell'ambivalenza e dei conflitti.

La nuclearità del concetto di riparazione sta nel modo in cui dimostra come non sia necessaria per un sano sviluppo del Sè la totale assenza di esperienze “cattive” nella relazione tra madre e bambino, quanto invece è fondamentale la capacità del caregiver di porre rimedio ad esse con la conseguente possibilità di tollerare il dolore e accettare la propria responsabilità nei confronti dell'oggetto stesso; questi sono tutti requisiti che permettono la graduale integrazione dell'Io.

Il concetto di riparazione viene approfondito e definitivamente presentato dalla Klein (1953) in relazione all'illustrazione delle posizioni: essendo la natura dell'Io fondamentalmente relazionale, la mente adotta una *posizione* nei confronti degli oggetti interni che la abitano, investendoli dei portati della posizione di vita, della posizione di morte o di entrambe.

La prima posizione descritta dall'autrice è quella definita “schizo-paranoide”, copre il lasso di tempo che va dalla nascita fino ai cinque mesi e poggia principalmente sui meccanismi difensivi di scissione e identificazione proiettiva.

L'assenza di sensazioni gratificanti (piacere orale, calore, presenza...) non è concepibile dall'Io di un infante, ancora embrionale ed in via di strutturazione, attiva così una pulsione di morte che viene proiettata all'esterno trovando meta in oggetti persecutori, che generano fantasie disintegranti e angosce persecutorie, che il lattante cerca di combattere con l'introiezione e l'identificazione con il seno buono, idealizzato.

Gli elementi centrali di questa posizione sono i meccanismi di scissione e proiezione,

quindi l'ambivalenza profonda che il bambino prova verso il seno, che da soddisfatto ama e da frustrato odia, producendo la scissione tra: il seno buono e quello cattivo; nella posizione schizo-paranoide anche l'Io rudimentale è dunque scisso in parti buone e parti cattive, è frammentato, e spesso è confuso nell'oggetto a causa dell'identificazione proiettiva.

E' fondamentale che in questo antagonismo duale, l'angoscia generata dagli oggetti persecutori possa poter essere adeguatamente rassicurata dall'efficace e costante presenza di oggetti buoni attraverso una positiva presenza materna.

Tra i quattro e i dieci mesi di vita, con i progressi dello sviluppo cognitivo e l'accumularsi di esperienze buone, l'infante gradualmente entra nella seconda posizione, quella "depressiva".

La madre, lungo il corso di questa posizione diventerà non più un insieme di porzioni anatomiche e frammenti di sensazioni ed esperienze ma un oggetto totale, ma una persona che contiene unitariamente e dà stabilità, un oggetto *integrato*.

È perciò nella posizione depressiva che il bambino può cogliere un cambiamento importante nella sua esperienza relazionale: comprendere come le angosce persecutorie e la realtà di pericolo che vive e che coinvolge il suo mondo interno ed esterno è in realtà frutto alle sue stesse fantasie ed ai suoi stessi investimenti pulsionali.

A questa scoperta è densamente legato il concetto di riparazione: il bambino, che durante la fase schizoparanoide ha aggredito e tentato di distruggere il seno cattivo, riesce a riconoscere ora che il seno buono coincide con quello cattivo, per cui viene sopraffatto dal senso di colpa che lo spinge a *riparare* l'oggetto che prima ha, in realtà o in fantasia, aggredito e danneggiato.

1.4.2 W. R. Bion e l'apparato per pensare i pensieri

È proprio a partire dagli scritti di Melanie Klein - e dello psicoanalista austriaco S. Freud - che W. R. Bion (1897,1979) formulò le proprie teorizzazioni rispetto alla nascita del pensiero attraverso l'esistenza di un "apparato per pensare i pensieri".

L'autore prende distanza dalla prospettiva pulsionale dell'arco riflesso freudiano, sostituendola con quella dell' "apparato digestivo" (Bion, 1962).

Nel modello dell'arco riflesso, in Freud (1985), il pensiero nasce sempre come ritardo dell'azione, come azione di prova, e la pulsione governa la scena; l'uomo freudiano è infatti narrato come costantemente mosso dalla pulsione, dai desideri, ed è questa spinta ad agire, questo continuo tendere ad un corto circuito che spinge l'uomo alla scarica, al compimento, alla realizzazione.

Bion (1962) parla invece di apparato digestivo, introducendo una metafora cruciale: l'uomo non è impegnato dai suoi desideri, bensì dall'impatto con la verità, che non è assimilabile senza il dolore. Assimilare la verità significa *digerire* gli eventi, compiere un passaggio che li trasforma da estranei a familiari e pensabili.

L'apparato per pensare i pensieri bioniano, è quindi concepito come una macchina capace di determinare questa trasformazione degli *elementi beta*, definibili come il materiale grezzo e non metabolizzato, «le impressioni sensoriali coscienti e le emozioni provate (Bion, 1962) » utile per produrre pensiero, in *elementi alfa*, ovvero elementi dell'esperienza che possono essere collegati l'uno all'altro dentro ai processi di pensiero conscio, inconscio ed onirico; questo passaggio trasformativo è permesso mediante l'utilizzo della funzione alfa.

Gli elementi alfa possiedono dunque, le caratteristiche che rendono possibile l'attività di pensiero, di ricordo ed onica. Citando Bion (1962): «Difatti la funzione alfa trasforma le impressioni sensoriali in elementi alfa i quali hanno somiglianza – se addirittura non sono la stessa cosa – con le immagini visive che ci sono familiari nei sogni – quegli elementi cioè che svelano il loro contenuto latente quando l'analista li abbia interpretati» (p. 6-7).

Gli elementi beta, che al contrario non possiedono quelle caratteristiche, non risultano adatti per le operazioni di pensiero, e si configurano quindi come «fatti indigeriti», rimanendo «disponibili per le operazioni dell'identificazione proiettiva» (Bion, 1962, p. 6-7).

La strutturazione della funzione alfa, meccanismo fondamentale per la traduzione in elementi pensabili del materiale sensoriale grezzo, va di pari passo con la graduale strutturazione del Sè dell'individuo; durante le prime fasi di vita, la funzione alfa coincide con il concetto bioniano di *rêverie*, o funzione materna, per cui la madre mette la propria funzione alfa al servizio di quella ancora troppo immatura del bambino (Bion, 1962).

La mente dell'infante che entra in un primo contatto con il mondo esterno si riempie di immagini allucinatorie, frammenti sensoriali e percettivi, cose del mondo e della mente dotate di una forma ma private di luogo e significato; se la mente riesce a operare la rimozione o una negazione non distruttiva, questi elementi mentali vengono inseriti in una trama, linguistica e figurale, e acquistano così una collocazione.

Anche le inevitabili frustrazioni nel rapporto con il seno materno nella prima infanzia scatenano nel neonato sensazioni angosciose di morte, che soltanto dopo essere state

contenute e metabolizzate nella mente della madre possono venire restituite ed assimilate come una tollerabile paura di morire (Bion, 1962).

Insieme alle proprie esperienze emotive rese pensabili dalla rêverie materna, il bambino introietta così un oggetto accogliente e comprensivo col quale identificarsi, sviluppando via via la sua capacità di pensare; è quando questa trasformazione non si verifica che si ha lo sviluppo della psicosi (Bion, 1967).

1.4.3 Le differenze negli stati psicotici

Durante la delicata prima fase di vita e di sviluppo, come è stato illustrato, viene messa al centro la relazione che si instaura tra il bambino e la madre, che deve necessariamente essere sufficientemente buona (Winnicott, 1987), ovvero un soggetto adulto capace di cogliere e rispondere adeguatamente alle necessità fisiologiche e psichiche del bambino e di attuare una riparazione quando essa risulti necessaria.

Come spiegato da Melanie Klein (1953), il superamento della posizione depressiva implica che nel momento in cui la madre trasmette segnali d'amore costanti, allora il bambino è in grado di percepire che l'oggetto amato non è vendicativo e distruttivo, infatti è in questo periodo che egli giunge ad organizzare le proprie percezioni attraverso processi introiettivi e proiettivi.

Questo permette al bambino di abbandonare i sentimenti di abbandono e depressione provenienti dall'ambivalenza del seno buono/cattivo, e di continuare a costruire la fiducia nella propria bontà ed in quella altrui.

Quando però ci troviamo in assenza di un contatto sereno ed intimo con l'oggetto

d'amore, invece che risolversi, l'ambivalenza e l'angoscia di annientamento interiore si intensificano, arrestando o annientando i processi che permettono di conquistare gradualmente la realtà interna.

Il punto di fissazione della psicosi giace quindi nella posizione schizo-paranoide e all'inizio di quella depressiva: quando si assiste ad una regressione a questi livelli nel soggetto adulto, significa che il senso della realtà è perduto e l'individuo diviene psicotico (Hanna Segal, 1973).

Negli stati psicotici le angosce persecutorie sono intense al punto che l'oggetto dell'identificazione viene re-introiettato, generando una percezione delirante che la mente e il corpo siano sotto controllo esterno.

In condizioni cosiddette "normali" predominano le esperienze relazionali gratificanti, che attivano un "circolo del bene" grazie al quale si fa sempre minore il ricorso all'investimento delle pulsioni di morte, così come la necessità di utilizzo della scissione da parte dell'Io (Melanie Klein, 1953).

Questo non accade invece negli stati psicotici, dove le esperienze gratificate risultano cronicamente insufficienti alla naturale progressione psichica dell'infante; le angosce persecutorie non si risolvono e permane quindi l'esigenza di proiettare e animare oggetti cattivi e scenari persecutori, che rendono impossibile condurre ad una positiva strutturazione di un Io non scisso ma piuttosto ben integrato.

Similmente, anche Bion (1967) ha illustrato come attraverso la funzione materna o rêverie, la madre provveda al bisogno di amore, comprensione ed al nutrimento psichico del bambino, così come con il latte provvede al suo nutrimento fisico.

Negli stati psicotici però, non trovando l'infante una adeguata accoglienza che dia senso alle sue proiezioni e stimoli lo sviluppo della sua propria funzione alfa a causa di gravi carenze della rêverie materna, si genera la reintroiezione di un terrore senza nome che non risulta integrabile nella sua personalità in via di sviluppo che sfocia nell'innescarsi di un disturbo strutturale del pensiero e nello scatenamento psicotico.

La mancata acquisizione della capacità di "digestione" degli elementi beta nel bambino ed il conseguente fallimento della funzione simbolica della mente, ne provoca sotto forma di allucinazioni, oggetti bizzarri, paurosi, ossessivi, gli stessi che più tardi - nell'individuo adulto psicotico - andranno a popolare il suo delirio (Bion, 1967).

1.4.4 Kohut e la Psicologia del Sè

Heinz Kohut è un altro autore di centrale importanza rispetto ai contributi apportati alle teorie di formazione del Sè, che può dunque aiutarci ad aggiungere elementi nella differenziazione di struttura che esiste tra le condizioni di sviluppo "normali" e gli stati psicotici.

