

Ciro Elia

# Un nuovo sguardo alla schizofrenia

Psicoterapia e psicomica

PSICOTERAPIE

**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.



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.

Ciro Elia

# **Un nuovo sguardo alla schizofrenia**

Psicoterapia e psicodinamica

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Il disegno di copertina e quelli all'interno del libro  
sono opera dello stesso paziente schizofrenico.

Copyright © 2013 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>Introduzione</b>  | pag. | 9   |
| <b>Ringraziamenti</b>  | »    | 15  |
| <b>Il senso della psicoterapia psicodinamica con i pazienti schizofrenici</b>              | »    | 17  |
| <b>Antonio nello specchio del transfert: io sono... tre</b>                                | »    | 27  |
| <b>Simmetria, asimmetria e dissimmetria nella relazione transfert-controllotransferale</b> | »    | 42  |
| <b>Fondamenti di tecnica: realtà e affetti</b>   | »    | 51  |
| <b>La psicosi di transfert e il Nucleo Transizionale del Sé</b>                            | »    | 81  |
| <b>Il corpo nel transfert e nel controtransfert</b>  | »    | 95  |
| <b>Il modello autistico-simbiotico della schizofrenia</b>                                  | »    | 108 |
| <b>Conclusioni cliniche e teoriche</b>   | »    | 117 |
| <b>Bibliografia</b>  | »    | 133 |



*Ai miei pazienti*

“Qui ci sono delle regole, è vero, ma le regole servono  
quando si sono perduti i confini, ...”

“Cosa vuol dire quando si sono perduti i confini?”

“Non capisco”

“Capirà se continuiamo a parlare...”

Da “Si sta facendo sempre più tardi” (2001)

di Antonio Tabucchi

## *Introduzione*

Questo libro, frutto della mia esperienza di quaranta anni di lavoro psicoterapeutico con i pazienti dello spettro schizofrenico e delle supervisioni effettuate nei Servizi Pubblici e presso la Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica di Milano, riguarda in primo luogo la tecnica che utilizzo nel trattamento di questi pazienti e in secondo luogo la mia visione psicodinamica della schizofrenia o, se vogliamo, della sua metapsicologia, che non può non tenere conto delle risultanze delle ricerche neuroscientifiche e anche degli apporti dell'Infant observation. Tale visione naturalmente si colloca in stretta correlazione con i principi fondamentali della tecnica. L'idea del libro è nata in me dalla confluenza di diverse correnti o motivazioni affettivo-cognitive. In primo luogo mi è sembrato che non potevo lasciar cadere il suggerimento di diversi pazienti, prima di tutto in ordine di tempo quello di Antonio della psicoterapia del quale parlerò nel Secondo Capitolo, di scrivere un libro sulla loro vita e la loro terapia, a testimonianza della loro sofferenza e della lotta per superarla. Inoltre vi è il desiderio di sottolineare quanto il lavoro con tutti i miei pazienti, ma in particolare con quelli dello spettro schizofrenico, abbia contribuito in maniera significativa a dare un senso alla mia vita e abbia aiutato la mia crescita umana e professionale.

Vorrei anche offrire ai colleghi psicoanalisti, psicoterapeuti, psichiatri e psicologi, ma anche ai lettori comunque interessati alla conoscenza dei processi psichici della schizofrenia, la possibilità di entrare nel vivo dell'incontro tra me e i miei pazienti e di partecipare in qualche modo alla "verità" di queste relazioni: queste richiedono da parte del terapeuta una grande capacità di investimento, identificazione, sopportazione e elaborazione del male psicotico. Non può svilupparsi e crescere il processo psicoterapeutico se il male psicotico, l'aggressività, la confusione e il senso di non-esistenza non vengono introiettati dal terapeuta e vissuti in parte come fossero suoi. Quante volte, tornando a casa la sera dopo una seduta con uno di que-

sti pazienti, mi sono sentito per un po' di tempo confuso, sconcertato, deluso, impotente. Un aspetto quindi significativo degli stralci dei resoconti psicoterapeutici a cui farò riferimento è costituito dalla descrizione, in alcuni passaggi, dei miei stati d'animo, motivazioni e ragionamenti rispetto a certi interventi da me effettuati, così come li ho annotati durante il corso della psicoterapia (va anche detto che nel lavoro con i pazienti psicotici trascrivo durante le sedute gli scambi tra il paziente e me, in quanto risulta molto difficile ricostruire le interazioni dopo la fine della seduta).

