

# Psicoanalisi e schizofrenia

Un quadro in divenire

*A cura di*

Laura Corbelli, Massimo Fontana

PSICOPATOLOGIA

**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



## PSICOPATOLOGIA

Questa collana nasce intorno a una questione metodologica, declinata nella clinica, nella teoria e nella formazione. *Psicopatologia* significa interrogarsi sui modi attraverso i quali avvicinare, conoscere, comprendere e cercare di dare senso ai disturbi mentali. Non *un* modo, ma una *pluralità* di modi. Non *una* psicopatologia, ma *molte* psicopatologie: dalla psicopatologia descrittiva alla psicopatologia dinamica, fenomenologica, cognitiva, sistemica. In quali forme articolare questa “questione metodologica”? In primo luogo ponendo nuovamente al centro del dibattito la clinica e, in secondo luogo, dotando i futuri professionisti – studenti, specializzandi, specialisti in psicologia clinica o psichiatria, operatori della salute mentale – di validi strumenti formativi.

In quest’ottica la Collana intende proporre differenti tipologie di testi – manuali, saggi, ricerche – di studiosi italiani e stranieri, in grado di rivitalizzare una clinica sempre più statica e descrittiva che dia luogo nel tempo a un circolo virtuoso tra teoria e prassi.

I volumi della Collana sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.

**Direzione scientifica:** Mario Rossi Monti

**Comitato scientifico:** Maria Armezzani (Università degli Studi di Padova), Vincenzo Caretti (Università degli Studi di Palermo), Antonello Colli (Università degli Studi di Urbino), Antonello Correale (Università degli Studi di Urbino), Andrea Fossati (Università Vita-Salute San Raffaele), Thomas Fuchs (Universität Heidelberg), Bill Fullford (University of Warwick), Claudia Mazzeschi (Università degli Studi di Perugia), Valdo Ricca (Università degli Studi di Firenze), Nicolino Rossi (Università degli Studi di Bologna), Claudio Sica (Università degli Studi di Firenze), Giovanni Stanghellini (Università degli Studi di Chieti), Giacomo Stella (Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia), Fabio Veglia (Università degli Studi di Torino), Alessandro Zennaro (Università degli Studi di Torino).

**Comitato di redazione:** Stefano Blasi (Università degli Studi di Urbino), Alessandra D’Agostino (Università degli Studi di Urbino), Alessia Fusilli (Università degli Studi di Chieti), Alessia Zoppi (Università degli Studi di Urbino).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# **Psicoanalisi e schizofrenia**

Un quadro in divenire

*A cura di*

Laura Corbelli, Massimo Fontana

**FrancoAngeli**

PSICOPATOLOGIA

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2016 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

# Indice

<b>Gli autori</b>	pag.	7
<b>Introduzione</b> , di <i>Laura Corbelli e Massimo Fontana</i>	»	9
<b>1. Schizofrenia, correlati biologici e psicoanalisi</b> , di <i>Laura Corbelli e Massimo Fontana</i>	»	21
<b>2. Semplicemente umani: sull'universalità della follia</b> , di <i>Nancy McWilliams</i>	»	29
<b>3. Psicoanalisi e neuroscienze di fronte alla schizofrenia</b> , di <i>Francesca Piazzalunga</i>	»	43
<b>4. Incontrare lo schizofrenico: possibilità relazionali nella stanza d'analisi</b> , di <i>Laura Corbelli</i>	»	59
<b>5. Per una co-costruzione dialettica del "senso": schizofrenia, sofferenza e relazione analitica</b> , di <i>Olga Spagnuolo e Salvatore Zito</i>	»	75
<b>6. Il rapporto personale come area intermedia tra psicosi e gruppo dei curanti</b> , di <i>Antonello Correale</i>	»	93
<b>7. Dentro e fuori la stanza d'analisi: l'intervento in una struttura residenziale psichiatrica</b> , di <i>Enrico Vincenti</i>	»	109





## Gli autori

**Laura Corbelli**, psicologa, psicoterapeuta, presidente dell'Ordine degli Psicologi di San Marino. Cultrice della materia presso la cattedra di Psicologia Clinica nei Servizi Psichiatrici, di Psicologia Clinica II e di Psicologia delle dipendenze presso l'Università degli studi "Carlo Bo" di Urbino. Curatrice di *Insight e psicosi. Consapevolezza di malattia nella schizofrenia e nei disturbi correlati*, Fioriti, 2009.

**Antonello Correale**, psichiatra, ex-primario del DSM ASL Roma B; membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana (IPA), insegna Psicologia delle dipendenze al Corso di laurea magistrale in Psicologia clinica dell'Università di Urbino. Ha pubblicato recentemente: *Area traumatica e campo istituzionale* (2006); con F. Cangiotti e A. Zoppi, *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze* (Milano, 2013).

