

Commento al caso clinico: *Stati alterati di coscienza*

Paolo Cozzaglio*

Leggere un caso di psicoanalisi della psicosi è sempre molto interessante perché, ancora oggi, è controverso il valore della psicoterapia in questi casi complessi. Molti miei colleghi psichiatri, anche di recente formazione, alzerebbero perplessi le sopracciglia: gli è stato loro insegnato che la schizofrenia e le psicosi sono malattie cerebrali organiche che si curano con i farmaci. Poi ci sono gli interventi riabilitativi, i *social skill training*, le attività espressive e risocializzanti, ma la psicoterapia può essere per lo più un ‘supporto’. Ricordo l’affermazione apodittica di un famoso professore nel corso universitario di psichiatria quando ero ancora uno studente: «Le malattie psichiatriche si curano con i farmaci. Se poi si vuole fare un’amichevole chiacchierata con il paziente, allora c’è la psicoterapia». Nonostante che autorevoli neuroscienziati come Eric Kandel (2005) abbiano da tempo dimostrato l’impatto funzionale cerebrale della ‘terapia della parola’, la posizione della psichiatria biologica è ancora purtroppo riduttiva e nei convegni si parla per lo più di psicofarmacologia. Non a caso è in voga la cosiddetta psichiatria neo-kraepeliniana, perché Emil Kraepelin (1899) rispetto alla psicosi schizofrenica usava il termine ‘*dementia praecox*’, cioè di un quadro clinico organico inevitabilmente evolutivo che portava prematuramente il paziente a una sorta di demenza con depauperamento del tessuto cerebrale. Ciò che riguarda il cervello si cura con le terapie ‘fisiche’, non certo con le parole.

Non che la psicoanalisi avesse originariamente una posizione così diversa riguardo alla psicoterapia delle psicosi. Sigmund Freud (1914, 1923, 1924) non considerava analizzabile il paziente psicotico, in quanto ritirato inesorabilmente nella difesa del ‘narcisismo secondario’, che rendeva impossibile il transfert e non gli permetteva la comunicazione con l’altro e l’esame del conflitto inconscio, al di fuori della sua espressione nel sintomo. Già all’epoca di Freud,

*Paolo Cozzaglio, psichiatra e psicoanalista junghiano, socio CEPEI (Centro di Psicologia Evolutiva Intersoggettiva) e socio SIPRe (Società di Psicoanalisi della Relazione). Responsabile di Comunità Terapeutiche per il trattamento di pazienti psicotici, gravi disturbi di personalità, e disturbi alimentari. E-mail: pcozzaglio@paolocozzaglio.it

tuttavia, c'era chi dissentiva con questa posizione. Nell'ambito psichiatrico, Eugene Bleuler coniò il termine 'schizofrenia' per evidenziare il processo patogenetico ed espressivo delle psicosi, distanziandosi dalla posizione kraepeliniana. Carl Gustav Jung, al Burghözli di Zurigo dove lavorava con Bleuler, curava la schizofrenia con la parola; anzi, proprio il proposito di curare una sua famosa paziente lì ricoverata - Sabina Spielrein, che divenne poi psicoanalista a sua volta - lo fece interessare alla nascente psicoanalisi e lo indusse a iniziare il carteggio con Freud rispetto alla nuova terapia emergente. Sappiamo però come il rapporto tra Jung e Freud, dopo l'iniziale sodalizio, andò a finire, proprio per le divergenze di entrambi sulla concezione dell'essere umano e i fenomeni psichici in psicoanalisi. Scriveva Jung rispetto alla cura dei suoi pazienti affetti da schizofrenia al Burghözli: «Mi sentivo disperatamente antiscientifico per il solo fatto di curarli, e dopo il trattamento mi si disse che non si era di certo trattato di schizofrenici» (Jung, 1939, p. 273).

La psicoanalisi freudiana è poi comunque evoluta ed è ormai assodato che possa esistere una terapia psicoanalitica delle psicosi, smentendo il pensiero originale del fondatore. Le sperimentazioni sul campo e le posizioni di Bion, Fulks, Main nel mondo anglosassone, hanno portato alla nascita della Comunità Terapeutica per il trattamento delle psicosi. L'esperienza di Racamier (1982) in Francia di revisione delle tecniche psicoanalitiche del setting e l'interpretazione, porteranno a formulare l'idea dello 'psicoanalista senza divano' (titolo del libro originale di Racamier) che si pone il proposito della cura psicoanalitica delle psicosi.