Un'altra motivazione di questo libro è costituita dal desiderio di dare un contributo clinico e teorico alla psicoterapia della schizofrenia e alla sua comprensione psicodinamica, sostenendo in questo modo la validità dell'approccio psicodinamico alle psicosi. La mia modalità psicoterapeutica, che si è sviluppata nel solco del pensiero di Gaetano Benedetti (1979, 1980, 1991) e Johannes Cremerius (1985, 1991), col passare degli anni e del procedere del lavoro con i pazienti, si è anche modificata nel tempo, diventando più elastica, creativa e complessificata.

Il libro si apre nel Capitolo Primo col discorso fondamentale sul senso che la psicoterapia dei pazienti psicotici ha per l'analista, per il paziente e per i risultati che possono essere conseguiti. Vengono svolte prima di tutto alcune considerazioni sul senso di queste psicoterapie per l'analista e sulle motivazioni cosce e inconscie che lo inducono a intraprendere terapie così lunghe, impegnative e spesso frustranti. Il terapeuta ha a che fare con pazienti che per la loro gran destrutturazione possono suscitare notevoli conflitti soprattutto di natura narcisistica. In secondo luogo prendo in considerazione il senso della psicoterapia psicoanalitica per i pazienti stessi, in relazione a come la intraprendono e con quali motivazioni e a come la vivono: peraltro essi sono in genere poco motivati o hanno delle aspettative onnipotenti e magiche o all'opposto manifestano un grosso rifiuto per la terapia e la nuova relazione. Infine viene esaminato il senso di queste terapie rispetto ai loro risultati, aspetto questo ovviamente molto importante. Oltre a sottolineare la parziale inefficacia della terapia neurolettica per la risoluzione dei sintomi e gli effetti negativi della terapia neurolettica messi in luce da diverse ricerche, esamino criticamente le risultanze alquanto negative delle ricerche dei decenni scorsi sugli esiti delle psicoterapie delle psicosi. Ricordo le risultanze positive delle ricerche più recenti e anche i risultati positivi nel 50% della mia casistica costituita da venti casi.

Nel Capitolo Secondo racconto la storia emblematica della psicoterapia di Antonio, basata sulle trascrizioni seduta per seduta per tutti i dieci anni di terapia: oltre alle comunicazioni e i comportamenti del paziente vengono descritti accuratamente anche i miei, allo scopo di far toccare con mano

la complessità e intensità della interazione terapeutica. Ma pare importante fornire qualche esempio clinico, convinto come sono della validità del ben noto aforisma di Wittgenstein: “Per stabilire una prassi non bastano regole, ma occorrono esempi. Le nostre regole lasciano aperta una via di scampo e la prassi deve parlare solo per sé”.

