

# **LA PSICOTERAPIA POST-RAZIONALISTA DELLE PSICOSI**

V CONVEGNO DI PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA  
POST- RAZIONALISTA



**Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento  
Sezione di Scienze del Comportamento  
Scuola di specializzazione in Psicologia Clinica  
Facoltà di medicina e Chirurgia  
Università degli Studi di Siena**

# **LA PSICOTERAPIA POST-RAZIONALISTA DELLE PSICOSI**

ATTI DEL CONVEGNO  
A CURA DI  
*Mario Antonio Reda*  
*Maria Francesca Pilleri*

**Siena, 28 Maggio 2004**

## CONTRIBUTI

Emidio Arimatea

*Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica. Centro adolescenti per la promozione dell'agio giovanile*

Rita Bisanti

*Professore a contratto presso la Facoltà Medica dell'Università di Milano Bicocca. Dottoranda presso la Facoltà di Scienze della Comunicazione dell'Università della Svizzera Italiana, Lugano e Responsabile del Centro Studi "Carlo Perris", Associazione "Progetto Il Volo"*

Salvatore Blanco

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena*

Marco Brandoni

*Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica. Centro adolescenti per la promozione dell'agio giovanile*

Ilaria Capecci

*Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica. Centro adolescenti per la promozione dell'agio giovanile*

Luca Canestri

*Sezione di Scienze del Comportamento, Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena*

Gianni Cutolo

*Università di Siena  
ASL 9 Massa M.ma (Grosseto)*

Marta Donati

*Psicologa, Specializzanda presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva ad orientamento costruttivista del CESIPc di Firenze*

Jessica Gentili

*Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica. Centro adolescenti per la promozione dell'agio giovanile*

Liria Grimaldi di Teresena

*Psicoterapeuta Docente di Psicoterapia presso la Facoltà di Medicina della Università di Catania*

Furio Lambruschi

*Docente di Psicologia dell'Età Evolutiva, Università di Siena*

Silvio Lenzi

*S.B.P.C., Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva*

*Professore a Contratto di Psicodiagnostica presso l'Università di Siena*

Bernardo Nardi

*Docente di Psicopatologia Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica. Responasabile del Centro adolescenti per la promozione dell'agio giovanile  
Presidente dell'Accademia dei Cognitivi della Marca*

Giorgio Pannelli

*Servizio Dipendenze, Zona Territoriale 11, Fermo, ASUR Marche*

Pasquale Parise

*Psichiatra*

*Ipra, Clinica Samadi, Roma*

Enrico Perra

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica,  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena*

Mario A. Reda

*Direttore della Sezione di Scienze del Comportamento, Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento e della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia,  
Università di Siena*

Giorgio Rezzonico

*Professore straordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà Medica,  
Università degli Studi di Milano-Bicocca*

Francesca Romagnoli

*Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica  
Psichiatrica. Centro adolescenti per la promozione dell'agio giovanile*

Sara Rupoli

*Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica  
Psichiatrica. Centro adolescenti per la promozione dell'agio giovanile*

Francesca Tittarelli

*Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Neuroscienze, Clinica  
Psichiatrica. Centro adolescenti per la promozione dell'agio giovanile*

## SOMMARIO

- Bernardo Nardi, Emidio Arimatea, Ilaria Capecci  
*Contributo allo studio della coscienza di sé negli psicotici: dalla epistemologia alle neuroscienze*  
pag. 7
- Pasquale Parise  
*Comprensione e significato nelle psicosi*  
pag. 40
- Salvatore Blanco, Enrico Perra, Mario A. Reda  
*“Ordine e disordine” nelle risposte psicofisiologiche dei pazienti psicotici*  
pag. 51
- Liria Grimaldi di Teresena  
*Delirio e narrativa. Una prospettiva costruttivista*  
pag. 63
- Furio Lambruschi, Marta Donati  
*Note sulla psicopatologia delle psicosi infantili*  
pag. 70
- Giorgio Rezzonico, Rita Bisanti  
*Il trattamento delle psicosi tra moderno e post-moderno*  
pag. 79
- Silvio Lenzi  
*La conversazione con il paziente psicotico: aspetti qualitativi e quantitativi*  
pag. 86
- Gianni Cutolo  
*Soggettività e istituzione: una sintonia possibile?*  
pag. 110
- Giorgio Pannelli, Marco Brandoni, Jessica Gentili, Francesca Romagnoli,  
Sara Rupoli, Francesca Tittarelli  
*Approccio psicoterapeutico post-razionalista negli adolescenti psicotici*  
pag. 133
- Mario A. Reda, Luca Canestri  
*Processi cognitivi, post-razionalismo e psicoterapia nelle psicosi*  
pag. 146

Bernardo Nardi, Emidio Arimatea, Ilaria Capecci

**CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA COSCIENZA DI SÉ NEGLI  
PSICOTICI:  
DALLA EPISTEMOLOGIA ALLE NEUROSCIENZE**

**Introduzione**

La costruzione ed il mantenimento del sé costituiscono l'aspetto basilico dell'intero ciclo di vita individuale. Intorno ad esso si articola ed assume un senso – proprio nel significato di ordinamento soggettivo – l'emergere della coscienza. Questo concetto, prospettato dai recenti contributi epistemologici del cognitivismo post-razionalista, se da un lato ha ribaltato la tradizionale concezione della conoscenza, intesa come rappresentazione di sé e del mondo sempre più adeguata e precisa, e della coscienza, considerata come l'espressione esclusiva delle funzioni logico-analitiche e verbali corticali, dall'altro sta trovando sempre nuove conferme proprio dai recenti dati della ricerca neurobiologica e dalla possibilità di applicare allo studio delle funzioni nervose le metodiche di neuroimaging funzionale (risonanza magnetica funzionale: fMRI; tomografia ad emissione di singolo fotone: SPECT; tomografia ad emissione di positroni: PET; elettroencefalografia computerizzata: EEGC).