A differenza della sopracitata Melanie Klein e di Sigmund Freud, che mantiene la metapsicologia psicoanalitica come il riferimento teorico per la psicopatologia delle relazioni oggettuali, Kohut (1971) si allontana gradualmente dal punto di vista pulsionale assumendo, invece, la metapsicologia del Sé come riferimento teorico per lo sviluppo e la psicopatologia del narcisismo.

Una questione centrale nella psicologia del Sè di Kohut (1976), è infatti che esista uno sviluppo narcisistico della personalità, visualizzabile come un continuum che si

sposta da una condizione originaria di grandiosità arcaica per giungere poi gradualmente, con i necessari e adeguati supporti affettivi, ad un narcisismo più evoluto, sano e costruttivo, sulla cui base poggiano l'autostima e le sane aspirazioni.

Il narcisismo dunque diviene il tema principale per lo sviluppo di una coesione del Sé, raggiungibile grazie ad uno sviluppo caratterizzato da risposte di rispecchiamento ed empatia da parte del *caregiver* (oggetto-Sé) ai bisogni del Sé di coesione e di crescita del bambino.

La responsività e le risposte rispecchianti vanno così nutrendo la formazione del Sé nucleare dell'infante e determinando la sua struttura di personalità, che verrà poi integrata con le ambizioni, gli ideali ed i talenti (Kohut, 1976).

La novità della prospettiva Kohutiana (1976) risiede principalmente nel modo in cui l'autore ribalta le concezioni classiche, considerando la dimensione narcisistica della personalità prevalentemente nei suoi aspetti sani e adattivi, caratterizzandola come il "collante psichico" che tiene unito il Sé nelle fasi precoci dello sviluppo.

L'apporto narcisistico fornisce quindi il carburante necessario alla costituzione delle strutture psichiche: esiste uno stadio infantile, successivo al narcisismo primario, in cui si stabilisce il Sé grandioso del bambino caratterizzato da onnipotenza e grandiosità (manifesto attraverso l'esibizionismo e le fantasie grandiose).

Il narcisismo nel suo senso patologico scaturirebbe proprio da una fissazione sul Sé grandioso arcaico: in seguito a una serie di fallimenti ambientali precoci, il Sé resta congelato a una configurazione primitiva, non strutturata, provocata dall'estrema carenza di risposte empatiche e rispecchianti nella relazione con il *caregiver* che ne

compromette quindi la sua evoluzione più matura - più comunemente conosciuta - come “autostima” e “fiducia in sé stessi”.

La concettualizzazione della formazione del Sé secondo l'autore comincia con una iniziale costituzione bipolare descritta in *Narcisismo e analisi del Sé* (1971) che viene riconsiderata poi nel 1977, anno in cui Kohut cambia la propria concezione del Sé come formato da una struttura interna in tre costituenti che si formano in funzione alla relazione con i suoi oggetti sé: il primo costituente è il polo delle ambizioni, che si relaziona all'oggetto sé speculare; il secondo costituente è il polo degli ideali, che si struttura con la funzione oggetto-sé idealizzante; mentre il terzo ed ultimo costituente legato ai talenti ed alle capacità si struttura con la funzione oggetto sé gemellare.

Più precisamente, con il termine “oggetti-Sé” si definiscono delle rappresentazioni arcaiche dell'oggetto investito di libido narcisistica, che sono sostanzialmente persone fisicamente intese separate dall'individualità dal bambino, ma che egli percepisce come profondamente connesse al Sé nucleare arcaico poichè non è stata ancora raggiunta la fase di separazione-individuazione che permette al bambino di compiere una differenziazione psichica tra Sé e l'altro.

Essi svolgono fondamentali funzioni volte alla progressiva strutturazione di un Sé coesivo adulto; infatti, l'obiettivo è che crescendo le stesse funzioni possano essere svolte in autonomia dalla struttura psichica dell'individuo, una volta sufficientemente evoluta.

Il raggiungimento di questa strutturazione dipende appunto dalla qualità delle relazioni tra il Sé ed i suoi oggetti durante la prima infanzia, che può condurre all'emersione di

una struttura solida e sana oppure più o meno gravemente danneggiata, fino ad arrivare agli irreversibili stati psicotici (Kohut, 1978).

Le due centrali funzioni svolte dagli oggetti-Sè sono: la funzione parentale riflettente (svolta dall'oggetto-Sé riflettente) e la funzione di accoglimento (svolta dall'oggetto-Sè idealizzato).

Nella prima funzione, la madre, in questo caso definita come oggetto-Sé riflettente funge da specchio dentro cui il bambino può vedere riflessa le sua fantasticata onnipotenza e grandiosità; questo è in grado di verificarsi solo se la madre risponde con accettazione e orgoglio di fronte alle manifestazioni di onnipotenza e grandiosità del bambino, facilitando così un'*introiezione trasmutante* positiva e quindi la strutturazione di un futuro Sé sano e coesivo.

Quando questa funzione risulta carente però, espone l'individuo al rischio di sviluppo di psicopatologie del Sé e, a seconda della gravità della compromissione, può condurre allo sviluppo di uno stato psicotico.

La seconda funzione è quella di accoglimento, ed è in accordo con il bisogno di idealizzazione delle figure parentali: il bambino ha bisogno di potersi creare un'immagine idealizzata dei genitori e di fondersi a questo oggetto-Sé idealizzato che gli consenta di sentirsi al riparo dall'angoscia di fronte ai pericoli esterni.

Il bambino infatti, in questa fase, esperisce gli stati emotivi dell'oggetto (madre) come se fossero i propri, in quanto ancora incapace a compiere una differenziazione tra il Sé e l'altro, pertanto quando l'oggetto (madre) non è in grado di rapportarsi empaticamente o risulta terrorizzante reagendo con risposte ipocondriache, maniacali, depressive o con il

rifiuto, il bambino verrà coinvolto in una fusione tossica da cui tenta disperatamente di fuggire con esiti spesso autodistruttivi.

1.4.5 Lo sviluppo negli stati psicotici

Ricapitolando l'essenza dei contributi di Kohut possiamo affermare che il percorso di strutturazione di un Sé adulto e coeso è un processo che richiede tempo e necessariamente gradualità, e mette al centro la qualità della relazione tra gli oggetti-sè ed il Sé dell'individuo nella delicata fase di sviluppo.

Questo è ciò che non è potuto accadere nei pazienti psicotici, in quanto nel corso del normale sviluppo umano tutti noi abbiamo diritto ad avere l'opportunità di fonderci con un oggetto calmante e idealizzato come precursore della creazione della capacità di autoregolazione affettiva, stabilità psicologica e crescita, ma quando l'ambiente parentale precoce fallisce, restituisce un sé non integrato, frammentato e non adeguatamente strutturato.

È proprio a causa di queste fondamenta mancanti che per i pazienti psicotici, la matrice empatica della terapia individuale risulta essere uno strumento fondamentale, e diventa una vera necessità psicologica per poter mantenere l'equilibrio emotivo e la coesione interna, per prevenire ulteriori regressioni o frammentazioni psicotiche e, infine, per interiorizzare un senso di sé più stabile.

Dalla prospettiva di Kohut (1977) quindi, vedremo sotto il polo dello sviluppo del Sé grandioso, negli individui sani, forme mature di autostima e fiducia in se stessi.

Quando invece si verificano piccoli fallimenti nel corso dello sviluppo che influiscono

sulla coesione interna, si genereranno disturbi narcisistici della personalità, accompagnati da richieste eccessive di attenzione e frammentazione parziale dell'Io grandioso; nelle psicosi franche invece, si assiste a una ricostituzione delirante di un Sé grandioso in una sorta di fredda grandiosità paranoica, che agisce come se nessun altro fosse necessario.

Allo stesso modo, anche nella fase normale dello sviluppo dell'oggetto-sè idealizzato si presentano: ammirazione per gli altri e importanti obiettivi del Sé, ma nel caso di un disturbo narcisistico, si assisterà ad un bisogno impellente di fusione con un potente oggetto idealizzabile, mentre nell'esperienza psicotica, il bisogno di un oggetto onnipotente può essere nuovamente sperimentato dal Sé con un senso di forte persecuzione.

Perciò, così come è stata introdotta l'intera tematica - ovvero parlando del concetto di continuum nevrosi-psicosi - concettualizziamo la relazione tra il Sé ed i suoi oggetti lungo tutto il corso dell'esistenza individuale: si tratta di fatto di un continuum in cui collocare queste relazioni, e anche nello sviluppo normale si continua a tratti a sperimentare una dipendenza dalla presenza funzionale di altri significativi (ovvero gli oggetti-sè) per continuare a coltivare esperienze positive di autostima, coesione e valore di Sé.

È proprio in quest'ottica che la psicosi smette di assumere una collocazione alienata e distante dalla vita psichica e dall'esperienza interiore "normale"; è invece fondamentale per comprenderla riuscire a mantenere un buon grado di empatia verso questi naturali e trasversali bisogni del Sé (W. Pollack, 1989).

Capitolo 2 - Difese e disturbi psicotici

2.1 I meccanismi di difesa

Il concetto di “meccanismo di difesa” è figlio della psicoanalisi e venne formulato nel saggio sulla Neuropsicosi da difesa (Freud, 1894), che avanzava l’ipotesi che il nevrotico e lo psicotico, allora poco distinti, si difendessero dalle rappresentazioni incompatibili.

“L’Io si avvale di diversi procedimenti per essere all’altezza del proprio compito, per evitare pericoli, angoscia, dispiacere [...] Noi chiamiamo questi procedimenti, meccanismi di difesa” (Freud, S., *Analisi terminabile e interminabile*, 1937).

Concetto proposto quindi per la prima volta da Sigmund Freud al fine di riuscire a spiegare il funzionamento dell’inconscio, l’autore li definisce come “designazione generale per tutte le tecniche di cui l’Io si avvale nei suoi conflitti che possono eventualmente sfociare nella nevrosi”, ovvero come funzione propria dell’Io attraverso cui quest’ultimo si protegge da eccessive richieste libidiche o da esperienze pulsionali troppo intense che non è in grado di fronteggiare direttamente.

Essi sarebbero quindi volti a negare l’accesso alla coscienza al rappresentante psichico di una pulsione e, contrariamente a quanto sarà affermato da altri autori, l’angoscia secondo Freud (1925) sarebbe la causa - e non l’esito - dei meccanismi di difesa.

La ricerca e la letteratura è poi proseguita grazie al contributo di numerosi altri autori

(A. Freud, 1936; Fenichel, 1941; Klein, 1953; M. Williams, 1999) che hanno arricchito ed approfondito il tema.

Anna Freud (1936) per prima pubblicò l'“Io e i meccanismi di difesa” in cui sono elencati *nove* meccanismi di difesa che il padre aveva già descritto in modo non sistematico nelle sue opere.

