

RISVEGLIO DEL SÉ NEL TRATTAMENTO DI UN CASO DI PSICOSI ¹⁶

Giancarlo Di Luzio

Psichiatra, Psicoanalista membro IPA, Gruppoanalista membro IAGP-COIRAG
Docente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Analitica COIRAG

Introduzione

Presenterò il caso di una paziente psicotica che seguo in una terapia privata da quasi cinque anni, con un orientamento ispirato alla Psicoanalisi del Sé, con un approccio modificato e multimodale.¹⁷

Si tratta di una condizione psicotica di tipo schizofrenico¹⁸, che io indicherò come non particolarmente grave in quanto non sono stati necessari ricoveri in servizi psichiatrici e il deterioramento delle funzioni psichiche e le alterazioni del comportamento sono rimasti limitati.¹⁹

¹⁶ Relazione presentata alla Fourth European Conference on Self Psychology, Roma Maggio 25/28 2006.

¹⁷ Vedi più avanti la nota 3 per quanto riguarda le modificazioni e le multimodalità dell'approccio.

¹⁸ che, riferendoci alle classificazione psichiatrica più in uso, il DSM IV-R, è possibile definire schizofrenia, paranoide, di tipo episodico, con sintomi (residui intercritici) prevalentemente negativi.

¹⁹ Ritengo utile premettere alla descrizione del caso le considerazioni che seguono :

a) Nella storia del movimento psicoanalitico un filone di psicoanalisti ha ritenuto, fin dall'inizio, applicabile la psicoanalisi ai disturbi psicotici; ne ricordiamo quale capostipite Jung e in seguito Federn, Frieda Fromm Richmann, Sullivan, Arieti, Searles, Pao etc. nell'area Nordamericana e il movimento Kleiniano con Meltzer, Bion e Rosenfeld, la Scuola Francese (Racamier, tec,...), Benedetti etc. in ambito Europeo. A questo si è contrapposto un indirizzo guidato dallo stesso Freud, in cui non si riteneva applicabile l'approccio analitico, per difficoltà inerenti allo sviluppo del transfert da parte dei pazienti psicotici.

Kohut si sarebbe collocato su questo versante, come sembrerebbe dalla maggior parte dei suoi scritti, con la motivazione di una insufficiente strutturazione del sé nucleare negli stati psicotici.

b) L'incalzante mole di ricerche delle Neuroscienze non può, a mio avviso, essere più ignorata dalla Psicoanalisi; esse stanno evidenziando in modo incontrovertibile l'esistenza di alterazioni morfo-funzionali

Primi Colloqui

Valentina, mi viene inviata circa 5 anni fa, all'età di 24 anni, da una collega, amica della madre, che aveva avuto un colloquio con lei e l'aveva trovata piuttosto confusa e indecisa sul suo futuro. L'idea che ne avevo ricevuta era di una personalità immatura, che si era un po' "persa" e che non riusciva a prendere una direzione nella vita.

La vedo per un paio di volte da sola e poi con tutta la famiglia.

Allora ha circa 25 anni. E' una ragazza bella, di una bellezza non pienamente espressa, alta, bruna, ben fatta, leggermente in sovrappeso, vestita con una certa cura. Ha una mimica un po' rallentata, a tratti perplessa, come se riflettesse moti della mente riservati ma a lei non chiari.

Nel primi colloqui emerge lo stato di una persona molto confusa su di sé e sulla sua vita anche nell'organizzazione della quotidianità. Le sue giornate non hanno alcun programma. A volte dà confidenza a persone incontrate per caso e le segue. La cosa mi

nel sistema neurale di pazienti schizofrenici (per es. aree mesocorticali frontali e sistema recettoriale 5HT2A, aree mesolimbiche e sistema recettoriale D2, dilatazioni ventricolari, lesioni ippocampali, etc,..) e la ricerca psicoanalitica ne dovrebbe, a mio avviso, tener conto. Alcuni Autori (per es. la D.ssa N.C.Andreasen; v. bibliografia) mettono in relazione le modificazioni morfofunzionali, la prognosi e la accessibilità della psicoterapia delle psicosi schizofreniche.

c) Dai dati della ricerca (ma anche secondo la mia esperienza) si ha l'impressione che la tipologia dei pazienti psicotici schizofrenici sia quanto mai variegata, spaziando lungo uno spettro che va da casi con gravi alterazioni

morfo-funzionali scarsamente accessibile alla psicoterapia a casi con minimi o assenti deficit, in cui la comprensibilità psicodinamica è elevata (nei primi prevarrebbero i cosiddetti sintomi "negativi" mentre nei secondi quelli "positivi"); in questi casi sembrerebbe utilizzabile un approccio psicoanalitico, come la lunga tradizione analitica ci suggerisce: ciò tuttavia non è considerato "basato su evidenze", a causa della scarsità di studi di validazione di efficacia e quindi l'utilità di un approccio psicodinamico non viene menzionato nei manuali più diffusi di psichiatria (oppure viene addirittura considerato controindicato, vedi P. Fonagy, in bibliografia), i quali, invece, esprimono indicazione positiva verso altri trattamenti, per es. di tipo cognitivo-comportamentale, perchè validati da ricerche empiriche.

Partendo da tali premesse, non viene ipotizzato in questo lavoro, che l' approccio qui descritto sia positivamente applicabile a tutte le psicosi in generale né tantomeno a quelle più gravi e destrutturate. Inoltre è implicito che l'approccio psicoanalitico del Sé, in questi casi, debba essere ulteriormente modificato sia nella tecnica che nel setting: abbandono della tecnica classica, utilizzo di una tecnica attiva tesa a valorizzare le risorse del paziente, ampliamento degli strumenti per suscitare le libere associazioni, come disegni, miti, favole, stimolazione al confronto con il mondo esterno, assunzione regolare di una terapia psicofarmacologica, inclusione, se necessario, di altre figure terapeutiche (psicoterapeuta familiare, psichiatra per il monitoraggio farmacologico e eventuali inserimenti in strutture residenziali, semiresidenziali), lavoro "a rete" tra le figure terapeutiche, etc.,....

lascia preoccupato. Ha lasciato da qualche anno l'università in lettere. Mentre nell'infanzia era stata un bambina che “non aveva dato alcun problema”, in adolescenza i suoi comportamenti erano divenuti turbolenti e trasgressivi. Sembra che avesse “scelto”, come percorso individuativo adolescenziale, un comportamento imitativo verso i coetanei “più fichi” e trasgressivi: le ragazze “fiche” avevano rapporti sessuali precoci e promiscui e anch'ella non poteva essere da meno. Gli altri si “facevano” e anch'essa faceva altrettanto.