L'approccio dinamico al ciclo di vita è alla base del concetto stesso di "organizzazione di significato personale" ("personal meaning organization") proposto da Vittorio F. Guidano nel 1987: lo sviluppo di ogni sistema complesso individuale – quindi, la costruzione e il mantenimento del senso di unicità personale e di continuità storica, nonostante i cambiamenti attraversati e le esperienze incontrate – avviene mediante pattern ricorsivi di reciprocità emotiva che prendono avvio dal rapporto con una figura accidentale.

In altri termini, se l'assetto costituzionale, legato al patrimonio genetico, costituisce il terreno di fondo, più o meno stabile e resistente, e fissa i limiti superiore e inferiore entro i quali è possibile esprimere le potenzialità e le risorse di cui si dispone, è attraverso i processi di attaccamento che si demarcano e prendono forma i contorni del sé, in termini di individualità (percepirsi come distinti dal contesto), unicità (della propria esperienza), costanza (mantenimento di caratteristiche proprie che consentono di riconoscersi come se stessi nonostante i cambiamenti), dinamicità (possibilità di maturare e cambiare pur continuando a percepirsi come se

stessi), e continuità temporale (riordinare l'esperienza percepita in una trama coerente di cui si è, allo stesso tempo, soggetto attivo e oggetto di osservazione metacognitiva).

L'interazione tra le caratteristiche costituzionali e quelle apprese mediante i processi di attaccamento determinano il livello di flessibilità nel gestire le proprie esperienze, le maggiori o minori capacità di astrazione (che consentono di superare i limiti contingenti situazionali legati al pensiero concreto), il grado di integrazione nel senso di sé delle esperienze percepite, anche quando risultano perturbanti e destabilizzano la coerenza interna), la sequenzializzazione temporale (che dà all'identità presente la necessaria continuità rispetto alle esperienze fatte e alle aspettative circa quelle future)(Nardi, 2001; Nardi, Capecci e Romagnoli, 2004).

La complessità del sé (Guidano, 1987) emerge e si dispiega nel suo divenire (Guidano, 1991) dalla dialettica tra esperienza percepita e quella ricostruita nelle trame narrative (esperienza immediata/esperienza spiegata), alla quale corrisponde, sul piano conoscitivo, la dialettica tra livello implicito tacito (globale, scarsamente consapevole, analogico e prevalentemente iconico: "film nel cervello" o "movie in the brain" secondo Damasio, 1995, 1999, 2003) e livello esplicito consapevole (logico-analitico, verbale). Essa poggia su capacità autopoietiche e autoreferenziali, proprie degli umani (Maturana, 1970, 1997; Maturana e Varela, 1980, 1984), che consentono la percezione e l'autoriferimento dell'esperienza, le attribuzioni di senso e la costruzione di una trama narrativa sotto forma di una configurazione dinamica unitaria (Nardi, 2004).

Per comprendere le psicosi, che appaiono molto meno inaccessibili, incomprensibili e inderivabili di quanto sembrassero un tempo, è utile partire dalle riflessioni di Vittorio Guidano che osservava (1991) come il sé (self) possa essere visto non tanto sotto il profilo strutturale, quanto piuttosto sotto quello ontologico evolutivo. Da questo punto di vista, il sé è un processo organizzativo in continuo divenire nel corso dell'intero ciclo di vita, che consente a ciascun soggetto di mantenere la propria coerenza interna percependosi, da osservatore, come individuo. Esso è un processo attivo, che in base alle modalità di coordinare i sistemi neuronali riferendosi l'esperienza percepita all'interno di un mondo intersoggettivo, si dà una coerenza internalizzata e centralizzata o, al contrario, esternalizzata e decentralizzata. Da questi aspetti multimodali, nella dialettica continua tra la percezione immediata dell'esperienza e le spiegazioni che di essa vengono ricostruite, deriva il fatto che il sé può essere più o meno unitario o frammentato e, comprendendo anche l'immagine dell'altro (che è quindi

parte integrante del sé), può dare origine ad una analoga percezione unitaria o frammentata anche dell'altro.

### **Lo studio scientifico della coscienza**

Recenti indagini, come quelle del gruppo di Bar (2003), hanno consentito di supportare l'ipotesi che le capacità umane di osservare e di muoversi in un contesto sono strettamente correlate con la costruzione di una rappresentazione interna della realtà osservata, che viene operata sulla base delle precedenti esperienze del soggetto. Persino il prendere decisioni in campo economico, il cosiddetto "economic decision making", avviene sulla base di questo processo, che coinvolge ampiamente sia funzioni emozionali (evidenziate mediante risonanza magnetica dall'attivazione delle regioni anteriori dell'insula), sia cognitive (in particolare, attivazione della corteccia prefrontale dorso-laterale). Gli oggetti tendono ad essere raggruppati in contesti tipici, sulla base di informazioni ripetute e stabili che ne determinano la prevedibilità della collocazione sia spaziale che temporale: un semaforo in una strada urbana è un oggetto "altamente contestualizzato", mentre vederlo in un campo di grano desterebbe sorpresa. Esiste infatti un sistema che media la processazione spazio-temporale sia degli oggetti ad alta che a bassa contestualizzazione, che coinvolge la memoria episodica e che comporta l'attivazione delle regioni paraippocampali e retrospleniche callosali.

Dunque, le ricerche neurofisiologiche confermano la stretta associazione che intercorre tra quei coloriti soggettivi dell'esperienza individuale, che chiamiamo "emozioni", ed i loro correlati razionali, analitici e verbali, che definiamo "cognitivi": essere distesi e rilassati, elaborare un pensiero o ascoltare musica sono processi mentali soggettivi che attivano specifici sistemi neuronali, come si può osservare, ad esempio, mediante EEG mapping.