Il contributo dell'autrice si rifà principalmente: all'enfasi che pone sull'aspetto adattivo e non soltanto patologico dei meccanismi di difesa, che considera fondamentali per la formazione della personalità; all'ordinamento gerarchico degli stessi lungo una linea evolutiva che va da un estremo di immaturità/disadattamento ad un opposto di maturità/adattamento ed alla descrizione dettagliata che fornisce rispetto alla varietà ed all'intensità dei vari meccanismi (A. Freud, 1936).

L'approccio di A. Freud aiuta quindi a cogliere la differenza tra meccanismi di difesa primitivi e maturi, a cui segue un approfondimento fornito da Melanie Klein (1953) che si è focalizzata sul versante evolutivo più immaturo (primitivo), non considerando più i meccanismi soltanto come difese dell'Io, bensì come veri e propri organizzatori della vita psichica dai quali dipende l'intero schema difensivo e di contatto che l'individuo adotta verso il mondo esterno.

Con Anna Freud e Melanie Klein, anche Kernberg (1984), Vaillant (1971-1977) e Nancy Mc Williams (1999) condividono la dimensione di continuum in cui vengono inseriti i meccanismi stessi, che compongono così il pattern difensivo di ogni individuo che si colloca a qualche altezza della linea evolutiva.

Ad oggi, si è raggiunto il riconoscimento di un terreno clinico comune (“*common ground*” indicato da Wallerstein, 1992), e negli ultimi decenni i meccanismi difensivi

sono stati studiati dal punto di vista dei loro contenuti e della possibilità clinica di riconoscerli, classificarli, valutarli.

Questo “terreno comune”, porta oggi a definire i meccanismi di difesa come processi inconsci inferiti che mediano tra impulsi, desideri e affetti da un lato e proibizioni internalizzate o la realtà esterna dall’altro.

È inoltre ampiamente condivisa tra i rappresentanti della disciplina psicoanalitica anche l’idea che una struttura psichica caratterizzata da difese immature collocherà il soggetto all’interno di un funzionamento evolutivo borderline o psicotico (a seconda dell’intensità e della frequenza di utilizzo delle stesse e della prospettiva gerarchica figlia della sintesi tra i lavori di A. Freud (1936), Gedo e Goldberg (1973), Vaillant (1971-1977) e Lichtenberg (1971-1972)).

Questo costituisce un rapporto disadattivo con il reale, in quanto il massiccio utilizzo di difese immature risulta ricorrente, rigido e pervasivo piuttosto che avanzare uno stile difensivo flessibile, armonico e funzionale (R.B. White, R.M.Gilliland, 1978), determinando il funzionamento alla base di tutti i disturbi psicotici.

2.1.1 Esempi di meccanismi difensivi primitivi

Nell’accezione teorica fornita da Lichtenberg (1971) i meccanismi di difesa possono svilupparsi soltanto quando i mezzi cognitivo/percettivi necessari per il loro funzionamento risultano disponibili: ne consegue la possibilità di leggere il

carattere patologico di una specifica difesa sulla base della relativa inadeguatezza rispetto alla fase di sviluppo in cui si trova il soggetto.

Infatti, meccanismi di difesa qui descritti sono presentati sulla base di due categorie: quelli più maturi - di tipo nevrotico - che hanno a che fare con i confini interni all'individuo tra Io, Es e Super-Io, e quelli più primitivi - di tipo psicotico - che hanno invece a che fare con i confini tra Sè e il mondo esterno (Gabbard, 1992).

Il ricorso preferenziale ed automatico ad una particolare difesa o ad un pattern di difese da parte di un soggetto, che va a determinare il suo livello di organizzazione psichica, è il risultato di un'interazione complessa di fattori alla cui base troviamo la natura dei disagi e della sofferenza sperimentate durante la prima infanzia e l'esposizione all'organizzazione difensiva delle principali figure di attaccamento (Gabbard, 2007).

Le difese primitive che si strutturano nel primo periodo di vita di un bambino sono per definizione preverbali e prelogiche ed operano in maniera totalizzante, e talvolta magica, fondendo dimensioni cognitive, affettive e comportamentali; questo non accade invece con quelle secondarie che implicano trasformazioni specifiche del pensiero, del sentimento o del comportamento o di una loro combinazione. Fra di esse si annoverano convenzionalmente le seguenti:

Dissociazione - “distruzione del proprio senso di continuità nelle aree dell'identità, della memoria, della coscienza o della percezione al fine di mantenere l'illusione di un controllo psicologico di fronte ad un senso di impotenza e di perdita del controllo.

Anche se simile alla scissione, in casi estremi la dissociazione può comportare un'alterazione dei ricordi che si riferiscono a determinati eventi dovuta a una disconnessione del sé rispetto ad essi” (Gabbard, 1992, p.35).

Diniego - si manifesta come un disconoscimento di dati sensoriali che permette di evitare la consapevolezza di aspetti della realtà esterna che risultano troppo difficili da affrontare (Gabbard, 1992).

Identificazione proiettiva - viene inteso come processo difensivo inconscio attraverso il quale un affetto inaccettabile viene prima disconosciuto e poi proiettato su di un altro oggetto che diviene percepito come il reale promotore di quello stesso affetto o impulso.

Si differenzia dal meccanismo precedentemente illustrato della Proiezione, in quanto il materiale che viene proiettato non è totalmente disconosciuto ma erroneamente interpretato come una reazione giustificabile nei confronti dell'oggetto (Lingiardi, Madeddu, 1994).

Proiezione - questo meccanismo difensivo consiste nel percepire e reagire ad impulsi interni inaccettabili ed ai loro derivati come se fossero al di fuori del Sè. Nel caso della proiezione però, differentemente dall'identificazione proiettiva, il bersaglio di questa non sperimenta una sensazione di cambiamento (Gabbard, 1992).

Scissione - definita come “processo inconscio che separa attivamente gli uni dagli altri i sentimenti contraddittori, le rappresentazioni di Sé e le rappresentazioni dell'oggetto” (Gabbard, 1992).

La compartimentalizzazione delle esperienze del Sè e dell'altro è tale da impedire un'integrazione delle stesse.

2.1.2 Il contributo di Nancy Mc Williams

Nancy McWilliams (1999) aggiunse poi alla lista sviluppata nel paragrafo precedente anche le forme dissociative più estreme (ritiro estremo) e tre ulteriori meccanismi difensivi: la somatizzazione, l'acting out e la sessualizzazione. L'autrice illustra come anche esse mostrassero le due fondanti qualità associate alla fase preverbale dello sviluppo: (a) il mancato raggiungimento del principio di realtà; (b) la mancata percezione della separatezza e della costanza da coloro che sono esterni al Sè.

Ritiro estremo - Il bambino sovrastimolato o in preda forti tensioni spesso semplicemente si addormenta.

Il ritiro psicologico in un differente stato di coscienza - come il sonno, è una risposta autoprotettiva automatica osservabile anche nelle sue versioni adulte: persone che si sottraggono a situazioni sociali o interpersonali, sostituendo lo stimolo del proprio mondo fantastico interiore alle tensioni della relazione con l'altro.

Allo stesso modo, anche la propensione a usare sostanze psicotrope che alterano lo stato di coscienza può essere considerata una forma di ritiro. (McWilliams, 1999).

Acting Out - Anche denominato “enactment difensivo”, si riferiscono a ogni comportamento ritenuto espressione di atteggiamenti transferali di cui il paziente non si sente ancora sicuro di poter parlare nell'ambito del trattamento e per indicare il processo attraverso cui un certo atteggiamento, sia dentro che fuori dalla cura, può essere scaricato con il proposito inconscio di dominare degli affetti intollerabili o non verbalizzabili.

Viene aggiunto dall'autrice alle difese primitive in quanto mettere in atto un comportamento che non ha parole per essere espresso è per definizione un'operazione preverbale. (McWilliams, 1999).

Sessualizzazione - avendo spesso la sessualizzazione la forma di un'azione, di un comportamento, essa può considerarsi come una sottocategoria dell'*acting out*.

Tuttavia essa è possibile anche senza l'enactment, esprimendosi così in una versione di sè stessa non-agita denominata “erotizzazione”.

Gli individui possono sessualizzare pressoché qualunque esperienza con l'intento inconscio di convertire il terrore, la sofferenza o un qualsivoglia vissuto soverchiante, in eccitazione.

Il sentimento di eccitazione è difatti un'efficace modalità per sentirsi vivi: l'angoscia infantile di morte può essere psicologicamente padroneggiata trasformando una situazione traumatica in un'opportunità di affermazione vitale. (McWilliams, 1999).

Somatizzazione - In maniera sovrapponibile all'enactment difensivo, anche la somatizzazione è una comune modalità caratteristica della prima infanzia per l'espressione di stati emotivi non gestibili attraverso il pensiero: attraverso di essa il corpo diventa un mezzo di comunicazione.

Durante un'esperienza traumatica o un vissuto emotivo molto intenso, il cervello viene inondato da glucocorticoidi che generano diversi effetti sistemici, coinvolgendo il sistema gastrointestinale, circolatorio, endocrino... (Maccagnoni et al., 2010).

La maturazione psichica consiste nel progressivo padroneggiamento di un linguaggio per descrivere esperienze originariamente avvertite come forme di attivazione corporea.

Negli individui con un pattern difensivo primitivo è mancato l'adeguato supporto in questo processo di traduzione, e le risposte fisiche automatiche restano così l'unico linguaggio per esprimere gli stati di attivazione emotiva. (Mc Williams, 1999).

2.2 L'evoluzione storica dei disturbi psicotici

Per buona parte dell'ultimo secolo, l'approccio alla comprensione della psicopatologia ha seguito il pensiero del modello psicoanalitico classico e ne ha posto alla base un conflitto. Nelle psicopatologie psicotiche pertanto si determinerebbero conflitti e difese della stessa natura degli individui nevrotici, con una sostanziale differenza di intensità.

Freud (1856-1939) parlò della psicosi come della risultante di un conflitto tra l' Io e ed il mondo esterno (contrapponendola alla nevrosi, risultante di un conflitto interno tra l'Io e l'Es) che comporta un disconoscimento ed un conseguente rimodellamento della realtà.

Sulla base dell'ottica del conflitto, ne risulta che tali disturbi possano essere trattati attraverso la tecnica psicoanalitica classica, che privilegia l'interpretazione su altri fattori terapeutici (Gabbard, 1992).

Una seconda ipotesi si è però fatta strada, prendendo le distanze dal focus pulsionale e conflittuale del modello classico e fornendo piuttosto il cosiddetto "modello del deficit" sostenuto da numerosi fautori della teoria delle relazioni oggettuali (Klein, 1969), dai seguaci della Psicologia del Sé di Kohut (1976) ed altri autori che hanno prioritizzato l'ottica relazionale nel tentativo di comprendere lo sviluppo psichico umano (Klein, 1969; Kohut, 1976; Mahler, 1978; Winnicott, 1987;)

Questa proposta alternativa colloca alla base della psicosi non più una conflittualità pulsionale più intensa, bensì un *deficit* che impedisce al soggetto, originandosi dalle prime esperienze relazionali significative, di internalizzare uno stabile senso di Sé determinando così una vulnerabilità (più o meno grave) nella struttura psichica stessa

che successive situazioni traumatiche possono ulteriormente compromettere, fino a causare la frattura della fragile continuità del senso di Sé dell'individuo.

