

Dalla psicopatologia alla clinica

Nicola Lalli (1988-1991-1999)

©2005 su Web

In questo capitolo saranno proposti i modelli psicodinamici delle sindromi più importanti. Alla fine, alcuni grafici renderanno quanto esposto più visibile e sintetico.

1. Il modello psicodinamico delle psiconevrosi

I primi rapporti umani sono fondamentali, nel senso che una valida e corretta presenza dell'adulto permette al bambino di contenere ed integrare le pulsioni di morte e sviluppare sempre di più quelle libidiche. Ma questo non sempre succede, perché comportamenti consci ed inconsci dell'adulto possono determinare nel bambino situazioni che vanno dalla confusione fino all'angoscia. Ma che cos'è l'angoscia? L'angoscia è una sensazione catastrofica vissuta nella previsione di una perdita.

L'angoscia ha molti caratteri in comune con la paura, con due differenze fondamentali. Nell'angoscia la situazione non è cosciente e razionale come nella paura; inoltre, la paura è sempre collegata ad un pericolo che si deve apprendere ed imparare a riconoscere: l'angoscia non ha bisogno di apprendimento. Essa si scatena allorché il soggetto vive una situazione di perdita. L'angoscia quindi può essere collegata o alla perdita del Sé totale, o di una parte di Sé, oppure alla perdita della stima e dell'affetto degli altri.

La prima corrisponde ad un vissuto di perdita del proprio Sé e quindi della propria integrità psichica: molto spesso essa si evidenzia

(nell'adulto) come timore di impazzire o di perdere il controllo di se stesso.

La seconda è quella collegata al timore di perdere non se stesso, ma una parte, ovverosia una capacità, una *funzionalità*: corrisponde all'angoscia di castrazione.

La terza è quella di perdere l'amore e la stima degli altri ed è vissuta come timore di non essere più riconosciuto.

Queste angosce emergono per situazioni *esterne* al bambino, cioè per dinamiche di ostilità o di assenza psichica dell' A. S.

Se queste dinamiche si prolungano nel tempo, si determina una situazione di delusione e quindi di rabbia nel bambino, il quale comincerà ad angosciarsi anche per la sua situazione *interna* di rabbia. Rabbia che non può esternare perché lo porterebbe al danneggiamento o alla perdita dell'oggetto.

Comunque l'angoscia insorge quando il bambino percepisce una possibilità di perdita dell'A.S. La perdita reale o fantasmatica dell'oggetto è un problema centrale e specifico dell'uomo. Infatti il bambino, alla nascita, presenta una grande potenzialità, ma questa situazione così ricca di possibilità è però anche molto precaria e fragile: egli ha bisogno, e per un lungo periodo di tempo, di rapporti interpersonali validi che permettano l'esplicarsi delle sue potenzialità.

L'impotenza del bambino deve essere intesa in una duplice accezione: da una parte come possibilità potenziali, dall'altra come situazione di necessaria dipendenza.

Se consideriamo il mondo animale, possiamo notare una differenza fondamentale. Il piccolo dell'animale possiede un patrimonio istintuale molto ampio e molto specializzato: questo da un lato gli permette di potersi rendere autonomo rapidamente, dall'altro, questo stesso patrimonio, lo condiziona per tutto il resto della vita.

Il patrimonio istintuale del bambino è invece molto meno specifico e "specialistico": corrisponde a due dinamiche fondamentali. L'istinto libidico induce alla ricerca ed all'avvicinamento l'istinto di morte alla

distruzione ed alla sparizione dell'oggetto. Tutto il resto deve essere appreso, e può essere appreso solo in una dinamica valida di rapporti interpersonali.

Questa lunga fase di dipendenza, definita *fetalizzazione* dell'uomo, permetterà al bambino di acquisire e sviluppare tutte quelle capacità e cognizioni che non hanno riscontro nel mondo animale; ma sarà anche questa lunga fase di dipendenza che, se non risolta e superata, può creare situazioni psicopatologiche.

Da questi pochi cenni, risulta chiaramente l'importanza dell'A. S., per il bambino, e quindi l'inevitabile comparsa di angoscia per il timore di poter perdere questo oggetto così fondamentale. E nel rapporto quindi con l'Adulto Significativo (che non è necessariamente la madre) che si sviluppano prevalentemente, ma non solo, nei primi anni di vita, le dinamiche più significative. Se il bambino è frustrato nelle proprie esigenze si innesca un meccanismo di rabbia e di ostilità: il desiderio frustrato fa sì che emergano le dinamiche istintuali legate all'istinto di morte. *Quindi la frustrazione delle valenze libidiche non trasforma queste dinamiche in valenze ostili, ma la libido frustrata non riesce più a contenere le valenze ostili distruttive.*

Il desiderio frustrato suscita rabbia: la rabbia porta fantasticamente a divorare, introiettare, l'Adulto Significativo.

È evidente che c'è un nesso preciso tra oggetto frustrante ed introiezione: è l'oggetto cattivo che si introietta e non solo per farlo sparire, ma anche per poterlo controllare. Se l'oggetto è buono, cioè risponde alle valenze libidiche del bambino, non c'è bisogno di introiettarlo: il bambino lo riconosce, stabilisce un rapporto e se ne separa. Se una poppata (come un rapporto) è insoddisfacente, soprattutto sul piano psichico, una volta staccatosi il bambino tende a divorare ed a introiettare il seno e a farlo diventare un oggetto interno. Se la poppata (come un rapporto) è soddisfacente, il bambino si separa, lo ricorda e costruisce dentro di sé l'immagine del seno. quindi ci sono

due dinamiche diverse, collegate alla modalità del rapporto e delle separazioni.

Se il rapporto è sufficientemente gratificante il bambino si separa e ricorda. I ricordi costruiscono l'immagine dell'oggetto: oggetto che il bambino lascia al suo posto nella realtà e che quindi può e sa ritrovare: in questo senso non c'è angoscia per una perdita fantasmatica. Se il rapporto è frustrante, il bambino non riesce il separarsi, ma si stacca, e nello staccarsi tende a staccare il seno: ovverosia tende a morderlo, a introiettarlo, farlo diventare oggetto interno. E, aggiungiamo subito, oggetto interno cattivo, che lo angoscerà ulteriormente perché, una volta fatto sparire, il bambino sarà angosciato per la paura di non trovarlo. Non c'è quindi separazione ma introiezione, non c'è costruzione ma creazione di un oggetto interno cattivo.

Se le situazioni si susseguono nel tempo, si costituisce, sulla base di un rapporto che frustra il desiderio, una dinamica di rabbia-introiezione che porterà il bambino, e poi l'adulto, a stabilire una dinamica di bramosia.

Ma, a volte, questa dinamica può andare "oltre". Quando la situazione esterna è molto frustrante, invece della rabbia che costituisce, seppure in modo alterato, una possibilità di rapporto, tende a insorgere l'odio. Ovvero quando l'A. S. viene vissuto come oggetto malefico e mortifero, si sviluppa una situazione che porta non tanto ad introiettare l'oggetto, quanto a svuotarlo, mantenerlo a distanza, controllarlo. Quanto questa dinamica sia dovuta a fattori esterni e quanto a fattori interni (ovverosia preponderanza dell'istinto di morte su quello libidico) non è sempre facile dire. Tuttavia nella clinica spesso noi vediamo, come base della psicopatologia, un circolo chiuso nel senso che spesso ad un bambino che presenta una scarsa espressività libidica l'A.S. risponde con una reazione di rifiuto: il che serve solo a far peggiorare la situazione.

La rabbia e l'odio determinano quindi inevitabilmente il timore della perdita dell'oggetto: che seppur cattivo (o vissuto come tale) è pur sempre indispensabile al bambino.

Ma il bambino non può accettare questa perdita: deve necessariamente adattarsi. E così la rabbia diventa *bramosia* e l'odio diventa *invidia*. Si costituisce così la corazza caratteriale che il bambino deve costruire per difendersi. Ma spesso la corazza diventa una tomba. Possiamo affermare che intorno a queste due dinamiche fondamentali si strutturano le varie fenomenologie psiconevrotiche. Pertanto le psiconevrosi, pur nella loro variabilità, possono collocarsi all'interno di due grandi circoli: quello della bramosia e quello dell'invidia.

Quindi possiamo dire che il fatto fondamentale della psicopatologia psiconevrotica è l'angoscia per la perdita dell'oggetto o del Sé: angoscia che nasce dall'emergere di rabbia e/o di odio nei confronti dell'oggetto che è sentito cattivo, ma di cui si ha comunque bisogno. *Quindi il conflitto nasce e si alimenta tra un desiderio degradato a bisogno e l'ostilità nei confronti dell'oggetto da cui si dipende.* Il conflitto tende a mettere in atto una serie di meccanismi difensivi che diventano la corazza caratteriale: ma questa rimane pur sempre un equilibrio precario e instabile.

Infatti il carattere nevrotico può essere compromesso da alcune particolari situazioni di vita dell'adolescente, del giovane o dell'adulto. Quando un carattere nevrotico viene a trovarsi in una situazione traumatica (o temuta tale), insorge l'ansia come segnale di pericolo. Pericolo che possa insorgere quell'angoscia traumatica, contro la quale il soggetto ha già messo in atto i suoi meccanismi di difesa.

Di fronte all'emergere dell'ansia, il soggetto tende ad attuare ulteriori meccanismi di difesa fino ad arrivare alla formazione del sintomo. È abbastanza evidente che il sintomo quindi costituisce solo l'ultimo anello di una lunga catena di avvenimenti e di situazioni già psicopatologiche.

È evidente, anche, che il sintomo rappresenta solo una piccola parte della psiconevrosi e che la psicopatologia, quella più importante, è ben più a monte del sintomo. Il sintomo, che è una *situazione di compromesso*, insorge quando, di fronte all'emergenza di situazioni pulsionali pericolose, il paziente sente che il suo sistema difensivo non riesce a reggere.

Per capire meglio il senso del sintomo, può bastare un breve esempio. Una signora di 28 anni, con un carattere ossessivo e con intense cariche distruttive rimosse, viene a trovarsi, dopo la nascita di un bambino, in una situazione di maggiore isolamento affettivo, perché il marito, geloso del figlio, si è allontanato emotivamente. La paziente, dopo un periodo di ansia, comincia a sviluppare un sintomo che consiste nel temere che tutto possa infettarla, per cui è costretta a lavare tutto con una pezzetta imbevuta di alcool. La paziente, cioè, crede di poter esprimere la sua rabbia, che proiettata all'esterno però infetta tutto, anche se stessa. Poi crede di poter togliere il tutto con una pezzetta di alcool: solo che è costretta ad usarla tutto il giorno. Così, il sintomo ossessivo (cerimoniale); diventa un compromesso tra una falsa possibilità di esprimere la rabbia (che è rappresentata dallo sporco e dall'infezione) e la falsa possibilità di controllarla attraverso il lavaggio: in questo senso è evidente perché il sintomo è un compromesso. Abbiamo visto, anche se molto brevemente, qual è il meccanismo attraverso cui si crea la psiconevrosi: dico la psiconevrosi, perché poi le varie psiconevrosi differiscono solo per diversi meccanismi difensivi.

Possiamo a questo punto cercare una definizione più completa. K. Horney dice che «una nevrosi è un disturbo psichico provocato da paure e da difese contro le paure, nonché da tentativi di trovare soluzioni di compromesso per tendenze in conflitto».

Laplanche e Pontalis la definiscono «affezione psicogena in cui i sintomi sono l'espressione simbolica di un conflitto psichico che trae le

sue radici nella storia infantile del soggetto e costituisce un compromesso tra il desiderio e la difesa».

Certamente queste definizioni sono valide, ma parziali, perciò penso che si debba aggiungere qualcosa.

La psiconevrosi è un disturbo psichico che nasce da problematiche gravi e persistenti all'interno di una relazione patologica interpersonale nei primi anni di vita.