A partire dai vent'anni l'uso di sostanze, iniziato con la pubertà, era decisamente aumentato in quantità e varietà (cannabinoidi, cocaina, anfetaminici, LSD, pasticche da discoteca, etc.,...) e il suo comportamento era diventato ancora più sbandato. Spesso non rientrava a casa e non si sapeva dove fosse. Si era fidanzata col figlio di un noto professionista, che l'aveva ancora di più coinvolta nell'uso di cocaina e “pasticche”. Aveva iniziato a frequentare dei “rave-parties”. In uno di questi, una fine d'anno di circa dieci anni fa, in Francia, aveva assunto miscele imprecisate di droghe e quantità massiccia di “pasticche”. Era quindi entrata in uno stato di inconsapevolezza, per qualche giorno. Ad un certo punto c'era stato un “black-out”, si era “spenta la luce” ed era comparso un “buco nero” nella memoria; ella riportava la netta impressione che qualcosa di brutto le fosse successo, per cui aveva cancellato completamente i ricordi; ma le era rimasta la sensazione che qualcosa di molto importante fosse accaduto, qualcosa che aveva gettato come un'ombra sulla sua vita: forse era stata vittima di violenze, abusi sessuali, orge...²⁰ Il “black-out post-rave” aveva segnato il punto più “basso” della vicenda di V., ma anche l'inizio di una fase di ripresa.

Infatti sorprendentemente, come per un oscura illuminazione, derivata paradossalmente²¹ dall'episodio del “black-out”, aveva telefonato al padre, e nonostante la confusione in cui versava, gli aveva chiesto di essere portata via di lì.²²

²⁰ Dopo qualche anno il lavoro analitico permetterà un'improvvisa ricomparsa dei ricordi ed una chiarificazione dell'episodio con un “giro” di volta molto significativo dell'analisi, su cui torneremo successivamente.

²¹ Paradossalmente, perché è come se una “luce” che viene dal “buio”.

²² Questo aveva costituito una vera e propria “rottura” rispetto al periodo precedente di ribellione verso la famiglia, caratterizzato dalla adesione ad un gruppo di coetanei “fichetti”, viziati e drogati. Ella aveva vissuto da allora la cosa con sentimento di colpa, come se fosse un tradimento rispetto alla sua identità e agli “amici” legati alla droga.

Il padre l'aveva riportata a Roma, in famiglia.

Da allora era entrata, per mesi, in uno stato di mutismo quasi catatonico, senza saperne il perché²³, nonostante che l'uso delle sostanze fosse diventato assolutamente sporadico e limitato a cannabinoidi.

Dopo qualche tempo, mentre si trovava da sola nella sua stanza, d'estate, nella casa di montagna, le era accaduto uno strano episodio (che è stato possibile chiarire, in parte, solo recentemente): *osservando i riflessi del sole che si muovevano sul soffitto, ad un tratto, aveva compreso che doveva dare una "svolta" alla sua vita.*

Aveva chiesto aiuto ai suoi che la avevano portata da vari specialisti; aveva iniziato un trattamento gruppoanalitico, durato qualche anno; successive consulenze presso altri professionisti erano state ricercate da parte dei familiari per il perdurare dei disturbi del comportamento.

La sensazione di trovarmi di fronte ad esperienze ai limiti della rottura con la realtà, a quel punto, si intensifica. Le mie impressioni di un disturbo grave divengono più nette quando, alla mia domanda di quale fosse stata la sua esperienza di quella psicoterapia, risponde: *"...non ne ricordo quasi nulla...non so a che servisse...a me non serviva..."*, con il tono e l'atteggiamento di chi sia stato un casuale osservatore di vicende che non lo riguardano.

Decido di approfondire con tatto la sua esperienza interiore attuale. Mi appare caratterizzata da nebulosità, irruzioni massicce della fantasia, un senso fragilissimo di identità di sé. Seguendo la sensazione di aree tenute riservate, pongo, in maniera cauta e delicata, domande sull'esistenza di esperienze allucinatorie uditive e di vissuti deliranti di riferimento, che vengono da lei confermate senza resistenze. Diventa quindi più comprensibile l'enigmaticità del suo stato mentale e dei suoi comportamenti. Rimango tuttavia colpito dal dominante meccanismo di disconoscimento o addirittura di negazione della gravità della patologia da parte di lei e soprattutto della famiglia. Dai dati raccolti mi

²³ Si trascinava tra l'inerzia e l'apatia, qualche storiella con qualche ragazzo e qualche lavoro saltuario, come per es. di segretaria presso un amico del padre.

convinco che la permanenza nello stato psicotico, anche se “incistato” e evidentemente non troppo grave (se non ha portato a ricoveri o a comportamenti grossolanamente alterati), risalirebbe ad almeno un anno prima. Come poi mi riuscirà di ricostruire, dal momento del ritorno dalla Francia, in modo evidentemente molto coperto, se misconosciuto da medici e familiari, ella aveva vissuto e viveva stabilmente esperienze allucinatorie e deliranti: voci che le dicevano quel che doveva fare o la incoraggiavano, oppure la criticavano...pensava di essere mal vista o derisa...una volta aveva perfino creduto di essere un cane...un'altra volta aveva fatto la pipì come un animale all'aperto....

Dunque i medici e gli psicoterapeuti, da cui i genitori la avevano condotta, sembravano non aver rilevato lo stato di disorganizzazione psicotica, evidentemente ben nascosto, tranne un noto psichiatra, che avendo esposto ai genitori la gravità dello stato, le aveva prescritto antipsicotici e l'aveva inviata da un altro psicoterapeuta.. Ma V. non avrebbe seguito questa indicazione e solo saltuariamente avrebbe ingerito qualche pasticca di risperidone.

Colloqui familiari e contratto terapeutico

Nel delinearsi di questo quadro psicopatologico, il colloquio con i genitori mi sembra quanto mai opportuno.

Nell'incontro i genitori più che preoccupati si mostrano insoddisfatti dei comportamenti di V.: la considerano una adolescente “scavezzacolo”, pigra e con scarsa voglia di fare. Tra le righe si coglie un scarso senso di stima e di fiducia in lei. Al figlio presente al colloquio, viene visibilmente riservata l'approvazione e l'ammirazione dei genitori e in particolare della madre: egli è bravo, educato ed un brillante studente di Chimica. Il fratello, interrogato sul suo punto di vista sulla situazione, sembra essere un estraneo di passaggio. Non ne sa molto e la cosa non lo riguarda.