Riprendendo l'intuizione di Nicolas De Malebranche (1678-1679) – secondo il quale la mente può conoscere la propria esistenza attraverso il sentimento – Damasio (1999, 2003) ha ricavato dalla clinica neurofisiologica le basi emozionali della conoscenza, la quale non è accessibile attraverso i sensi, si presenta come una sorta di configurazione costruita con i segni non verbali del corpo e si esprime, al tempo stesso, in modo netto e vacuo. La realtà, come si è già evidenziato, non è quindi qualcosa di conoscibile in maniera del tutto univoca ed oggettiva, quanto piuttosto qualcosa che non può mai essere considerata del tutto indipendente dal soggetto che la percepisce e la riordina nel corso del suo ciclo di vita.

La coscienza e la costruzione della conoscenza, che da essa deriva, sono oggetto privilegiato di indagine della epistemologia, la quale si pone tre problematiche fondamentali: qual è la struttura della conoscenza umana, come si sviluppa e quale rapporto ha con la realtà (Guidano, 1987). L'epistemologia è divenuta una branca a sé grazie a Popper (1981) che, a partire dalla critica bruniana del procedimento induttivo, secondo la quale è impossibile giungere logicamente ad una conclusione universale iniziando dall'analisi di una somma di casi particolari, ha proposto una teoria della conoscenza che ha parecchi punti in comune con il platonismo tradizionale. Basandoci su tali presupposti è possibile fare un parallelismo per cui l'epistemologia sta alla psicologia, alla psichiatria ed alla psicopatologia come la fisiologia sta alla medicina (Guidano, 1987), in quanto essa indaga sulle corrispondenze e sullo sviluppo delle relazioni che intercorrono tra la conoscenza che un organismo ha del suo ambiente e quello che poi sperimenta come realtà. La conoscenza appare, dunque, come un processo che si dispiega gradualmente, capace di organizzare con complessità crescente l'esperienza vissuta.

Per una riflessione sui rapporti tra conoscenza e coscienza è utile prendere lo spunto da alcune concettualizzazioni proposte negli ultimi decenni sull'argomento, non più derivanti esclusivamente da riflessioni filosofiche, ma ricavate anche dagli apporti forniti dalle neuroscienze, sia nell'ambito di base che in quello clinico-applicativo. Come hanno osservato Winograd e Flores (1987), la conoscenza non è mai del tutto né intrinsecamente oggettiva, in quanto essa non è mai del tutto indipendente dall'individuo che la riordina, né soltanto soggettiva, in quanto non appartiene esclusivamente all'individuo che la riordina. Guidano, esplicitando il suo approccio "post-razionalista" (1987, 1991), riprende questo concetto in chiave psicoterapeutica, evidenziando come la conoscenza non possa essere vista mai come del tutto oggettiva o soggettiva, in quanto la realtà oggettiva è conoscibile solo attraverso la soggettività dell'individuo che la esplora. Ogni atto conoscitivo appare quindi come il risultato della continua e reciproca regolazione di queste due prospettive e si realizza attimo dopo attimo a partire dal fluire dell'esperienza, così come questa viene vissuta dal soggetto. La conoscenza implica sempre un'azione concreta e concettuale in qualche dominio dell'esperienza e il riconoscimento di conoscenza implica sempre un osservatore che guarda l'azione da un metadominio (Maturana e Varela, 1980). Non vediamo lo spazio ma viviamo il nostro campo visivo, non vediamo i colori ma viviamo il nostro spazio cromatico, stiamo in un mondo e non possiamo separare la storia delle nostre azioni da come ci appare questo mondo; il nostro essere umani ci porta a vivere alla ricerca di

certezza e stabilità percettiva, per cui ci sembra che la realtà percepita non abbia alternative e possa (a volte, anzi, debba) essere condivisa anche dagli altri. Conoscere la conoscenza si scontra chiaramente con il nostro essere; il riconoscimento della circolarità conoscitiva non costituisce un problema per la comprensione del fenomeno ma fissa il punto di partenza che permette la sua spiegazione scientifica. D'altra parte, come afferma Damasio (1999), la conoscenza non la vediamo e non la ascoltiamo, è incolore e insapore, sembra una sorta di configurazione costituita con i segni non verbali degli stati del corpo, si rivela all'organismo in una forma che è contemporaneamente potente ed elusiva, inconfondibile e vaga. La coscienza inizia come un sentimento, considerare essa come un "sentire di sapere" è coerente con l'importante dato di fatto che le strutture elaborano vari tipi di segnali provenienti dal corpo; tutte queste strutture operano con il linguaggio non verbale dei sentimenti. Presentare le radici della coscienza come sentimenti dà modo di mettere insieme una spiegazione del senso di sé: com'è che il possessore del "film del cervello" compare dentro il film (Damasio, 1999). Tuttavia, già negli anni Sessanta (1965-1966), Bronowski aveva intuito che il sé non è qualcosa di fisso nella nostra testa; se proprio esiste, allora il sé è sicuramente un processo, il processo senza fine con cui trasforma nuove esperienze in conoscenza.

Come ha osservato Guidano (1991), se ordinare il nostro mondo è inseparabile dal nostro esperirlo, lo sviluppo della conoscenza prende forma all'interno di una dimensione ontologica irriducibile in cui l'esperienza soggettiva sottende qualsiasi ordinamento di quella dimensione oggettiva della realtà che avvertiamo come esterna ed indipendente da noi.