Se tali problematiche persistono, suscitando l'angoscia della perdita del Sé o dell'A.S., diventano conflitti che tendono a strutturarsi in specifiche modalità caratteriali: è il carattere nevrotico. Quando questa situazione caratteriale tende a scompensarsi per avvenimenti traumatici reali o temuti tali, emerge l'ansia che attiva ulteriori meccanismi difensivi. Si arriva così' al sintomo, che rappresenta una situazione di compromesso tra tendenze antitetiche.

Quindi il bambino alla nascita presenta una duplice struttura pulsionale: l'istinto libidico e l'istinto di morte.

L'istinto libidico ha bisogno di trovare una valida rispondenza nell'A.S. perché possa svilupparsi, integrarsi ed assolvere così ad una funzione fondamentale: quella di contenere prima e di trasformare poi l'istinto di morte.

Se la situazione libidica iniziale, il desiderio, non è soddisfatto, ma viene frustrato e deluso, questo porta all'emergenza, sempre più evidente, di due manifestazioni dell'istinto di morte: la rabbia e l'odio.

La rabbia e l'odio emergono dalla mancata integrazione del triangolo occhi-bocca. La bocca, privata della capacità di vedere-distinguere, diventa fonte di un desiderio cieco che porta a divorare-introiettare l'oggetto e quindi a distruggerlo: è la rabbia.

Gli occhi senza la capacità di prendere, cioè di soddisfare per lo meno il desiderio cieco, tendono a devitalizzare l'oggetto per doveri o poi continuamente controllare: è l'odio.

Il bambino che ruba il giocattolo all'altro per usarlo in solitudine è l'esempio di un atteggiamento di rabbia (e quindi di bramosia): è il furto che esprime l'incapacità di dividere con l'altro un oggetto che invece, usato insieme, potrebbe far emergere un atteggiamento di desiderio. Il bambino che, vedendo l'altro felice del proprio giocattolo, gli si avvicina per distruggerlo, è l'esemplificazione dell'odio. Non c'è la tendenza al prendere-rubare, ma questo bambino è andato "oltre": distruggendo il giocattolo, ha cercato soprattutto di distruggere la gioia dell'altro, credendo così di poter controllare tutto e tutti.

Ma questi due affetti (rabbia e odio), non possono mantenersi a lungo allo stato puro, perché porterebbero immancabilmente all'angoscia di perdere l'oggetto significativo. Ma la perdita dell'oggetto significativo comporterebbe anche quella della propria immagine e della propria *identificazione di base*. Il bambino quindi deve mettere in atto una serie di meccanismi difensivi che gli permettano di difendersi da questa angoscia. I meccanismi difensivi sono vari e numerosi: dal fondamentale meccanismo della rimozione alla repressione, dalla negazione alla idealizzazione dalla introiezione alla proiezione ecc. La varietà dei meccanismi difensivi spiega la varietà della sintomatologia psiconevrotica. Alcuni meccanismi difensivi possono trasformarsi in strutture abbastanza stabili: ci troviamo di fronte ad un precipitato conflittuale che è il carattere nevrotico.

Su di un piano psicodinamico la diversità dei caratteri nevrotici può essere raggruppata intorno a due strutture fondamentali: quella della bramosia che deriva dalla rabbia e quella dell'invidia che deriva dall'odio.

Quali sono le caratteristiche fondamentali?

a) Nella bramosia la dinamica fondamentale si basa sul possesso e sullo sfruttamento dell'altro che viene vissuto in modo ambivalente. Il legame che si instaura è di tipo sadomasochistico, l'angoscia fondamentale è collegata alla perdita sia reale che fantasmatica e la

perdita è collegata alla fantasticherie della introiezione, che comporta la scomparsa dell'oggetto dalla realtà materiale e la creazione di un oggetto interno deteriorato: di qui la frequente presenza dei sensi di colpa. Il desiderio è cieco e quindi inestinguibile. È la struttura caratteristica della depressione nevrotica

b) Nell'invidia invece la dinamica fondamentale è quella dello svuotamento-devitalizzazione della sostanza interna dell'altro. Il legame è basato sul controllo onnipotente; l'altro non viene nemmeno usato, ma viene semplicemente immobilizzato. L'angoscia nasce dal timore non di perdere l'oggetto, ma di perdere il controllo dell'oggetto: l'angoscia nasce dall'intuizione che l'altro può essere libero. Non c'è introiezione: l'altro viene immobilizzato e mantenuto a distanza. Non c'è desiderio, nemmeno quello cieco, non c'è ambivalenza. Non ci sono quindi nemmeno i sensi di colpa: bensì l'altro, vissuto come mortifero e venefico, suscita spesso ansie persecutorie. È la struttura caratteristica della psiconevrosi ipocondriaca.

Abbiamo quindi due grandi cerchi che contengono la proteiforme varietà delle psiconevrosi.

Al circolo della bramosia appartengono:

- a) la psiconevrosi ansiosa;
- b) la psiconevrosi fobica;
- c) la psiconevrosi depressiva;
- d) la psiconevrosi isterica;
- e) l'obesità psicogena.

Al circolo dell'invidia invece:

- a) la psiconevrosi ipocondriaca;
- b) la psiconevrosi ossessiva;
- c) l'anoressia psicogena.

Psiconevrosi

Lalli N. 1989 ©

1) Circolo della bramosia

p. d'ansia

p. fobica

p. isterica (isteria)

p. depressiva
(distimia)

obesità psicogena

2) Circolo dell'invidia

p. ipocondriaca

p. ossessiva

anoressia psicogena

Carattere nevrotico

(circolo della bramosia)

N.Lalli, 1989 ©

*Psiconevrosi
d'ansia*

Apprensività
Ipervigilanza
Eccitabilità emotiva
Pessimismo
Inibizione affettiva

Dipendenza da sostanze

Somatizzazione

*Psiconevrosi
fobica*

Inibizione dell'esplorazione

Emotività labile

**Riflessione su tematiche
metafisiche**

Aggressività repressa

Desiderio cieco

Evitamento

Solitudine
Malattia
Morte

Carattere nevrotico

(circolo della bramosia)

N.Lalli, 1989 ©

*Psiconevrosi
isterica*

Suggestionabilità
Dipendenza- passività
Immaturità
Inibizione sessuale
**Incapacità a mentalizzare il
conflitto**

Conversione
Personalità isterica

*Psiconevrosi
depressiva*

Bassa autostima
Dipendenza affettiva
Idealizzazione
Ambivalenza
Angoscia dell'abbandono

Dipendenza da sostanze
Somatizzazione

**Obesità
psicogena**

**Incapacità a differenziare gli stimoli
emotivi**

Dipendenza affettiva
Ipersensibilità alle critiche
Intrusività

Voracità
Tendenza ad occupare spazio

Carattere nevrotico

(circolo dell'invidia)

N.Lalli, 1989 ©

*Psiconevrosi
ossessiva*

**Ordine-meticolosità
Importanza ai dettagli
Programmazione esasperata
Controllo onnipotente**

**Razionalizzazione
Controllo**

*Psiconevrosi
ipocondriaca*

**Autosservazione
Controllo onnipotente
Esasperata attenzione alle funzioni somatiche
Diffidenza**

Spostamento dei vissuti psichici sul soma

Controllo

**Anoressia
psicogena**

**Scissione tra emozioni ed intelletto
Rimozione della sessualità
Tendenze "ascetiche"
Razionalizzazione
Logorrea
Alterazione del vissuto corporeo**

Razionalizzazione

Controllo

Disconoscimento delle emozioni

Per ulteriori approfondimenti e per la bibliografia sulle Psiconevrosi rimando ai capitoli dal 12 al 20 del Manuale di Psichiatria e Psicoterapia.

2. Il modello psicot dinamico del borderline

Nel borderline c'è un arresto psicolinguistico che porta ad una "preclusione di visioni alternative" e comporta due aspetti.

Una opacità e approssimazione del linguaggio e la caratteristica che il discorso del borderline si svolge sul "ben altro", ovverosia la tendenza a spostare continuamente il centro del problema.

Questa modalità espressiva è secondo me un punto importante e qualificante. Perché se da una parte rivela una caratteristica psicot dinamica fondamentale del borderline: (la tendenza a sfuggire l'intimità del rapporto), dall'altra apre al problema della possibile presenza di un disturbo del pensiero, aspetto non evidenziato dalla maggior parte degli autori.

Ad eccezione di Searles che invece lo sottolinea e descrive, il pensiero del borderline non è frammentato, ma è rigido nel contenuto tangenziale nella forma; mentre ha difficoltà a collegare eventi significativi, è spesso concentrato su un singolo problema di tipo emotivo, che non "inceppa" il pensiero, ma lo rende spesso poco fluido e ripetitivo, a volte invischiante.

Questo disturbo del pensiero è collegabile strettamente a due dinamiche fondamentali del borderline: la scissione come meccanismo difensivo basilare e la presenza di intense emozioni che, non riuscendo ad integrarsi nella struttura complessiva del soggetto, rimangono elementi vaganti e poco controllabili.

Credo che a questo punto possediamo un quadro descrittivo del borderline abbastanza preciso e delineato.

Si tratta di soggetti con problemi di identità, con difficoltà ad instaurare rapporti

intimi, con paure abbandoniche, con tendenza agli acting-out, con oscillazioni dell'umore, crisi di rabbia violente ed immotivate, ed infine con spiccata suscettibilità e diffidenza e soprattutto la tendenza reiterativi a rivivere situazioni traumatiche o perlomeno vissute come tali. I traumi possono essere diversi, ma certamente uno è fondamentale ed è collegato al vissuto di aver subito una grave ingiustizia nel passato. Per meglio esplicitare come e quanto questo vissuto possa essere determinante mi riferirò non a casi clinici, ma a due esempi tratti dalla letteratura.

Il primo è un lungo racconto di von Kleist ambientato nel sedicesimo secolo, dal titolo *Michel Kohlaas*⁴.

Questo allevatore di cavalli della Sassonia è così descritto dall'autore "Quest'uomo non comune sarebbe potuto passare fino ai trent'anni *per il modello del buon cittadino*":

Allevatore di cavalli, sposato con figli, vive un'esistenza tranquilla e serena. Un giorno, come gli era accaduto di fare in passato, egli conduce i suoi cavalli a Dresda per la fiera e, mentre attraversa le terre del barone Venceslao di Tronka, viene fermato. Gli uomini del barone gli dicono che le leggi sono cambiate: se vuole proseguire ha bisogno di un lasciapassare e deve inoltre pagare un pedaggio. Kolhaas fa presente che è in buona fede e che nulla sa di queste nuove regole: chiede pertanto che per questa volta gli sia lasciata libertà di passaggio.

Il barone non è d'accordo e con ostentazione pretende che vengano lasciati in ostaggio due splendidi cavalli: Kolhaas acconsente e li affida ad un suo garzone per accudirli. Qualche settimana dopo, di ritorno a casa, apprenderà che il garzone è stato malmenato e cacciato via, ma soprattutto che i due splendidi cavalli sono stati usati dagli uomini del barone per trasportare la biada nei campi. L'ira di Kolhaas aumenta ulteriormente quando saprà dal Tribunale di Dresda, a cui ha inviato una petizione, che non esiste alcuna disposizione in merito ad un lasciapassare. Egli pertanto si rende conto che si tratta di un arbitrio del barone. Da questo momento Kolhaas pretenderà giustizia. Chiede che la situazione sia ripristinata, che l'offesa venga cancellata. Ed in che modo? Il barone, a proprie spese dovrà far di nuovo ingrassare i suoi due cavalli per restituirglieli quindi nelle condizioni iniziali. Questa richiesta è molto indicativa: Kolhaas non vuole risarcimenti, pretende che l'offesa sia riparata e l'ingiustizia cancellata. Il che fa ritenere che l'offesa è vissuta come gravemente lesiva, tanto da

mettere a rischio la sua stessa identità.