**Massimo Fontana**, medico, psicoanalista e supervisore della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) e dell'International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS). Direttore della Scuola di Specializzazione in psicoterapia ad indirizzo "Psicoanalisi della Relazione" di Roma, insegna Psicopatologia e Diagnostica clinica presso le sedi di Roma e di Milano, e Psicopatologia presso la sede di Parma. Ha pubblicato recentemente: con S. Zito *La patologia borderline in psicoanalisi. Modelli per l'intervento*, FrancoAngeli, 2014.

**Nancy McWilliams**, psicoanalista, insegna Teoria e terapia psicoanalitica presso il Corso di laurea in psicologia applicata e professionale della Rutgers - Università Statale del New Jersey. Ex presidente della Divisione di Psicoanalisi (Sezione 39) dell'American Psychoanalytic Association. Presidente del Work Group per l'Asse P del PDM - *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (2006). Con V. Lingiardi è coordinatore scientifico del PDM-2 (in lavorazione). Ha pubblicato di recente: *La diagnosi psicoanalitica* (II ed., 2011), Astrolabio, 2012.

**Francesca Piazzalunga**, psicologa, psicoanalista della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) e dell'International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS). Insegna Psicopatologia e Diagnostica clinica presso la Scuola di Specializzazione in psicoterapia ad indirizzo “Psicoanalisi della Relazione” di Milano. Con M. Rossi Monti è co-autrice di *Macchine e “deliri bizzarri”*. *Psicopatologia dei disturbi dei confini dell'Io*, Fioriti, 2009.

**Olga Spagnuolo**, psicologa, psicoanalista della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) e dell'International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS). Direttrice del Centro di Psicoanalisi della Relazione di Roma.

**Enrico Vincenti**, psicologo, psicoanalista e supervisore della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) e dell'International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS). Supervisore di Psicoanalisi della Relazione di gruppo. Docente di *Psicoterapia e psicosi* presso l'Istituto SIPRe di Milano. Psicologo presso il Centro Diurno Psichiatrico “La Martesana” di Cernusco sul Naviglio, Milano.

**Salvatore Zito**, psicologo, psicoanalista della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) e dell'International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS). Insegna Teoria di Psicoanalisi della Relazione e Metodologia dell'intervento clinico presso la Scuola di Specializzazione in psicoterapia ad indirizzo “Psicoanalisi della Relazione” di Roma. Ha pubblicato recentemente: con M. Fontana *La patologia borderline in psicoanalisi. Modelli per l'intervento*, FrancoAngeli, 2014.

# Introduzione

di *Laura Corbelli e Massimo Fontana*

## **Partiamo dalle coordinate: la mappa**

Il titolo di questo volume conduce inevitabilmente verso due possibili riflessioni. Da un lato la domanda quasi obbligata di natura teorica: può *dire* davvero qualcosa la psicoanalisi in campo di schizofrenia, una sindrome ormai riconosciuta con implicazioni bio-genetiche nella maggioranza dei casi? La seconda di natura pratica: la psicoanalisi può davvero *fare* qualcosa in campo di schizofrenia? Entrambe le domande, sebbene spesso affrontate da diversi autori, non sono mai giunte ad una vera risposta o ad una risposta esaustiva e, giustamente, il lettore potrebbe chiedersi che cosa di diverso troverà in questo testo. Occorre quindi fornire una mappa, una piccola guida con cui seguire i capitoli che compongono questo lavoro. Parliamo di mappa non tanto perché vi siano indicati step precisi da effettuare passo passo, raramente questo è possibile in un testo scritto a più mani e ancor più in campo di terapia psicoanalitica, dove il passo successivo viene effettuato alla luce di ciò che avviene in seduta di volta in volta tra paziente, associazioni, contenuti, difese, analista. La mappa è da intendere invece come lo strumento con cui approcciarsi al volume, quello che potremmo in qualche modo paragonare agli occhiali con le lenti rosa di Kant. Il termine schizofrenia infatti appartiene alla nosografia e ci è molto utile per distinguere ciò che osserviamo, differenziandolo da altro. Ci è altresì molto comodo quando ci troviamo a dover incasellare alcuni sintomi, che altrimenti rimarrebbero come perline vaganti in una scatola, senza poter trovare un filo comune che li renda una collana. Ma oltre a questo non abbiamo molte altre possibilità. Il lavoro psicoanalitico si arresterebbe, davanti alla constatazione di una diagnosi condivisa. Il testo invece prevede uno sforzo differente. Passare dalla schizofrenia allo schizofrenico. Se infatti ogni patologia è “portata” da un individuo, è proprio questi che