Non manca il pensiero di alcuni psichiatri italiani nel comprendere il linguaggio psicotico e poter curare il paziente mediante la parola: Silvano Arieti (1963), che descrive il 'pensiero paleologico' e il suo modo di esprimersi, e Sergio Piro (1967), che cerca di analizzare nel dettaglio il linguaggio schizofrenico.

Sulla scia di queste riflessioni, mi ha colpito come nell'articolo «Stati alterati di coscienza» vengano citati molti autori, anche di posizioni teoriche diverse tra loro. Questo mi fa ricordare che ormai in molti si sono occupati di terapia delle psicosi, ma che forse nessuno ha ancora trovato la *chiave d'oro* che possa permettere di aprire il portone del *castello dello psicotico*. Come mi disse un mio paziente riportandomi un motto di spirito: «Sa dottore la differenza tra un nevrotico, uno psicotico e uno psichiatra? Il nevrotico costruisce castelli in aria, lo psicotico li abita e lo psichiatra riscuote l'affitto». Al di là della riscossione dell'affitto, entrare insieme allo psicotico nel suo castello è impresa spesso tutt'altro che agile.

Come si evince in «Stati alterati di coscienza» dalla psicoterapia con Stanislao, il linguaggio psicotico rimane perturbante e in qualche modo oscuro. Jung (1939) aveva messo in evidenza l'estrema vicinanza del linguaggio psicotico con il linguaggio inconscio, non lineare, dotato di plurimi significati, simbolico e mai semplicemente allusivo. Un linguaggio delicato e inquietante

nella sua non definitezza, ma affascinante e profondo. Jung lo accostava al linguaggio dell'inconscio collettivo, più che a quello personale, e forse questo accostamento apre la porta alla possibilità di una comunicazione: se i termini del linguaggio schizofrenico si riferiscono a una comune esperienza umana collettiva, allora non ci possono essere del tutto estranei. Capisco comunque lo sconcerto del terapeuta dell'articolo che stiamo commentando quando riporta: «Tale sensazione di paura era evocata in me dall'inquietante possibilità di specchiarmi attraverso la relazione con Stanislao in una versione ignota di me stesso in cui, non conoscendo codici e strutture di funzionamento, temevo di perdermi e andare in pezzi.»

«Stati alterati di coscienza» è un buon esempio di come nella psicoterapia delle psicosi, per non perdersi, si debbano seguire due processualità intrecciate: quella del processo terapeutico in senso stretto, evidenziabile nei riscontri esterni 'di realtà', di come il paziente si muove nel suo contesto vitale (assenza di crisi, ricoveri, ripresa di *agency* in quello che fa); quella del processo di cambiamento di linguaggio, che si sposta su un registro più comunicabile e condivisibile, segnale di un cambiamento interiore che si riflette sulla possibilità di concedersi un maggior contatto emotivo con l'altro.

Seguiamo entrambi questi processi. Partiamo dall'inizio.

Il trauma, nei suoi molteplici modi esperienziali (Garfield, 2007; Van Der Kolk, 2014) è spesso all'origine dei gravi disagi psicopatologici, comprese le psicosi (Contini, 2019). Riscontriamo, infatti, esperienze traumatiche precoci anche in Stanislao, a più livelli: il drammatico incidente d'auto a tre anni, le ospedalizzazioni conseguenti, la delusione delle aspettative e speranze dei genitori e la loro separazione estremamente conflittuale. Il suo mondo traumatico e di deprivazione sensoriale ed emotiva è poi suggellato dall'ampio uso di droga nell'adolescenza. Tutto questo, nel tempo, consolida una vulnerabilità del soggetto che si esprime in una struttura psicotica di personalità, e che Antonello Correale definisce persino 'sensoriale': «L'incontro sensoriale con l'altro diventa lacerazione, collisione, bombardamento. La ipersensorializzazione comporta un'attivazione di un'area della mente scissa e autonoma, che paralizza e terrorizza» (Correale, 2021, p. 69). Lo stesso Jung psichiatra scriveva nel 1919: «A mio parere la maggior parte di coloro che soffrono di *dementia praecox* cade in conflitti psichici a causa di una predisposizione congenita; ma questi conflitti non sono necessariamente di carattere morboso, sono bensì comuni esperienze umane. Dato che la predisposizione consiste in una irritabilità anormale, simili conflitti si distinguono dalle tensioni normali solo per l'intensità emotiva. Per la loro intensità essi superano tutte le altre facoltà mentali del singolo [...] È solo l'impossibilità di liberarsi da un conflitto travolgente che porta alla follia» (Jung, 1919, p. 246). Come riporto altrove (Cozzaglio, 2014, 2017) il conflitto riguarda soprattutto il modo di vivere il rapporto interdipendente con gli altri significativi, cioè il *modo di essere con l'altro*