In quest'ottica, che si allaccia quindi a tutte quelle ipotesi teoriche che individuano l'eziopatogenesi della psicosi nelle carenze dell'ambiente nel fornire cure parentali contenitive e rispecchianti, la sintomatologia psicotica assume la forma di un disperato tentativo di fronteggiare queste esperienze relazionali profondamente traumatiche attraverso la restituzione di una neorealtà (Klein, 1969; Winnicott, 1987; Kohut, 1976;).

2.2.1 L'approccio del PDM-2

Gli Autori del PDM (manuale diagnostico psicodinamico) sostengono che, mentre il DSM funge da tassonomia delle malattie o dei disturbi delle funzioni, il PDM si propone d'essere una tassonomia delle persone (*Lingiardi & McWilliams, 2006*).

La nosologia di quest'ultimo, esplicitamente inserita all'interno della cornice teorica psicoanalitica, intenderebbe perciò focalizzarsi sulla profondità del funzionamento mentale umano con l'intenzione di dare significato all'espressione psicopatologica e di permettere una formulazione trattamentale individualizzata per una terapia psicoanalitica o di altro genere.

Infatti, nell'opinione dei suoi Autori, un sistema di classificazione costruito su questi presupposti potrebbe avere l'effetto di diminuire il ricorso ai trattamenti focalizzati sui sintomi ed i comportamenti, che si sono rivelati in ampia parte inefficaci (*Western, Novotny & Thompson-Brenner, 2004*).

L'Asse P: Pattern e Disturbi di Personalità è la prima dimensione approfondita dal PDM, e prende in considerazione due aree: a) la posizione generale dell'individuo lungo il continuum del funzionamento maturo-immaturo; b) la natura dei modi caratteristici di organizzazione del funzionamento mentale. Essa è stata strutturata per prima basandosi sull'evidenza che i sintomi di una psicopatologia possono essere realmente valutati e/o trattati solo previa comprensione della vita mentale dello specifico individuo che la manifesta.

L'Asse P del PDM richiama in grande parte la concettualizzazione di Kernberg (1984) dei livelli evolutivi di organizzazione della personalità, con la differenza che il Manuale Diagnostico Psicodinamico nella sua prima edizione (2006) non considera il livello psicotico per evitare di generare confusione tra i disturbi di personalità e le patologie psicotiche e poiché non sono stati ottenuti ancora sufficienti dati per operationalizzare questo costrutto e validarlo empiricamente; esso viene inserito nel continuum solo a partire dalla seconda edizione (PDM-2), pubblicata nel 2017 (Lingiardi, McWilliams).

Pertanto la suddivisione attualmente adottata dal Manuale, è la seguente: (a) Personalità sane, con assenza di disturbi della personalità; (b) Personalità nevrotiche, tipico di persone sane, che però tendono a reagire agli stress con una gamma limitata e spesso rigida di difese; (c) Personalità Borderline, caratteristica di soggetti con gravi difficoltà relazionali ricorrenti, incapacità di intimità emotiva, periodi di angoscia intensa e di grave depressione, vulnerabilità all'abuso di sostanze e ad elevato rischio autolesivo; si ricordi che, nel PDM le personalità Borderline non corrispondono all'entità diagnostica specifica di "Disturbo Borderline di Personalità", presente invece nel DSM. (Lingiardi & McWilliams, 2006).

(d) Personalità psicotiche, che vanno a costituire il livello più alto di disagio esperibile.

La scelta di approcciare il disagio nell'ottica di un continuum rende chiaro che nel manuale non esiste una rigida ripartizione in ordine di compromissione, infatti gli autori (Lingiardi, McWilliams, 2006) scelgono di definire la gravità dei disturbi di personalità nel modo seguente:

"La dimensione della gravità assume che le persone, per acquisire la maturità psicologica e raggiungere modi soddisfacenti di vivere, devono sviluppare alcune capacità vitali [...]. Noi raccomandiamo di considerare dove si colloca la personalità di un individuo sulla dimensione della gravità attraverso la valutazione delle seguenti capacità. I termini psicoanalitici tradizionali per queste capacità sono tra parentesi:

- La capacità di vedere sé e gli altri in modo complessi, stabili e accurati (identità).
- La capacità di mantenere relazioni intime, stabili e soddisfacenti (relazioni oggettuali).
- La capacità di sperimentare nel sé e di percepire negli altri il full range degli affetti adeguati per l'età (tolleranza degli affetti).
- La capacità di regolare gli impulsi e gli affetti in modi che rafforzano l'adattamento e la soddisfazione, con flessibilità nell'uso delle difese e delle strategie di coping (regolazione degli affetti).
- La capacità di funzionare secondo una sensibilità morale coerente e matura (integrazione del Super-Io, concetti di Ideale dell'Io e di Io Ideale).
- La capacità di apprezzare, se non necessariamente di conformarsi, a nozioni convenzionali di ciò che è realistico (esame di realtà).

- La capacità di rispondere allo stress ingegnosamente e di riprendersi dagli eventi dolorosi senza eccessiva difficoltà (forza dell'io e resilienza)" (pag. 22).

La terza ed ultima sezione del PDM denominata Asse S (Pattern di sintomi: l'esperienza soggettiva) si basa sulla descrizione dei sintomi delle patologie riportate nel DSM IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali); soltanto poche pagine sono state riservate alla descrizione dei disturbi psicotici, che vengono sostanzialmente ripercorsi in maniera sovrapponibile a quello che si trova nel DSM.

Gli Autori sottolineano nuovamente in quest'area la loro intenzione di focalizzarsi sull'esperienza soggettiva del paziente riferita ai sintomi, analizzata relativamente alle modalità affettive, ai contenuti mentali, ai concomitanti stati somatici ed ai pattern relazionali associati del singolo individuo.

Lingiardi & McWilliams (2006) precisano di aver considerato questa parte come terza ed ultima dimensione poichè ritengono che l'esperienza soggettiva riguardo ai sintomi possa essere compresa solo nel contesto delle due dimensioni relative alla struttura di personalità globale del soggetto ed al suo funzionamento mentale.

Essi illustrano come "nell'esperienza dei clinici psicodinamici, i pattern dei sintomi non siano semplicemente disturbi ma siano, piuttosto, espressioni manifeste dei modi in cui i singoli pazienti affrontano l'esperienza nel loro modo peculiare" (pag. 93).

L'esperienza soggettiva psicotica è talmente complessa che le quattro dimensioni normalmente utilizzate per descriverla non sono sufficienti (affetto, cognizione, stati somatici e relazioni interpersonali), è piuttosto necessario un ulteriore approfondimento del mondo interno psicotico e dei suoi propri vissuti soggettivi.

Di seguito verranno riassunti gli ulteriori fattori indagati nel PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) al fine di rendere esaustivamente comprensibili i contorni dell'esperienza psicotica:

Confini dell'Io ed esperienza di sé

Il soggetto psicotico, a differenza della normale esperienza di Sé, perde la consistenza della prima persona ("Io") e viene sostituita da un'inquieta e immateriale "leggerezza d'essere". I confini dell'Io pertanto si allentano - perdendosi completamente nei casi più gravi - includendone manifestazioni come la sensazione di invasione dell'altro nell'individuo, l'esperienza di sentire i propri pensieri ad alta voce generando idee deliranti secondo cui gli altri possono ascoltare i propri pensieri (trasmissione del pensiero) o leggere nella propria mente (Lingiardi & McWilliams, 2017)

Stati affettivi

L'affetto può essere appiattito, nascosto ma anche intenso e travolgente; in genere dominato da rabbia e terrore. Quest'ultimo costituisce un'esperienza affettiva centrale nelle psicosi; può trattarsi sia di terrore di disintegrazione del Sé, sia legata alla convinzione che coloro che vengono percepiti come persecutori possano fare del male.

Altri stati affettivi che popolano il mondo interno dei soggetti psicotici sono: disperazione e vergogna intensa, profonda tristezza e sentimento di solitudine (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Modificazioni percettive

La compromissione sensoriale e la sua interpretazione soggettiva risulta centrale nel vissuto psicotico, passando attraverso esperienze di: derealizzazione e depersonalizzazione (percezione del mondo o di Sè stessi come surreali, avvolti da un velo di nebbia); di allucinazione (visiva, uditiva - comprende il fenomeno delle “voci”, generalmente caratterizzate da un’accezione persecutoria, minacciosa, predittiva o di comando e imposizione); di sensoriali amplificate (i colori e gli aspetti sensoriali del mondo appaiono più intensi, vividi e le relazioni spaziali distorte). (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Disfunzioni cognitive

Anche a livello strettamente cognitivo esistono delle complicazioni rilevanti che includono: i disturbi del pensiero, che si dividono in disturbi formali del pensiero e disturbi del contenuto del pensiero. I primi si riferiscono alla forma che il pensiero assume, e si manifestano con l’impossibilità di mantenere un pensiero fluido, concentrato e organizzato, con l’assenza di pensiero o ancora, con la presenza di un pensiero accelerato e continuo. I secondi invece riguardano quello che il pensiero contiene e la loro manifestazione può essere più o meno grave in un ottica di continuum; una minore compromissione include preoccupazioni idiosincratice e pensiero magico, mentre ad uno stadio più compromesso possono comparire le “percezioni deliranti” in cui la percezione della realtà non è in sé distorta e segue una logica interna, ma lo è l’interpretazione (spesso autoreferenziale o comunque personale) che gli viene data dall’individuo (Lingiardi & McWilliams, 2017).

2.2.2 S1: Disturbi a prevalente manifestazione psicotica

Una rassegna dei disturbi psicotici descritti nell'asse S del PDM-2 verrà presentata di seguito, illustrando le caratteristiche ed i sintomi che contraddistinguono ciascuna delle condizioni riportate, coerentemente con quanto descritto anche nel DSM 5.

Disturbo psicotico breve (psicosi isterica, bouffée delirante acuta poliforma)

Tale diagnosi unisce in una singola categoria nosografica un'ampia varietà di condizioni psicotiche, in passato classificate in modi differenti (psicosi schizofreniforme benigna, psicosi isterica, psicosi psicogena, stupor benigno e psicosi reattiva acuta).

Il disturbo psicotico breve è caratterizzato dalla presenza dei sintomi tipici della schizofrenia (deliri, allucinazioni, pensiero o comportamento disorganizzato) per almeno un giorno ma per meno di un mese, seguita dal ritorno a livelli di funzionamento premorbosi, infatti sebbene di breve durata, questo disturbo presenta un alto rischio suicidario; i disturbi di personalità che si collocano all'estremo più basso dell'organizzazione borderline e psicotica possono predisporre l'individuo a sviluppare questa condizione psicopatologica.