chiede il nostro intervento e non dobbiamo dimenticarci che i sintomi della schizofrenia sono in primo luogo le sue esperienze. Ora, potrebbe risultare “di moda” parlare di una psicoanalisi duale, non più solo rigidamente impostata su canoni ineludibili, quali il lettino e il silenzio. Ma forse le mode ci insegnano qualcosa sull’evoluzione del pensiero e sui sentieri che esso percorre, a volte scoprendo, altre volte rispolverando verità dimenticate, lasciate indietro in nome di saperi più standardizzati e performanti. La psicoanalisi è in prima istanza incontro. Questo ha le caratteristiche peculiari di essere richiesto per una forma di sofferenza esistenziale, piuttosto che avvenire come qualsiasi incontro della vita. Non può esserne ignorata quindi la cornice, quella del dolore psichico, e non può esserne ignorata la dinamica prima: “io ti vengo a cercare per chiederti aiuto”. Come tanti grandi hanno sottolineato, la potenza dell’incontro risiede proprio nell’incontro stesso, quando cioè si apre quel terreno, già solcato in noi, dove senza cadere nell’uguale riconosciamo il simile. Dove il simile si mescola e da origine al nuovo. Dove il nuovo torna all’altro e si affianca ancora al simile. Può essere possibile un incontro con lo schizofrenico in questi termini? Può esserci psicoanalisi dove a volte la domanda non è chiara, un’interpretazione a parole non è possibile, le situazioni descritte non sono sempre comprensibili? Secondo gli autori di questo testo, con riferimento anche ai grandi psicoanalisti che hanno portato la loro esperienza nel mondo schizofrenico, sì.

### **La “topografia” del territorio dove ci stiamo muovendo: schizofrenia secondo il DSM**

La schizofrenia viene identificata dal DSM-5 (APA, 2013) principalmente sulla base di due criteri: uno prevede la presenza di caratteristici segni e sintomi; l’altro è di natura temporale. Occorre infatti che i segni e i sintomi acuti si manifestino per circa un mese o meno se trattati farmacologicamente con successo e che l’intero quadro (sintomi residuali) abbia durata di almeno 6 mesi. Unito a ciò vi è un forte disagio a livello sociale e la compromissione del funzionamento lavorativo e relazionale. Il fatto che ancora non sia possibile identificarne eziopatogeneticamente i meccanismi – o, meglio, che la sua emergenza sia verosimilmente legata ad un insieme complesso di fattori che vanno dall’espressione genica, alla condizione ambientale e la sua diversità espressiva dal punto di vista della compromissione comportamentale, cognitiva o della manifestazione di determinate caratteristiche – in passato l’hanno fatta annoverare via via tra i quadri organici piuttosto che tra le psicosi funzionali. Come entità diagnostica il

primo che la descrive è Kraepelin, che nel 1883 ne dà una prima definizione nosografica (segni e sintomi), chiamandola *Dementia Praecox*. Questo nome nasce dall'associazione alle forme appunto di demenza, ma con la specifica *Praecox*, cioè precoce, perché nella grande maggioranza dei casi l'esordio si manifesta in età giovanile<sup>1</sup>. Nel 1911 Bleuler cambia questo nome, notando che esistono differenti forme di questa affezione, che non tutte le forme evolvono in demenza, che esistono casi di remissione e che allo stesso tempo queste patologie non si comportavano come la demenza (sia a livello sintomatologico, sia per ciò che riguarda il decorso). Egli appose il nome di schizofrenia, o meglio usò il termine al singolare dichiaratamente per comodità e identificò la scissione (del pensiero, degli affetti e delle diverse funzioni psichiche) come meccanismo fondante il disturbo. Colpito infatti dal distacco netto con la realtà dato da pensieri illogici e bizzarri, deliri, esperienze sensoriali abnormi, ambivalenze affettive, ecc. che si manifesta in diversi i campi della vita del soggetto (pensiero – sia forma sia contenuto – affettività, percezione, comportamento), distinse i sintomi fondamentali dai sintomi accessori, introducendo così una nuova visione su questa patologia così singolare da far definire le persone “folli”. Egli notò da subito anche un ulteriore aspetto: le funzioni cognitive non necessariamente erano deteriorate, ma andavano incontro, per motivi sconosciuti, ad un utilizzo abnorme e singolare.

Ma quali sono questi segni e sintomi che successivamente, anche a seguito dell'apporto di Jaspers e Schneider, vengono descritti dal DSM e spesso divisi in positivi e negativi?<sup>2</sup> Secondo il DSM-5 per fare diagnosi di schizofrenia devono presentarsi almeno due sintomi (dei quali almeno uno fra i primi tre) tra i seguenti: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico, sintomi negativi quali abulia, appiattimento affettivo, apatia.