senza perdersi nell'altro e senza rischiare di perdere l'altro. Nella psicosi si instaura una interdipendenza simbiotica - che poi è il timore di una vera dipendenza spontanea: lo vedremo accadere anche al terapeuta nel finale dell'analisi - nel tentativo di tenere l'altro nella relazione, fondendosi con l'altro sensorialmente ma, al tempo stesso, sentendosi radicalmente distanti dall'altro dal punto di vista emotivo, per proteggere i confini del proprio Io. L'ipersensibilità sensoriale ed emotiva dello psicotico, che nei rapporti interpersonali si manifesta nel paradosso dell'interdipendenza simbiotica, si esprime pertanto nell'ambito della *dissociazione*. La dissociabilità della psiche, infatti, protegge dal contatto emotivamente intollerabile con l'altro più che dalla realtà in sé. Lo psicotico rimane comunque in contatto con la propria realtà vissuta. Infatti, la realtà in quanto tale, come satura di oggettività, non esiste per nessuno; ognuno di noi si rappresenta l'immagine della realtà che vive, che quindi rimane alquanto insatura. La realtà dello psicotico ci appare come immediatamente non condivisibile, perché è dalla relazione emotiva con l'altro che egli si protegge: per 'avere' l'altro deve fondersi con lui, in una simbiosi interdipendente che è al contempo minacciosa per l'integrità del proprio Io.

Il processo terapeutico di Stanislao viene raccontato in otto anni di analisi. Inizialmente, per entrare nel linguaggio e nel mondo di Stanislao, il terapeuta fa sua la suggestione di Searles per cui nella terapia con i pazienti schizofrenici determinate funzioni mentali devono essere dapprima attivate nel terapeuta e solo in seguito il paziente può farle sue. Inizia perciò un 'gioco' di finzione, metaforico, con il mondo delirante di Stanislao, fatto di codici condivisi e messi in parola dal terapeuta. Mi soffermo su questo punto perché, al di là delle considerazioni del terapeuta sulla necessità iniziale di questo gioco, per colmare la mancanza di un punto di incontro con il mondo del paziente, dobbiamo considerare il significato del delirio. Non è scontata la significatività comunicativa del delirio. Ricordo che, durante un corso di aggiornamento in una nota clinica psichiatrica universitaria di Milano, ci fu un dibattito tra il relatore e uno degli studenti partecipanti. Lo studente chiese perché non venissero considerati importanti per la cura i contenuti soggettivi del delirio di un paziente depresso. La risposta del relatore fu: «Possono essere considerati per capire se il paziente ha un delirio congruo o non congruo all'umore, perché questo può influenzare la prognosi della risposta farmacologica alla terapia; ma fuori di ciò, a te interessa capire solo che quello è un delirio, mentre il contenuto esatto è del tutto irrilevante ai fini del trattamento!» (Cozzaglio, 2014, p. 88). Potremmo invece pensare che il delirio comunica ciò che non è altrimenti comunicabile, ed è attraverso questa *comunicazione sospesa* che procede il processo terapeutico. È restando in quella sospensione accogliente che il terapeuta può tollerare «il carico di frustrazioni di cui facevo scorta in ogni incontro». Ci si accorge così di un moto di avvicinamento di Stanislao, grato per essere con qualcuno che ascolta il suo mondo «magico e tenebroso» che non

aveva mai potuto comunicare prima senza riceverne un giudizio. Del resto, «l'obiettivo ultimo della psicoterapia è aiutare il paziente ad avere una 'vista emotiva', intesa come la capacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni più dolorose e sviluppare una maggiore consapevolezza dei suoi stati emotivi». Possiamo considerare il delirio come il primo momento per esprimere all'altro il proprio dolore, altrimenti inesprimibile. È un modo espressivo simbolico del dolore, utile fino a quando il dolore stesso può essere retto dal paziente e così 'essere detto' a qualcun altro per cercare una vicinanza.