La coscienza è ciò che rende veramente ostico il problema del rapporto fra la mente e il corpo. L'esperienza cosciente è un fenomeno ampiamente diffuso: è presente a molti livelli della vita animale anche se non possiamo essere certi della sua presenza negli organismi più semplici ed è molto difficile, in generale, dire che cosa ne dimostra l'esistenza. Essa si può manifestare in innumerevoli forme, per noi del tutto inimmaginabili, potenzialmente anche su altri pianeti di altri sistemi galattici. Ma comunque possa variarne la forma, il fatto che un organismo abbia un'esperienza cosciente significa, fondamentalmente, che ad essere quell'organismo si prova qualcosa. Al momento non abbiamo alcuno strumento per riflettere sul carattere soggettivo dell'esperienza senza ricorrere all'immaginazione, cioè senza assumere il punto di vista del soggetto dell'esperienza. Sembra improbabile che si possa formulare una qualunque teoria fisica della mente finché non si sarà riflettuto più a fondo sul problema generale della soggettività e dell'oggettività, altrimenti non si potrà neppure porre il

problema mente-corpo senza con ciò stesso eluderlo (Nardi, Capecci e Romagnoli, 2004).

## **Aspetti patogenetici delle psicosi schizofreniche**

### ***Nosologia e neuropsicologia***

Nella pratica clinica si fa comunemente riferimento ad una classificazione nosologica (dal greco “nòsos” = malattia e “lògos” = discorso) dei disturbi psico-comportamentali, basata sulla descrizione dei sintomi e sul loro raggruppamento in quadri patologici distinti, come fa il sistema classificativo più in uso, proposto dall’American Psychiatric Association nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, attualmente giunto alla quarta edizione: il cosiddetto DSM-IV (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”). Partendo da questi presupposti, la schizofrenia è una patologia complessa, che si mostra attraverso quelli che vengono chiamati sintomi positivi (Tipo I) e sintomi negativi (Tipo II).

I sintomi positivi includono paranoia, allucinazioni, disturbi del pensiero ed illusioni; tra i sintomi negativi rientrano l’appiattimento emozionale, il ritiro sociale e la riduzione. Questi ultimi includono anche deficit delle risposte emozionali, del linguaggio spontaneo e della volizione. In più della metà dei soggetti affetti da schizofrenia cronica si osservano alcune caratteristiche dei sintomi negativi.

La sindrome negativa nella schizofrenia è una dimensione distintiva della psicopatologia; il nucleo dei sintomi negativi, come l’appiattimento affettivo e la povertà dell’eloquio, può mantenersi relativamente stabile per lungo tempo ed essere meno responsivo ai trattamenti. D’altra parte, i sintomi negativi possono essere riscontrati anche in soggetti affetti da depressione maggiore o da un disturbo bipolare. Esiste una sovrapposizione tra sintomi negativi, manifestazioni depressive ed effetti collaterali dei neurolettici; soprattutto la sonnolenza e la bradicinesia sono dovute al parkinsonismo farmaco-indotto. Può risultare difficile distinguere tra i sintomi negativi persistenti e primari, che sono componenti della patologia, e i sintomi negativi secondari a manifestazioni depressive, ad effetti collaterali dei farmaci o ai sintomi positivi.

Da ricerche di follow-up sembrano emergere i seguenti elementi: a) un ritardo nell’inizio del trattamento con antipsicotici può portare ad esiti clinici e sociali peggiori; b) il processo morboso attivo all’esordio della schizofrenia può essere migliorato dai farmaci antipsicotici; c) nei primi episodi di schizofrenia la severità dei sintomi negativi appare più predittiva

di una compromissione della qualità della vita nei due anni successivi rispetto alla severità dei sintomi positivi. I processi patogenetici per cui i sintomi negativi possono influire, o essere predittivi dello scarso funzionamento sociale, è ancora ignoto. Certamente i soggetti schizofrenici possono manifestare una qualità di vita ridotta anche in assenza di una sintomatologia negativa. Inoltre il trattamento farmacologico con clozapina migliora il funzionamento sociale ed occupazionale nonostante una ridotta efficacia sui sintomi negativi. I soggetti schizofrenici eseguono i compiti ad un livello inferiore rispetto ai controlli in una ampia gamma di test neuropsicologici.

I sintomi della schizofrenia possono essere descritti in termini di tre sindromi (distorsione della realtà, disorganizzazione e rallentamento psicomotorio), ciascuno dei quali può associarsi a diversi modelli di danno cognitivo. A conti fatti, recenti scoperte suggeriscono che i deficit cognitivi nei pazienti schizofrenici sono ampiamente indipendenti dai sintomi positivi, soprattutto le illusioni e le allucinazioni. Per quanto riguarda i sintomi negativi, sono state descritte associazioni con deficit dell'abilità intellettiva generale e delle funzioni esecutive, incluse la fluenza verbale e la performance nei compiti di memoria visiva, come il Wisconsin Card Sorting Test (WCST). I danni delle funzioni cognitive (memoria, attenzione, etc.) sono stati tradizionalmente descritti nella schizofrenia. Numerosi ricercatori hanno provato ad associare singole disfunzioni cognitive o singoli domini cognitivi, come memoria o attenzione, con specifiche regioni cerebrali. In tali indagini, un fattore critico è costituito dalla selezione del corretto fenotipo per poter definire il campione che deve essere studiato. La definizione del fenotipo di schizofrenia è complicata dal fatto che non esistono indicatori oggettivi per tale patologia.