Come sappiamo, la tecnica psicoanalitica si è sviluppata secondo due modalità diverse, la prima caratterizzata fundamentalmente da un'uniformità metodologica nell'ambito dell'analisi delle nevrosi, la seconda legata a modificazioni della tecnica rese necessarie dal trattamento di determinate patologie più gravi. Io vedo questi due aspetti in interazione tra loro e il processo terapeutico come legato all'integrazione degli elementi intuitivi, identificatori, affettivi con quello logico-interpretativi. Anche nella psicoterapia della schizofrenia l'operare clinico si muove lungo queste due linee fondamentali, che spesso interagiscono tra loro secondo un feedback positivo. Nella prima fase della terapia, estremamente delicata perché in essa si gioca lo sviluppo del transfert positivo e dell'alleanza terapeutica, è fondamentale l'attività di coostruzione o coricoostruzione del Sé frammentato attraverso la comunicazione da parte del terapeuta di affetti e rappresentazioni positive, ma più avanti anche negative nel momento opportuno, che attengono all'autenticità profonda del Sé terapeutico, alla sua vitalità e creatività, alla sua “libertà terapeutica”. Queste comunicazioni possono utilizzare il canale verbale, il canale affettivo-gestuale, il canale figurativo mediato dai disegni del paziente, e anche il canale corporeo in certe situazioni. Tali interventi sono volti a far intendere, sentire al paziente il suo esistere in primo luogo dentro di noi e di attivarne così il senso di identità. È una forma di riconoscimento, che forse il paziente non ha mai avuto o il cui senso ha perduto e si colloca in una visione della psicoanalisi non rigida e conformista, aperta agli influssi delle filosofie fenomenologica e esistenziale: si tratta di tener conto, accettare e vivere insieme al paziente l'ambiguità, l'incertezza, la complessità, la confusività delle situazioni terapeutiche, e anche essere attenti e flessibili di fronte alle notevoli variabilità individuali. Come hanno sostenuto Horwitz, Gabbard *et al.* (1996) con il concetto di psicoterapia su misura con i pazienti gravi, non dobbiamo cercare di adattare il paziente alle nostre teorie, ma adattare le nostre teorie al paziente. Comunque il trattamento si caratterizza come propriamente psicoanalitico per l'attenzione all'analisi del transfert e del controtransfert, all'interpretazione delle difese autistico-simbiotiche o narcisistico-strutturali (Elia 1982, 1997), al lavoro interpretativo o ricostruttivo sulle cause che, epistemologicamente probabilistiche, possono aver dato luogo ai problemi del paziente; infine la terapia è peculiarmente psicoanalitica per l'attivazione dell'inconscio terapeutico, che si pone in posizione di quasi-simmetria,

di mutualità e di interpenetrazione con l'inconscio del paziente e a volte di dissimmetria. Il Capitolo Terzo si occupa appunto delle declinazioni controtransferali che si configurano nelle varie situazioni come simmetriche, asimmetriche e disimmetriche.

L'attività terapeutica, che viene descritta nelle sue basi teoriche e fondamenti clinici dal Capitolo Quarto, attraverso la caduta delle difese narcisistico-strutturali, determina spesso la comparsa di quel fenomeno drammatico, caotico e emergenziale che è la psicosi di transfert e successivamente del Nucleo Transizionale del Sé (Capitolo Quinto). Allorché il processo procede positivamente, il Sé tende a riorganizzarsi in maniera nuova, sorprendente, originale, per via della sua capacità auto-organizzatrice. Il riferimento teorico in via analogica è qui alla teoria della complessità (S. Kauffman 1993), nel senso che i sistemi complessi possono evolvere dal disordine all'ordine attraverso le nuove connessioni che si creano tra gli elementi (R.M. Galatzer-Levy 2009), nel nostro caso tra i vari sub-sistemi del Sé o tra le loro parcellizzazioni variamente assemblate, dando luogo a delle configurazioni completamente diverse dalle precedenti. Un contributo certamente importante all'organizzazione del senso di identità del paziente è costituito dall'analisi degli elementi edipici presenti in ogni caso di disturbo psicotico, positivi e soprattutto negativi, che in quanto assorbiti e risucchiati nella relazionalità duale autistico-simbiotica vengono a costituire la configurazione dell'"Edipo delirante".

Rivolgo poi un'attenzione particolare al teatro del corpo del paziente che esprime in maniera impulsiva e disorganizzata molti dei suoi affetti e rappresentazioni inconse e all'interazione corporea tra terapeuta e paziente (Capitolo Sesto) nei suoi risvolti affettivi e libidici e in quelli aggressivi e violenti. La violenza si manifesta in maniera particolarmente virulenta in alcuni casi e pone grosse difficoltà al terapeuta. Per altro nella letteratura sono pochi i contributi su questo problema, probabilmente perché le teorie relazionali tendono a rimuovere o a trascurare questo aspetto importante, in quanto i concetti di rispecchiamento, empatia, identificazione, simmetria non sono di grande aiuto in queste situazioni, così come spesso è insufficiente il lavoro interpretativo. Quindi è necessario utilizzare anche interventi verbali o corporei controaggressivi, soprattutto se in precedenza si sono stabiliti il transfert positivo e una buona alleanza terapeutica.