Quando questa condizione si verifica in un contesto terapeutico, può rimanere confinata lì, oppure può riversarsi nella vita del paziente al di fuori del trattamento. Si tratta perciò di una condizione psicotica che può essere affrontata psicoterapeuticamente. (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Disturbo delirante (paranoia pura)

Il disturbo delirante come classificazione diagnostica, nasce dalla necessità individuare quei pazienti che non rientrano nella suddivisione di Kraepelin (1913) tra follia maniaco-depressiva (caratterizzata da mania e melancolia con ritorno a uno stato di normalità nell'intervallo libero dagli episodi acuti) e *dementia praecox* (caratterizzata invece da catatonia, ebefrenia e paranoia con decorso cronico e deterioramento progressivo).

Anche denominato “Paranoia pura”, esso viene diagnosticato quando un individuo presenta uno o più deliri per almeno un mese che possono essere non bizzarri (quindi il cui contenuto prevede temi e situazioni plausibili) oppure bizzarri (dominati da convinzioni completamente non plausibili); è inoltre necessario che non siano presenti altri sintomi positivi della schizofrenia.

I livelli di funzionamento che caratterizzano gli individui diagnosticati con disturbo delirante sono meno disorganizzati rispetto alla schizofrenia, infatti i pazienti possono apparire integri nelle situazioni di vita che non sono intaccate dal delirio (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Il DSM-5 (2015) illustra inoltre cinque diversi sottotipi del disturbo delirante:

1. Erotomanico: un'altra persona (spesso famosa o appartenente a uno status più elevato, ma anche del tutto sconosciuta) è innamorata dell'individuo.
2. Di grandezza: certezza della propria superiorità rispetto agli altri per quanto riguarda fama e ricchezza; si possiedono particolari doti o intuizioni speciali o si è giunti a una grande scoperta; essere una persona importante (e considerare il personaggio reale

- come un impostore); avere una relazione speciale con una persona celebre; essere “il prescelto;
3. Di gelosia: idea che il partner sia infedele derivante da piccoli indizi male interpretati (es. abiti in disordine).
 4. Di persecuzione: è il delirio più diffuso che può condurre ad atti di violenza, si basa sulla convinzione di essere vittima di una cospirazione, di essere spiato, inseguito, avvelenato, molestato. In questo caso piccoli sgarbi, parole o sguardi possono diventare il fulcro del delirio; sono presenti rabbia e rancore e la persona può ricorrere a vie legali o alla violenza.
 5. Di tipo somatico: preoccupazione riguardante gli odori sgradevoli emanati dal proprio corpo, avere un’infestazione da insetti, avere parti del corpo deformi o una malattia grave.

Un rilevante sottotipo del disturbo delirante riportante nel PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) è il Disturbo delirante condiviso (*folie a deux*), che si verifica quando due individui che generalmente vivono insieme condividono lo stesso identico delirio; normalmente esso origina dalla persona dominante nella relazione e viene interiorizzato dalla parte più remissiva, inizialmente non-psicotica. I deliri di quest'ultimo spesso svaniscono con l’interruzione della relazione.

Disturbo schizotipico (schizofrenia semplice, schizofrenia residuale)

Successivamente alla classificazione di Kraepelin (1913) che aveva concentrato la sua attenzione sulle sindromi della *dementia praecox*, Eugen Bleuer (1911) si concentrerà

piuttosto sui sintomi residuali non psicotici, che si verificano tra gli episodi acuti, e che sono sintetizzati nelle “*quattro A*”:

Affettività appiattita inappropriata; Ambivalenza catatonica residuale (impossibilità di prendere decisioni); lieve allentamento dei nessi Associativi; Autismo (inteso da B come pensiero idiosincratico e isolamento sociale) che caratterizzerebbe la paranoia residuale (Bleuer, 1911).

Questa costellazione costituiva la base della diagnosi di schizofrenia semplice: indicava una persona che sembrava avere una schizofrenia residua (o interepisodica), ma in assenza di una storia di episodi psicotici acuti (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Schizofrenia e disturbo schizoaffettivo

Con il termine Schizofrenia si indica una sindrome funzionale caratterizzata da segni e sintomi che portano una compromissione del funzionamento con un determinato decorso clinico.

“Funzionale” implica assenza di condizioni mediche coesistenti che spiegano il quadro clinico, mentre segni e sintomi si dividono in "positivi" (qualcosa di presente che non dovrebbe esserci) e "negativi" (qualcosa di mancante che dovrebbe essere presente).

I segni e i sintomi positivi includono deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato e comportamento disorganizzato o catatonico; quelli negativi comprendono la diminuzione dell'espressività emotiva, l'abulia (incapacità di prendere decisioni), l'apatia, il ritiro e l'anedonia.

Rispettivamente alle diagnosi, essi devono produrre un significativo deterioramento del funzionamento personale, sociale e occupazionale e devono essere presenti da almeno sei mesi.

L'attenzione degli individui psicotici è comunemente focalizzata sulla loro realtà interna a scapito di quella esterna, tanto che i loro affetti e gesti appaiono discordanti con la realtà esterna e quindi socialmente inappropriati; altri sintomi comuni della schizofrenia sono: depressione, ansia, rabbia, fobie, depersonalizzazione, deresponsabilizzazione, disturbi del ritmo sonno-veglia e incompetenza sociale (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Il disturbo schizoaffettivo invece si "colloca" tra la schizofrenia e il disturbo bipolare e viene arbitrariamente classificato con la schizofrenia piuttosto che con il disturbo bipolare. I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio di disturbo dell'umore (maniacale, depressivo o misto) devono essere presenti per la maggior parte della fase attiva o residua del disturbo, insieme ai sintomi della schizofrenia.

Poiché la mania e la depressione possono presentare caratteristiche psicotiche (allucinazioni, deliri, ecc.), il più delle volte coerenti con l'umore, il paziente deve manifestare allucinazioni o deliri senza sintomi che coinvolgano l'umore per almeno due settimane al fine di soddisfare i requisiti per la diagnosi della componente schizofrenica del disturbo.

In conclusione, è importante fare una distinzione in termini diagnostici con il *disturbo schizofreniforme*, etichetta diagnostica del DSM-5 (2015) volta a minimizzare la diagnosi prematura di schizofrenia e disturbo schizoaffettivo.

Dal punto di vista descrittivo, è identico alla schizofrenia sopra descritta, tranne che per il decorso breve (meno di 6 mesi) e la minore compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Circa due terzi dei pazienti con diagnosi di disturbo schizofreniforme progrediscono fino alla diagnosi finale di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo.

È fondamentale ricordare che le sole rappresentazioni dei vari disturbi psicotici appena descritti identificano le qualità osservabili in chi ne è affetto, ma non colgono il mondo interno di chi soffre di una di queste condizioni.

Capitolo 3 - Nascita e tramonto di una psicosi: dall'esordio al trattamento

3.1 Il decorso psicotico

Secondo il modello di “stress-vulnerabilità” (Zubin, 1977; Strauss, 1981; Neucheterlein 1987; Ciompi, 1988; Perris, 1989) l'esordio psicotico è soltanto la risultante di un complesso processo polifattoriale, ovvero dell'interazione tra: la presenza di una vulnerabilità di base (come la predisposizione genetica, l'ereditarietà, l'ambiente intrauterino, esperienza di traumi alla nascita...); un vissuto composto da fattori stressanti (quali eventi esperiti come indesiderabili, esperienze traumatiche, abuso di sostanze); e infine processi intrapsichici (ovvero le modalità con cui un individuo comprende e reagisce all'ambiente).

Parnas (2000) con il suo contributo di ricerca, spiega come molte delle persone che svilupperanno un disturbo schizofrenico, già in precedenza presentano significative deviazioni dalla norma, e quanto più queste deviazioni sono precoci e quanto più tardivo è l'intervento terapeutico su di esse, tanto più il disturbo psicotico sarà grave ed a prognosi peggiore.

Recenti studi genetici su individui affetti da schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo bipolare con sintomi psicotici suggeriscono l'esistenza di una serie di geni comuni alle psicosi, indipendentemente dalla categoria diagnostica in questione.

Nonostante questo però, la genetica costituisce solo una parte del processo: la ricerca

neuroscientifica sottolinea l'importanza della plasticità cerebrale, fenomeno neuropsicologico per cui le diverse aree cerebrali mutano in struttura e funzione a seconda del contesto ambientale di sviluppo e degli eventi della vita; anche il trattamento psicoterapeutico può avere un ruolo influente sulla plasticità neurone. Pertanto, l'ereditarietà genetica è una questione, ma se e come si esprime nella psicosi dipenderà da ciò che accade nella vita del singolo individuo (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Anche Preti & Wilson (2011) illustrano come la suddetta preesistente vulnerabilità genetica determinerebbe un'anomala riorganizzazione sinaptica (durante la delicata fase dell'adolescenza e del *pruning sinaptico*) che in condizioni ambientali sfavorevoli può determinare il precipitare dei sintomi e dunque condurre al vero e proprio esordio psicotico.

In ogni caso, sebbene le psicosi possano presentare talvolta un'insorgenza brusca (Lingiardi & McWilliams, 2017), più spesso la sintomatologia psicotica si sviluppa lentamente all'interno di un processo caratterizzato da fluttuazioni, che non sono da intendersi come qualcosa di rigidamente ripartito, bensì nell'ottica di un continuum.

3.1.1 Le fasi del decorso psicotico

Il suo decorso tendenzialmente può essere individuato in quattro fasi: premorbosa, prodromica, acuta e remissiva (Häfner et al. 2003).

La prima - ovvero la fase premorbosa - si caratterizza dalla presenza di significativi fattori di rischio o altresì di quelli che sono stati definiti da Huber (1998) & Schultze-

Lutter et al. (2010) come “sintomi di base”.

Questi ultimi sarebbero pertanto presenti sia negli stadi precoci della malattia che nelle sue forme residuali (fase remissiva), e costituirebbero quadri deficitari suscettibili di compenso in condizioni ambientali favorevoli.

I sintomi di base sono definibili come esperienze soggettive anomale, non chiaramente visibili dall'esterno ma comunque esperite dal soggetto con disagio, che fluttuano già anni prima dalla manifestazione della psicosi franca e che riguardano prevalentemente una compromissione della sfera cognitivo-percettiva del soggetto (disturbi del flusso di coscienza; ridotta tolleranza allo stress; difficoltà ad organizzare il pensiero; deficit dell'interazione sociale come ritiro sociale e riduzione dell'espressività emotiva), ma in assenza di segni psicopatologici (Huber, 1998; Schultze-Lutter et. Al, 2010).