1. L'esordio comunemente avviene tra i 18 e i 25 anni, con alcuni casi ad insorgenza più precoce e altri ad insorgenza tardiva.

2. Sono identificabili nella psicosi alcuni sintomi che vengono divisi tra sintomi positivi e sintomi negativi. Per sintomi positivi si intendono sintomi floridi, produttivi, qualcosa di “aggiunto” o di abnorme rispetto al funzionamento normale dell'individuo. Per sintomi negativi intendiamo sintomi che sembrano mostrare un deficit, una carenza, un deterioramento delle facoltà psichiche, qualcosa che è “tolto” dal normale funzionamento della persona.

## I cartelli stradali: deliri e allucinazioni

Esistono diversi modi di considerare questo tipo di sintomi. Dal punto di vista nosografico i deliri sono descritti come delle credenze, erronee e non passibili di critica, che il soggetto mantiene ferme anche quando viene dimostrato il contrario. Essi non sono in linea col background culturale dell'individuo<sup>3</sup>. Possono riguardare specifici settori della vita del soggetto e avere diversi contenuti, in ogni caso segnano una rottura dell'esame di realtà. Essi implicano sempre un coinvolgimento del soggetto, che si ritiene vittima di persecuzione, riferimenti, raggiri o parte di piani di importanza eccezionale. Spiegano significati occulti e trame intricate che ad un ascoltatore esterno, seppure a volte possono avere contenuti verosimili, appaiono inevitabilmente non plausibili o non giustificati. Le allucinazioni riguardano la percezione, possono aver a che fare con tutti i piani sensoriali (uditivo, corporeo, visivo, olfattivo e gustativo) e vengono definite come percezioni senza oggetto, che per il soggetto acquisiscono la stessa veridicità di tutte le altre percezioni che caratterizzano la vita normale.

Dal punto di vista medico-organicista, possiamo descrivere questi sintomi con diverse anomalie, che riguardano sia la componente neurotrasmettitoriale, sia la morfologia, sia l'espressione genica.

Dal punto di vista psicologico invece potremmo parlare di questi sintomi come di esperienze vissute dal soggetto e del loro significato. Molti sono gli autori che si sono interrogati su che cosa comporti vivere ogni giorno accompagnati dall'assoluta certezza che voci maligne commentino il proprio operato e su che cosa significhi essere assolutamente certi di essere oggetto di un complotto del mondo. Questo tipo di indagine è stata svolta a più livelli: ad esempio a livello fenomenologico-descrittivo (proprio della psicopatologia fenomenologica), cercando attraverso le parole della persona di dare conto di qualcosa di così alienante e alieno dalla quotidianità e cogliere l'essenza di quel modo *di essere al mondo*; oppure leggendo queste esperienze come "salvezza" per l'individuo, cercando di ricostruire catene di significati in grado di rendere conto del perché quell'individuo abbia trovato quella soluzione; altri campi di indagine hanno invece focalizzato l'attenzione sui comportamenti disfunzionali, descrivendoli e cercando una

3. Questo risulta importante anche per distinguerle da credenze non ritenute veritiere, ma non deliranti. Se un contadino infatti appende l'aglio alla finestra quando la luna è crescente, credendo che ciò favorirà il raccolto, possiamo pensare che questo gesto appartenga ad un insieme di convinzioni derivabili dal suo sistema culturale. Se un impiegato di banca inizia ad appendere aglio allo sportello per favorire il funzionamento del suo computer, che così sarà protetto dai cattivi raggi della luna invece non possiamo attribuirlo ad un sistema di valori o ad un insieme di credenze popolari.

cura atta a modificarli o a insegnare al paziente a “monitorare” la scorrettezza dei propri pensieri.

Sebbene sia utile e necessario tenere presente ciascuno di questi punti di vista, non va dimenticato che intendere la psicosi (non solo schizofrenica, ma anche maniaco-depressiva) come una malattia medica è una scelta problematica, fra l'altro non compatibile con la prospettiva con la quale la psicoanalisi approccia il disagio mentale. È innegabile l'evidenza di una componente genetica, predisponente allo sviluppo della psicosi, come pure delle alterazioni cerebrali di carattere anatomico-funzionale. Ma ciò non è sufficiente per considerare questa patologia (ed ogni altra di interesse psichiatrico) come un'entità naturale di malattia, al pari di come è invece legittimo fare per la maggior parte delle malattie internistiche. Laddove il disagio riguarda la sfera psichica e mentale il piano di ragionamento si sposta sulla persona, sul suo sviluppo nel corso del ciclo di vita, che non viene considerato come mera espressione dei caratteri biologici.