Nel Capitolo Settimo viene proposto il modello autistico-simbiotico visto come configurazione basica delle tendenze relazionali/arelazionali del Sé, che si osservano, seppure in maniera diversa, in tutti i pazienti dello spettro schizofrenico. La simbiosi con l'oggetto fantasmatico è l'espressione autistica e onnipotente della non-separazione dall'oggetto e l'autismo,

espressione del distacco più assoluto, si manifesta oltre che nel ritiro dalla realtà e dagli oggetti a livello cosciente, anche nell'unione inconscia con l'oggetto simbiotico. In questo senso il Sé autistico-simbiotico viene posto nella mia concettualizzazione come Gestalt, come nucleo psicopatologico centrale e comune a tutti i disturbi dello spettro schizofrenico. Il discorso si articola con il concetto strettamente collegato di difese narcisistico-strutturali e si pone anche nell'ottica di mettere in relazione l'interpretazione psicodinamica con alcuni contributi delle neuroscienze e della scienza cognitiva.

L'ultimo Capitolo riguarda le conclusioni cliniche e teoriche che si possono trarre dalla mia ricerca che fa riferimento alla notevole casistica di venti casi dello spettro schizofrenico trattati per un periodo di tempo che va da un minimo di sette-otto anni a un massimo di venti. Si tratta di una ricerca a carattere intraterapeutico o diadico-specifico, il cui valore scientifico, anche se ne dobbiamo tenere presenti i limiti legati al coinvolgimento del terapeuta, alle sue idiosincrasie, alle sue teorie personali, è importante e significativo, particolarmente se teniamo presente che in questo ambito la ricerca empirica è enormemente complessa e non esente da problemi rispetto al rapporto col paziente. Credo che rispetto alle conclusioni che si possono trarre dalla mia casistica e alla loro validità occorre sottolineare che molti dei miei casi sono stati discussi e studiati con i colleghi; inoltre ritengo, come afferma I.Z. Hoffman (2009), nella sua acuta critica alla sopravvalutazione della ricerca empirica, che lo studio del caso singolo e soprattutto una ricca casistica come la mia abbia la capacità di generare non tanto ipotesi da eventualmente testare, ma "importanti e plausibili possibilità" (p. 1046) per la psicoterapia psicodinamica della schizofrenia e la condivisione con i colleghi. Voglio anche sottolineare che negli ultimi anni si sta modificando nella psicoanalisi il clima culturale, che prima era decisamente orientato a favore della ricerca empirica e svalutante verso lo studio del caso singolo. Vi sono appunto segnali di cambiamento di prospettiva: ecco quanto scrivono a conclusione del loro articolo del 2006 Westen, Gabbard, Blagow, che tanto si sono dedicati alla ricerca empirica: "Visto che stiamo entrando in un'era nella quale la personalità assumerà nuovamente una posizione centrale nella comprensione della psicopatologia, potremmo scoprire che gli approcci clinici alla personalità non solo sono clinicamente utili, ma sono anche indispensabili per la teoria" (p. 122). Gli stessi Autori si pongono criticamente verso il movimento delle terapie supportate empiricamente, che partiva dall'idea che ogni sindrome richieda il suo specifico manuale di trattamento.

Con un certo orgoglio posso dire che sono sempre rimasto coerente con un approccio clinico che pone in primo piano le caratteristiche della perso-

nalità del paziente e del terapeuta e la complessità e unicità della loro relazione. Rimango anche convinto che dal lavoro clinico si possono trarre valide conclusioni teoriche, se non vengono assolutizzate e investite narcisisticamente da farne un nuovo ennesimo sistema: viene proposta un'interpretazione psicodinamica della schizofrenia che tiene conto di alcune delle risultanze della ricerca patofisiologia sul cervello.

## *Ringraziamenti*

Desidero esprimere i miei ringraziamenti in primo luogo ai miei maestri, Gaetano Benedetti e Johannes Cremerius, senza l'insegnamento dei quali questo libro non sarebbe nato.