Nel periodo antecedente al vero e proprio esordio psicotico, gli individui attraversano invece una fase denominata stato prodromico, caratterizzata da espressioni subcliniche di sintomi positivi e negativi, nonché da sintomi aspecifici, associati a un declino del funzionamento interpersonale e accademico (Yung & McGorry, 2007).

Nello specifico, si caratterizza di un “cambiamento nelle abitudini e nelle esperienze di vita per una specifica persona in uno specifico contesto” (Alison et. Al, 1996, p.13) che corrisponde ad un elevato rischio di sviluppo di un disturbo psicotico; infatti, più del 70% dei casi di psicosi franca sono preceduti da una fase in cui compaiono segnali di disagio e di difficoltà per un periodo temporale di durata variabile, in media tra i 2 ed i 4 anni (Häfner et al. 1999).

Questo stadio si costituisce della presenza dei seguenti sintomi, elencati di seguito con ordine decrescente di frequenza: riduzione dell'attenzione e della concentrazione, anergia, umore depresso, disturbi del sonno, ansia, ritiro sociale, sospettosità, deterioramento nel funzionamento di ruolo, irritabilità e quasi *psychotic ideas* (Pensi, 2011).

L'età media di comparsa della sintomatologia prodromica secondo la letteratura attuale ricalca le stesse proporzioni dell'età media dell'esordio stesso (25,9 anni). È infatti risultata maggiore in entrambi i casi nelle femmine (21 anni per la sintomatologia prodromica, 28 anni per l'esordio psicotico), rispetto ai maschi (19,8 anni per la sintomatologia prodromica, 25,9 per l'esordio psicotico) (Shoiri, 2007; Keshavan, 2003; Salokangas, 2008; Pensi, 2011).

Anche la ricerca su cui si basa il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) conferma quanto detto e illustra come l'esordio della schizofrenia avvenga solitamente tra la fine dell'adolescenza e la metà dei 30 anni e come esso possa essere brusco o insidioso, sebbene la maggior parte dei pazienti psicotici sperimenti una fase prodromica (descritta frequentemente dalla rete di supporto dell'individuo come se stessero "scivolando via"). È però centrale sottolineare che la progressione dai prodromi alla malattia non è lineare. In alcuni casi, la fase "prodromica" può diminuire di intensità e non condurre all'esordio psicotico. Per questa ragione, alcuni autori (Huber, Gross, Schuttler, & Linz, 1980) hanno quindi considerato il prodromo come una sindrome che conferisce una maggiore vulnerabilità alla psicosi, ma non la porta inevitabilmente ad essa. I

Il prodromo è pertanto da considerarsi come un fattore di rischio per la psicosi e non un precursore (termine che indicherebbe erroneamente la sua natura di inevitabilità); a

questo proposito, Yung e McGorry (1996) hanno introdotto il termine "stato mentale a rischio" (ARMS) per gli adolescenti che presentano sintomi psicotici sotto soglia ed il termine "ultra-alto rischio" (UHR) per coloro che presentano sintomi psicotici evidenti che si risolvono però spontaneamente, senza l'assunzione di farmaci antipsicotici, entro 7 giorni.

La terza fase, o fase acuta, è invece caratterizzata dall'esacerbazione completa dei sintomi positivi, quali deliri e allucinazioni; generalmente essa si manifesta in modalità tali da soddisfare i requisiti per la diagnosi di un disturbo psicotico sulla base delle classificazioni presenti in manuali come il PDM-2, il DSM-5 o l'ICD 10.

Nella fase di remissione il decorso individuale può essere molto differente: si può presentare una completa recessione dei sintomi acuti in seguito al trattamento, con un miglioramento del funzionamento psicosociale (*recovery*), oppure può verificarsi una remissione soltanto parziale; in entrambi i casi sono, però, possibili delle ricadute (Bisogno et al, 2019).

Secondo il più recente contributo di Tamminga C. (2022), le fasi del decorso psicotico verrebbero piuttosto suddivise nella modalità seguente: fase prodromica, fase prodromica avanzata, fase iniziale, fase centrale e fase tardiva.

Questa differente ripartizione non compromette o contraddice quanto sostenuto dalla letteratura moderna citata rispetto alle manifestazioni del decorso stesso, all'insorgenza acuta/insidiosa, all'età media correlata al sesso dell'esordio psicotico.

Nella fase prodromica, che corrisponde alla fase premorbosa illustrata precedentemente, gli individui possono sia non mostrare sintomi, sia manifestare compromissione delle competenze sociali, mostrare una lieve disorganizzazione cognitiva o alterazione percettiva, esperire le prime forme di anedonia. I suddetti tratti possono essere lievi e riconosciuti soltanto a posteriori oppure possono essere più evidenti.

Nella fase prodromica avanzata, corrispondente alla fase prodromica del modello visto in precedenza, i sintomi subclinici possono emergere attraverso la manifestazione di ritiro o isolamento, irritabilità, sospettosità, pensieri insoliti etc.

Nella fase iniziale della psicosi i sintomi sono attivi e spesso peggiori; essa coincide con l'esordio psicotico.

Nella fase centrale, i periodi sintomatici possono essere sia episodici (con esacerbazioni e remissioni ben identificabili), che continui.

Nella fase tardiva di malattia, lo schema della psicosi può divenire stabile sebbene vi sia una variabilità considerevole: l'invalidità può stabilizzarsi, peggiorare o addirittura diminuire (Tamminga, 2022).

Riprendendo molto di quanto sostenuto in questo elaborato, anche l'esperienza psicotica si pone, dunque, lungo un continuum. È importante pertanto riuscire a cogliere la continuità esistente tra i primi sintomi di malattia (aspecifici) e la sua manifestazione franca (ovvero l'esordio psicotico).

Sebbene l'individuazione precoce della "traiettoria" psicotica non possa evitare la transizione verso l'esordio, può però essere determinante rispetto alla sua moderazione ed alla riduzione dell'impatto nella vita del paziente. Pertanto, la ricostruzione delle fasi precedenti all'esordio è un passaggio fondamentale che può avvenire retrospettivamente

mediante il colloquio clinico e consente di individuare quelle alterazioni dello stato mentale frequentemente condivise sia prima dell'esordio che prima di una possibile ricaduta, e che il paziente può apprendere a riconoscere come "campanelli d'allarme". (Bisogno et. al, 2019).

3.1.2 Una prospettiva psicoanalitica

Nella misura in cui gli individui psicotici possono essere costituzionalmente predisposti e vulnerabili allo sviluppo della psicosi e nella misura in cui possono cominciare la vita con un difettoso sostegno primario, Grotstein (1990) teorizza che soffrano di un deficit di narcisismo primario.

Con il sopracitato termine s'intende l'assenza o la compromissione dell'esperienza di legame ed attaccamento; il bambino - secondo Grotstein (1990) - può risultare stressato durante processo di attaccamento anche a causa di un deficit innato nella capacità di ricevere nutrimento e di offrire una forma intersoggettivamente cooperativa di comportamento nei confronti della madre; è così che risulta impossibilitato a partecipare ad un'esperienza relazionale interdipendente.

Infatti, come è stato approfonditamente illustrato nei capitoli 1 e 2 di questo elaborato, il corpo e la mente della madre - organizzati dall'intuizione, dalla *rêverie* (Bion, 1967) e dalla preoccupazione materna primaria (Winnicott, 1960) - fungono da regolatori degli stati fisici e mentali del bambino.

Così il legame, l'attaccamento, *l'holding* ed il contenimento fungono da funzioni di base

dell'oggetto-sé necessarie alla creazione di una dimensione relazionale sicura (Sandler, 1960), i cui presupposti corrispondono con il concetto di narcisismo primario.

Bion (1957) illustra efficacemente per la prima volta la distinzione tra “parte psicotica” e “parte sana” della personalità; lo stesso concetto viene poi utilizzato come base di partenza da De Masi (2005) per il suo modello di comprensione del funzionamento psicotico. In questo tipo di psicopatologia infatti, la parte psicotica domina quella sana e progressivamente nel tempo attraverso un processo che ha inizio nella prima infanzia ed esordisce nella prima età adulta, colonizzando ed inghiottendo in maniera graduale la parte sana, fino alla sua scomparsa.

L'assenza o la grave compromissione di un'esperienza relazionale primaria contenitiva, responsiva, rispecchiante (Kohut, 1976) e sufficientemente buona (Winnicott, 1987), - come è precedentemente stato illustrato - genera come soluzione ai sentimenti di angoscia e solitudine l'ingresso in un ritiro incentrato sull'esperienza sensoriale in cui la consapevolezza della realtà psichica viene abolita.

Si tratta di una sensorialità autoprodotta, illustra De Masi (2005), diversa dalla naturale ricerca del piacere corporeo dentro alla relazione affettiva che passa attraverso la ricerca di contatto, scambio corporeo e del seno materno, e che caratterizza le relazioni di attaccamento sufficientemente buone. Il bambino “destinato” allo sviluppo di una psicosi non utilizza quindi la propria mente per comprendere il mondo, ma bensì per autoprodurre immagini-sensazioni piacevoli e protettive che lo salvino dalla persecutorietà della relazione primaria; l'esperienza psicotica infatti, si alimenta di

continue operazioni sensoriali che si oppongono al pensiero ed al processo relazionale simbolico (Streiner, 1993).

Da questo originario ritiro infantile, il bambino inizia a costruire una realtà parallela che non entra inizialmente in conflitto con la parte relazionale, questa continua ad esistere ma non riesce a svilupparsi mai pienamente. Solo progressivamente l'equilibrio tra la parte dissociata e quella relazionale si sbilancia nella direzione della prima che colonizza tutto lo spazio psichico fino all'ingresso nella psicosi franca.

Questa distorsione nell'uso della mente che caratterizza il bambino psicotico sin dalle prime autoproduzioni sensoriali è fondamentale per generare, a decorso psicotico avanzato, le allucinazioni: esse rappresentano infatti un derivato per eccellenza dell'utilizzo sensoriale della mente che, in questo caso, produce percezioni autogenerate dal ritiro nel proprio corpo.

La distruzione di senso che si opera nel ritiro allontana definitivamente il soggetto dalla possibilità di apprendere dall'esperienza emotiva; inoltre, una caratteristica centrale del ritiro psicotico è l'onnipotenza: dentro di esso la realtà psichica può essere alterata in qualsivoglia maniera, attraverso il condizionamento assoluto delle percezioni (De Masi, 2005).

Secondo l'autore (De Masi, 1996), che propone una visione alternativa del decorso psicotico e del suo valore qualitativo, l'ingresso nella psicosi franca (ovvero, l'esordio psicotico) può essere concepita come una condizione drogata autoindotta che fa parte delle strategie psichiche verso l'autoannientamento; pertanto, la fase prodromica non sarebbe caratterizzata da sentimenti di angoscia, panico e perplessità bensì da uno stato di piacere onnipotente dentro cui il soggetto cerca il fascino del ritiro che si esprime

attraverso equivalenti stati maniacali, tossicomani e di valore masturbatorio (De Masi, 2005). È quindi solo successivamente a questo stato che può esplodere l'angoscia devastante: quando la ricerca del piacere che provoca il ritiro, giunge al punto di rottura.