Il padre di circa sessant'anni ha un aspetto “grintoso” ed un tono di voce elevato, roboante, che induce una certa soggezione. E' un alto magistrato e ha svolto compiti operativi contro la malavita. Nella sua vita, (vengo poi a sapere anche da altre fonti), è stato in prima fila in campagne piuttosto pericolose. Appare piuttosto autoritario, anche se

mostra una certa affettività nei confronti della figlia; è stato e sta molto fuori di casa. So dalla collega, che egli presenterebbe un fondo depressivo ed un matrimonio da sempre in crisi, con storie extra-coniugali da parte sua. La moglie, impiegata, ha cercato di reagire alle ferite inflitte dal marito, con tentativi di rifarsi con altre relazioni extra-matrimoniali, ma sembra che uno stato di autosvalutazione dell'identità femminile le abbia impedito di reagire con efficacia ai comportamenti di lui. Pertanto appare una donna profondamente frustrata e piena di rabbia svalutativa, che, come poi si vedrà, espelle e "svuota" nella figlia. Nella famiglia quindi paiono operare meccanismi di tipo identificativo-proiettivo da parte dei genitori su figli con una sorta di scissione verticale: il figlio maschio, studente in chimica è bello, buono, intelligente; V. invece è cattiva, incapace, pigra.

Con parole caute ma esplicite, informo i genitori dell'esistenza di un stato serio di sofferenza mentale della figlia, da cui derivano i comportamenti di "svogliatezza e "pigrizia".

A questo punto assisto ad un'evoluzione drammatica ma visivamente molto significativa del funzionamento relazionale della famiglia.

Infatti a quelle parole, la madre, richiamando i comportamenti pigri e infruttuosi della figlia, quasi io le avessi dato, anziché gli esiti di una valutazione psichiatrica, delle ragioni in mano per rimproverare V., irrompe contro di lei con violenza inaudita, urlandole che è una buona a nulla nella vita, che non si è mai data da fare, etc. Alle critiche e rimproveri crescenti sulla sua scarsa adeguatezza sul piano del comportamento, del rendimento scolastico e lavorativo, V. oppone fragili e vani tentativi di autodifesa. Ma ad un tratto si svolge davanti ai miei occhi una scena sconvolgente, che è tuttora vivida nella mia mente per l'aspetto bizzarro e paradossale che può rappresentare per un analista: V. si alza piangendo a dirotto e si "tuffa di getto" sul lettino analitico, in posizione capovolta, "atterrando" a pancia in giù, con i piedi sul cuscino e la testa al posto dei piedi, singhiozzando disperatamente ad alta voce, per una lunghissima decina di minuti.

Ho l'impressione, quasi visiva, che ci sia un'analogia tra lo sconvolgimento mentale subito da V. e la posizione particolare assunta sul lettino: quella sorta di "capovolgimento interiore", che la madre le ha prodotto umiliandola con rimproveri anziché sostenerla con affetto, (come ci si sarebbe attesi, una volta appresi i dolorosi

contenuti della mia comunicazione), mi sembra che sia stato “di getto” da V. rappresentato, tramite la posizione “capovolta” sul lettino.

Vengo così, con una certa violenza, a contatto con una chiara sofferenza psicopatologica familiare, che si rivelerà nel tempo strettamente intrecciata alle difficoltà di sviluppo del Sé di V, ma intravedo anche un positivo atteggiamento di collaborazione.²⁴

Dopo una ponderata riflessione decido di coinvolgere la famiglia nella responsabilità del trattamento dicendo loro che posso tentare una psicoterapia analitica ma alle seguenti condizioni:

-V. dovrà venire regolarmente alle sedute, con frequenza iniziale settimanale, da intensificare successivamente;

-dovrà assumere la terapia farmacologia, che in un primo momento le prescriverò io stesso;

-dovranno essere svolti dei colloqui familiari con un terapeuta diverso da me, ma in contatto con me, perché i genitori vengano sostenuti nei loro atteggiamenti verso la figlia (in realtà era una strategia per coinvolgerli in una successiva terapia familiare);

-tutta la famiglia dovrà sentirsi impegnata nella responsabilità di far seguire tali condizioni, inclusa la terapia psicofarmacologica;

-a distanza di sei mesi, avremo un nuovo incontro in cui avrei sciolto le mie riserve sulla praticabilità della psicoterapia e la possibilità di trattare il caso nel setting privato.

Accettato l'accordo, iniziamo il trattamento, vis-a-vis, una volta a settimana.

²⁴ E' in quel momento che, colpito dalla sua disperata situazione, inizio a sentire V. come una mia paziente. Allora faccio appello a tutta la mia autorevolezza professionale e tranquillizzo la famiglia, facendo notare però il loro comportamento incongruo rispetto alle mie comunicazioni e riconfermo la necessità di una attenta riflessione e aggiorno l'incontro ad alcuni giorni dopo.

In quei giorni, mi ritrovo da solo, nella situazione difficile di delineare un progetto terapeutico per la ragazza, consapevole dei rischi che ella corre nella quotidianità, nello stato confusionale in cui si trova.

Arrivato all'incontro conclusivo, torno a spiegare ai genitori che la figlia ha un disturbo psichico serio e una vulnerabilità radicata nella personalità, la cui natura, gravità e curabilità, sarà possibile definibile solo con una osservazione prolungata nel tempo. Esplicito i miei dubbi se sia possibile seguirla solo ambulatoriamente e privatamente e se non sia meglio coinvolgere un servizio pubblico, vista l'impossibilità di monitorare i suoi comportamenti nella quotidianità. Ma i genitori (ricordo che il padre è un alto magistrato), per ragioni di immagine e di “privacy”, escludono questa ipotesi.

Sé alieno e isolamento

Nei primi mesi i comportamenti di V. sono piuttosto angoscianti: a volte scompare di sera e non si sa dove sia andata.²⁵ Dopo qualche tempo, forse grazie anche all'assunzione regolare dell'antipsicotico, le mie preoccupazioni si attenuano. Lentamente rientrano la confusione, le allucinazioni, i deliri.