Trascorso però un anno, quando si renderà conto che non potrà ottenere giustizia perché il barone non solo non ha provveduto a quanto richiesto, ma ha perseverato nel comportamento, Kolhaas venderà tutti i suoi averi, armerà una ventina di persone ed assalterà il castello, distruggendolo. Il barone riesce però a fuggire e pertanto Kolhaas non potrà sentirsi soddisfatto ed è costretto a proseguire nella sua vendetta inseguendolo per tutta la Germania che sarà messa a ferro e fuoco. Cosa vuole Kolhaas? E qui si mostra l'intuito geniale dell'artista: Kolhaas pretende che il barone riconosca i suoi torti e che soprattutto faccia di nuovo ingrassare i due cavalli.

Non pretende altro, e non accetta nemmeno atti di giustizia sostitutivi per riparare il torto subito: l'ingiustizia deve essere cancellata, solo così l'offesa subita cesserà di essere vissuta come distruttiva. In questo Kolhaas sembra attuare la teoria hegeliana della giustizia: la giustizia è la negazione di una negazione (il diritto).

L'ingiustizia ha turbato l'ordine del mondo ed ha creato il caos: è evidente che il caos è il riflesso di quanto succede dentro Kolhaas, ma egli lo proietta fuori e chiede che il *cosmos* venga reintegrato. Altrimenti permane il caos, che diventerà certezza quando egli si renderà conto dell'impossibilità di ottenere giustizia. E per ottenere giustizia c'è una sola via: eliminare il torto attraverso il ristabilimento dell'ordine, annullando l'ingiustizia. Non esiste altra possibilità: non c'è il perdono, la comprensione o comunque la riparazione attraverso altre modalità come la punizione del colpevole o la ricompensa dei danni subiti.

Questa dinamica è di estremo interesse. Se da una parte mostra la bassa soglia alla frustrazione, che rende l'ingiustizia fortemente lesiva per la personalità del soggetto che l'ha subita, dall'altra indica anche una grave rigidità: non c'è altra possibilità per riparare il torto, non soldi o restituzione di altri cavalli. Quello di cui Kolhaas ha bisogno è che l'ingiustizia venga abolita mediante un comportamento opposto a quello ritenuto offensivo.

Se un vissuto di questo genere è legato ad episodi del lontano passato (infanzia) è evidente l'impossibilità di riparare l'offesa subita, e quindi, il persistere inestinguibile del bisogno di "giustizia".

Sempre per rimanere nel campo del letterario vorrei brevemente riferirvi quanto J. J. Rousseau⁵ dice a proposito di un episodio di ingiustizia patita. Egli viveva, orfano

ormai di madre, all'età di circa otto anni, presso i fratelli Lamercier che avevano una specie di collegio. I rapporti con la signorina Lamercier erano caratterizzati da un affetto morboso che già evidenziava l'aspetto masochistico del Rousseau. Un giorno la domestica aveva messo ad asciugare i pettini della signorina Lamercier sul frontone del camino della stanza dove il giovane Rousseau stava studiando. Quando la proprietaria ritornò a riprenderli ne trovò uno con tutta la fila di denti spezzati. Di chi la colpa? Nessuno era entrato nella stanza: l'evidenza condannava Rousseau che, accusato, si difese disperatamente. Subì la pena, ma non accettò di confessare qualcosa che non aveva commesso.

“Non si riuscì a strapparmi la confessione che si esigeva. Avrei preferito la morte, e vi ero deciso... Alla fine uscii da quella prova crudele a pezzi, ma trionfante. Sono passati cinquant'anni da quella avventura... e dichiaro, in cospetto del cielo, che ero innocente, che non avevo spezzato né toccato il pettine. Immagini il lettore un carattere timido ed educato che non concepisce neppure l'ingiustizia e che, per la prima volta, ne subisce una così terribile e precisamente dalle persone che egli ama e rispetta di più: che capovolgimento di idee! Quale sovvertimento nel suo cuore e nel suo cervello, in tutto il suo piccolo essere intelligente e morale... Ebbe termine così la serenità della mia vita infantile”.

Fin qui Rousseau. È evidente che in questo caso troviamo la descrizione di un preciso episodio, mentre in genere nella clinica ci troviamo di fronte non solo ad episodi poco dettagliati e precisi, ma soprattutto ad una serie di ingiustizie, più che ad una singola.

Il ricordo autobiografico di Rousseau, a differenza del racconto di von Kleist, sottolinea un aspetto importante: il trauma dell'ingiustizia è legato al fatto non solo che è inatteso, ma soprattutto che proviene da persone delle quali ci si fida ed alle quali si è fortemente ed emotivamente legati.

Fatta questa precisazione, vorrei evitare una facile obiezione: che il vissuto dell'ingiustizia non è patognomonico del borderline, ma attraversa gran parte della psicopatologia e che anzi può essere il crinale che divide il mondo della persecuzione da quello della colpa. Sono d'accordo ed infatti non è importante evidenziare l'ingiustizia subita, ma esaminare quali sono le modalità difensive utilizzate dal soggetto borderline. Se facciamo riferimento a Rousseau possiamo dire che nella vita

di questo autore (sia dai racconti dei conoscenti, che dalle sue *Confessioni*) si evidenziano alcune caratteristiche tipiche del borderline.

Un dato molto evidente è la scissione tra la sfera razionale e quella affettiva: è noto a tutti che uno dei più noti pedagoghi, l'autore del famoso *Emilio* è lo stesso che abbandonerà in orfanotrofio i suoi cinque figli.

Non meno palese è la sua suscettibilità ed ipersensibilità alla critica che lo porterà, negli ultimi anni della sua vita, a sviluppare un vero delirio persecutorio.

Era dipendente e distruttivo nei rapporti interpersonali: basti ricordare con quale indifferenza trattò quando la ritrovò povera e sola, Madame de Warens, quella stessa persona che l'aveva accolto ed accudito e che egli usava chiamare "mamma". Senza dubbio possiamo ritrovare in Rousseau altri caratteri tipici del borderline: rabbia intensa ed inappropriata, instabilità dell'umore, relativa conservazione del rapporto con la realtà (salvo negli ultimi anni).

Possiamo definire Rousseau un borderline?

Sì e no! Sicuramente per le caratteristiche psicopatologiche e caratteriali; no con certezza perché non ha mai chiesto un aiuto e quindi è impossibile esaminare la dinamica relazionale che ci fornisce un criterio diagnostico sicuro.

E con questo ritorniamo al borderline: nell'analisi di questi pazienti ritroviamo spesso il vissuto di una grave ingiustizia subita nell'infanzia.

Non sempre c'è il ricordo di un episodio ben preciso. Spesso questo vissuto emerge indirettamente: come tendenza a sentirsi traditi, come netta tendenza alla sospettosità che, unita ad una spiccata aggressività nei rapporti interpersonali, testimonia l'inconscia necessità di punire l'altro.

Ma il dato più importante è come il borderline elabora questo trauma di base: ed è proprio la modalità elaborativa che connota il borderline rispetto ad altre psicopatologie.

Questa elaborazione avviene con tre dinamiche basilari: a) la scissione, b) la maschera, c) la tendenza a far impazzire l'altro.

La prima è una dinamica intrapsichica e serve a sopportare il trauma; la terza è una dinamica relazionale espressione della tendenza a vendicarsi del torto subito; la seconda rappresenta una sorta di *cerniera* tra le due.

La scissione

La scissione è una dinamica profondamente diversa dalla rimozione: l'affetto rabbia, non è rimosso, ma coperto e gestito.

Non c'è trasformazione della rabbia in bramosia, ma l'affetto è cosciente anche se non può essere sempre agito continuamente, pena la perdita dell'oggetto: questo spiega come la rabbia può esplodere per situazioni contestuali oppure più frequentemente deve essere represso.

La maschera

La gestione delle dinamiche interne spiega la presenza della maschera. Maschera che genera poi la più immediata delle sensazioni nei confronti del borderline: quella della inautenticità.

La maschera rappresenta la modalità comportamentale che copre la parte scissa del Sé, parte scissa che contiene gli aspetti ostili e distruttivi. Inoltre la maschera spiega un altro aspetto del borderline: quello di avere, almeno sul piano sociale, un corretto esame della realtà e spesso una corretta gestione della stessa, il che non vuol dire avere un sano rapporto con la realtà soprattutto nell'ambito di relazioni affettivamente significative.

Un problema importante è comprendere quando e come si forma la maschera.

Ad un certo momento del suo sviluppo il bambino comincia a rendersi conto non solo dell'esistenza del mondo interiore dell'altro, cioè che l'altro ha affetti, emozioni come le sue, ma anche che questo mondo dell'altro può influire, influenzare il proprio.

A questo punto è fondamentale che il bambino riesca a sentire che c'è corrispondenza tra quanto egli riesce a percepire del mondo interno dell'altro e quanto questi manifesta visibilmente attraverso la mimica, il comportamento, il linguaggio.

Soltanto una corrispondenza può fornire al bambino un'ulteriore fiducia non solo nella sua capacità di intuire-percepire, ma anche nell'altro, in un altro che è così come si mostra.

Ma se sperimenta una indecifrabilità dell'altro, o peggio ancora una incongruenza tra gli stati interni e le espressioni esterne, si sentirà disorientato, confuso. Non può capire se e perché l'altro nasconda una realtà interna che egli comunque avverte e

percepisce al di là del comportamento e della mimica. Inoltre a questo punto egli non può più nemmeno fare affidamento sulle sue sensazioni. Può sentire che l'altro è ostile, eppure lo sguardo è sorridente; che l'altro è assente, eppure materialmente vicino. A questo punto non può discernere se i propri sentimenti, spesso intrisi di ostilità proprio per l'ambiguità dell'altro, siano esatti o meno. Deve dar retta a quello che vede oppure a quello che sente?

In questo dilemma il bambino può pensare all'altro come portatore di una maschera: una sorta di mimica stereotipata per nascondere il mondo interno.

Di fronte a questa situazione, soprattutto se ripetuta nel tempo, il bambino tende a difendersi con una modalità *imitativa* ("anche io posso avere una maschera"), oppure può attuare una formazione difensiva primaria ed autonoma ("non posso far capire cosa sento. Quindi debbo assumere una maschera").

Comunque con due meccanismi diversi arriva a strutturare una *sua maschera* per nascondere i suoi stati affettivi che spesso, proprio a causa di questa dinamica, sono intrisi di ostilità.

La tendenza a far impazzire l'altro.

Con il crescere, compare una nuova dinamica: la tendenza a far impazzire l'altro. Questa dinamica assolve due funzioni: da una parte vendicarsi per i torti subiti precedentemente, dall'altra liberarsi di proprie dimensioni negative.

Le modalità di far impazzire l'altro⁶ sono numerose, ma ne vorrei sottolineare due in particolare.

a) La prima è evidenziare e criticare aspetti negativi dell'altro: cosa che al borderline riesce facilmente perchè intuisce, attraverso se stesso, dimensioni negative più o meno rimosse e di cui l'altro è poco consapevole. Evidenziare questi aspetti serve soprattutto a poter continuamente criticare: si mostra così un aspetto fondamentale del borderline quello di essere ipercritico in maniera impietosa.

b) La seconda è la tendenza a negare l'identità dell'altro: cioè a non vedere, o a trasformare nel contrario, quelle che possono essere caratteristiche positive o comunque importanti dell'altro.

Fin quando riesce a gestire la scissione, la maschera e l'attacco all'altro, il borderline

si comporta come un “normotico”, ovvero come un individuo complessivamente ben adattato alla vita sociale, anche se profondamente disturbato sul piano affettivo.

Per *normotico* si deve intendere quella persona che, da chi la conosce superficialmente, viene definita persona normale ed a volte anche simpatica; di parere diverso sono invece le persone che intrattengono con lei, rapporti significativi ed emotivamente importanti.

Solo quando non riesce più a gestire queste dinamiche, il borderline tende a chiedere aiuto: richiesta di aiuto che può avere i caratteri dell'urgenza e della drammaticità, perché egli intuisce il rischio di una rottura molto grave.