3.2 Il trattamento: l'importanza di un approccio preventivo

Nel percorso di trattamento della psicopatologia psicotica, gioca un ruolo fondamentale la rapidità di intervento e l'approccio preventivo rispetto all'insorgenza dei sintomi conclamati.

Gli interventi multidimensionali sono approcci di trattamento volti proprio a prevenire la comparsa della franca psicosi, a mitigare l'effetto sul lungo termine dei sintomi negativi, cognitivi e più generalmente a salvaguardare il funzionamento complessivo dell'individuo (Bisogno, 2019).

La clinica odierna, dati gli esiti della letteratura moderna presente sui trattamenti integrati, oltre alle terapie farmacologiche utilizza sempre più psicoterapie variamente orientate (compreso l'approccio psicoanalitico) e offre inoltre supporto alle famiglie dei pazienti psicotici (Lenroot et al. 2003; Malm et al. 2003). Il coinvolgimento del sistema familiare nei programmi di intervento precoce è considerato, ormai universalmente, parte integrante del trattamento poiché i familiari possono giocare un ruolo profondamente determinante durante le prime fasi del decorso psicotico. (Bird et al. 2010).

Il trattamento integrato applicato al paziente schizofrenico mira pertanto a ridurre e contenere la sintomatologia positiva e negativa, ma anche a favorire ed aumentare la

compliance ai trattamenti, nonché ad incrementare la consapevolezza dei pazienti rispetto ai loro bisogni ed i loro problemi, contribuendo inoltre a creare spazi di autonomia dalle famiglie che se ne fanno carico (Jeffrey 2017).

Un esempio pragmatico di approccio trattamentale multidimensionale, è il progetto Programma 2000 (Cocchi e Meneghelli 2000), un modello di intervento precoce per soggetti psicotici che si propone di mettere in risalto la maggiore efficacia terapeutica e riabilitativa raggiungibile con una programmazione ottimale dell'intervento stesso, contestualizzato in una ricca e coordinata rete di servizi per la salute mentale.

Opera con particolare attenzione alle prime manifestazioni della psicopatologia, comprese quelle prodromiche, ed efficacemente risponde alle necessità del soggetto e delle famiglie, stabilendo obiettivi di lavoro specifici per ogni singola fase della patologia.

L'approccio si distribuisce in tre momenti focali di intervento: il periodo prodromico o a rischio, anche detto APS, costituisce la finestra temporale ideale per l'attivazione degli interventi multidimensionali; l'esordio psicotico; il periodo critico (gli anni che seguono immediatamente l'esordio), (Bisogno, 2019).

Un'altra componente incisiva nella dimensione di trattamento è rappresentata dalla DUI (*Duration of Untreated Psychosis*), termine che indica il lasso temporale che molto spesso intercorre tra la prima comparsa dei sintomi psicotici e la richiesta di un aiuto clinico e che correla con un decorso negativo e un depauperamento significativo delle abilità sociali (Cocchi e Meneghelli 2004), sostenendo così l'importanza di un'individuazione ed aggancio precoci.

I consistenti contributi dell'esperienza clinica e della letteratura di ricerca, dimostrano infatti chiaramente che ritardare o moderare le conseguenze della malattia, avviando un processo di miglioramento o di guarigione più rapido e stabile, innalza la qualità della vita del soggetto psicotico (Loebel et al. 1992; Häfner et al. 1995; McGlashan e Johannessen 1996).

Quanto detto illustra l'importanza di un aggancio precoce ed il valore clinico della prevenzione, è però al contempo vero che l'individuazione precoce dei prodromi di una psicosi nasconde diversi aspetti critici ed insidiosi.

Fra questi si elencano: la delicatezza di dover distinguere i sintomi reali dalle normali esperienze adolescenziali (essendo la fase prodromica spesso concomitante con l'adolescenza o la tarda adolescenza), la non specificità di alcuni segnali precoci cui seguono bassa accuratezza prognostica (Bisogno, 2019), l'impatto negativo che una diagnosi precoce può avere sulle aspettative e sull'accettazione da parte dell'altro nell'ambiente sociale dell'adolescente (Lingiardi & McWilliams, 2017), o addirittura le conseguenze dell'inserimento in circuiti psichiatrici di soggetti che non hanno reale necessità sulla base di una valutazione precoce incorretta o precipitosa.

3.2.1 Il trattamento farmacologico

Non è possibile affrontare il tema del trattamento relativamente alle psicosi senza menzionare il ruolo della terapia farmacologica, in quanto i farmaci antipsicotici hanno avuto un ruolo rivoluzionario nel trattamento della schizofrenia.

Sugli stessi, la loro efficacia ed i loro effetti collaterali si è concentrata una densa mole di ricerche durante il corso dell'ultimo secolo. Questa categoria di farmaci si suddivide in due grandi categorie: gli antipsicotici tipici (o di prima generazione) e gli antipsicotici di nuova generazione (o atipici) in base alle loro affinità ed attività recettoriale al neurotrasmettitore specifico.

Gli antipsicotici di nuova generazione sono in grado di alcuni vantaggi in termini di efficacia discretamente maggiore (sebbene si necessitino ulteriori approfondimenti di ricerca) e di effetti collaterali meno impattanti (Massotti, Raccagni 2002); infatti le linee guida dell'American Psychiatric Association ad oggi, prevedono l'uso degli antipsicotici di seconda generazione come scelta elettiva nel trattamento del paziente schizofrenico al primo episodio di malattia (Cocchi e Meneghelli 2004).

Nell'ambito dell'esordio psicotico (e nei casi in cui la terapia farmacologica assume funzione preventiva), lo scopo primario del trattamento farmacologico è quello di contenere la sintomatologia positiva, ridurre quella negativa, quindi prevenire lo scivolamento nella psicosi cronica. Il farmaco ed il suo contributo non può però essere scisso da altri livelli di intervento che devono lavorare sinergicamente (Haroun, 2006), come l'assessment e la diagnosi differenziale, un intervento psicoeducativo rispetto alle manifestazioni dei sintomi psicotici e un intervento cognitivo-comportamentale.

3.2.2 L'approccio della psicoanalisi nel trattamento dei disturbi psicotici

Anche secondo l'approccio psicoanalitico, di fronte all'apparire della psicosi clinica risulta vantaggioso intervenire il prima possibile - preferibilmente già dalla prima crisi e, ove possibile, già nel contesto stesso della crisi.

Quanto detto risulta particolarmente vero per le fasi prodromiche delle psicosi manifeste in età adolescenziale ed i primi esordi schizofrenici (Lombardi & Pola 2010); infatti, la crisi possiede un grande impatto traumatico nella vita del paziente che può essere attutito dalla messa in opera di strumenti analitici di contenimento.

Il tema del contenimento, come già illustrato nel corso dei capitoli precedenti di questo elaborato, intende il corpo come fulcro d'origine del processo di simbolizzazione, per cui è necessario che la spinta corporea (Freud, 1915) trovi corrispondenza e contenimento in una formulazione astratta capace di rappresentarlo (Bion 1963).

La psicosi si colloca in relazione a questo percorso simbolico come interferenza o interruzione sull'asse di sviluppo corpo-affetti-pensieri (Lombardi, 2000). È per questo che la *rêverie* dell'analista (Bion, 1962) e l'elaborazione analitica del materiale psichico costituiscono delle importanti condizioni di facilitazione alla crescita mentale del paziente. Queste ultime sono infatti capaci, gradualmente nel tempo, di andare a costruire insieme con il paziente una funzione alfa imprescindibile per conquistare un pensiero simbolico; essa è infatti stata, per definizione nello sviluppo dei presupposti psicotici, assente o profondamente compromessa dentro alle esperienze relazionali primarie del paziente (Bion, 1962).

Oltre a fornire una funzione contenitiva e rispecchiante, l'intervento dell'analisi abbinato alla psicosi ha la capacità di lavorare su numerosi altri livelli, quali: identificare i fattori di stress insieme alle loro strategie di gestione; aiutare a sviluppare una mentalità psicologica rafforzando un Io osservante; elaborare l'accettazione del vissuto di malattia e della definizione identitaria che esso comporta, oltre che e delle conseguenze sul piano della cura, del vissuto quotidiano e dell'impatto socio-relazionale.

L'analisi offre inoltre un posto sicuro dove portare i pensieri caotici, è fonte di interpretazioni che permettono esperienze di insight, ed è un'incomparabile esperienza di relazione umana empatica, non giudicante e di accettazione; tutti elementi spesso enormemente carenti nelle storie individuali degli individui psicotici (Saks, Evans, 2011). L'interazione analitica nel contesto della crisi psicotica acuta ha infatti il valore di rendere contenibili ed utilizzabili ai fini dell'esperienza e della percezione della realtà dei fenomeni che - lasciati a loro stessi nel mondo interno scarsamente strutturato dell'individuo psicotico - condurrebbero al caos, in termini clinici manifesto attraverso scompensi ed episodi psicotici acuti.

3.2.3 Il transfert nella cura della psicosi

Se si parla di trattamento in ottica psicoanalitica, non si può non menzionare la centralità del fenomeno del transfert.

Contrariamente a quanto lo stesso Freud riteneva (e che giustificava la sua idea che la psicosi fosse impossibile da curare), il transfert non è affatto assente nei pazienti

psicotici anzi, come spiega Bion (1967), è precoce e precipitoso, ma molto fragile.

Anche Melanie Klein (1953) intuisce il transfert nei pazienti psicotici come “totale” e non mancante. Il problema che si pone non è quindi la determinazione della sua effettiva esistenza, ma piuttosto l’evidenziazione delle differenti tipologie di transfert che si incontrano lungo il processo della cura, e successivamente la considerazione del loro ruolo e delle modalità corrette d’interpretazione.

Il transfert di base che più spesso s’incontra in questi casi è il transfert sul corpo (Lombardi, 2016), esso rivela una dissociazione corpo-mente, un “buco nero” nella rappresentazione affettiva e mentale del corpo e della realtà; “*Black hole*” è infatti il termine fortemente evocativo che utilizza anche Grotstein (1990) per descrivere in prospettiva psicoanalitica l’esperienza psicotica.

L’esperienza di non abitare il proprio corpo è estremamente diffusa nelle psicosi, e genera un’eclissi del corpo (Ferrari, 1992), a cui si accompagna inevitabilmente un’eclissi della rappresentazione (ovvero della possibilità di trasformare un dato traumatico - uno stato di sofferenza corporea, un elemento beta - in materiale psichico rappresentato, sufficientemente funzionale rispetto al contenimento dell’angoscia, e che, con l’acquisizione della parola, può poi essere comunicato e condiviso) (Rinaldi, 2003).