In questa fase una parte del lavoro consiste nella comprensione della funzione dei "sintomi positivi". I vissuti deliranti di riferimento, di derisione, le allucinazioni in cui "voci" la criticano e i vissuti di essere "mostruosa" ed "aliena" sembrano dare una coesione seppur psicotica al sé confuso, attraverso una "concretizzazione" dei vissuti autosvalutativi, mentre alcune allucinazioni sembrano darle una "direzione" o svolgere la funzione di sostenere il Sé, fornendole consigli, stimoli, incoraggiamenti. In questo senso potremmo anche parlare, paradossalmente, di una funzione di oggetto-sé dei sintomi positivi psicotici che permette di evitare l'angoscia panica di frammentazione del Sé²⁶.

La frequenza alle sedute diventa sempre più regolare anche se per mesi, il più delle volte, rimane in silenzio per tutta l'ora.

Pare risentire della perdita delle esperienze psicotiche e, nell'impatto non più "mediato" dalla psicosi con la realtà interna-esterna, compare uno stato depressivo; non ha più voglia di uscire di casa, è priva di sentimenti e di pensieri; si sente impresentabile, si vergogna; non vuole vedere nessuno; pensa di non avere cose in testa da poter dire e se ce l'ha teme che siano del tutto stupide; quindi non parla;

Col tempo inizia a portarmi i vissuti del passato, che nel fondo sono tuttora presenti: sentirsi "non umana", "un alieno", "un mostro"; accenna all'esperienza di essersi sentita un cane (tema su cui ritorneremo a più riprese negli anni).

²⁵ Io sono preoccupato e mi chiedo se la mia non sia stata una scelta un po' irresponsabile; se non dovesse essere seguita anche da un centro diurno o addirittura ricoverata in un SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura).

²⁶ il "Panico organismico" di Pao

Io visualizzo il suo sé come un “deserto privo di vita”, una “identità vuota”.²⁷ Dato che in terapia ho di fronte a me una persona che ha difficoltà ad esprimersi, sento la necessità di inventarmi dei modi per vitalizzare la terapia.

Le chiedo di parlarmi della sua vita quotidiana e mostro il mio interesse; cerco di renderla attiva nella terapia.

Le dico che per capire quali sono i suoi problemi ho bisogno che, anche se le è difficile, cerchi di provare a sperimentarsi nel confronto con il mondo esterno, in quanto con questa sorta di stimolazione esterna del suo mondo emotivo, avremmo vissuti di cui parlare nelle sedute e da cui capire la natura del blocco del suo Sé²⁸.

Con questo compito, V. pare ricevere un senso di fiducia e diventa più attiva, più aperta.

Cercando di cogliere con altri mezzi i suoi vissuti interni, ad un certo punto, le chiederò di portarmi dei disegni, favole o miti che l'abbiano colpita ora o da bambina e di cercare di recuperare ricordi d'infanzia, anche se le sue memorie sono scarse e nebulose.

Più in là le chiederò anche di scrivere riflessioni o appunti sulle sedute (vista l'impossibilità di aumentare le sedute e l'utilità di impegnarla nella attività autoriflessiva).

In questa fase, anche a causa dei sentimenti di impotenza provocati dalla stasi terapeutica, una parte di me si sentirebbe spinta a vederla con l'identità di una persona “handicappata”, perchè si presenta e sembra realmente tale, colludendo in tal modo con la visione che ne hanno i familiari. Considerandola tale, potrei sostenerla solo con farmaci e colloqui di sostegno.

Ma a quel punto qualcosa dentro di me, che non saprei completamente definire, è “scattato”: io avevo tratto l'intuizione, dal complesso della situazione, che in realtà il Sé di V., seppur gravemente sofferente, non fosse realmente handicappato ovvero gravemente danneggiato nella struttura; piuttosto sembrava esser stato gravemente inibito e inabilitato

²⁷ A questo proposito è suggestivo fare un confronto con i disegni che appaiono appunto “vuoti”.

²⁸ E' come se nel paziente isolato, la libera associazione possa produrre nulla, se non si espone il paziente a stimoli esterni che facciano risuonare il mondo interno.

nel suo sviluppo dalla pervasiva sofferenza psicopatologica familiare: l'immagine che mi rappresentavo del suo Sé era quella della "spora", ovvero la forma in cui il seme vitale di alcune piante si spoglia di aspetto vivente e assomiglia all'elemento inorganico per sopravvivere ad ambienti ostile e desertici (nel nostro caso la famiglia e il suo sé attuale), ma che in nuovo terreno più fertile (la terapia) avrebbe potuto riesprimere il suo potenziale di vita.

Questa ipotesi, probabilmente, diventa anche un oggetto-sé che ci possa sostenere e dare fiducia nell'impervio cammino terapeutico.

Le poche volte che parla, quando esprime l'assenza di una percezione anche minima di valore di sé, le trasmetto la possibilità di disidentificarsi dalla immagine negativa che meccanismi propri e relazioni parentali le hanno strutturato quale identità nota: senza questa identità, ella non si vede e non sa chi sia.

Allora riesaminiamo la sua storia e cerchiamo di darle una comprensibilità.

La fase di trasgressione adolescenziale che cambia il suo ruolo di "bambina che non dà problemi" appare un tentativo di dare comunque uno sviluppo individuativo-separativo al sé bloccato e percepito difettoso. L'adesione al gruppo di coetanei "tossici" e l'utilizzo della droga doveva darle una trasformazione "chimica" magica e onnipotente del sé, che la facesse sentire "fica", sicura, capace, "stimabile", indipendente e staccata dalla famiglia.

Per tutto il corso della terapia V. esprimerà nostalgia verso il "sé drogato-forte" rispetto a quel sé attuale così svalutabile, che ella ora sperimenta in terapia: non crede a quella possibilità di sviluppo di sé che io sembra "prometterle". Mi dice: "... *questo sé se lo inventano gli analisti...questa "vera" Valentina non esiste...mi sento incapace...diversa dagli altri...con la droga sì che mi sentivo bene!...ero dura, forte...capace...spacciavo...rubavo nei supermercati e nessuno se ne accorgeva...mi guadagnavo i miei soldi!*"

Uscita dall'isolamento : la comparsa di Massimo

Seduta dopo seduta si attenua la vergogna: riprende ad uscire di casa.²⁹

Un giorno entra nella sua vita e nella terapia Massimo.

Avevo spinto V. ad esporsi alla realtà esterna, a ricercare un lavoro. Decide di fare un concorso e qui incontrerà un ragazzo con cui, in brevissimo tempo, si metterà assieme.

Ho modo di conoscerlo di persona perché, quasi come una sua "appendice", me lo ritrovo stazionare spesso in studio, nella sala d'aspetto.