A volte invece il borderline può esprimere una richiesta di aiuto attraverso razionalizzazioni (fare un lavoro per conoscersi meglio; salvare una relazione che sta frantumandosi ecc.). Ma il terapeuta attento intuisce che dietro questo domande più o meno neutrali c'è ben altro: attraverso l'incrinatura della maschera, deve decidere cosa è il borderline. Egli può evidenziare lo sguardo cinico dello psicopatico, quello onnipotente del maniacale, quello annichilito del depresso, quello anaffettivo dello schizoide, o quello sardonico del paranoico.

Se questa intuizione rimane vaga ed indistinta lo psicoterapeuta si angoschia perché teme di ritrovarsi improvvisamente una volta frantumata e completamente la maschera ed i meccanismi difensivi utili di fronte ad una struttura psicopatologica ben più grave.

Per questo ritengo che la diagnosi di borderline sia fondamentalmente una diagnosi controtransferale: il terapeuta di fronte al rischio di una rottura psicopatologica preferisce mantenersi sul generico, sul vago. “È un paziente borderline!” Come dire: stiamo a vedere, potrebbe rivelarsi un nevrotico o anche uno psicotico grave.

È evidente che questa diagnosi può essere utile nei primi incontri e dovrà ben presto trasformarsi in una più precisa. E, quanto più esatta sarà la diagnosi, tanto più efficace sarà la terapia.

Perché la capacità diagnostica esprime la possibilità del terapeuta di andare oltre la maschera, per affrontare quel nucleo psicopatologico che la maschera tende a nascondere.

Queste dinamiche fondamentali possono dar luogo a personalità psicopatologiche con caratteristiche leggermente diverse:

la personalità psicopatica

la personalità narcisistica

il carattere (o personalità) schizoide

la personalità istrionica

la personalità paranoicale

Sindrome borderline e disturbi di personalità

N.Lalli, 1991 ©

Rapporti interpersonali instabili

Impulsività

Instabilità dell'umore

Rabbia intensa e inappropriata

Comportamenti fisicamente autolesivi

Cronici sentimenti di vuoto e di noia

Difficoltà a tollerare la solitudine

Senso grandioso del Sé

Diffusione dell'identità

Scissione

La maschera

La tendenza a far impazzire l'altro

Per ulteriori approfondimenti e per la bibliografia sulle Perversioni rimango al capitolo 22, 23, 31 del Manuale di Psichiatria e Psicoterapia ed al lavoro pubblicato sul sito riguardante la dinamica del narcisismo.

3. Psicodinamica delle perversioni

La distinzione tra fantasia, desiderio e dinamica relazionale ci permette di evidenziare tre patologie spesso considerate come modalità normali della sessualità.

La pornografia, che rappresenta un deficit più o meno totale della fantasia, e del desiderio cioè dell'erotismo: la masturbazione, che, nell'evitare il gioco relazionale, di fatto elimina l'altro, riempiendo il vuoto, di fantasticherie masturbatorie ed infine la prostituzione. Non la prostituta, ma il cliente: chi è questo sconosciuto che, soprattutto quando diventa cliente abituale, mostra tutta intera la propria patologia del bisogno di essere oggetto di desiderio?

C'è una mancanza originaria di autostima e di identità sessuale che spinge il cliente a fantasticare che una *sconosciuta*, che per la specifica attività sessuale viene identificata con la Donna, possa provare desiderio nei suoi confronti. Come si evidenzia dalla frequente fantasticheria da parte del cliente di far innamorare la prostituta.

Spesso l'aspetto cosciente del disprezzo è una formazione reattiva, per nascondere questa fantasticheria.

E, con questa leggera ed apparente deviazione del percorso, giungiamo alle perversioni sessuali.

Le perversioni non sono il negativo, come osserva Freud, delle psiconevrosi, bensì il negativo della normalità.

A questo punto molto specularmente elencherò brevemente i punti nodali dello sviluppo che non risolti o fortemente traumatizzati, tendono a costituire la patologia delle perversioni, patologia molto grave, da molti Autori considerata come difesa contro il timore di un crollo psicotico.

a) Disumanizzazione. È una strategia difensiva estrema che il bambino attua quando si trova, solo e passivo, a confrontarsi con due situazioni di rapporto: una madre ostile e spesso seduttiva (Giocasta) o una madre fredda ed impenetrabile, una bambola meccanica (Ottavia).

Il bambino vive una spaventosa passività nei confronti di una madre recepita come ostile, violenta e soprattutto imprevedibile: e di fronte a questa esperienza traumatica attua una strategia che comporta la negazione o il diniego delle dimensioni umane.

Secondo Arnold Cooper, il bambino attuerebbe tre specifiche fantasticherie.

– Lei non esiste è solo un essere meccanico.

– Lei non può farmi del male, perché sono io un essere meccanico e quindi non provo dolore.

– Io non sono totalmente passivo, ma anzi trionfo su questa situazione: lei sta eseguendo i miei ordini e quindi ne provo piacere.

Questa dinamica rispecchia uno stato estremo di vuoto e questo vuoto si riempie di odio e di oggetti interni sadici e persecutori.

Stoller, Khan, Cooper ritengono che, in effetti, quello che noi vediamo in ogni perversione è *l'interposizione di caratteristiche non umane* all'interno di una relazione che dovrebbe essere invece di affettività e intimità: può essere l'oggetto feticistico, una routine rigida non soggetta ad influenze emotive, il ridurre l'altro ad oggetto e soprattutto l'ostilità più totale, anche se spesso camuffata. E per questo che Stoller definisce la perversione come *l'erotizzazione dell'odio*.

b) Quella che ho definito come modalità di compartecipazione (pur nella diversità), diventa invece oggettivazione dell'altro.

C'è un attivo ed un passivo, non due soggetti. In effetti il sadico mette in atto il copione che gli viene fornito dal masochista: pertanto è impossibile definire chi è il soggetto e chi l'oggetto perché sono ambedue oggetti di un copione prestabilito e fisso.

c) Il desiderio non emerge; rimangono esclusivamente la dinamica del bisogno, con l'incapacità di differire, e la compulsività è un tratto fondamentale di alcune perversioni (esibizionismo, voyeurismo, ecc.).

d) La mancanza di un riconoscimento primario comporta o l'eliminazione dell'altro o un copione ripetitivo ove il riconoscimento viene imposto e forzato.

e) La mancanza di fantasia (cioè di erotismo), comporta la ripetitività, mentre la seduzione diventa sempre *inganno*.

f) Il piacere non è raggiungimento-compimento di un iter di ricerca, ma è esclusivamente legato alla diminuzione o alla momentanea scomparsa dell'angoscia.

g) Viene a cadere qualsiasi dimensione di rapporto vero e reale che è sostituito sempre da un tratto specifico della perversione: la teatralità.

Le perversioni possono essere lette come pezzi di copioni fissi e rigidi che vengono recitati, ma lasciano comunque trasparire una realtà più latente che la messa in scena tenderebbe a coprire. Infatti l'apparente modalità sessuale serve a coprire le tendenze distruttive. *La ricerca dell'altro avviene non per incontrarlo, ma per eliminarlo.*

Queste dinamiche variamente interagenti possono esplicitarsi a livello di una dinamica duale (sado-masochismo, pedofilia) o di una dinamica masturbatoria (esibizionismo, voyerismo, feticismo, travestitismo).

Qualunque sia la modalità agita, quello che rimane fondamentale è che, nella perversione, la sessualità rappresenta la copertura per umiliare – eliminare l'altro o per renderlo feticcio.

(per maggiori approfondimenti si rimanda al lavoro “Perversioni sessuali o parafilie” in **Novità**)

Le Perversioni

Nell'ambito della relazione interumana soddisfacente i bisogni vengono trasformati progressivamente in desideri

L'istinto sessuale ricerca e si volge sia ad una realtà materiale (il corpo, il latte) sia ad una realtà non materiale (l'interesse, l'investimento sessuale dell'altro)

La sessualità comporta sempre il mettersi in relazione sia alla realtà materiale che alla realtà psichica dell'altro. Con la crescita prevale il desiderio di relazionarsi alla realtà psichica più che a quella materiale.

L'erotismo è la complessa costellazione psichica della sessualità: è il desiderio sessuale a livello dell'immaginario.

La seduzione è l'espressione comportamentale che deriva dall'erotismo, ma si attiva nella realtà di un rapporto: è il gioco, l'attesa, il rinvio, la sfida, con cui si segnalano la propria presenza ed il proprio desiderio cercando di attivare nell'altro la dinamica equivalente.

Quattro pilastri della sessualità: desiderio, erotismo, seduzione, piacere

Alcune alterazioni della sessualità

Pornografia: deficit dell'erotismo inteso
come integrazione fra fantasia e desiderio

Masturbazione: evitamento del gioco
relazionale e riempimento del vuoto con
fantasticherie

Prostituzione: bisogno di disumanizzare il
rapporto mediante la squalifica totale
dell'altro

Punti nodali delle perversioni

Lalli N., *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori,
Napoli 2000



Disumanizzazione: negazione o diniego delle dimensioni umane dell'altro e di sé, vale a dire degli affetti che si associano alla relazione



Oggettivazione dell'altro: negazione della reciprocità e dell'intersoggettività. C'è un attivo e un passivo



Non emerge il desiderio: permanenza dell'unica tensione dovuta al bisogno con conseguente compulsività e impossibilità di differire il soddisfacimento



Mancanza del riconoscimento primario che comporta l'eliminazione dell'altro o un copione ripetitivo ove il riconoscimento viene imposto e forzato



La mancanza di fantasia cioè di erotismo diviene ripetitività e la seduzione diventa sempre inganno



Il piacere non deriva da un iter di ricerca, ma è esclusivamente legato alla diminuzione e alla momentanea scomparsa dell'angoscia



Scompare la dimensione di rapporto vero e reale sostituita dalla teatralità

4. La psicodinamica della depressione

K. Abraham per primo sottolinea la somiglianza tra depressione e lutto, ma ne evidenzia anche le differenze. In ambedue c'è la perdita dolorosa dell'oggetto, ma nella malinconia ci sono una rabbia ed una ostilità inconscia che mancano nel lutto. Egli afferma che il depresso è tale a causa di ferite orali, subite nei primi anni di vita. Questo spiega perché la perdita dell'oggetto amato induce la depressione solo in soggetti predisposti a causa di ferite narcisistiche che li rendono dipendenti e con una autostima deficitaria. Concetti, questi, che saranno ripresi ed ampliati successivamente da A. Rado.

S. Freud riprende e sviluppa il parallelo tra lutto e malinconia. Nel lutto che segue ad una perdita reale c'è il ritiro delle cariche libidiche ed una elaborazione che porterà al superamento della perdita; nella malinconia la perdita è fantasmatica, perché legata ad un processo di introiezione dell'oggetto vissuto come cattivo e deludente. Nel lutto è il mondo a diventare povero e vuoto, nel melanconico è l'Io del soggetto ad essere impoverito e vuoto.

S. Rado sostiene che sono predisposte alla depressione quelle persone che presentano un intenso bisogno di essere approvate ed amate per poter mantenere un sufficiente livello di autostima.

Il depresso è stato un bambino narcisista e dipendente che, una volta adulto, non riesce a mantenere una adeguata autostima sulla base dei suoi successi e del suo giudizio, ma si sente sicuro solo se amato, lodato, incoraggiato.

O. Fenichel (1973) accentua questo aspetto, affermando che la depressione è un mezzo per evitare la totale perdita dell'autostima. Non è infatti la perdita dell'oggetto amato a provocare la depressione, ma questa si verifica solo se l'oggetto è il simbolo della nostra autostima e quindi la perdita dell'oggetto rappresenta fundamentalmente una perdita dell'autostima.

E. Bibring, rifacendosi alla psicologia dell'Io, spiega la depressione come espressione di uno stato di impotenza dell'Io.

S. Nacht (1973) sostiene in maniera molto esplicita che alla base della depressione c'è una particolare struttura caratteriale: il carattere depressivo. Per il carattere depressivo, l'oggetto ha funzioni essenzialmente narcisistiche. Il depressivo non ama l'oggetto in se stesso e per le sue intrinseche qualità, ma per gli aspetti idealizzati. Nel caso in cui l'oggetto (che può essere una persona, un ideale, una ideologia, ecc., e della cui forza il paziente aveva bisogno di sentirsi partecipe) scompare: per il depressivo è come perdere la parte migliore di se stesso e si trova così esposto alla mercè della sua ostilità.