Ringrazio inoltre W. Bucci, M. Eagle, R. Holt, H. Kächele, il cui pensiero espresso nelle loro relazioni a Milano e nelle loro opere, è teso a sviluppare la psicoanalisi come disciplina scientifica oltre che umanistica.

Infine un affettuoso ringraziamento ai Signori Annamaria Pozzoli, Elena Zanini, Luca Zanini che con grande pazienza hanno sopperito alle mie insufficienze dal punto di vista informatico.



## *Il senso della psicoterapia psicodinamica con i pazienti schizofrenici*

Vorrei prima di tutto chiarire la mia posizione rispetto al senso del lavoro psicoterapeutico con i pazienti dello spettro schizofrenico, sia sul versante del terapeuta che su quello del paziente. In una situazione come l'attuale, nella quale il positivo progresso delle neuroscienze e della psicofarmacologia e in particolare della ricerca patofisiologia sulla schizofrenia sembra o viene spesso presentato come risolutivo di questi disturbi, il bisogno del paziente, per quanto estremamente ambivalente, di entrare in relazione, di comunicare e capire i propri vissuti estranianti, non è certamente saturato da un esclusivo aiuto farmacologico e assistenziale-riabilitativo.

Voglio a questo proposito ricordare quanto ha scritto Marcia Murphy, una paziente schizofrenica o ex-schizofrenica, in un suo intervento pubblicato dalla rubrica "First Person Account" dello "Schizophrenic Bulletin" e inserito nella raccolta italiana a cura di Bertrando (1999) intitolata "Vivere la schizofrenia". Dice Marcia: "I più attualmente aderiscono alla tesi che considera le gravi malattie mentali come disturbi cerebrali. Al momento, la ricerca del significato della malattia mentale non è in voga presso gli psichiatri. La pratica medica è oggi dominata dai modelli biochimici delle disfunzioni cerebrali, e i farmaci somministrati sono molto efficaci. Con l'aiuto dei farmaci alcuni individui migliorano in modo impressionante, ma altri continuano a peggiorare. Ho scoperto che, per quanto i farmaci psichiatrici mi siano d'aiuto nel gestire alcuni dei miei sintomi, riescono a curare solo una parte del problema" (p. 159). D'altra parte nel recente volume sulla schizofrenia della Terza Edizione del Trattato Italiano di Psichiatria (2007) si scrive (p. 427): "I trattamenti psicofarmacologici, pur ritenuti unanimamente necessari, da soli non si sono, però, rivelati sufficienti a garantire la stabilità del miglioramento clinico". Vi viene anche citata una ricerca che mette in evidenza come dal 14 al 40% dei pazienti, per quanto trattati adeguatamente con i farmaci, presentava una ricaduta nel gi-

ro di un anno (Hogarty 1998). Inoltre il lavoro di Lenroot (2003) sottolinea che, anche quando i sintomi floridi scompaiono, permane una notevole compromissione del funzionamento sociale e cognitivo. D'altra parte, per quanto riguarda l'eziopatogenesi dei disturbi schizofrenici, sono molte le ricerche che dimostrano il ruolo fondamentale dell'interazione gene-ambiente a cominciare dal ben noto studio finlandese sulle famiglie adottive dei bambini a rischio (Tienari *et al.* 2003, 2004, Wahlberg *et al.* 2004, ecc.). Il ruolo dell'interazione gene-ambiente è stato ben documentato anche a livello biologico (Meaney 2004, Suomi 2004, Sapolsky 2005). Inoltre diverse ricerche (Boydell *et al.* 2004) sono arrivate alla conclusione che i fattori sociali negativi influenzano lo sviluppo del cervello e quindi l'insorgenza della schizofrenia e che molti fattori sociali agiscono lungo tutto il corso della vita. Queste osservazioni ridimensionano, senza negarlo, l'importanza dei disturbi affettivo-ambientali dei primi anni di vita, che viene assolutizzata dalle teorie psicoanalitiche relazionali centrate solo sul rapporto madre-bambino. Il recentissimo articolo di A. Meyer-Lindenberg e H. Tost (2012) mette in relazione gli effetti duraturi dei fattori sociali negativi sull'asse limbico-ipotalamo-pituitario-surrenale (LHPA) e sottolinea il dato epidemiologico che l'urbanizzazione e i movimenti migratori aumentano di due-tre volte il rischio, per i bambini che crescono in queste situazioni, di ammalarsi da adulti di schizofrenia. Pertanto oggi si ritiene che i risultati migliori si possono ottenere con un approccio biopsicosociale che integri i trattamenti farmacologici con quelli psicologici e riabilitativi.