I genitori non ne sono all'inizio, molto contenti. In effetti anche a me, all'inizio, sembra essere portatore (di nuovo!) di un lieve handicap, ma poi ho il modo apprezzarne l'affettuosità e la dedizione, l'amore nei confronti di V., e la discreta intelligenza che lo sostiene negli studi universitari, nonostante quell'aspetto un po' strano.

Lavoreremo sul loro rapporto; col suo apparire deficitario sembra essere un suo "gemello", (più presentabile di V.?), che la "porta per mano" nel mondo e forse la fa sentire una persona umana come gli altri.

In effetti il processo di apertura verso gli altri e il mondo ha una forte accelerazione con l'"entrata in campo" di M.: inizia a frequentare gli amici di M. e successivamente altra gente.

Grazie ai miglioramenti, è possibile al padre trovarle un lavoro in una agenzia turistica. V. accetta, anche se con un po' d'ansia e nostalgia per lo stato adolescenziale, che teme di perdere.

L'inizio del lavoro e quindi l'esporsi in nuovo contesto interpersonale coincidono con una destabilizzazione del Sè che aveva ora raggiunto un relativo equilibrio.³⁰

L'imminente inizio del lavoro l'aveva messa in uno stato di angoscia frammentante ma nonostante questo la mia proposta di intensificare la cura rimaneva in fase di "stallo"³¹.

²⁹ Si risveglia il suo interesse per i vestiti, entra nei negozi e prima di venire in seduta fa spesso "shopping".

³⁰ Infatti in una seduta di quel periodo si presenta alquanto confusa e disorganizzata ed esprime il suo vissuto, con frasi del tipo: "*Valentina non sta più qui in me...nel corpo... ma nel cielo, accanto a me...vola...*" .

Provvedo a farle sospendere temporaneamente il lavoro e aumento il dosaggio dell'antipsicotico

Comparsa dell'autoriflessività e consapevolezza dell'identità di “capro espiatorio”

V. diviene col tempo più aperta; si rende conto di avere una mente capace di riflettere e si sente valorizzata nell'essere considerata una persona con emozioni e pensieri degni di interesse e comprensibili.

Ora (con una parte di sé) può credere che possa esser vero quello che l'analista le dice: che lei ha in sé un potenziale di sviluppo, che può riprendere il suo cammino.

Di fronte al suo scetticismo che qualcosa di buono possa venire dai contenuti da lei portati in seduta, le dico che, come nel gioco del “puzzle”, sembra che un pezzo non significhi nulla; ma se, con pazienza, assembliamo i pezzi, progressivamente unità sempre più grandi e chiare ci indicano l'esistenza di una immagine totale dotata di significato.

La svalorizzazione dei contenuti interni si attenua e pian piano riesce a comprendere aspetti del mondo interno; le sue capacità autoriflessive si consolidano con incremento dell'autostima.

Riesce a recuperare frammenti del passato recente e più lontano. In una seduta mi racconta:

“...ero piccola...- è verità o fantasia?- vidi papà e mamma che facevano l'amore...mi sembravano degli animali...delle bestie...temevo che si facessero del male...sentivo che c'era negatività...c'era negatività in famiglia...allora decisi che quella negatività dovevo prendermela io addosso...per liberarne la famiglia...”;

Questo ruolo di “capro espiatorio”, con la funzione di depurare la famiglia di “negatività”³², viene assunto dentro di sé come parte importante della sua identità e tale

³¹ Il rifiuto ad aumentare le sedute individuali motivato, come già detto, pretestuosamente da motivi economici, a mio avviso, nascondeva le resistenze della patologia familiare e la negazione della malattia di V. Solo recentemente i genitori hanno rispettato l'accordo di far seguire la cura farmacologica da un altro psichiatra e di effettuare (con lo stesso) un contemporaneo trattamento familiare.

³² Il termine “negatività” è quello usato dalla paziente; con esso V. descrive il complesso di percezioni “negative” che ella ha vissuto nella relazione con la coppia genitoriale; esso sembra riferirsi al malessere psichico individuale e coniugale che è alla base della patologia di accadimento di cui ha sofferto V. e che ha contribuito a strutturare il deficit del suo Sé (tra l'altro è interessante riportare che un collega, che nel passato

tema, diverrà un motivo ricorrente, nel materiale onirico, associativo, mnestico e mitopoietico (vedi in seguito la favola della Bella Addormentata).

Anche i sogni sembrano avere più spazio nella sua mente e possono essere ricordati.³³

Anche come risultato del potersi “nutrire” non più con le sostanze ma con le sue stesse risorse psichiche, prima bloccate, V. diviene sempre più puntuale e collaborativa ; assume regolarmente la terapia farmacologia, che nel tempo le viene ridotta.

Il nostro è un rapporto affettuoso.

Sembra che sia sufficiente il fatto che io la rispetti e la consideri perchè lei stia meglio. La mia attività come analista consiste soprattutto nella funzione speculare e nella comprensione empatica.

Negli ultimi anni la situazione è diventata molto più tranquillizzante.

In un momento favorevole riesco a far accettare ai genitori di andare da un collega psichiatra che seguirà la terapia farmacologia e la psicoterapia familiare. Con lui si troveranno bene e i rapporti familiari miglioreranno. Io avrò la possibilità di non essere più solo nella responsabilità terapeutica di un caso così delicato.

Negli ultimi tempi inoltre ho avuto l'opportunità di discutere questo caso con un gruppo di colleghi , che mi ha permesso di vederlo da altri e diversi punti di vista³⁴. Come è

ebbe dei colloqui con i genitori, mi ha riportato che il padre aveva avuto relazioni sessuali di tipo sado-masochista)

³³ Ne riporto uno dello scorso anno: “...una ragazza (...), dopo aver fatto un lungo viaggio in treno, va in un posto e ruba una reliquia sacra (una Madonna), poi viene processata e nel processo dice che prenderà i voti. Il sogno finisce con gli interrogatori del giudice sull'atto della ragazza....”

Dall'analisi del sogno emergerà che la Madonna è la droga: il linguaggio religioso viene usato per parlare di sostanze: la marijuana viene chiamata “Mari-Anna”, con allusione alla Madonna; “Dio c'è” si scrive dove c'è spaccio di eroina e così via. Si riconferma quindi l'idea che la droga sia per V. la sostanza miracolosa, l'”eucaristia” che dovrebbe trasformare il sé negativo-mostruoso in sé forte, positivo.