Questi pochi accenni riguardano solamente quegli autori che io ritengo abbiano apportato contributi significativi e clinicamente dimostrabili al problema della depressione e cioè: le valenze ostili presenti nel depresso, la struttura del carattere depressivo, l'importanza dell'autostima nella genesi della depressione.

Dopo aver esaminato le varie ipotesi sulla depressione, credo che sia possibile proporre un modello unitario che tenga conto degli aspetti sia psicologici che biologici di questa sindrome.

Credo che questo modello ci aiuti a meglio comprendere la complessità della depressione ed a scorgere, al di là delle variazioni sintomatologiche, una unità di base.

Precedentemente ho cercato di dimostrare l'esistenza di due sintomatologie depressive distinte: quella primaria (o endogena o maggiore) e quella secondaria.

La depressione secondaria è caratterizzata da rallentamento psicomotorio, astenia, tristezza e dalla triade somatica: disturbi del sonno, dell'appetito e della libido.

La depressione primaria, oltre i segni sopra descritti, mostra in primo piano una triade particolare: la caduta dell'autostima fino al delirio di autoaccusa, i sensi di colpa, la disperazione con impossibilità a progettarsi nel futuro.

Questi ultimi sintomi patognomonici della depressione primaria debbono considerarsi quale elaborazione del *carattere depressivo* in presenza di un «disturbo» di natura biologica che possiamo ravvisare in una alterazione dei neurotrasmettitori. *Quindi mentre i sintomi della depressione secondaria sono l'epifenomeno di un disturbo biologico, quelli della depressione primaria debbono considerarsi invece come l'elaborazione psichica del carattere depressivo ad una situazione anche di ordine biologico.* (N. Lalli, 1988b)

L'esempio più tipico sembra essere rappresentato dalle possibilità di alcune sostanze farmacologiche, in primo luogo la reserpina, di poter indurre una depressione con i caratteri a volte di quella secondaria, a volte di quella primaria. Il che vuol dire che, probabilmente, una medesima lesione biochimica può dar luogo a due sintomatologie diverse.

E' evidente che quanto sopra è afferabile partendo da un assunto di base: cioè che esiste una relazione tra un substrato somatico (prevalentemente neuroormonale) e la struttura pulsionale, e che ambedue siano strettamente collegati alla modalità delle relazioni oggettuali.

Riassumendo, la depressione primaria si differenzia da quella secondaria per due motivi fondamentali:

a) sul piano fenomenologico per la comparsa di un corteo sintomatologico molto preciso: caduta dell'autostima, sensi di colpa, autoaccusa, disperazione; oltre tutti i sintomi caratteristici della depressione secondaria;

b) sul piano psicodinamico, per la presenza di una personalità premorbosa che è il *carattere depressivo*.

A questo punto è necessario descrivere la fenomenologia e la dinamica del carattere depressivo.

Ritengo che nello sviluppo psichico, che si attua nella dialettica tra pulsioni e relazioni oggettuali, si tende a strutturare l'Io che deve essere differenziato in un Io secondario (effetto della rimozione e dei meccanismi difensivi), un Io libidico ed un Io ideale. L'Io ideale si struttura sulla base delle situazioni gratificanti che il bambino riceve soprattutto in ordine alla sua esigenza fondamentale di crescita-autonomia.

È evidente che c'è un rapporto preciso tra quantità di frustrazioni sadiche ricevute e sviluppo dell'Io, nel senso che quanto maggiori, saranno queste, tanto maggiore sarà l'inconscio rimosso e tanto più rigida la struttura dell'Io secondario (corazza caratteriale). Se le frustrazioni saranno prevalentemente a carico di un non riconoscimento della realtà psichica del bambino; sarà soprattutto l'Io ideale ad essere meno strutturato e più fragile. E questa struttura è fondamentale, soprattutto in funzione delle capacità di autostima, autonomia e capacità di progettualità. H. Kohut dice che siamo spinti dalle pulsioni e siamo attratti dagli *ideali*. Questa carenza dell'Io, ideale sul piano dinamico è attribuita a fattori diversi.

Dalla dialettica tra le pulsioni e le relazioni d'oggetto si formano due strutture:

- 1) un Io libidico che rappresenta l'evoluzione della carica libidica originaria che si sviluppa ;nell'ambito dei rapporti interpersonali validi, ed un Io ideale che è portatore degli ideali, delle tendenze, dei progetti dell'individuo;
- 2) un Io secondario collegato ai meccanismi difensivi (soprattutto alla introiezione ed alla rimozione), che definiamo anche *corazza caratteriale*.

Il carattere depressivo presenta come struttura di base un'intensa bramosia, un Io libidico fragile, ed un Io secondario molto rigido. Sul piano dinamico mostra i seguenti tratti:

- a) *scarsa autostima;*
- b) *bisogno di un oggetto o di una situazione idealizzata, alla quale crede di dare amore ma da cui in verità dipende per mantenere ad un livello accettabile la propria autostima;*
- c) *ambivalenza marcata verso questo oggetto;*
- d) *angoscia per la possibile perdita dell'oggetto idealizzato, che vuol dire timore della perdita della propria autostima.*

È evidente che queste dinamiche sono totalmente inconsce per il paziente.

Senza poter entrare nel merito del problema, sembra evidente però quanto affermato da D. Fairbairn (1970), secondo il quale non è possibile distinguere e separare le strutture psichiche, dall'energia ad esse legate. La libido serve a fornire energia all'Io ideale, ma anche a far sì che l'Io secondario riesca a contenere le valenze distruttive legate agli oggetti interni che sono sempre oggetti cattivi. Perché gli oggetti interni nascono dalla dinamica: *delusione-rabbia-bramosia-introiezione*.

Questa struttura del carattere depressivo può rimanere tale per tutta la vita, attraverso una serie di compensi più o meno validi. Quando c'è una *diminuzione di libido*, siccome essa agisce sia come carica per l'Io ideale, sia come contenimento per l'Io secondario, cosa succede? Ma ancora prima, perché c'è una diminuzione di libido? Essa può diminuire in quei casi ove c'è un disturbo dei fattori biologici che condizionano il tono dell'umore (che attiene al piano fenomenologico) o un disturbo della libido (che attiene al piano psicodinamico).

Per capire meglio cosa succede, possiamo tener presente la dinamica della gelosia. Si conosce bene il rapporto tra gelosia e depressione. Bisogna tener presente che la gelosia, ovvero il timore-rabbia che l'altro vada via, è legato sempre ad una diminuzione delle capacità libidiche del soggetto geloso. Il geloso è tale perché, avendo una

minore carica libidica, non riesce a mantenere il rapporto con l'altro e si angoscia (diventando spesso rabbioso) nel timore che l'altro si allontani fino a sparire. Se teniamo presente questa dinamica possiamo capire meglio cosa succede al carattere depressivo, allorché le valenze libidiche tendono a diminuire.

L'oggetto idealizzato (che serve a mantenere un sufficiente livello di autostima) viene fantasticamente vissuto come tendente ad allontanarsi, a sparire.. Questo comporta immediatamente la caduta dell'autostima: il soggetto si sente insignificante, privo di valore, praticamente annullato dall'altro.

A questo punto egli cerca di mettere in atto, come meccanismo difensivo, l'introiezione, ovverosia il tentativo di recuperare e controllare l'oggetto idealizzato. Ma l'oggetto introiettato assume inevitabilmente le stesse connotazioni e caratteristiche dell'Io secondario che sta introiettando: ovverosia un oggetto privo di cariche libidiche e quindi svalutato, quindi deludente.

A questo punto succede quello che H. Ey definisce la catastrofe psichica: ovverosia il crollo psicotico.

Quindi non c'è ritiro della libido (come avviene invece nel lutto) ma c'è una diminuzione-scomparsa della libido. In questo senso ha ragione S. Freud quando sostiene che nel lutto è il mondo ad essere vuoto, nella melanconia è vuoto l'Io del soggetto. Ma siccome la libido è l'energia che sostiene l'Io libidico, questo tende ad un impoverimento che comporta la caduta dell'autostima, della speranza, del tendere in avanti, del progettarsi.

Ma siccome la libido serve anche come energia che rende possibile all'Io secondario di contenere le cariche distruttive dell'inconscio rimosso, ci sarà un *ritorno degli oggetti interni rimossi* che sono - come dicevo - sempre cattivi. Quindi non si tratta di un Super Io sadico che maltratta l'Io del depresso, ma solo di un ritorno di quegli oggetti che sono stati introiettati e rimossi a causa di una specifica dinamica pulsionale del paziente. A questo punto il paziente si sentirà colpevole

di aver distrutto l'oggetto idealizzato, mentre non potrà che *rivivere* nel passato, riempito dal ritorno degli oggetti rimossi.

Cosa vediamo sul piano fenomenologico? Più o meno quello che sostiene J. Bowlby (1973) a proposito della depressione anaclitica: perdita- disperazione-distacco: vissuto che si evidenzia quando scatta il meccanismo della introiezione che comporta la scomparsa definitiva dell'oggetto stesso. Infatti una volta che l'oggetto è introiettato, inevitabilmente assume le connotazioni negative dell'Io del soggetto; è evidente quindi che non solo l'introiezione non serve, ma peggiora la situazione, perché il paziente può provare solo disperazione e sensi di colpa, sentendosi lui (fantasticamente) colpevole della scomparsa dell'oggetto.

Ma contemporaneamente c'è una caduta pressoché totale dell'Io libidico: scompare pertanto la possibilità della progettazione nel futuro, il corso del tempo si ferma ed è invaso dagli oggetti introiettati che ora - non più bloccati dalla presenza della libido - tendono a tornare fuori dal- l'inconscio rimosso. A questo punto, il mondo del depresso si popola di oggetti (*e non di ricordi*), che sono inevitabilmente persecutori.

Per ulteriori approfondimenti e per la bibliografia rimando al capitolo 28 del Manuale di Psichiatria e Psicoterapia.

DEPRESSIONE PRIMARIA

1. DEPRESSIONE REATTIVA
2. DEPRESSIONE NEVROTICA (DISTIMIA)
3. DEPRESSIONE ENDOREATTIVA
4. DEPRESSIONE MAGGIORE MONOPOLARE
5. DEPRESSIONE MASCHERATA
6. DEPRESSIONE SOTTOSOGLIA
7. DEPRESSIONE INVOLUTIVA
8. DEPRESSIONE NELLA PSICOSI MANIACO-
DEPRESSIVA

LA DEPRESSIONE

PRIMARIA

- 1 CARATTERE DEPRESSIVO
- 2 DEPRESSIONE NEVROTICA
- 3 DEPRESSIONE PSICOTICA

SECONDARIA

1. DISTURBI NEUROLOGICI
2. DISTURBI ENDOCRINI
3. MALATTIE VARIE
- 4..FARMACI

-
- ```
graph TD; A[LA DEPRESSIONE] --> B[PRIMARIA]; A --> C[SECONDARIA]; B --> D[a) SOFFERENZA PSICHICA
b) RIDUZIONE AUTOSTIMA
c) VISSUTO DI INDEGNITA'
d) PESSIMISMO
e) VISSUTO DI INUTILITA'
f) SENSI DI COLPA - DELIRIO (DI COLPA, DI ROVINA, IPOCONDRIACO)
g) DISTURBO DEL VISSUTO TEMPORALE
h) ABULIA, APATIA]; C --> E[a) RALLENTAMENTO PSICOMOTORIO
b) ASTENIA
c) ANORESSIA, DIMAGRIMENTO, STIPSI, INSONNIA, CEFALEA];
```
- a) SOFFERENZA PSICHICA
  - b) RIDUZIONE AUTOSTIMA
  - c) VISSUTO DI INDEGNITA'
  - d) PESSIMISMO
  - e) VISSUTO DI INUTILITA'
  - f) SENSI DI COLPA – DELIRIO (DI COLPA, DI ROVINA, IPOCONDRIACO)
  - g) DISTURBO DEL VISSUTO TEMPORALE
  - h) ABULIA, APATIA

- a) RALLENTAMENTO PSICOMOTORIO
- b) ASTENIA
- c) ANORESSIA, DIMAGRIMENTO, STIPSI, INSONNIA, CEFALEA

N.Lalli © 2005

## 5. Fenomenologia e psicodinamica della mania

Pur non potendosi ascrivere a stretto rigore alla eziopatogenesi, le descrizioni fenomenologiche e strutturalistiche apportano dati interessanti riguardo al vissuto ed al rapporto con la realtà del maniaco. E. Minkowski (1933) così definì il maniaco: « egli non ha più il presente, è lo zimbello dell'ora sempre variabile ed incapace di trasformare l'ora in un presente».