L'insieme eterogeneo delle disfunzioni psicologiche e dei sintomi clinici può essere anche causato dalla compromissione di un processo cognitivo di base, a sua volta legata ad una disfunzione di alcuni circuiti neuronali. Basandosi su alcuni dati emersi da studi condotti tramite PET, che hanno indagato le modificazioni del flusso cerebrale e le alterazioni cognitive in corso di schizofrenia, quest'ultima è stata attribuita ad una disconnessione di circuiti neuronali e, in particolare, della via cortico-talamo-cerebello-corticale. Un danno a livello di questo circuito, infatti, sembra comportare uno squilibrio della sincronia e, quindi, della coordinazione armonica dei processi mentali. Quando la sincronia è danneggiata il paziente soffre una dismetria cognitiva ed il danno di un processo cognitivo di base delinea il fenotipo di schizofrenia e produce la sua diversità sintomatologia. Già Kraepelin, nel 1919, aveva evidenziato in questi soggetti una riduzione

evidente dell'efficacia mentale, un'incapacità di attenzione ed una tendenza a non ritenere né apprendere nuove informazioni. Alcuni decenni più tardi, nel 1944, Hunt e Cofer hanno dimostrato una riduzione del QI, ma hanno ritenuto che questa fosse secondaria ad alterazioni motivazionali e dell'elaborazione del pensiero, all'istituzionalizzazione ed alla terapia farmacologia. Studi eseguiti mediante l'utilizzo della Tomografia Computerizzata (TC) hanno rilevato un incremento del volume dei ventricoli cerebrali associato ad una riduzione dell'attività metabolica a livello dei lobi frontali, indicata come "ipofrontalità funzionale", per lo studio della quale sono stati utilizzati anche il WCST e la misurazione del flusso ematico cerebrale. È stata, inoltre, dimostrata una riduzione delle abilità visuospatiali e della memoria di lavoro, confermata anche dagli studi di Goldmann-Rakic e Selemon (1997), che hanno sottolineato la necessità dell'integrità dei circuiti corticali prefrontali per aver una corretta funzionalità della memoria di lavoro. Test neuropsicologici e tecniche di Brain-imaging hanno dimostrato l'implicazione della corteccia prefrontale dorso-laterale (DLPFC) nell'eziopatogenesi dei deficit cognitivi e delle alterazioni psicologiche secondarie a meccanismi cerebrali; PET, SPECT e fMRI sono state utilizzate per indagare soprattutto l'attivazione della DLPFC, che è apprezzabile utilizzando tutte le tecniche di visualizzazione delle funzioni cerebrali in acuto (pazienti non ancora sottoposti a terapia farmacologia), in pazienti cronici ed in adolescenti al loro primo esordio psicotico. Negli ultimi anni è stato dimostrato che l'ipofrontalità è solo una delle molteplici e complesse alterazioni corticali, soprattutto della corteccia prefrontale; infatti sono note funzionalità aberranti con iperattività corticale e modificazioni a livello delle connessioni intracorticali in maggior parte prefrontali-temporali e corticali-sottocorticali (sistema limbico ed ippocampo). La corteccia prefrontale media l'attivazione finalizzata, la pianificazione del comportamento, dell'ordine e delle priorità, inibendo alcune sequenze comportamentali al fine di raggiungere uno scopo; inoltre organizza temporalmente la memoria recente ed è fondamentale per la capacità di adattare pensiero e comportamento a diverse condizioni ambientali o ai bisogni individuali. Lesioni accidentali, patologiche o farmacologiche di queste aree provocano la compromissione di tutte le funzioni che risultano alterate o ridotte anche nella schizofrenia.

### *Neurochimica*

La schizofrenia sembra legata sia alle alterazioni funzionali della corteccia prefrontale, (soprattutto delle aree dorso-laterali), responsabili della

sintomatologia negativa, sia ad una iperattività sottocorticale dopaminergica/mesolimbica non più inibita dalla corteccia, responsabile della sintomatologia positiva. Sembra ormai certo che i sintomi positivi si associano ad un'iperattività di zone specifiche, dato che le allucinazioni sembrano legate all'iperattivazione delle aree adibite alle funzioni sensoriali. Infatti, le allucinazioni uditive si associano ad un'iperattività dell'area di Broca e della corteccia temporale sinistra; la distorsione della realtà sembra dovuta all'iperattività della parete mediale del lobo temporale; l'impulsività ed il comportamento disorganizzato appaiono correlati con l'iperattivazione del giro del cingolo; altri disturbi del pensiero, infine, si associano con una iperattivazione del lobo temporale. L'ipofrontalità in toto è dovuta ad un deficit funzionale delle vie dopaminergiche mesocorticali e si osserva contemporaneamente all'attivazione delle vie dopaminergiche mesolimbiche; per questo motivo è possibile la co-presenza di sintomi positivi e negativi nei pazienti schizofrenici. I farmaci neurolettici classici, efficaci nel controllo dei sintomi positivi, agiscono bloccando i recettori dopaminergici D<sub>2</sub> ma in questo modo provocano contemporaneamente un incremento dei sintomi negativi, che sono causati proprio dalla riduzione dell'attività dopaminergica nelle vie mesocorticali. Il primo studio TC eseguito 25 anni fa ha dimostrato un incremento del volume dei ventricoli cerebrali in 17 pazienti istituzionalizzati. Con l'applicazione della MRI è divenuto chiaro che nella schizofrenia sono implicate numerose strutture cerebrali, sia corticali che sottocorticali (lobo temporale superiore, amigdala, ippocampo, giro paraippocampale, etc. Sono state inoltre trovate prove dell'implicazione delle aree prefrontali ed orbitofrontali, parietali e di altre strutture sottocorticali, come i gangli basali ed il talamo. Comunque, i risultati ottenuti hanno dimostrato differenze moderate, suggerendo come esista una considerevole sovrapposizione tra i soggetti schizofrenici ed i controlli. C'è consenso tra gli studi di TC e di MRI sul fatto che l'allargamento ventricolare sia già presente al primo episodio di malattia e che, quindi, non sia secondario al trattamento farmacologico. Lo studio condotto da Yoneyama et al. (2003) ha dimostrato che queste anomalie strutturali possono essere osservate anche in altre condizioni. Infatti, utilizzando MRI morfometrica voxel-based, essi hanno osservato che soggetti con profili clinici corrispondenti ai disturbi schizotipici secondo la classificazione ICD-10 e all'area schizofrenica del Minnesota Multiphasic Personalità Inventory, mostravano, rispetto ai controlli, un decremento significativo del volume della sostanza grigia nelle regioni insulari (bilateralmente) e nella corteccia entorinale sinistra. Questi dati sono in accordo con altri studi che hanno dimostrato modificazioni temporali e