³⁴ si è infatti attivato un gruppo di co-visione di colleghi, (Dr. G. Di Leone, , Dr. J. Karp , D.ssa L. Pancheri, Dr.F. Paparo, Dr.ssa R. Spallina, , Dr.ssa A.Tirabasso; e altri colleghi di un altro gruppo: Dr.ssa E. Ceccarelli, Dr.ssa I. Fontana, , Dr. B. Gustini,, Dr.ssa P. Marinelli, D.ssa R. Rodriguez) che ringrazio molto per l'aiuto e il sostegno datomi. Il collega psichiatra, il Dr. R. Piperno, che è anche terapeuta familiare, è intervenuto recentemente in uno di questi incontri e c'è stata la possibilità di uno scambio sul caso.

noto questo “setting allargato” costituisce un importante fattore terapeutico nel trattamento di psicotici.

Ora V. mi porta spesso sue riflessioni in seduta con pensieri di cui rilevo la profondità. Ma ella ha bisogno di un continuo rispecchiamento da parte mia, per convalidare l'esperienza che essi realmente le appartengono, che essa non sia un'invenzione dell'analista e che lei abbia un mente in grado di funzionare egregiamente.³⁵

Per dare un'idea di come si svolgessero i nostri incontri riporterò due sedute dello scorso anno.

Illuminazione del”buco nero” (seduta n°1)

Un”salto” qualitativo nel processo di autoriflessione e di “scioglimento” delle difese avviene un giorno di giugno dello scorso anno.

V. viene in seduta con una strana espressione, che mi ricorda quella della “Monna Lisa”. Ha un sorriso enigmatico...sembra come distesa...alleggerita da un peso...una misteriosa luce di speranza negli occhi....

Le chiedo:” *Oggi ha una luce diversa negli occhi...una luce di speranza...che le è successo?*”

V. “*...ho capito cosa è successo in quel” rave”... mi ci sono voluti 10 anni!... ma ora mi è tornato il ricordo...era una cosa semplice! (sorride sollevata)...ero piena di roba...stavo con il mio ragazzo... ero drogata .. guardavo solo davanti allora...gli altri, le altre cose attorno a me non mi interessavano...io vedevo davanti a me la droga, solo la droga!... non mi giravo mai a guardarmi attorno... il mio sguardo era solo avanti ...quella volta invece mi girai di fianco...era come se volessi guardarmi attorno... mi girai di fianco...e vidi una ragazza che mi camminava accanto... mi assomigliava...ero io!...ero io... ma avevo solo un giacchetto diverso...più vivace...ho capito che non poteva essere*

³⁵ Dato che ora lavoro riesco, nonostante la “parsimonia” dei genitori, ad ottenere un aumento dell'onorario e ne approfitto per far pagare l'incremento a V. e farle sentire la terapia sempre più sua.

realtà, quella ero io! era una visione! ...ora ho ritrovato quel qualcosa che mi mancava!...mi è tornata la speranza...si è illuminato il buio...era proprio quella visione che mi aveva dato lo shock!...da allora tutto si era bloccato in me... io quel capodanno su in Francia mi ero fatta mille ipotesi!...che era successo?...ero stata violentata?... cosa mi avevano fatto?... perchè avevo dimenticato tutto?...sentivo che era successo qualcosa di molto forte, perché poi avevo subito chiamato papà...e gli avevo detto: portarmi via!... questi quà sono stronzi!... avevo deciso di svelare tutto a papà... poi per tanto tempo non riuscii più a parlare...da allora era come se ci fosse un buco...un **buco nero**...mi mancava qualcosa...ero diventata estranea ai miei amici..."

A: "chi era quella ragazza? ...che cosa era quella visione?"

V: "ero io...ma diversa...non poteva essere vero...doveva essere una allucinazione!...quella visione fu lo shock che spense tutto e fu buio..."

A: "...un'altra sé...più viva...vitale...con quel giacchetto?..."

V: "forse sì...mi ero girata... avevo capito che potevo essere diversa... non più drogata... stare bene senza droga..... una ragazza come altre...che poteva fare anche un'altra vita...che poteva guardarsi attorno... per questo ho chiamato papà ...allora per questo ho detto a papà sono stronzi e mi sono allontanato da loro..."

A: "...che diceva? ...come si sentiva allora?"*

V: "... come se avessi abortito ...ma chi avevo abortito? ... un figlio?..."

A: "...forse una parte di sé...la sè stessa vitale...quella che non crede che esista?"

V: "...me stessa?...Valentina stessa?...forse ora è come se l'avessi ritrovata e mi è tornata la speranza...ecco la rabbia! Ero arrabbiata perché l'avevo abortita e mi incazzavo con gli altri per questo!.... per questo ero arrabbiata con tutti!..."

A: "...anche con se stessa?"

Un'energia nuova traspare dal volto...è rischiarata l'ombra sul viso; c'è più vita.

A: "... è come se fosse rinata..."

V: "...Valentina non era una deficiente, anche se era così che mi vedevo?...ma chi è stata la Valentina che ha vissuto adesso? ...chi è?...mi mancava qualcosa allora... mi sentivo inadeguata...confusa...piena di rabbia...non sapevo dove andare..."

A: "...come se ora avesse ritrovato una bussola?"

V: "...forse sì...(sorridente)...vivevo come i personaggi dei videogiochi...ero surreale...mi è anche tornato un ricordo dell'infanzia...avevo cinque-sei anni...mio padre, dopo essere stato a lungo fuori mi rivide e disse ma chi sei tu?... ma io non ti conosco...non ti riconosco !...la stessa cosa che è capitata a me quel capodanno...come io non mi ero riconosciuta così lui non mi aveva riconosciuto!...mio fratello invece non ha mai avuto questi problemi (parla del riconoscimento positivo e sicuro che i suoi hanno del fratello e della differenza con lei) ... mi è tornata in mente la favola di Cenerentola...io allora ero Cenerentola...è stato un incubo... una matrigna che mi eliminava..."

A: "... una matrigna c'era anche dentro di sé...una parte di sé la perseguitava e tendeva ad uccidere il sé vitale ...le ha fatto abortire una parte di sé stessa..."

V: "...io prendevo la droga..."

A: "... con la droga lei cercava energia...ma era anche un modo di far agire in sé la matrigna che uccide la parte vitale di sé.."

P: "... la mela che la matrigna dà a Biancaneve è come la droga..."

A: "... la "droga-mela" avvelenata sembra buona ma uccide la Valentina vitale... per questo allora in adolescenza V. era inibita, bloccata e dovette drogarsi anche per essere una adolescente come le altre..."³⁶

Il risveglio della "bella addormentata nel bosco" (seduta n°2)

Il processo di presa di distanza dal "sé disumano" prosegue.