Parallelamente, in psicoterapia si svolge *il processo di cambiamento di linguaggio*. Stanislao al quarto anno di analisi inizia a lasciare il linguaggio criptico del delirio e lo alterna a un linguaggio più comunicativo ed emotivamente vicino al terapeuta. In concomitanza inizia a mutare il suo approccio di chiusura al mondo esterno: il terapeuta racconta che inizia a frequentare un centro di ippoterapia e un centro diurno per pazienti psichiatrici. In seduta Stanislao riesce a parlare in modo più diretto dei traumi subiti nell'infanzia. Poi compare un sogno chiarificatore: «si descrive su una barca i cui remi sono bloccati e che poi si inabissa». Stanislao stesso si riconosce in quella barca con i pensieri bloccati che 'annegano' dentro di sé e che non lo fanno progredire. Sente così la necessità di esprimersi, mantenendo ancora però il diritto alla duplice espressione di sé: quella diretta e quella simbolica del delirio.

Avviene qui un *intreccio importante* tra il processo terapeutico e il processo di linguaggio. Il terapeuta, infatti, rassicurato dai progressi terapeutici, sembra per un momento non tollerare l'alternanza di linguaggi e invitare Stanislao ad abbandonare del tutto il suo mondo psicotico. Questo segna un breve momento di stallo del processo terapeutico. Mi sovviene che non è stato rispettato quel 'diritto a delirare' che raccomandava in modo lungimirante Giovanni Carlo Zapparoli (1987). Il delirio, che esprime il diritto del paziente a mantenere l'esistenza di un nucleo di incomprendibilità del suo mondo emotivo, sembra entrare in conflitto con il 'dovere di curare' del terapeuta. La risoluzione dell'opposizione delirio-cura sblocca nuovamente il processo di analisi e porta all'iniziale riconoscersi di Stanislao come soggetto agente, nel momento in cui esprime al terapeuta il desiderio di incontro e vicinanza, proponendo il passaggio spontaneo dal 'lei' al 'tu'. Un passaggio importante, perché può suscitare il fantasma di una regressione simbiotica, se letto difensivamente. Se invece cogliamo il processo di Stanislao di ritrovarsi intersoggettivamente come Soggetto al cospetto del Soggetto-terapeuta, osserviamo la caduta della barriera dissociativa della psicosi. Cade anche la modalità relazionale dell'interdipendenza simbiotica, se non ci si fa spaventare dalla dipendenza che ora è un modo per cercare una vicinanza e non più una distanza. Come accennavamo prima, il timore iniziale del terapeuta di accogliere il 'tu' - non banalizzabile, in questo caso, in una mera questione di setting - segna il timore di entrare in una nuova interdipendenza, molto più viva e affettiva. La precedente interdipendenza simbiotica appariva ancora più stretta e fusionale ma, come abbiamo

detto, era anche un modo radicale di mantenere una profonda distanza emotiva. Ora no, gli affetti e le emozioni si mobilitano e iniziano a scorrere nel corpo del paziente. Possiamo allora pensare a Stanislao come una persona sensibile, ma non più ipersensoriale, e capiamo in tutta la sua portata il processo terapeutico che si sta realizzando.

L'analisi si conclude con Stanislao che «lavora in una fumetteria e progetta di andare a vivere fuori Roma con alcuni colleghi di lavoro con cui ha stretto amicizia». Il terapeuta chiosa che Stanislao riesce ad andare più d'accordo anche con i suoi genitori e probabilmente si sta aprendo a un rapporto affettivo.

Un happy end? Una normalizzazione della psicosi ai valori stabiliti socialmente per il nostro quotidiano? Preferisco pensare che per Stanislao si tratti di una scelta di vivere con gli altri ed essere sé stessi, anche se spesso, in effetti, i terapeuti e i servizi psichiatrici valutano il miglioramento e la guarigione in termini di normalizzazione. Personalmente ritengo che, dal racconto che ne fa il terapeuta, Stanislao abbia comunque mantenuto il diritto ad entrare nel suo castello psicotico senza più rischiare di rimanerne dentro segregato.