L’evidenziazione e l’elaborazione di questa tipologia di transfert può fare acquistare spessore ed un potere realmente comunicativo ai discorsi di questi pazienti.

Un altro tipo di transfert è il Transfert sul contenitore (Houzel, 2016), che conduce a delimitare in maniera più stabile le frontiere del Sé, attraverso il deposito nella situazione terapeutica degli stati psichici del paziente, scoprendo la possibilità di unirli, conservarli e ritrovarli.

Il transfert simbiotico (Searles, 1965) è un transfert necessario da valorizzare in alcune fasi dell'analisi, per ovviare alla mancanza della naturale condizione simbiotica con la madre, che non è stata sperimentata durante l'infanzia.

Anche gli aspetti controtransferali risultano estremamente delicati e rilevanti; è infatti fondamentale che avvenga una continua analisi del controtransfert al fine di capire e gestire il fatto che le esperienze traumatiche hanno condotto all'imposizione del negativo (Green, 1993) indipendentemente dalla bontà o meno dell'Altro, e possono condurre ad uno stato in cui è reale solo quello che è negativo.

Questo implica che fin quando non si riesca a ridimensionare nel soggetto psicotico il modello del negativo, ogni esperienza che lo coinvolge può andare incontro a vicissitudini "negativiste" trasformandosi così in un'esperienza di sofferenza, rabbia, paranoia o impotenza.

L'analista deve quindi imperativamente saper affinare le proprie potenzialità recettive, attivando una *rêverie* sensoriale ed immaginativa, in grado di fare da amplificatore anche alle fievoli risorse comunicative del paziente. È attraverso ciò che l'analista può fornire aiuto prima ancora che a verbalizzare, a "sentire" dentro di Sé le emozioni che l'individuo psicotico non ha avuto modo di sentire perché ne è stato totalmente inibito lo sviluppo, liberando il materiale psichico dal soffocante confine dell'ineffabile, dalla scarica nell'azione, nel delirio e sul corpo.

3.2.4 Farmaco e psicoanalisi

Considerata la complessa matrice multifattoriale delle psicosi (biologica, sociale e psicologica, come approfonditamente illustrato nei capitoli precedenti), il percorso di trattamento con questa categoria di pazienti prevede per funzionare in maniera ottimale un lavoro in equipe. Questo coinvolge molto spesso anche uno psichiatra farmacologo, che si occupi della corretta somministrazione di farmaci antipsicotici in possibile associazione ad altre categorie di farmaci (quali antidepressivi, ansiolitici, etc.) (Lombardi, 2011).

In una prospettiva psicoanalitica, il farmaco può essere colto come un elemento neutrale che si presta ad infinite possibilità di utilizzo da parte dell'analista per trovare vie di sintonizzazione affettiva con il paziente. Il farmaco può inoltre assumere la funzione di cogliere un'area transizionale in cui, attraverso di esso, viene comunicato al paziente un profondo rispetto per la qualità concreta del suo dolore, ma al tempo stesso riesce a comunicare l'interesse per la condivisione di spazi di cura altrimenti impossibili.

Come sostiene Riefolo (2018), delicato è il modo in cui il farmaco sottoforma di placebo può divenire l'indicatore fedele dell'autentico tono affettivo della relazione che intercorre tra paziente e terapeuta, ovvero sebbene non capace di curare, può parlare chiaramente della cura.

Per entrambi - paziente e terapeuta - il placebo può essere infatti un dono, o al contrario un non-farmaco squalificante rispetto alla sofferenza del paziente; esso può costituire nella sua somministrazione la rinuncia al processo di cura, o essere depositario di quello che la cura comunica e del *modo* in cui essa *cura*.

L'assistenza farmacologica tiene conto delle inevitabili componenti biologiche che si snodano al fianco delle manifestazioni psicotiche, ed ha il concreto obiettivo di abbassare l'angoscia psicotica e permettere o facilitare l'avvicinamento relazionale ed il dialogo analitico. Come spiegato nel paragrafo precedente infatti, per quanto la sinergia e l'equilibrio tra questi due approcci trattamenti sia di vitale importanza, soltanto il lavoro analitico può dare una collocazione al valore dei sintomi psicotici, può significarli, stimolare una crescita della personalità del paziente che sia globale e soprattutto può fornire nel tempo le condizioni di contenimento necessarie alla diminuzione ed infine all'emancipazione completa dalla terapia farmacologica (Lombardi, 2011).

Conclusivamente quindi, il farmaco o la sua assenza in sé non è indice di buona o cattiva cura, bensì costituisce una funzione di depositario della qualità, buona o cattiva, della relazione di cura stessa (Riefolo, 2018).

Conclusioni

Le psicosi sono psicopatologie complesse, sfaccettate e con origini profondamente radicate nelle prime, decisive, esperienze relazionali dei soggetti che le sviluppano.

È certamente interessante e meriterebbe ulteriori approfondimenti il tema legato alla predisposizione genetica ed alle caratteristiche neurobiologiche e di pensiero che frappongono tra le prime fasi di vita e lo sviluppo della psicopatologia psicotica.

Ulteriore ambito di ricerca in cui risiedono moderni sviluppi è quello del trattamento: una migliore integrazione tra l'approccio farmacologico, specialmente nei contesti sanitari pubblici, e percorsi di trattamento a stampo psicodinamico e psicoanalitico e quello che possono rivelare sul lungo periodo rispetto alle traiettorie di sviluppo di una psicopatologia che per lungo tempo è stata considerata addirittura incurabile.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5). American Psychiatric Publishing, Arlington. Tr. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM 5). Raffaello Cortina, Milano 2014.

Freud, A. (1936). L'io e i meccanismi di difesa. Milano, Italia: *Giunti, 2012*.

Balsamo Maurizio (a cura di). Momenti psicotici nella cura. *Franco Angeli 2014*.

Bion, W.R. (1962a). Una teoria del pensiero. In: Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. *Roma, Italia: Armando, 1970*.

Bion, W.R. (1962b). Apprendere dall'esperienza. *Roma, Italia: Armando, 1972*.

Bisogno S., Falanga P., Scarpellini E. (2019). L'esordio psicotico. Una procedura di intervento precoce e multidisciplinare. *Cognitivismo Clinico, 16, 2, 175-192*

Cocchi A, Meneghelli A (2000). Programma 2000. Programma sperimentale di individuazione e di intervento precoce all'esordio di patologie mentali. Primo rapporto annuale ad uso interno. *Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano*.

Cocchi A., Meneghelli A. (2004). L'Intervento Precoce tra Pratica e Ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio. Centro Scientifico Editore, Torino.

cura di Marino Massotti, A., & Racagni, G. (2002). Gli antipsicotici. *Rapporti ISTISAN*, 2, 32.

Dalle Luche, R. P. (2013). Dai sintomi di base al Sè psicotico. *Rivista sperimentale di freniatria* 63-95.

De Masi, F. (2005). Vulnerabilità alla psicosi. *Raffaello Cortina editore*, 2005.

Gabbard O. G. (1992). Psichiatria psicodinamica. *F. Madeddu, Cortina*, 2015.

Grotstein, J. S. (1990). The "black hole" as the basic psychotic experience: Some newer psychoanalytic and neuroscience perspectives on psychosis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18(1), 29–46.

Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, An der Heiden W (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100, 105-18.

Hörz-Sagstetter S. et. allies (2021). Bifactor Model of Personality Organization. *Mar-Apr;103(2):149-160*.

Huber G, Gross G (1998). Basic symptom concept. Historical aspects in view of early detection of schizophrenia. *Neurology Psychiatry and Brain Research* 5, 4, 183-190.

James, W. (1890). The principles of psychology. *Cambridge, Mass., Harvard University Press.*

Hughes, J. M. (1991). La psicoanalisi e la teoria delle relazioni oggettuali. Melanie Klein, W. R. D. Fairbairn e D. W. Winnicott. *Roma, Astrolabio, 1991.*

Klein M. (1921-1958). Scritti 1921-1958. *Boringhieri 1978.*

Klein M. & Riviere J. (1953). Amore odio e riparazione. *Roma, Astrolabio 1969.*

Koelen J.A., Luyten P., Eurelings-Bontekoe L.H., et al. (2012). The impact of level of personality organization on treatment response: a systematic review. *75(4), 355-374.*

Kohut H. (1971). Narcisismo e analisi del Sé. *Bollati Boringhieri, 1976.*

Kohut H. (1977). La guarigione del Sé, *Bollati Boringhieri, 1980.*

Maccagnoni S. et Al. (2010). L'azione del trauma e dello stress nella patogenesi del Disturbo di Personalità Borderline: analisi della letteratura. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia, 123(3), 621-626*

McNally, K. (2016). Myth and Forgetting: Bleuler's 'Four As'. *A Critical History of Schizophrenia*, pp 109–126.

Nancy M.W., (1999). La diagnosi psicoanalitica. Struttura delle personalità e processo clinico. *Roma, Astrolabio* 60-86.

Parnas J. The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia: A phenomenological study. In: Zahavi D (Ed). Exploring the self: *Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience*. Amsterdam, Netherlands, 2000.

Preti A, Cella M (2010). Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness. *Schizophrenia Research* 123, 1, 30-6.

Riefolo G. (2018). La buona medicina. Funzione del farmaco nella relazione terapeutica. *Centro Veneto di Psicoanalisi, Padova, 2018*.

R. Rossi A.M. Rosso. (2007). Il PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual): una classificazione con criteri diagnostici psicodinamici. 13, 76-84.

Segal H. (1973). Introduzione all'opera di Melanie Klein. Gaddini E., 1998. *Giunti, 2015*.

Seligman, M.E.P. (1996), *The Optimistic Child: Proven Program to Safeguard Children from Depression & Build Lifelong Resilience*). New York, HarperPerennial, 1996.

Stip E. & Letourneau G. (2009). Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology. *Can J Psychiatry*, 54(3):140-51.

Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*(2005), 1(1), 355-380.

Pollack S. W., Ph.D., Schizophrenia and the Self: Contributions of Psychoanalytic Self-psychology, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 15, Issue 2, 1989, Pages 311–322.

Siti web

www.spiweb.it

www.igorvitale.org

www.humantrainer.com

www.stateofmind.it

www.psichepedia.it

Ringraziamenti

Mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito, con il loro costante supporto, alla realizzazione dello stesso.

In primis, un ringraziamento speciale alla mia relatrice Marogna Cristina, per aver accettato di avermi come tesista e per la conoscenza trasmessa durante i suoi appassionanti corsi.

Ringrazio i miei genitori che mi hanno sempre sostenuto, da vicino e da lontano, appoggiando ogni mia decisione, anche quelle più controverse.

Un grazie ai miei amici sparsi per il mondo, che hanno saputo sempre accogliere con Sé un pezzetto delle mie preoccupazioni e delle mie fatiche durante questo cammino.

Infine, dedico questa tesi a me stessa, ai miei sacrifici e alla mia tenacia che mi hanno permesso di arrivare fino qui.