In una seduta del novembre dello scorso anno, V. arriva in anticipo di qualche minuto: è sorridente.

³⁶ Lavoriamo a lungo e ripetutamente sulla comprensione di questi episodi. Continuiamo ad elaborare l'ipotesi che ella non abbia potuto tollerare un qualche aspetto della situazione familiare e che abbia dovuto farsi carico onnipotentemente della negatività dovuta alla sofferenza dei genitori (in particolare dei vissuti di svalorizzazione femminile della madre), riempiendo sé stessa di negatività, "organizzando" un sé mostruoso negativo, occultando, inibendo (o "addormentando" come vedremo poi) l'autentico sé potenziale.

A.: *“sorridente?..”* (mi chiedo di che cosa)

V.: *“ è normale sorridere...”*

A. capisco che allude al fatto che ora si sente di più un essere umano e che gli esseri umani sorridono e che si rassicura sul fatto che non ci sia nulla di “alieno” nel sorridere); allora esclamo : *“certo è normale sorridere!...”*

V.: *“... sono andata dal dottore³⁷ con papà e mamma...ora siamo tutti più tranquilli”* (si riferisce alla differenza rispetto al passato in cui l’atmosfera familiare era di sicuro più tumultuosa) “

A. *“ Di che avete parlato?”*

V.: *“...prima erano loro che criticavano me...ora sono io che io critico loro...abbiamo parlato del lavoro...di Massimo...”*

A. *“...penso che sia stata fatta una valutazione positiva, no ?...è stato fatto il punto con i suoi...”*

V.: *“...sì...”*

A.: *“...probabilmente sorrideva anche per questo...sono state fatte delle valutazioni positive...”*

V.: racconta dell’ultima volta, pochi giorni fa, in cui è stata nel paese di Massimo; dice *“...gli amici di Massimo si fanno le canne e a me riesce difficile resistere...”*

A.: *“...c’è attrazione verso il personaggio che la droga costruisce...l’illusione della costruzione chimica del sé ideale...ma in realtà è distruzione chimica del sé reale... lei non crede di avere un sé reale vitale e di valore... e la droga è il miracolo che le dà energia...”*

V.: *“... io non penso di avere una personalità...io non credo di averla...a volte penso che sia una illusione in cui la psicoterapia mi abbia fatto credere....”*

A *“.... qui abbiamo fatto l’ipotesi che lei abbia una potenziale personalità vitale ma che sia rimasta bloccata...”*

V.: *“... io penso che Massimo... stia con me per i soldi...”*

³⁷ si tratta del collega psichiatra e terapeuta familiare, di cui ho parlato, che segue la famiglia e controlla la terapia farmacologica.

A. :”... certo!... perché lei non può pensare di avere qualcosa di valore per cui un ragazzo stia con lei...la sua malattia è che lei non può vedere né percepire le sue capacità e potenzialità positive...”

V.: (perplessa e pensierosa):”...certo è paradossale... io non esisto...ma Dio ha dato la vita a tutte le creature ...perché io non dovrei avere la vita? ...l’ha data a tutte tranne che a me ?..non è possibile!”

A.:”...lei ha creduto di essere senza vita...un essere non umano...”

V.: “...si pensavo di essere un cane...quando stavo male...nella casa di montagna...forse era un gioco...uscivo da me...un modo per non soffrire...forse cercavo di sentirmi così almeno un essere vivente...ora sono diversa... esprimo di più la fragilità... ..”

A.: “... lei non si riteneva un essere umano anche a causa del disprezzo verso di sé...”

V.:”...ricordo un sogno...avevo paura di non vedere una scena bene...forse erano le persone...i genitori... quelli che mi vogliono bene...”

A.:”...ha difficoltà a vedere chi le vuole bene perché il suo vissuto autosvalutativo le impedisce di percepire che qualcuno l’apprezzi...”

V.:”...ma io mi conoscevo in un certo modo...ora come faccio a capire quando sono la vera me?...”

A.(Le ricordo le esperienze di sé, condivise in terapia, in cui un suo nucleo di attività spontanea ed efficace si è espresso): “ ..quando è veramente sé e non un personaggio lei lo sa! Lo sente!”

V.: (con l’accenno di un sorriso riflessivo conferma con prontezza la mia affermazione) “...ricordo che da piccola mi aveva colpito molto la favola della Bella Addormentata nel Bosco...mi aveva colpito la parte che parla della maledizione alla bambina...questa storia della maledizione mi ricorda un episodio quando avevo tre, quattro anni... passeggiavo con mamma quando vidi ad un tratto una donna che mi guardò “brutto” mi gettò addosso uno sguardo negativo...un occhio cattivo...allora ebbi paura che mi avesse mandato una maledizione... volevo confidarmi con mamma...gli dissi qualcosa... ma mamma aveva la mente altrove...forse aveva fretta...mi disse qualcosa come...stai

tranquilla...ma io avevo paura che fosse una strega che mi avesse fatto una fattura...allora pensai: è meglio che la maledizione me la do io da sola!...mi pento di non averle spiegato quella mia paura e di non essermi confidata in seguito di più con mamma ...perché da allora mi chiusi e iniziai a fare tutto da sola...(...)”.

Una interpretazione della genesi della psicosi di Valentina

In seguito riesco a recuperare la favola, grazie ai colleghi con cui discutevo il caso, nella versione originale.

Vengo colpito dal fatto che nella versione integrale di Charles Perrault *La Bella Addormentata*, dopo essere stata risvegliata, abbia un vicenda alquanto tormentata e angosciosa. Infatti, dopo essersi creata una nuova famiglia con il principe (da cui ha due figli), ha a che fare con la madre del principe, che è un'orchessa. Quest'ultima, in assenza del figlio in guerra, tenta a più riprese di divorare dapprima la piccola, poi il nipote, la principessa e poi tutti e tre, ma colta sul fatto dal figlio si getta nel pentolone pieno di serpenti e altri animali velenosi, in cui voleva cucinare i tre.

In una seduta dello scorso anno torniamo a parlare di quell'episodio, quando nella casa di montagna vedendo i riflessi ondegianti del sole sul soffitto, aveva “sentito” che doveva dare una svolta alla sua vita, che doveva farsi aiutare. V. ricorda che quei riflessi erano simili a quelli dei fili di alluminio, rispecchianti, che pendevano dal soffitto di una discoteca a Londra. Da essi era rimasta molto affascinata; era un periodo in cui era libera da droga, ballava allegra e sentiva che la sua persona poteva essere vitale e positiva.