È facile per uno psicoanalista essere consapevole di questo, dell'inadeguatezza del modello medico nella comprensione e nella cura della sofferenza mentale, quando essa riguarda la sfera nevrotica o l'ambito della personalità. Più difficile quando si confronta con la psicosi, per la durezza e rigidità dei sintomi e per la conoscenza dei suddetti correlati biologici. D'altro canto, è coerente con i presupposti della psicoanalisi considerare il “mentale” come una proprietà *emergente* (Varela, 1997), non riducibile al biologico. Ma anche prescindendo da tali considerazioni che appartengono al piano dell'epistemologia, alla “visione del mondo” che guida la costruzione dei modelli scientifici, vi sono elementi obiettivi che impediscono tuttora di considerare la schizofrenia come un'entità nosologica distinta: la mancanza di marker biologici specifici per la diagnosi, in primo luogo; e i dati epidemiologici, che ci informano sull'importanza dei fattori socio-ambientali e sulla probabile esistenza di un continuum con le manifestazioni psicotiche più lievi. Infatti, come ricordano Buscaglia e Ciancaglini (2013), diversamente da quanto si è creduto fino a pochi anni fa, le più recenti evidenze epidemiologiche dimostrano che l'incidenza e la prevalenza della schizofrenia variano significativamente nelle diverse aree geografiche ed anche in relazione al contesto di vita, smentendo la convinzione radicata negli anni '80 e '90 del secolo scorso, secondo la quale la componente ereditaria prevarrebbe ampiamente sui fattori socio-ambientali configurando un disturbo di origine prettamente biologica.

In ogni caso, come molti sottolineano, non è l'incidenza di questa patologia a rendere ragione del grosso interesse intorno ad essa, quanto il suo fascino, la sfida che essa pone nel voler districare qualcosa (probabilmente qualsiasi cosa) da una matassa tanto aggroviagliata e straordinaria, con il

suo portato di grande dolore. Già, perché al di là della spettacolarità, della bizzarria, dell'assurdità che questi individui possono mostrare nel loro ragionamento o nel loro percepire e comportarsi, ciò che permane è una condizione fatta di paure, forte angoscia e smarrimento. Un mondo strano, vissuto come minaccioso, che impedisce la piena realizzazione di sé. Non si ha una fobia se non si è esposti all'oggetto fobico; si può tranquillamente andare al lavoro, guardare la televisione, scambiare due chiacchiere col vicino e inciampare in un ostacolo senza che ciò sia problematico per la persona. E se anche si vive contornati da oggetti fobici, si possono trovare strategie alternative o, tramite tecniche di esposizione, ridurre fino ad annullare la fobia. Con la psicosi non è così. «Con la schizofrenia non si è mai soli», dice Woody Allen facendoci sorridere. Ma questo sorriso porta il gusto amaro di un ambiente mai tranquillo, di un'insidia sempre dietro l'angolo e sempre nascosta *per me* dietro l'angolo, di una tregua impossibile. Nemmeno il sollievo di poterne parlare liberamente con un familiare, perché il costo diviene la "follia" o la derisione. E allora? Ha la psicoanalisi o meglio lo psicoanalista, la forza, gli strumenti, la pazienza di affrontare questo universo?

### **Legenda della mappa: i capitoli del libro**

*Un quadro in divenire*: di schizofrenia la psicoanalisi si è sempre occupata, fin dai suoi albori, quando ancora la sua posizione ufficiale (a partire dallo stesso Freud) era che il metodo analitico non fosse uno strumento clinico adeguato per la cura. Poi questa convinzione è stata superata, ma per lungo tempo la psicoanalisi ha avuto bisogno di coltivare le proprie idee nel proprio terreno, senza sentire l'esigenza di dialogare con le altre discipline e con il resto del mondo scientifico. La situazione è adesso ben diversa e gli apporti della psicoanalisi contemporanea tengono ampiamente conto e si confrontano con i contributi provenienti dalla ricerca biologica e clinica, dalle neuroscienze, dalla psicologia evolutiva, dai diversi modelli di intervento, e così via. Bisogna anche dire che non esiste "La Psicoanalisi", ma esistono autori, correnti di pensiero ed orientamenti teorici. Il quadro è, quindi, "in divenire", e con questo libro vogliamo contribuire a tale percorso, con un'attenzione particolare verso l'approccio clinico in psicoanalisi, per come si caratterizza in questo contesto e ai giorni nostri.