Questa incapacità del maniaco riguarda però tutte le funzioni psichiche tanto da far dire a Leulier (1955): « che il maniaco non costruisce nulla, pertanto più che di ipereccitazione si dovrebbe parlare di uno stato di bassa tensione».

Il disturbo dell'attenzione è centrale; tutte le operazioni che richiedono osservazione, riflessione, resistenza nei confronti della realtà sono molto labili tanto da rendere molto superficiale la percezione del reale.

*“Manca alla vita psichica la sua vera dimensione: la profondità, di qui la superficialità. Tutti i processi scorrono in superficie. Il pensiero evapora e sfugge senza penetrare. E questo rilasciamento dell'efficienza psichica, dovuto alla superficialità del pensiero, determina, per la messa in atto della spinta affettiva mal integrata ed indisciplinata, un vertiginoso turbinio di contenuti di coscienza<sup>1</sup>”*

L'amnesia riguardante il periodo della crisi testimonia questa superficialità del vissuto, tanto da far pensare ad una alterazione di tipo oniroide dello stato di coscienza

*“...la struttura globale del campo di coscienza è quella di una impossibilità di fermarsi... il disturbo fondamentale della mania è un bisogno: bisogno frenetico ed irrefrenabile di godere, vale a dire di*

---

<sup>1</sup> Leulier H., 1955.

*non fermarsi davanti a niente, di non fermarsi per niente al mondo. Questo bisogno è talmente imperioso da sottomettere la struttura della coscienza ad una legge di una particolare disorganizzazione del proprio vivere”<sup>2</sup>.*

Pertanto la mania viene definita (H. Ey, 1950) come il livello più elevato della dissoluzione della coscienza e quindi forma profondamente regressiva.

Binswanger (1971), rifacendosi ad Husserl e Heidegger, cerca di delineare quali sono i momenti difettosi del *Dasein* maniacale.

Egli, nel sottolineare l'importanza della "coscienza interna del tempo" per la costituzione non solo dell'Io, ma anche di un mondo comune e conoscibile, riscontra nel maniaco una incapacità fondamentale di riconoscere e vivere nel flusso del tempo.

Questo deficit temporale comporta una mancata storificazione e quindi una negazione della realtà e della differenza con gli altri che sono 'cosificati'. L'esempio paradigmatico è il caso di Olga Blum, che

*“...trovata dal medico in una fase maniacale di media gravità, mentre leggeva il Primo Faust, l'ammalata spiega di essere molto felice che Goethe sia vissuto prima di lei, altrimenti le sarebbe toccato di scrivere tutto ciò. Una dichiarazione come quella della nostra malata ci appare comprensibile solo se ci rendiamo conto che il suo livello costitutivo si è abbassato, o se si preferisce, si è ridotto ad un livello di funzionamento cosale (dinglich) alla stregua di una macchina. Soltanto così vengono meno quelle che si possono ritenere le più grandi differenze di livello, umane, artistiche ecc...*

*Tuttavia possiamo comprendere ciò che riuniamo sotto quel titolo, relativamente alla mania, solo partendo dal difetto costitutivo, cioè dallo sciogliersi dei vari legami costitutivi, perché questo sciogliersi è ciò che rende libero il maniaco nella sua spensieratezza, nella sua*

---

<sup>2</sup> Leulier H., 1955.



*mancanza di riguardi, nella sua iperattività, nell'irritabilità come pure nel vedere tutto rosa, nella serenità, nell'esaltazione e superficialità del suo umore non offuscato né oppresso da alcuna problematica...Il disturbo nella costruzione dell'oggettività temporale nella mania si manifesta dunque in due modi, nella mancanza di continuità nella logica del pensiero e nella difettosa continuità dell'appresentazione, cioè nella mancanza di appresentazioni biograficamente ancorate, continue o, come dice Husserl, abituali.”<sup>3</sup>.*

Gli aspetti esteriori di potenza e di megalomania nascono in effetti da impotenza e bisogno.

Questo dato, cioè la mania come forma altamente regressiva, più della stessa depressione, sarà, come vedremo, ribadito anche dagli studi psicodinamici.

### **Ipotesi psicodinamica**

La mania, anche in campo psicodinamico, è stata molto meno studiata rispetto alla depressione. K. Abraham (1919) parla di "fame divorante" di sensazioni e di relazioni, nel tentativo di prendere tutto.

S. Freud parla di "festività" e di "orgia cannibalica" per evidenziare, a differenza della fase anoressica del depresso, la prevalenza degli istinti sadici orali.

H. Deutsch (1933) vede nella mania un processo massiccio di negazione della realtà ed in particolare delle proprie valenze depressive. Questa tematica sarà ripresa da M. Klein che considererà la mania come una fase "normale" dello sviluppo del bambino; la mania insorge in una fase precocissima dello sviluppo e serve, tramite la negazione, a difendersi dagli oggetti interni persecutori. Questa tematica sarà ripresa anche da B. Lewin (1950) che considera la mania

---

<sup>3</sup> Binswanger L., 1971.

come una difesa, mediante la negazione, dalla depressione. Egli avvicina la mania al sonno: in questo scompare l'Io, nella mania è il Super Io a svanire. Autori successivi hanno cercato di approfondire la dinamica interpersonale del maniaco. S. Arieti (1969) ritiene che il futuro maniaco nasce all'interno di una famiglia numerosa ed ha con la madre, nel primo anno di vita, un ottimo rapporto: è amato, vezzeggiato, iperprotetto. Ma quasi sempre nel secondo anno di vita c'è un *brusco cambiamento*: o per la nascita di un fratello o più spesso per una inversione di atteggiamento della madre, che a questo punto chiede e si aspetta molto da lui. Egli potrà continuare ad essere amato, solo se corrisponderà alle aspettative (in genere eccessive) dei genitori. Il brusco cambiamento ed il doversi dare da fare per mantenere l'affetto sembrano costituire le basi dei due aspetti fondamentali del maniaco: il rapido passaggio dalla normalità alla mania e l'iperattività come modalità per conservare l'affetto ed il rispetto degli altri. Ipotesi interessante, ma che francamente sembra essere una ricostruzione troppo retrospettiva del bambino che svilupperà una psicosi maniacale. Il dato fondamentale che deriva dagli studi psicodinamici rimane la concezione della mania come processo di negazione delle proprie problematiche, negazione gestita mediante l'iperattività. Ed è quanto possiamo constatare nel carattere ipomaniacale, cioè soggetti che debbono essere continuamente affaccendati. Per analogia possiamo pensare che la frenetica iperattività del maniaco, la fuga delle idee, il suo bisogno di non fermarsi mai, possono essere interpretati come tentativo di affrancarsi dall'oggetto. Egli tende a "superare" le ferite narcisistiche, non come il depresso che esibendo il suo dolore cerca ancora un aiuto o perlomeno un'attenzione da parte dell'ambiente, ma con una dinamica di massiccia negazione dei suoi bisogni. Egli non ha bisogno di nessuno, è onnipotente e megalomane. Ma per ottenere questo deve ricorrere ad un meccanismo di difesa molto regressivo: la negazione della realtà e della propria dimensione psichica.

Come anche per i disturbi precedenti, per la mania è riscontrabile un carattere definito appunto ipomaniacale che in genere precede l'evidenziarsi del quadro clinico eclatante. Il carattere ipomaniacale è caratterizzato da iperattività, estroversione, tendenza a socializzare facilmente ma superficialmente. La dinamica fondamentale è costituita dalla tendenza a negare qualsiasi aspetto problematico o conflittuale: l'iperattività sembra sostituire ogni forma di riflessione o di autocoscienza.

Noi sappiamo che accanto ad una forma, se pur rara, di maniacalità pura, è più di facile riscontro il disturbo così detto maniaco-depressivo. In questo caso il carattere che viene definito bipolare presenta caratteristiche diverse. Il bipolare diventa infatti iperattivo solo dopo che ha distrutto tutto: riesce a trovare uno stimolo ed un incentivo ad una sua iperattività solo quando si trova in una situazione di pericolo che in genere ha deliberatamente provocato. Sembra essere incapace di reggere qualsiasi situazione positiva, mentre sembra trovarsi a suo agio solo in situazioni complicate e difficili.

*Per ulteriori approfondimenti e per la bibliografia si rimanda al capitolo 29 del Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*

## **6. Psicodinamica della schizofrenia**

Si ritiene che alla nascita ci sia un Io originario il cui sviluppo sarà condizionato dalla progressiva maturazione neurobiologica del SNC, dall'evoluzione delle pulsioni e dalle modalità dei rapporti interpersonali la cui validità e stabilità sono estremamente significative. L'Io originario è fondamentalmente un Io somatico che diventa sempre più un Io libidico capace di distinguere tra il Sé e il non Sé, capace di recettività e di investimento sessuale come dinamica di rapporto-conoscenza della realtà.

**Se la conflittualità, nell'ambito delle relazioni interpersonali, è eccessiva emergono meccanismi difensivi che portano alla costituzione della cosiddetta corazza caratteriale, tipica della psiconevrosi.**

**Se invece c'è una situazione gravemente frustrante o di massiccia carenza affettiva precoce da parte degli A. S., si costituisce una deficitaria strutturazione dell'Io che si manifesta con quella particolare patologia che si evidenzia nella personalità psicopatica e nella sindrome borderline.**

**Nella schizofrenia invece le funzioni dell'Io sono ancora più gravemente alterate, nel senso di una mancanza di organizzazione e di confini dell'Io che si manifestano come incapacità sia di distinguere tra il Sé e il non Sé, sia di una corretta conoscenza e di un valido rapporto con la realtà.**

C'è, ovviamente, una relazione diretta tra autodefinizione-autodeterminazione dell'Io e rapporto con la realtà.. Quanto meno l'Io è definito, tanto più è difficile distinguere tra Sé e realtà, e tanto più la conoscenza di quest'ultima viene inquinata dalle proiezioni.

P. Federn ritiene che esista una funzione fondamentale dell'Io, definita *sentimento dell'Io che rende possibile* la distinzione tra il soggetto ed il mondo esterno, ma anche tra l'Io come attività psichica e le sensazioni somatiche. In questo senso l'Io è al tempo stesso soggetto ed oggetto: la psiche ed il corpo sono percepiti come due entità, due funzioni diverse, ma al tempo stesso unite, nella misura in cui *il corpo è vissuto come il limite tra l'Io psichico ed il mondo.*

*“... il sentimento dell'Io è il senso, costantemente presente, della propria persona; è la percezione che l'Io stesso ha di Sé... Questa esperienza di sé è un'entità che permane, benché mai in modo identico, e che non è un'astrazione, ma una realtà... Noi possediamo, in altre parole, una conoscenza ed un senso costante della continuità e della persistenza del nostro Io... in quanto sentiamo che i nostri processi*

*interni hanno una origine che persiste in noi e che il nostro corpo e la nostra psiche appartengono permanentemente al nostro Io” (P. Federn).*

Il sentimento dell'Io porta alla graduale formazione del confine dell'Io. Quindi il confine dell'Io può considerarsi come una sorta di organo sensorio che tende a fornire la consapevolezza di tutto ciò che succede fuori dall'Io.