subcorticali, ma non ventricolari, in soggetti con disturbo schizotipico di personalità. Anomalie strutturali sono state riscontrate anche in alcuni parenti di soggetti schizofrenici. In ogni caso, la dilatazione dei ventricoli laterali non è stata trovata in maniera costante né solo in sottogruppi di pazienti con molteplici familiari malati o parenti con disturbo schizotipico di personalità. Allargamento ventricolare ed aumento della profondità dei solchi possono essere dimostrati nei disturbi dell'umore tanto quanto nella schizofrenia, sebbene tali modificazioni siano meno evidenti. La sovrapposizione tra modificazioni morfometriche nei soggetti schizofrenici, in altre condizioni patologiche e persino in individui sani preclude l'impiego patognomonico di tali misurazioni nella diagnosi. Comunque, alcuni studi longitudinali mediante MRI suggeriscono che essi potrebbero essere utili nel valutare la progressione psicopatologica in soggetti con sintomi prodromici. Molti schizofrenici non presentano anomalie strutturali misurabili; quando sono presenti, tali anomalie possono variare da soggetto a soggetto. Ciò non dovrebbe stupire, considerata la molteplicità di geni e di fattori ambientali che contribuisce al rischio di schizofrenia.

Sotto il profilo neurochimico, la teoria dopaminergica ha dominato i tentativi di spiegare la patogenesi dei sintomi schizofrenici; essa si basa sull'osservazione che le amfetamine – che inducono comportamenti del tutto simili ai sintomi positivi – incrementano i livelli cerebrali di dopamina. La teoria dopaminergica, nella sua formulazione classica, ha fornito un buon modello esplicativo dei sintomi positivi, ma è risultata insoddisfacente nello spiegare i sintomi negativi.

Un altro neurotrasmettitore coinvolto nella patogenesi della schizofrenia è il glutammato, che sembra coinvolto in entrambi i tipi di sintomatologia (positiva e negativa), oltre che nella comparsa dei deficit cognitivi osservati in molti pazienti; il concetto deriva dall'osservazione che il PCP induceva una psicosi molto simile alla schizofrenia. L'N-Metil-D-Aspartato (NMDA) è un recettore del glutammato, ed il PCP inibisce il rilascio dei neurotrasmettitori mediato dall'NMDA. Questo può implicare la presenza di una inattivazione del glutammato nei soggetti schizofrenici. La scoperta che la glicina, un agonista del NMDA, fa regredire i sintomi indotti dal PCP nei roditori e sembra determinare un miglioramento nei soggetti affetti da schizofrenia costituisce un ulteriore supporto per la teoria glutammatergica della schizofrenia. Gli anti-NMDA (N-Metil-D-Aspartato) producono sui soggetti sani effetti transitori che ricordano i sintomi riscontrabili in alcuni schizofrenici; essi indeboliscono alcuni aspetti dei processi di informazione cortico- limbici, come è stato dimostrato mediante metodiche di neuroimaging funzionale e di elettrofisiologia. Sebbene tutti gli anti-

psicotici bloccano i recettori D<sub>2</sub> dopaminergici, recenti studi mettono in dubbio la centralità di questi recettori. Per esempio un pre-trattamento con aloperidolo fallisce nell'attenuare gli effetti psicotici delle ketamine sui soggetti sani; allo stesso modo un pre-trattamento con amfetamine fallisce nell'incrementare tali effetti delle ketamine. Sia studi pre-clinici che clinici suggeriscono che dosi subanestetiche di anti-NMDA attivano i neuroni glutammatergici nella corteccia e nell'ippocampo. Recenti studi pre-clinici e clinici suggeriscono anche che farmaci che riducono il rilascio di glutammato, inclusi gli agonisti metabotropi di gruppo II/III dei recettori glutammatergici (farmaci che bloccano i canali ionici voltaggio-dipendenti), e gli antagonisti serotoninergici dei recettori 5HT<sub>2A</sub> possono ridurre gli effetti degli anti-NMDA. PCP ed i suoi analoghi, come le ketamine ed il MK-801, sono antagonisti non competitivi dei recettori NMDA. Sembra pertanto che il PCP o uno dei suoi analoghi, quando si legano ad un recettore NMDA, impediscono al recettore di rispondere correttamente al glutammato. Il PCP induce anche deficit cognitivi, quali la disfunzione di memoria ed apprendimento.

Rispetto alla teoria dopaminergica classica, che spiega i sintomi positivi con un'iperattività della dopamina stessa, la psicosi indotta da PCP fornisce un modello migliore, producendo un quadro sintomatologico che si avvicina alla schizofrenia più degli altri principi attivi sinora utilizzati. Dato che l'NMDA è un recettore glutammatergico e che il PCP è un antagonista del recettore NMDA che induce i sintomi della schizofrenia, è ipotizzabile che la schizofrenia sia dovuta ad una ipoattività del glutammato. È interessante notare che la maggior parte delle risposte al PCP non sono inibite da tipici antagonisti della dopamina; il grado del deterioramento visto dopo l'esposizione a PCP, inoltre, sembra essere positivamente correlato al decremento dei livelli di dopamina. Nel nucleo caudato e nel putamen i recettori NMDA esercitano due diversi effetti: sui terminali dopaminergici presinaptici i recettori NMDA stimolano il rilascio di dopamina, mentre sui neuroni GABAergici stimolano il rilascio del GABA, che inibisce di nuovo il rilascio di dopamina. Quando il glutammato è rilasciato nello spazio sinaptico, esso diviene inutilizzabile per la glutamina, prima che venga ritrasportato all'interno del terminale sinaptico e convertito di nuovo in glutamina; è, dunque, possibile che un incremento dei livelli di glutamina possa riflettere un decremento dei livelli di glutammato. Mediante IMR spettroscopica (MRS), Bartha et al. (1997) hanno osservato un aumento significativo di glutamina nei pazienti non trattati farmacologicamente messi a confronto con un gruppo di controllo, ma questo non si verificava nei pazienti trattati con neurolettici. Quando i pazienti ricevevano la terapia