Nel vedere quei riflessi aveva intuito che poteva riprendersi, “svegliarsi”, utilizzando le energie e le potenzialità vitali che c'erano dentro di lei anche se inespresse e bloccate.

Spesso negli ultimi tempi lavoriamo con la guida di questa favola e abbiamo potuto insieme costruire un'ipotesi interpretativa sulla genesi del suo stato psicotico.

Nella sua infanzia V., si era sentita minacciata nel suo vero sé”, potenzialmente sano e vitale, dalle “negatività” della sofferenza patologica familiare; per sfuggire a questa

sorta di “fattura a morte”, V. si era data una “maledizione” meno mortifera e più protettiva “addormentando” il Sé, ma in tal modo inibendone lo sviluppo. Aveva quindi sviluppato una identità adattiva “negativa” e svalutata con una funzione onnipotente di “capro espiatorio” della “negatività” familiare.

Quando era arrivata l'adolescenza il processo individuativo le chiedeva di “risvegliarsi”; ma l'espone il “vero Sé” ad confronto più diretto con le figure familiari e con i coetanei era probabilmente troppo angosciato per lei (come la persecuzione dell'orchessa della favola). Aveva tentato di “risvegliarsi” con la droga. Ma la droga le aveva spalancato la strada alla la psicosi.

La psicosi la aveva abbacinata, abbagliata accecandola, “al-lucinata”, con una visione “shockante” e intollerabile del suo potenziale “vero Sé”. Era entrata nel buio, nella vita non-umana, ma nello stesso tempo quel Sé, come una “spora”, aveva ripreso in lei il progetto di vita e lentamente stava cercando di guadagnare spazio in lei. Nell'episodio dell'“illuminazione”, le impressioni stimolate dai riflessi del sole d'estate avevano fatto riemergere, chiaramente davanti a lei, l'immagine di una V. viva, viva grazie al suo Sé “risvegliato”.

Nell'analisi V. sta cercando di destarsi definitivamente dal lungo “sonno” del Sé.

Conclusioni

Il caso di V. ci può illuminare sulle vicende del Sé in situazioni psicotiche di tipo schizofrenico non eccessivamente gravi e sulle problematiche relative al trattamento analitico. Con un riferimento alla favola citata ripercorriamo la vicenda di V.

Nonostante una potenzialità sostanzialmente sana di sviluppo³⁸, il Sé nucleare di V. aveva avuto probabilmente precoci difficoltà nella strutturazione, che però non erano state colte né dai familiari, né da altre figure di riferimento.

(La principessina aveva faticato a venire alla luce ma era nata sana e bella).

³⁸ Senza poter escludere l'esistenza di una qualche vulnerabilità neurale.

La psicopatologia familiare, incentrata su un padre scarsamente rispecchiante, assente e depresso e una madre con severi disturbi dell'autostima e dell'individuazione femminile, ha fatto sentire V. minacciata nel suo sé potenziale.

(La maledizione mortifera della strega cattiva della Bella Addormentata):

Ella si era protetta occultando il Sé, inibendone lo sviluppo.

(Nella favola la maledizione di morte è sostituita dalla fata buona con l'incantesimo dell' addormentamento).

Con modalità magico-onnipotente V. aveva preso su di sé tutta la "negatività" della famiglia organizzando un "falso sé adattivo, negativo", "handicappato", "vuoto", "mostruoso", "alieno".

Il Sé potenziale era stato dimenticato, coperto dal sé negativo e dai disturbi psicotici.

(La Bella Addormentata viene dimenticata nel castello coperto da rovi e una fitta foresta).

Con questo sé V. non era in grado affrontare l'adolescenza. Il processo di individuazione le richiedeva un risveglio del "vero Sé", che però rischiava (nella realtà o nella fantasia) di essere annullato e "inglobato" da parte della patologia familiare e più specificatamente da parte di quella della madre, la quale forse non poteva tollerare l'espressione della vitalità sana femminile della figlia (la Bella Addormentata e il frutto della sua procreatività, i figli, sono minacciati di essere divorati dalla madre del principe).

L'analisi, tramite la riattivazione dei transfert d'oggetto-sé, in particolare attraverso il rispecchiamento delle espressioni sane del Sé e l'incoraggiamento della attività autoriflessiva e di presa di coscienza, ha ricontattato il sé potenziale vitale nascosto sotto il sé adattivo "negativo" e ne ha riattivato il processo di sviluppo.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders- Fourth Edition- DSM-IV TM*, Washington, DC.

organo dell'*Associazione di Psicoanalisi della Relazione Educativa A.P.R.E.* diretto da R. F. Pergola
iscrizione al Tribunale di Roma n°142/09 del 4 maggio 2009 (copyright © APRE 2006)

American Psychiatric Association, *Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders Compendium*, published by the American Psychiatric Association, Arlington, Virginia

Andreasen N.C. et al. (1991): Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophr.* 17:27,

Andreasen N.C. et al. & Olsen, S. (1982). Negative vs. Positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794.

Badaracco J.G., (2006) *La virtualità sana nella psicosi*, Relazione letta all'Istituto Romano di Psicoanalisi, Roma

Benedetti G. et al., (1979) *Paziente e Analista nella Terapia delle Psicosi*, Feltrinelli, Milano.

Freud, S. (1923) *Nevrosi e psicosi*. OSF, vol. 9, Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1924) *La perdita di realtà nelle nevrosi e nella psicosi*, OSF, vol.10, Bollati Boringhieri.

Garfield, D., (1995). *Unbearable Affect. A Guide to the Psychotherapy of Psychosis*

Kaplan H.I., B.J. Sadock (1998). *Synopsis of Psychiatry* (Eighth Edition), Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland.

Kohut H. (1986) *La Cura Psicoanalitica*, Boringhieri, Torino,

Roth A., Fonagy P. (1996) *What Works for Whom*, a Critical Review of Psychotherapy Research, Guilford Press.

Ogden T.H. (1982) On the nature of schizophrenic conflict. *Int.j. Pscho-Anal.*, 61: 513-533.

Pao P.N. (1973) *Disturbi schizofrenici. Teoria e trattamento da un punto di vista psicomotivo*. Raffaella Cortina, Milano.

Searles H. (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. New York: International Universities Press

Searles H. (1979). *Countertransference and related subjects*. New York: International Universities Press.

Winnicott D.W. (1958) *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Tr. It. Martinelli, Firenze 1975.

Wolf E.S. (1993) *La Cura del Sé*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.