L'11 maggio 2013 la Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione ha organizzato a Roma una giornata di studio su queste tematiche, invitando alcuni colleghi a discuterne insieme al pubblico. Da tale evento è nato lo stimolo per la realizzazione di questo libro, che non riporta semplicemente



i testi delle relazioni presentate in quella occasione, ma ne amplia i contenuti sviluppando gli argomenti trattati, con il contributo di alcuni dei relatori presenti al seminario (Piazzalunga, Corbelli, Correale e Vincenti), e l'ulteriore apporto di altri colleghi (Fontana, McWilliams, Spagnuolo e Zito) per vari versi impegnati in questo ambito.

Apriamo noi stessi il volume con il primo capitolo intitolato “Schizofrenia, correlati biologici e psicoanalisi”. Abbiamo ritenuto utile partire dai principali elementi di discussione che animano il rapporto fra biologia e psicoanalisi nello studio e nella clinica della schizofrenia, con l'obiettivo di evidenziare quale può essere una prospettiva corretta che non riproponga le vecchie contrapposizioni di bandiera e consenta un incontro fruttuoso fra queste due discipline. Alcuni degli argomenti che tocchiamo, che riguardano la concezione delle origini e dello sviluppo della patologia psicotica e l'approccio clinico alla luce delle cognizioni attuali (genetica, neuroscienze, psicoanalisi) verranno poi ripresi e approfonditi nei capitoli successivi.

Prosegue Nancy McWilliams parlando dell'“universalità della follia” (capitolo 2), considerato che siamo tutti «più semplicemente umani che altro» (Sullivan, 1953). Della continuità della schizofrenia con le manifestazioni psicotiche più lievi abbiamo accennato sopra: sta riconquistando credito anche in psichiatria e in psicopatologia una concezione dimensionale della psicosi, che era stata messa seriamente in crisi dall'affermazione del sistema DSM, a partire dal 1980 (ma parzialmente recuperata nell'ultima edizione, il DSM-5). Questo grazie alle ricerche epidemiologiche degli ultimi anni, che dimostrano che esperienze allucinatorie e deliranti sono più comuni delle attese nella popolazione non clinica; in soggetti, cioè, che non giungono e non giungeranno mai all'attenzione dei servizi di salute mentale. Tali evidenze recuperano agli occhi della comunità clinica la validità dell'approccio dimensionale, sempre considerato in psicoanalisi e notoriamente sostenuto da Nancy McWilliams in tutti i suoi lavori e nel contributo che ha dato al PDM. In particolare, qui come in altre occasioni (ad esempio, 2010), ricorre efficacemente all'assioma di Terenzio secondo il quale *nulla di ciò che è umano mi è estraneo*: la follia considerata come esperienza umana in quanto tale, possibile per ogni individuo della specie laddove si superino determinate soglie di tolleranza. Lungi dal sostenere che tutta la popolazione sia potenzialmente schizofrenica o che si possa fare a meno della prospettiva categoriale – e senza negare il ruolo dei fattori costituzionali predisponenti – in questo capitolo l'autrice approfondisce le implicazioni delle due prospettive e dei rischi di sacrificarne una a favore dell'altra; soprattutto, per ciò che riguarda quella dimensionale, il rischio di dimenticare che, come tutti, anche lo psicotico ha una psiche e, come si diceva prima, i suoi sintomi *sono* le sue esperienze.

Il contributo di Francesca Piazzalunga (capitolo 3) si dedica, approfondendolo molto meglio, al tema di partenza del primo capitolo (il rapporto fra psicoanalisi e neuroscienze), evidenziando quanto le differenti prospettive rappresentino a loro volta macroinsiemi che originano da diverse impostazioni. A partire dal dibattito che ha animato i vari paradigmi scientifici, l'autrice pone l'attenzione sulle posizioni attuali che riconoscono sempre più la legittimità dei differenti assunti epistemologici di ciascuna disciplina, piuttosto che affermare il primato della propria posizione di appartenenza (come a volte ha fatto la stessa psicoanalisi). Così come è facilmente dimostrabile che non esiste una sola psicoanalisi, è altrettanto evidente che non esiste una sola prospettiva neuroscientifica. L'esplicitazione dei referenti epistemologici diviene il territorio di confronto da cui partire per un dibattito proficuo tra discipline differenti, che invece di escludersi reciprocamente narrano aspetti diversi, che si integrano tra loro permettendo, sul piano della clinica, di intessere la storia dell'individuo. Intendere la schizofrenia come entità astratta o come, al contrario, quadro ristretto e asettico a cui ricondurre manifestazioni di eccesso (sintomi positivi) o di difetto (sintomi negativi) non pare portare molto avanti nella conoscenza o nell'approccio a chi viene identificato come portatore di questa sofferenza. Al contrario, la bontà dell'incontro di queste discipline consiste nel riconoscere principalmente da quale via si proviene e quale strada si sta percorrendo, per chiarire quale panorama osserveremo una volta giunti al belvedere comune, dove altri personaggi, altre teorie, altri approcci arriveranno seguendo il loro percorso, permettendo il dialogo a partire dalla propria visuale.