neurolettica, si osservava un decremento della glutamina. Ciò suggerisce che i neurolettici agiscono sul sistema glutammatergico, o reintegrando i livelli di glutamina, o in qualche altro modo ristabilendone gli effetti. Non essendo state riscontrate differenze di glutammato, tali dati sembrano deporre per la presenza una anomalia nel ciclo di conversione dalla glutamina al glutammato (Bartha et al., 1997). D'altra parte, altre ricerche sono giunte a risultati differenti. Deakin et al. (1989) hanno riportato di aver trovato nei soggetti schizofrenici maggiori quantità di glutammato nella corteccia prefrontale mediale rispetto ai controlli e Moghaddam e Adams (1998) hanno scoperto che un farmaco che riduce i livelli cerebrali di glutammato blocca i sintomi simil-schizofrenici nel ratto.

Per Harrison (1999) le alterazioni glutammatergiche nella schizofrenia riguardano la ridotta espressione dei recettori non-NMDA nell'ippocampo, l'incremento dell'espressione corticale di alcune subunità di recettori NMDA, l'aumento del reuptake del glutammato nella corteccia frontale; la riduzione del rilascio corticale di glutammato e l'alterata concentrazione di glutammato e metabolici.

Oltre ad essere alterati dal glutammato, i recettori NMDA sono attivati dalla glicina, che agisce quindi da co-agonista. Javitt et al. (2000) hanno osservato che la glicina inibisce nello striato il rilascio di dopamina mediato dai recettori NMDA. Javitt e Frusciant (1996) hanno dimostrato che il GDA, che blocca l'aumento della glicina (con conseguente maggiore quantità di glicina disponibile), può migliorare i sintomi schizofrenici che ricordano quelli osservati nelle psicosi da PCP. Anche se diverse ricerche hanno suggerito che i recettori NMDA giocano un ruolo nella patogenesi della schizofrenia, deve essere ancora determinato quale sia il meccanismo realmente causa delle disfunzioni; del resto, i recettori NMDA sono sensibili anche alla glicina, alle poliamine, ai cationi divalenti e concentrazioni di questi possono portare alla ridotta attività dei recettori NMDA. Potrebbe essere anche il caso che i recettori NMDA non funzionino correttamente: infatti, Olney et al. (1999) hanno formulato un modello della schizofrenia basato sull'ipofunzionalità dei recettori NMDA (NRHipo), in base al quale uno stato prolungato di ipofunzionalità dei recettori NMDA può portare a cambiamenti neurodegenerativi che spiegherebbero il peggioramento osservato in alcuni pazienti anziani/cronici (over time). Come si è detto, il PCP fornisce un buon modello per la schizofrenia; esso agisce come un antagonista degli NMDA, e poiché NMDA è un recettore del glutammato, è stato ipotizzato che la schizofrenia sia dovuta ad un'ipoattività glutammatergica nel cervello. Alcuni problemi nella verifica di questa teoria provengono dal fatto che differenti indagini hanno fornito prove

contraddittorie sulle variazioni dei livelli del glutammato e dei suoi metabolici nel cervello degli schizofrenici. Alcuni studi hanno riportato livelli aumentati di glutamina, suggerendo livelli di glutammato ridotti; altre ricerche hanno dimostrato aumentati livelli di glutammato, segnalando che i farmaci che riducono i livelli di glutammato possono antagonizzare gli effetti indotti dal PCP. Dall'altro lato, è stato anche dimostrato che le sostanze che agiscono come agonisti dei recettori NMDA (glicina) possono attenuare i sintomi schizofrenici.

In conclusione, il settore della ricerca sulle modificazioni di neurotrasmettitori e neuromodulatori in corso di schizofrenia è ancora ampiamente aperto e propone un quadro complesso e multifattoriale già a livello neurochimico.

### ***Dalle neuroscienze all'approccio cognitivo post-razionalista***

L'approccio nosologico cognitivista, nelle sue moderne evoluzioni post-razionaliste, pone l'accento sul significato soggettivo e interno dei sintomi, consentendo di cogliere come aspetti apparentemente simili, classificabili in modo sovrapponibile secondo il metodo descrittivo, rivestano invece significati profondamente diversi da soggetto a soggetto, sulla base di come ciascun individuo ha imparato a sperimentare e a riferirsi le esperienze vissute.

Tenendo presenti le considerazioni fatte sopra, è possibile cogliere altri aspetti fondamentali di questo tipo di approccio:

- a) l'importanza di considerare il sistema individuo nella sua globalità psico-fisica e nel suo divenire temporale;
- b) la stretta connessione tra gli aspetti emozionali e le conoscenze individuali;
- c) la sostanziale costanza dell'organizzazione di un proprio significato personale, nonostante le trasformazioni cui si va incontro nel ciclo di vita, a partire dalle caratteristiche costituzionali e dalle tonalità emozionali che cominciano a definirsi attraverso la relazione di attaccamento;
- d) la necessità di considerare ciò che accade non come qualcosa di isolato, ma da collocare nell'ambito del ciclo di vita del soggetto che lo sperimenta, utilizzando quindi una lettura evolutiva e non statica anche degli scompensi psico-comportamentali;
- e) il valore attivo e non passivo dei processi di adattamento individuale;
- f) la continuità tra le esperienze che un soggetto riesce ad integrare nel senso di sé – e che risultano, quindi, “normali” – e quelle discrepanti, che danno origine ad un disagio più o meno profondo, esteso e disgregante, cioè

a quadri “patologici” diversi, con varie potenzialità invalidanti e relative tendenze evolutive.