Però per quanto concerne i trattamenti psicologici, colpisce negativamente il fatto antiscientifico che nella Terza Edizione del Trattato Italiano di Psichiatria, a differenza che nella Seconda, non si fa cenno alle teorie psicoanalitiche della schizofrenia e al contributo importante di cento anni di psicoanalisi alla comprensione e alla psicoterapia della schizofrenia, cominciando da Freud (1910). Mi pare un importante segno di ripensamento quanto scrive M. May (2012), past-president dell'Associazione Psichiatrica Mondiale, rispetto alla concettualizzazione di J. Parnas (2012), secondo la quale il nucleo psicopatologico centrale della schizofrenia, la sua Gestalt, è costituito da un'alterazione del senso basilico e preiflessivo del Sé. May, certamente non un paladino della psicoanalisi, si chiede nella conclusione del suo recente articolo se "le tecniche cognitivo-comportamentali possano rinnovarsi alla luce del modello del disturbo del Sé o se il livello della loro azione non sia sufficientemente 'profondo' da avere un impatto su questo supposto nocciolo psicopatologico". Si chiede anche se "altri approcci psicoterapeutici, compresi quelli psicodinamici, dovrebbero essere sviluppati o fatti rivivere" (p. 66). Nella letteratura internazionale si manifesta negli ultimi anni una notevole ripresa di interesse per la psicoterapia psicodina-

mica della schizofrenia: ecco per esempio il libro di R. Lucas, kleiniano di Londra, dal titolo “The Psychotic Wavelength” (2009), quello di Garfield e Marcker intitolato “Beyond Medication” (2009), infine quello comprensivo di Y.O. Alanen *et al.* “Psychoterapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses” (2009).

Come è stato sottolineato da molti autori con sfumature diverse, la psicoanalisi sta attraversando un periodo critico sia per motivi intrinseci (crisi della metapsicologia freudiana, contrasti confusivi tra scuole e indirizzi vari, problemi tecnici ancora non risolti a vari livelli, difficoltà rispetto alla richiesta di prove empiriche della sua efficacia) che estrinseci: questi ultimi legati al mutato clima culturale che privilegia il relativismo esasperato, il pragmatismo, l'utilitarismo, l'immediatezza della risposta a tutti i livelli e quindi anche a quello terapeutico, a scapito della “visione illuministica” freudiana della scienza e della psicoanalisi (Searle 1998), secondo la quale è la conoscenza del mondo e di se stessi che è emancipatoria e terapeutica. Il mutato “spirito del tempo” e, come ho già detto, gli importanti progressi farmacologici interpretati o presentati spesso dalla psichiatria accademica, dalla potente industria farmaceutica, dalla cassa di risonanza dei media, come la soluzione dei problemi della malattia mentale, tendono a disconoscere il contributo fondamentale dell'incontro psicoterapeutico al trattamento della malattia mentale. Inoltre un'accentuata impronta tecnicistica e aziendalistica nel trattamento dei pazienti e nella valutazione degli effetti delle terapie, di tipo più scientificistico che scientifico, sembra attualmente prevalere nei servizi psichiatrici. Rispetto al lavoro nei Dipartimenti di salute Mentale molte sono le voci allarmate che, a distanza di più di quaranta anni dalla Legge “180”, denunciano il rischio di un ritorno a forme striscianti di manicomialismo. Voglio ricordare invece, come espressione di una visione più ampia e scientifica, l'opinione di E. Kandel (1999), premio Nobel per la Medicina e la Fisiologia nel 2000, che indica diverse possibili aree di intersezione tra psicoanalisi, biologia e scienza cognitiva: tra queste ne sottolineo due che sono particolarmente pertinenti per la psicoterapia della schizofrenia, e cioè il rapporto tra psicofarmacologia e psicoanalisi e la possibilità di evidenziare modificazioni strutturali in determinate aree cerebrali in seguito al trattamento psicoterapeutico, usando tecniche sempre più raffinate di rappresentazione visiva del cervello. Anche Gabbard (2000) lamenta l'attuale scissione tra psicoterapia e apporti scientifici e sottolinea, in base a iniziali, ma promettenti ricerche, che, se i farmaci hanno anche un effetto “psicologico”, gli interventi psicoterapeutici agiscono sul cervello: il suo tentativo, come quello di altri Autori, è di integrare la psicoanalisi con alcune scoperte del cognitivismo. Allo stesso modo N. Andreasen (1998) teme che ci possiamo risvegliare in “una primavera si-