Con il capitolo 4 Laura Corbelli porta il lettore direttamente nella stanza d'analisi, a tu per tu con lo schizofrenico. Partendo da un breve excursus sul tema dell'inconscio, il suo contributo si articola su due capisaldi della terapia psicoanalitica, l'interpretazione e la metafora, tenendo sempre conto che il linguaggio – come affermato da Mitchell (2000, p. 33) – non trasmette solo significati e non è solo un utile mezzo comunicativo, ma è in grado di evocare stati della mente e di connettere ambiti di esperienza. L'autrice affronta la questione del come porsi da psicoanalisti all'interno di un setting con un paziente così peculiare, come quello schizofrenico, fino a sostenere che l'interpretazione resta ancora lo specifico degli approcci psicoanalitici; è tuttavia indispensabile ridefinirla quando si parla di terapia con lo schizofrenico. Anche la metafora – che in questo particolare ambito di incontro perde le caratteristiche che le sono proprie per divenire realtà oggettuale e oggettiva – ancora una volta può essere un utile strumento per avvicinarsi a comprendere la persona che entra nello studio chiedendo aiuto. Corbelli ribadisce che il compito fondamentale dello psicoanalista è

quello di entrare in un mondo complesso, al pari di quello di tutte le persone che si incontrano in terapia, spostando l'attenzione sul fatto che ciò che può essere letto come simbolico o metaforico è la quotidianità di quella persona, la sua concretezza, la sua realtà. In tal senso, fornisce indicazioni pratiche ed esempi reali per aiutare il lettore a rendere operative queste riflessioni.

Su che cosa significhi tradurre l'orientamento relazionale nel lavoro clinico con il paziente schizofrenico, intervengono Olga Spagnuolo e Salvatore Zito nel capitolo 5 ("Per una co-costruzione dialettica del 'senso': schizofrenia, sofferenza e relazione analitica"). Gli autori concentrano la loro attenzione su una peculiarità di questa prospettiva psicoanalitica, che è anche un'implicazione del *niente di umano mi è estraneo*, citato dalla McWilliams: il rifiuto di qualunque teorizzazione contenutistica della mente, che stabilisca che cosa è giusto e che cosa no e consideri il disagio del paziente come espressione di qualcosa da correggere, da riportare sul binario di una normalità prestabilita. Questo punto può sembrare paradossale, poiché è desiderio di tutti (paziente, terapeuta, contesto sociale) che intervenga un cambiamento e la sofferenza si attenui o, addirittura, scompaia. Ma è per trovare una propria normalità, un modo per stare in piedi, che ciascuno si organizza come può, sviluppando soluzioni a volte bizzarre per tenersi lontano da quella che viene sentita come una personale "zona di insostenibilità dell'esistenza". Perseguire quel desiderio è dunque possibile riconoscendo la funzionalità di quelle soluzioni, piuttosto che puntare al loro cambiamento. Soluzioni che, nella logica del paziente a noi inizialmente aliena, hanno un loro significato ed una motivata ragione di esistere. È proprio lavorando per superare la contrapposizione tra la nostra logica e quella soggettiva del paziente che si creano le condizioni per sentirsi raggiunti e per rimettere in movimento una costruzione condivisa di significati.

È noto che le istituzioni (i servizi di salute mentale, con i loro centri diurni, comunità terapeutiche, ecc.) rappresentano il referente più a lungo termine per i pazienti. Nel capitolo 6 ("Il rapporto personale come area intermedia tra psicosi e gruppo dei curanti") Antonello Correale espone la sua idea di proposta operativa per l'istituzione: l'opportunità di un referente unico, di una figura personalizzata da assegnare alla persona psicotica che chiede aiuto. Infatti, le problematiche che si pongono con questo tipo di utenza sono di due tipologie: la prima di ordine pratico, la seconda di ordine strettamente personale-esistenziale. Rientrano nelle problematiche di ordine pratico il tipo di intervento da proporre (lavoro, incontri prefissati, recupero delle relazioni significative, ad esempio), ma anche tutti quegli aspetti di scissione e rabbia che un utente così sofferente e complesso può caricare sul lavoro dell'équipe. Secondo Correale, il gruppo si configura