Vorrei allora tornare per un momento al castello dello psicotico e alle molteplici citazioni bibliografiche presenti nell'articolo. Così tanti autori che si susseguono, a conferma dei passaggi del terapeuta con Stanislao, richiamano per certi versi il senso di frammentazione e di disorientamento che si può provare con un paziente psicotico. Troppe strade, diramazioni, prospettive e retrospettive ci conducono nel mondo labirintico della dissociazione. Una dissociazione che può riguardare anche i riferimenti teorici, oltre che il mondo dello psicotico. Forse è in parte necessario condividere la dissociazione con il paziente nel percorso terapeutico, rimanendo però assicurati «saldamente all'albero maestro dell'osservazione analitica», mantenendo cioè quell'integrità riflessiva che occorre per non finire nella 'dispersione simbiotica'.

Tutti i diversi autori citati nell'articolo hanno evidentemente colto qualcosa del mondo schizofrenico, sebbene le loro teorie e concezioni dell'uomo possano essere anche molto diverse. In tutto questo sperimentare tecniche e approcci molteplici, cosa può guidare lo psicoterapeuta nell'analisi con il paziente? Come trovare la chiave d'oro che ci permette di entrare con lo psicotico nel suo maniero senza perderci? Penso che ci aiuti tenere sempre in mente nell'orizzonte della terapia che il Soggetto, anche se dissociato, è in realtà unitario (Cozzaglio, 2017; Minolli, 2015; Minolli & Tricoli, 2004), e soprattutto che non coincide con la patologia. L'unitarietà del Soggetto va cercata oltre le parcellizzazioni e frammentazioni della personalità (e anche degli autori che la descrivono). Personalmente mi aiuta, come cornice metodologica di riferimento, l'intersoggettività. Pensare, cioè, che 'terapia' significa in ultima analisi porsi come Soggetto-terapeuta al cospetto di un altro Soggetto-paziente, per trovare un senso condiviso al viverci come soggetti.

BIBLIOGRAFIA

- Arieti, S. (1963). *Interpretazione della schizofrenia*. Feltrinelli, Milano.
- Correale, A. (2021). *La potenza delle immagini. L'eccesso di sensorialità nella psicosi, nel trauma e nel borderline*. Mimesis, Milano.
- Contini, C. (2019). *Una vita, due vite. Corso e percorso di voci*. Capovolte, Alessandria.
- Cozzaglio, P. (2014). *Psichiatria intersoggettiva. Dalla cura del soggetto al soggetto della cura*. FrancoAngeli, Milano.
- Cozzaglio, P. (2017). *Confini borderline. Psicoterapia analitica intersoggettiva dei disturbi di personalità*. FrancoAngeli, Milano.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo* in Opere 7. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Freud, S. (1923). *Nevrosi e psicosi* in Opere 9. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Freud, S. (1924). *La perdita della realtà nella nevrosi e nella psicosi* in Opere 10. Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Garfield, D. A. S. (2007). *Un'emozione insopportabile. Guida alle psicoterapie delle psicosi*. Astrolabio, Roma.
- Kandel, E.R. (2005). *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Cortina, Milano, 2007.
- Kraepelin, E. (1899), *Dementia praecox e paraphrenia*, facsimile.
- Jung C. G. (1919), *Il problema della psicogenesi nella malattia mentale*, in Opere vol. 3, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Jung, C. G. (1939). *Psicogenesi della schizofrenia* in Opere vol. 3. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Minolli M. (2015), *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*, FrancoAngeli, Milano.
- Minolli, M., Tricoli, M. L. (2004). Solving the Problems of Duality: the Third and Self-Consciousness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73, 1.
- Piro, S. (1967). *Il linguaggio schizofrenico*. Feltrinelli, Milano.
- Racamier, P. (1982). *Lo psicoanalista senza divano*. Cortina, Milano.
- Van der Kolk, B. (2014). *Il corpo accusa il colpo*. Cortina, Milano, 2015.
- Zapparoni, C. (1987). *La psicosi e il segreto*. Bollati Boringhieri, Torino.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 22 marzo 2022.

Accettato per la pubblicazione: 24 marzo 2022.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:655

doi:10.4081/rp.2022.655

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