lenziosa”, cioè in una stagione in cui la psicopatologia si estinguerebbe, se la psichiatria venisse assimilata alle neuroscienze tout court. La stessa ricercatrice in un'intervista al “New York Times” del 2008 sottolinea in base a ricerche con risonanza magnetica nucleare su un gran numero di pazienti schizofrenici che i trattamenti prolungati e intensivi con neurolettici provocano una lenta atrofia a livello prefrontale. Questo dato importante, che mi pare non sia stato sottolineato nella letteratura italiana, è stato confermato dal lavoro del 2011 di Beng-Choon, Andreasen *et al.*, che suggerisce l'importanza di una revisione del dosaggio e della durata del trattamento neurolettico e l'attenzione al rapporto rischio-benefici.

Nelle conclusioni del recente articolo del British Journal of Psychiatry firmato da ventinove psichiatri inglesi (Bracken P., Thomas P., Timini S. *et al.* 2012), gli autori affermano: “La psichiatria non è neurologia, non è una medicina del cervello. Sebbene i problemi della salute mentale abbiano senza dubbio una dimensione biologica, vanno oltre l'ambito del cervello e coinvolgono dimensioni sociali, culturali e psicologiche. Queste non si possono sempre comprendere attraverso l'epistemologia biomedica. La vita mentale degli esseri umani ha una natura discorsiva, narrativa” (p. 17 della traduzione italiana - 2013).

La prima domanda che mi sono posto fin dall'inizio del mio lavoro con i pazienti dello spettro schizofrenico (sono ormai passati quaranta anni da quando ho cominciato a trattarli e a fare supervisioni nella nostra Scuola (SPP) e nei Servizi Pubblici, soprattutto nella cornice del pensiero teorico e clinico di G. Benedetti (1979, 1980, 1981), riguarda gli aspetti problematici delle nostre motivazioni, di cui per altro dobbiamo cercare di essere consapevoli, perché non possono non entrare nel nostro transfert e controtransfert. Questi aspetti problematici acquisiscono una particolare valenza e delicatezza e, in un certo senso, anche una possibile pericolosità per noi e per il paziente nel trattamento dei pazienti psicotici. È una sorta di fascinazione e di investimento particolare che alcuni terapeuti provano di fronte a questi pazienti e al progetto di una psicoterapia con loro. L'espressione “l'adorabile schizofrenico”, come ricorda la Mc Williams (1994, p. 79), è stata coniata per indicare l'atteggiamento protettivo che gli operatori della salute mentale, a volte provano nei confronti di questi pazienti. Quali sono le possibili motivazioni conscie e inconscie a intraprendere una psicoterapia estremamente impegnativa, spesso frustrante, molto lunga, a volte deludente? La storia di una sofferenza personale pregressa e bisogni riparativi verso sé e verso l'altro sono considerati come alla base della propensione terapeutica in generale e anche come elementi favorevoli (Reeder 2004). Per quanto mi riguarda, ritengo tuttavia che particolarmente nella psicoterapia dei pazienti psicotici l'analista deve essere consapevole e sorvegliato rispetto alle sue