*“... il confine dell'Io non designa altro che l'esistenza di una percezione dell'estensione del sentimento dell'Io. I confini mutano continuamente... Ma una persona sente dove il suo Io finisce, specie quando ha appena subito un mutamento “(P. Federn).*

Questi concetti di sentimento dell'Io e confine dell'Io sono stati da Fedem evidenziati soprattutto nel lavoro con pazienti schizofrenici, nei quali appunto queste due funzioni sono deficitarie. Dato confermato, nell'ambito Psicopatologico, da Kanner che ha rilevato una mancanza di discriminazione dell'Io nei bambini autistici.

Ma la percezione del sentimento dell'Io e dei confini dell'Io può essere evidenziata anche in situazioni normali, come nello stato ipnagogico, che secondo Federn può indurre vissuti, anche se molto brevi, simili a quelli della schizofrenia.

*“... La modificazione ipnagogica che si presenta sulla soglia del sonno consiste in una dissoluzione dell'Io. Questo fenomeno dà a chiunque l'opportunità di convincersi dell'esistenza del suo investimento dell'Io, e dei suoi confini dell'Io, purché sia disposto a rinunciare al piacere di addormentarsi normalmente” (P. Federn).*

Può essere utile ricordare che Schreber, all'inizio della sua malattia, «tra veglia e sonno» sente di essersi trasformato in donna, sensazione che segna l'inizio della sua trasformazione patologica.

*“Inoltre una volta, mentre ero ancora a letto, di mattina (non so più se mezzo addormentato o già sveglio), ebbi una sensazione che mi fece un*

*effetto assai singolare, quando ci ripensai dopo incompleto stato di veglia. Era la rappresentazione che dovesse essere davvero. Era la rappresentazione che dovesse essere davvero bello essere una donna che soggiace alla copula” (P D. Schreber).*

Questa difficoltà a separare nettamente il mondo del sogno da quello della veglia è certamente una caratteristica del disturbo schizofrenico.

T. Freeman, J. Cameron, A. McGhie, sostengono che *«È questo fattore, denominato del “sentimento dell'Io” ossia la capacità di differenziare il Sé dal mondo circostante, che riteniamo sia compromesso nella schizofrenia cronica, talché il paziente è portato a vivere le sensazioni interne ed esterne come un continuum. Noi riteniamo che, assegnato a questo disturbo fondamentale il suo giusto valore, tutte le altre manifestazioni schizofreniche possono essere considerate delle elaborazioni che ne derivano necessariamente».*

La perdita del sentimento dell'Io e del confine dell'Io spiega, abbastanza comprensibilmente, *il come* di molti sintomi schizofrenici, e soprattutto quelli della fase acuta. La situazione di perplessità e di smarrimento, il furto del pensiero, l'eco del pensiero, le allucinazioni uditive, le esperienze di trasformazione somatica. Insomma i sintomi di primo ordine, secondo Schneider, sembrano trovare una comprensibile spiegazione in questa caduta del confine dell'Io che lascia il soggetto alla mercè delle proprie sensazioni ormai completamente scisse dall'Io e quindi vissute come «estranee».

La sensazione di influenzamento e di cambiamento somatico potrebbe essere interpretata come il tentativo, da parte del paziente, di esprimere somaticamente questa esperienza di dissoluzione totalmente psichica, che è l'incapacità di mantenere i confini dell'Io. Possiamo qui ricordare che V. Tausk, nel lavoro del 1919 «La macchina influenzante», proponeva esattamente una dinamica del genere. Secondo Tausk, il bambino nella primissima infanzia, scopre il proprio corpo e lo considera non come una parte di Sé, ma come appartenente al mondo

degli oggetti, il che genera l'impressione che le sensazioni corporee provengano dal di fuori del Sé. Normalmente, nelle fasi di sviluppo successivo, questa situazione viene superata: nella schizofrenia invece, a causa della regressione, questo meccanismo si riattualizza. Il corpo viene proiettato all'esterno e le sensazioni somatiche vengono vissute come imposte da una macchina influenzante.

Ma se la deflessione e la perdita del sentimento dell'Io possono spiegare il *come* di molti sintomi schizofrenici, nulla ci dicono circa il *perché*.

Secondo Federn, nella schizofrenia ci sarebbe un disinvestimento dell'Io.

*“... Quando un organo interno perde i suoi investimenti dell'Io, l'autopercezione del proprio corpo viene a modificarsi. Questo è quasi sempre un primo sintomo di schizofrenia grave... Quando tutta la carica dell'Io è disinvestita dalle parti del corpo, il paziente lamenta o semplicemente descrive le più strane deformazioni dell'autopercezione del corpo” (P. Federn).*

La nozione di caduta e del sentimento dell'Io e dei confini dell'Io, pur molto importante nella spiegazione dei fenomeni schizofrenici, è piuttosto riduttiva se non viene inserita all'interno della dinamica delle pulsioni e delle relazioni oggettuali. Dobbiamo ritenere che la modalità di relazione dello schizofrenico oscilla tra due poli: la simbiosi o la totale rottura del rapporto. Modalità relazionale che è condizionata dalla deficitaria struttura dell'Io come capacità di avere e di mantenere una propria identità.

Questa situazione, che è chiaramente instabile, può rompersi dando luogo alla fase acuta della schizofrenia. Anche se non sempre è possibile individuare una causa precisa, possiamo dire che sicuramente la rottura è determinata da una forte angoscia.

Ritengo che si possa concludere che uno schizofrenico, quali che siano le cause della sua malattia, è una vittima dell'angoscia. Ma di una angoscia diversa da quella che determina le difese nevrotiche, una angoscia che rende intollerabile qualsiasi relazione con gli altri (P.C. Racamier).

Questa angoscia, spesso scatenata dal timore di perdere la relazione simbiotica, determina un vissuto per cui l'Io dello schizofrenico si disintegra e il soggetto perde completamente il sentimento ed il confine dell'Io. È in questo momento che compaiono i sintomi acuti: lo smarrimento, le allucinazioni uditive, il furto del pensiero ecc., chiare manifestazioni di un soggetto che si sente completamente in balia degli eventi e degli altri.

La disgregazione dell'Io, che riguarda la fase conclamata della psicosi schizofrenica, ha inevitabili conseguenze.

Le pulsioni, che sono regolate dall'Io, si trovano ad essere completamente defuse e non più controllabili in alcun modo. Questa patologia si estrinseca con la bizzarria, l'ambivalenza o con gli impulsi catatonici. C'è inoltre inevitabilmente un ritorno massiccio di tutto ciò che in precedenza era stato rimosso: materiale che, non più riconosciuto come appartenente al paziente, popolerà il mondo di fantasmi persecutori.

C'è una totale caduta della capacità di rimozione, quella rimozione che, seppur penalizza il nevrotico, è sempre un meccanismo difensivo: una sorta di autoamputazione che permette, attraverso la struttura caratteriale, di mantenere il rapporto con la realtà. La caduta della capacità di rimozione nello schizofrenico comporta una rottura della barriera tra Sé e mondo esterno che aumenta ulteriormente il senso di diffusione e di perdita della propria identità. Tutto questo determina la classica fase acuta, che può essere più o meno lunga, ma alla fine della quale il soggetto tende a ripristinare *dei meccanismi difensivi*, mediante due possibili soluzioni. Una è la completa rottura con la realtà, sulla base di un annullamento totale che si evidenzia con il



sintomo cardinale della schizofrenia: l'indifferenza. Il paziente, più o meno consciamente, rinuncia definitivamente ad ogni rapporto con il mondo. L'esempio più conosciuto di questa «soluzione» è quella di Holderlin: ove il manierismo e l'affettazione rendono più visibile e drammatico il ritiro ed il totale isolamento del paziente.

L'altra è invece il tentativo di recuperare la precedente situazione di legame simbiotico: il delirio ne rappresenta la più tipica manifestazione. L'esempio paradigmatico di questo secondo caso (sempre per rimanere nel campo di esempi clinici illustri) è il caso Schreber. È in questi casi che troviamo, in maniera estremamente eclatante, il meccanismo della identificazione proiettiva: dinamica che rivela chiaramente il non superamento dal legame simbiotico, proprio attraverso il tentativo, anche se con modalità diverse, di ricostituirlo.

Può sembrare singolare ed assurdo questo tentativo di recuperare nel delirio un legame che in genere, nella realtà, è stato frustrante e deludente e che esprime la più tipica modalità del delirio schizofrenico: quello di persecuzione<sup>4</sup>. Ma evidentemente, come afferma D. Fairbain, «...è preferibile un mondo popolato da demoni, che un mondo deserto e vuoto». Abbiamo così due modalità di uscita dalla crisi acuta di schizofrenia: quella di rottura-annullamento, e quella di un tentativo di recuperare il legame simbiotico.

Queste due modalità corrispondono a due forme cliniche: la prima alla schizofrenia simplex ed alla difettuale, la seconda alla paranoidea ed alla ebfreno-catatonica.

Queste due modalità debbono ricondurci a qualche riflessione.

Sicuramente all'interno della sindrome schizofrenica, esistono due entità cliniche la cui esistenza è confermata da numerose osservazioni, e pertanto esse non possono essere messe in dubbio.

---

<sup>4</sup> Basta rileggere le *Memorie* di Schreber, per vedere come questi, nel delirio, cerca di recuperare il rapporto con un padre che si era comportato in modo gravemente sadico.

Sul piano clinico corrispondono alle due forme descritte da Crow come schizofrenia negativa e positiva, ma anche a quanto, da un vertice di osservazione fenomenologico, è stato descritto da Minkowski come autismo povero ed autismo ricco.

Inoltre c'è una concordanza anche con dati genetici e con dati neurofisiologici. Sappiamo infatti che una discreta percentuale, *ma non tutti*, di schizofrenici difettuali mostrano tipiche alterazioni (quali l'atrofia cerebrale, e particolarmente quella frontale).

Prima di passare oltre, debbo fermarmi un momento per sottolineare un aspetto molto singolare della schizofrenia, non sempre presente, ma comunque possibile. Mi riferisco alle fantasticherie megalomane e di onnipotenza, che in questo contesto troverebbero scarsa possibilità di essere spiegate.

Freud, a proposito del caso Schreber, proprio per spiegare queste singolarità, era dovuto ricorrere alla concezione del narcisismo e dell'autoinvestimento libidico.

Sicuramente l'onnipotenza è indice di un deficitario o assente rapporto con la realtà. Infatti i deliri di onnipotenza (anche se con scarsa partecipazione emotiva) sono frequenti nella paralisi progressiva: il che vuol dire che un deficit prestazionale può comportare non solo un deficitario rapporto con la realtà, ma anche fantasticherie onnipotenti. È da presupporre che nel bambino ci sia una fase di onnipotenza reattiva alla sua impotenza, fase che tende a scomparire man mano che si delinea la differenza tra l'Io e gli altri, e quindi emerge anche il senso della realtà.

Se questa delimitazione dell'Io (intesa come sentimento dell'Io) viene a cadere, è comprensibile che il senso di onnipotenza possa riemergere: *senso di onnipotenza che va considerato come conseguenza di un deficit dell'Io nel rapporto con la realtà.*

Abbiamo visto che l'incapacità di mantenere la propria identità ed il confine dell'Io può essere considerata la base, da un punto di vista psicodinamico, della schizofrenia. E questa psicopatologia si esprime

con una *specifica modalità relazionale dello schizofrenico: o la simbiosi o la rottura del rapporto.*

Dobbiamo chiederci, a questo punto, da cosa e come si origina questa tipica modalità relazionale. Le osservazioni cliniche e, soprattutto in questi ultimi decenni, la prassi relazionale-sistemica hanno evidenziato sempre più l'importanza della famiglia se non nel determinare, almeno nel mantenere il disturbo schizofrenico.

È quindi in questa direzione che dobbiamo rivolgere la nostra attenzione. Un dato sicuro è che *raramente la famiglia dello schizofrenico è una famiglia gravemente e manifestamente disturbata.*

È abbastanza raro trovare gravi situazioni di carenze affettive, o famiglie inesistenti, come è tipico invece della famiglia della personalità psicopatica.