come un grande contenitore pieno di risorse e potenzialità; ma, in assenza di un referente in grado di fare da intermediario tra l'utente, ciò che suscita, il gruppo, le proposte o i vissuti dell'équipe, il rischio diviene quello di focalizzarsi su aspetti pedagogici o di rifiuto nei confronti dell'utente che non accetta la proposta, disperdendo così energie e perdendo di vista la persona. La grande portata di una figura personalizzata consiste nel trasformare il "ti insegno come vivere", in "facci capire che cosa significa per te vivere"; e a partire da questo, la possibilità di creare un percorso cucito su misura, che dia origine ad un processo trasformativo. La problematica di tipo personale-esistenziale fa riferimento alla difficoltà personale dell'utente di seguire le indicazioni del servizio, per la sua particolare modalità di recepire la realtà condivisa e per la difficoltà a mantenere un filo conduttore, una trama storica, degli accadimenti. Qui il discorso si allarga ai fattori eziopatogenetici, dove Correale avvalendosi anche della ricerca empirica sul campo, colloca l'aspetto allucinatorio come esperienza prima di distorsione e stranezza della realtà. In particolare l'autore sonda come una "ipersensorializzazione", che sarebbe caratteristica visibile già nell'infanzia, renda ogni esperienza un impatto troppo forte, poco modulato, quindi di per sé paralizzante e impossibile da inserire in un contesto. Il delirio viene letto dall'autore, quindi, in accordo con quegli studiosi che lo ritengono una formazione secondaria, protettiva per il soggetto. La figura personalizzata nell'istituzione e dell'istituzione, in questo caso, avrebbe anche l'importante funzione di memoria, di collante di tutti quei pezzi, altrimenti sospesi poiché paralizzanti, che non permettono al soggetto di poter progettare, pensare, affrontare la realtà condivisa, a cui il vivere in relazione e l'équipe dei curanti lo richiama.

Come il precedente, anche il contributo di Enrico Vincenti (capitolo 7: "Dentro e fuori la stanza d'analisi: l'intervento in una struttura residenziale") si volge al lavoro nelle istituzioni, alla luce dei modelli di spiegazione della patologia, che sempre guidano l'operare del clinico, ma anche delle équipe e dei gruppi di curanti. Dopo aver passato in rassegna le idee portanti che caratterizzano il pensiero di alcuni autori di riferimento (De Masi, Racamier, Searles, Stolorow), Vincenti si sofferma su una prospettiva relazionale volta a superare la dicotomia "organismo-ambiente" e la conseguente visione della patologia come dipendente dall'esterno (deficit di cure, traumi, ecc). Visione che è bene superare, aggiungiamo noi, perché rappresenta il polo opposto rispetto alla concezione biologista che attribuisce ai geni la causa prima della malattia. Ne scaturisce una concezione del soggetto (anche del soggetto psicotico, molte volte *frammentato* sul piano delle sue funzioni psichiche) come *sistema unitario* che organizza il proprio sviluppo sulla base delle risorse che si rendono disponibili nell'inte-

razione con l'ambiente. Le conseguenti linee di intervento clinico vengono esemplificate attraverso la narrazione del caso di una paziente seguita in comunità terapeutica, con il coinvolgendo della madre e dell'intero gruppo dei curanti.

## **Bibliografia**

- APA - American Psychiatric Association (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione*, tr. it. Cortina, Milano, 2014.
- Bleuler E. (1911), *Dementia Praecox o il gruppo delle schizofrenie*, tr. it. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.
- Buscaglia G., Ciancaglini P. (2013), "Epidemiologia dei disturbi psicotici e modelli di malattia", [www.psychomedia.it/pm/modpsy/psydiag/buscaglia-ciancaglini.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modpsy/psydiag/buscaglia-ciancaglini.htm).
- Jaspers K. (1913-1959), *Psicopatologia generale*, tr. it. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.
- Kraepelin E. (1883), *Trattato di psichiatria*, tr. it. Vallardi, Milano, 1985.
- McWilliams N. (2010), *Il trattamento dei pazienti con dinamiche paranoidi*, in Bortoli R., Bova F. (a cura di), *Personalità paranoide e psicopatica. Contributi alla patologia di personalità tra psichiatria e psicoanalisi*, Borla, Roma, 1985.
- Mitchell S. (2000), *Il modello relazionale*, tr. it. Cortina, Milano, 2002.
- Sullivan H.S. (1953), *Teoria interpersonale della psichiatria*, tr. it. Feltrinelli, Milano, 1977.
- Schneider K. (1959), *Psicopatologia clinica*, tr. it. Città Nuova, Roma, 1983.
- Varela F.J. (1997), "Neurofenomenologia. Una soluzione metodologica al 'problema difficile'", *Pluriverso, Biblioteca delle idee per la civiltà contemporanea*, 3, [www.oikos.org/varelaneurofenomenologia.htm](http://www.oikos.org/varelaneurofenomenologia.htm).