Invece, nell'ambito della famiglia dello schizofrenico, troviamo più frequentemente dinamiche o di marcata indifferenza (spesso manifestazione del ; carattere schizoide di uno o ambedue i genitori), oppure di stretta simbiosi: non infrequente una alternanza di queste due dinamiche.

*In linea di massima, l'A. S. stabilisce con il futuro schizofrenico una relazione basata o sulla indifferenza o sulla simbiosi, e sicuramente queste dinamiche relazionali sono importanti e forse determinanti.*

Inoltre non è da sottovalutare il fatto che la convivenza, voluta o no, con una persona affetta da schizofrenia inevitabilmente comporta reazioni e modificazioni psicopatologiche nei vari: familiari.

Questo dato, cioè la reazione allo schizofrenico, è troppo spesso sottovalutato e non solo sul piano teorico, ma anche e soprattutto sul piano pratico.

Non è improbabile che la persona più vicina allo schizofrenico finisca con l'adottare strategie difensive, che possono essere simili alle modalità comportamentali dello schizofrenico.

Credo che il libro di C. Samonà *Fratelli* esprima chiaramente questa situazione di stretta dipendenza tra il paziente e chi gli vive vicino.

*“... Non le darò un nome. La malattia rappresenta, nel nostro peregrinare, l'incognita permanente: una specie di oggetto invisibile prima ancora che una forza ostile. Ogni giorno ne constatiamo gli effetti, ne studiamo e fronteggiamo l'ubiquità e la destrezza. Benché i disturbi di mio fratello riguardino soprattutto l'attività del pensiero, e solo di riflesso il suo corpo, la loro azione si rivela sempre materialmente. Ed è in via di continua espansione. Non siamo mai certi di poter dire: questa cosa deriva dalla malattia, quest'altra invece ne è immune; giacché la malattia, impalpabile e lenta, percorre di soppiatto ogni luogo senza lasciar prevedere dove, esattamente, né in quale momento, sorprenderà i nostri passi imbrogliandoli o modificandone il corso.*

*Da quando, unico tra i miei familiari, ho accettato di assistere mio fratello e di abitare con lui nella grande casa, non ha mai rinunciato all'idea di combattere con ogni mezzo questa calamità. La seguo da vicino come se avesse una forma, la spio, ne annoto con cura i sintomi e li metto in relazione fra loro. Ho un tale accanimento nel darle la caccia, perseguirla e snodarla, che a volte può sembrare anche che io la corteggi. Ma bisogna calcolare gli effetti di una convivenza coatta...».*

*«... Mentre mi adopero a strappare mio fratello allo stato in cui si trova, sento che egli compie su di me un'azione in qualche modo uguale e inversa alla mia: braccato da me, mi segue a sua volta incessantemente, visitato, mi sorprende e mi costringe a ribadirne le mosse. La nostra storia è tutta in queste violazioni di territorio che si susseguono da una parte all'altra a confondere i nomi e i volti dei rispettivi invasori. (C. Samonà, Fratelli, pagg. 8-11)*

La possibilità, o meno, di potersi allontanare da un paziente schizofrenico non è sempre e solamente funzione della capacità psicologica di separarsi. Numerosi fattori possono rendere inevitabile

una convivenza: obbligo di convivenza che diventa una trappola mortale, perché fonte di ulteriore patologia.

Sul piano di un modello esplicativo, è più euristico ritenere che un comportamento «particolare» del bambino possa determinare una reazione specifica nell'A. S. Per comportamento «particolare» dobbiamo intendere situazioni di ritiro autistico, di scarsa rispondenza o comportamenti bizzarri (che potrebbero essere determinati geneticamente o comunque attraverso alterazioni neurofisiologiche). Certamente non è facile spiegare da cosa nasca questo comportamento «particolare» che tra l'altro sembra contrastare la proposizione di una fondamentale sanità, alla nascita, del bambino. Questa affermazione in effetti vuole solo proporre che non è obbligatorio postulare una necessaria patologia alla nascita per spiegare la psicopatologia. Anche se non abbiamo dati sicuri possiamo pensare che *a volte* il bambino possa nascere con una situazione «particolare», che determina un suo comportamento anomalo. Questo comportamento anomalo può generare nell' A.S. due reazioni: o un completo rifiuto (indifferenza) o una estrema oblatività (simbiosi): situazioni che possono ambedue contribuire ad alterare il successivo sviluppo dell'Io che ha difficoltà nel primo caso a strutturarsi, nel secondo invece a delineare i propri confini e la propria identità.

Ho cercato di descrivere, anche se sinteticamente, un quadro psicodinamico possibile e probabile del disturbo schizofrenico.

La complessità della malattia rende difficile, forse impossibile, tentare un unico modello di spiegazione, proprio perché c'è una varietà sindromica che mal si concorda con una ipotesi eziologica unitaria.

Comunque cercherò di proporre uno schema che tenga conto delle ricerche e dei dati clinici più recenti ed attendibili.

1) È da presupporre che il bambino che diventerà uno schizofrenico, o che avrà un episodio schizofrenico, a volte può nascere con una

generica predisposizione o *vulnerabilità*. I dati genetici e neurofisiologici sembrano confermare questa possibilità che si evidenzia come una debole tendenza al rapporto: non è infrequente nell'anamnesi degli schizofrenici trovare una difficoltà o un rifiuto di attaccarsi al seno.

2) Questa situazione può determinare *reattivamente* nell' A.S., una modalità relazionale che può oscillare dal rifiuto ad una totale oblatività, oppure ad una alternanza di queste modalità. Un dato accertato è che le famiglie degli schizofrenici non sono famiglie inesistenti o che mostrano gravi e manifeste patologie.

3) Questa modalità di rapporto può determinare una alterazione nello sviluppo dell'Io del futuro schizofrenico, caratterizzato fondamentalmente da fragilità e difficoltà di avere sia un valido sentimento dell'Io, sia una valida sensazione dei confini dell'Io.

4) In situazioni di crisi, tipica è la fase della pubertà: quando il soggetto deve affrontare una situazione nuova o comunque difficile, questo fragile equilibrio può essere frantumato dall'emergere di un'angoscia estremamente violenta.

5) Si determina una «frattura esistenziale», una rottura psicotica che si evidenzia nella fase acuta con perplessità, smarrimento, allucinazioni uditive, furto del pensiero ecc.; tutti segni che mostrano la rottura della fragile barriera tra l'Io dello schizofrenico ed il mondo. La rottura di questa barriera fa sì che il mondo si popoli degli oggetti interni proiettati che successivamente invaderanno, come persecutori ed estranei, l'apparato psichico, senza difese, dello schizofrenico.

6) Ma il crollo dell'Io comporta ulteriori conseguenze psicopatologiche: soprattutto defusione degli istinti e totale incapacità di poter controllare le pulsioni distruttive.

Questa situazione di rottura può durare più o meno a lungo, ma in genere prima o poi evolve: o verso una strutturazione paranoidea,

espressione del tentativo di ricostruire quella realtà che è andata in frantumi, o verso una situazione di totale distacco ed indifferenza, espressione di una dinamica di annullamento e di rinuncia al rapporto con il mondo. Nel primo caso ci troveremo di fronte ad un paziente che cerca, anche se in maniera bizzarra, di ritrovare un contatto: sono questi i pazienti che in un lavoro psicoterapico stabiliscono un tipico transfert psicotico caratterizzato dalla tendenza a massicce proiezioni ed alla costituzione di un legame simbiotico. Nel secondo caso, invece, di fronte ad una situazione di totale rinuncia e di distacco dal mondo e dagli altri: sono questi i pazienti che presentano una estrema difficoltà, a volte una impossibilità, di stabilire un qualsiasi tipo di transfert.

E la «stranezza», la «singolarità» dello schizofrenico è proprio in queste «singolari» o «strane» modalità relazionali. O un distacco completo e totale, frutto dell'annullamento della realtà che li pone al di là del mondo e li fa assumere quell'aria di «alienità». O il singolare tentativo di ricostituire un legame simbiotico, attraverso un gioco di fantasmi, di oggetti persecutori, di proiezioni, frutto della negazione della realtà.

Ovverosia: o Hölderlin o Schreber.

## **CLASSIFICAZIONE DELLA SCHIZOFRENIA (PING-NIEPAO)**

*La schizofrenia viene divisa in quattro sottotipi basandosi su:*

- a. caratteristiche dei sintomi;**
- b. decorso della malattia;**
- c. manifestazione transferali emerse in precedenti trattamenti (notizie anamnestiche) e manifestazioni transferali attuali;**
- d. studio longitudinale del passato del paziente per determinare la deviazione patologica dal normale processo evolutivo di maturazione;**
- e. valutazione delle dinamiche familiari.**



## **SOTTOTIPO I**

- a. la personalità della figura materna non presenta evidenti patologie di natura schizoide;**
- b. la storia del paziente rivela un buon funzionamento fino all'età di 18/20 anni;**
- c. i sintomi acuti appaiono nell'ultimo stadio del processo di separazione/individuazione;**
- d. i sintomi sono estremamente floridi: deliri, allucinazioni, allentamento dell'associazione ideativa, preoccupazioni corporee di tipo delirante, perdita del contatto con la realtà;**
- e. si evidenzia la mancanza del bisogno di nascondere il dolore alla figura materna;**
- f. l'evoluzione è in genere favorevole se il paziente è rapidamente trattato e soprattutto seguito a lungo in psicoterapia.**

## **SOTTOTIPO II**

- a. i genitori di questi pazienti sono persone estremamente disturbate. Reagiscono con angoscia ai sintomi psicotici del paziente ma non sono in grado di offrire alcun aiuto, quando non sabotano qualsiasi programma terapeutico;**
- b. fin dall'infanzia il paziente si presenta abbastanza disturbato; è evidente un preciso ritardo in ogni fase di sviluppo;**
- c. i sintomi compaiono gradualmente in una età più precoce del sottotipo I;**
- d. i sintomi non sono molto floridi ma piuttosto di tipo negativo: il paziente mostra una scarsa capacità vitale ed è indifferente nei confronti del futuro;**
- e. il paziente tende a nascondere il proprio malessere soprattutto nei confronti della figura materna;**
- f. l'evoluzione è più grave; in genere è necessario strappare il paziente al controllo dei genitori.**

### **SOTTOTIPO III**

- a. i membri della famiglia sono tutti molto disturbati e tendono a creare un legame indistruttibile con il paziente;**
- b. il paziente sin dall'infanzia presenta disturbi comportamentali evidenti: disturbi che non sono riferiti dai genitori (che tendono a negare la patologia) ma piuttosto da referti medici o da eventuali gravi insuccessi scolastici;**
- c. i sintomi compaiono alla pubertà in modo insidioso e graduale;**
- d. i sintomi assumono la forma di deficit affettivo, pensiero autistico, riso ebefrenico, gravi assilli (quasi di tipo ruminazione mentale) circa l'incesto, la religione, la morte;**
- e. il paziente teme che una separazione emotiva dalla madre potrebbe significare la morte emotiva di quest'ultimo, pertanto sceglie di rimanere ammalato piuttosto che guarire e "disfarsi" con ciò di sua madre;**
- f. l'evoluzione è piuttosto negativa ed in genere una corretta terapia può riuscire a limitare ulteriori danni; è necessario inserire nel programma terapeutico i familiari.**

## **SOTTOTIPO IV**

**Il sottotipo IV raccoglie i precedenti tre sottotipi quando l'essere ammalati da tanti anni rende il paziente privo di ogni speranza e quindi cronico.**

**Egli considera la malattia come un modo di vivere.**

**La prognosi per questi pazienti non è comunque sempre infausta: in genere è necessario, per un eventuale progetto prognostico, capire a quali dei sottotipi è appartenuto il paziente prima di diventare cronico.**

*Per ulteriori approfondimenti e per la bibliografia si rimanda ai capitoli 30 e 31 del Manuale di Psichiatria e Psicoterapia.*