In un approccio esplicativo non categoriale, come quello post-razionalista, è possibile integrare, in termini sia esplicativi patogenetici, sia funzionali al trattamento psicoterapeutico, il concetto di patologia e di approfondire, al suo interno, la messa a fuoco dell’esperienza psicotica (Reda, 1986; Guidano, 1987, 1991; Nardi, 2001; Arciero, 2002; Ruiz, 2003; Lambruschi, 2004). Utilizzando tale approccio, normalità e patologia possono essere collocate lungo un continuum, senza evidenti discontinuità tra una condizione e l’altra; esse vanno piuttosto intese come differenti dimensioni nel livello di elaborazione e di integrazione della coerenza interna in rapporto alla organizzazione di significato personale di un individuo.

Il passaggio da condizioni di normalità ad altre indicate come condizioni di nevrosi e di psicosi, dipende dalla crescente perturbazione della coerenza interna e dell’immagine di sé e del mondo.

Questo passaggio, svolgendosi lungo un continuum, può essere anche, ovviamente, reversibile ed è espressione di differenze soprattutto quantitative dei parametri già accennati nel paragrafo precedente:

- a) capacità di flessibilità adattiva nei contesti significativi;
- b) capacità di generatività, cioè di ordinare l’esperienza individuando percorsi utili (“viabili” secondo Maturana e Varela, 1980, 1984) sul piano progettuale;
- c) capacità di astrazione, che consentano di guardare oltre gli aspetti contingenti delle situazioni e di monitorare nel tempo la propria esperienza;
- d) capacità di autointegrazione, cioè di collocare l’esperienza in una visione coerente e ben definita di sé e del mondo.

Sulla base di quanto si è detto, rispetto alla normalità, i quadri di nevrosi e, soprattutto, di psicosi si caratterizzano per una compromissione quantitativamente crescente dei parametri sopra ricordati, con minori capacità di flessibilità e di generatività, con un rapporto concretezza/astrazione sempre più alto – con conseguente lettura fortemente concreta dell’esperienza – e con una marcata compromissione della capacità di autointegrazione personale (quest’ultima evidente soprattutto nelle psicosi).

Nelle psicosi, inoltre, si osserva anche una marcata compromissione della “sequenzializzazione temporale”, cioè della capacità di costruire e di mantenere un ordine cronologico tematico e strutturale, con conseguente disfunzione della trama narrativa.

Ogni organizzazione di significato personale, come si è detto, ha sue specifiche vulnerabilità, cioè degli aspetti critici nei suoi processi di

assimilazione e ordinamento dell'esperienza e di mantenimento della coerenza interna. D'altra parte, come ha osservato Rezzonico (1995), la "vulnerabilità" è tale se la si considera dal punto di vista dello scompenso clinico, mentre rappresenta una "sensibilità", cioè – ed è l'altra faccia della medaglia – una risorsa potente e positiva, naturalmente e fisiologicamente presente nel repertorio individuale.

La scoperta, da parte del gruppo di Giacomo Rizzolatti (2002), di "neuroni specchio" localizzati nelle regioni prefrontali, che si attivano nei primati non solo quando compiono movimenti complessi ma anche quando osservano movimenti simili compiuti da un altro soggetto, ha acceso un nuovo filone nello studio della coscienza di sé e delle modificazioni osservabili negli scompensi di rilevanza clinica. Recentemente, Tania Singer e coll. (2004) ha osservato qualcosa di simile per quanto concerne l'empatia. Sempre facendo ricorso a metodiche di neuroimaging funzionale (fIMR) ha osservato che nell'uomo alcune strutture (amigdala sin, insula dx e sin, giro fusiforme, solco temporale sup.) si attivano sia direttamente, quando si soffre, sia partecipando della sofferenza di chi ci sta vicino.

Questi studi mettono in evidenza come, se l'attivazione di aree simili non implicano direttamente e non coinvolgono necessariamente gli stessi processi (osservare non significa agire), d'altra parte nella costruzione del nostro mondo entra direttamente l'esplorazione dell'altro e, in particolare, la simulazione e l'azione mentale di "mettersi al posto dell'altro". L'apprendimento non è, come già avevano ipotizzato i sostenitori delle "teorie motorie della mente", da Weimer in poi, una semplice imitazione ricavata dai canali sensitivo-sensoriali, ma richiede una costruzione mentale attiva (una "riproduzione", in questo senso "motoria") di ciò che si sta acquisendo. Come aveva osservato Guidano nel 1987 in epoca pre neuroimaging, commentando le indagini condotte da Van der Berg ed Eelen mediante registrazione elettromiografica nel corso di compiti mentali (1984), "numerosi dati sperimentali hanno analogamente messo in evidenza come i processi che sottendono la percezione siano identici a quelli che sottendono l'immaginazione, così come i processi di pensiero sono intimamente interconnessi con l'attività motoria. Queste osservazioni depongono per l'assenza di una netta separazione tra quello che pensiamo e quello che facciamo, in quanto i processi cognitivi sono essi stessi azione". Inoltre, la possibilità di documentare ciò che succede per le attivazioni emozionali apre una nuova luce sulle radici timiche dei comportamenti sociali (emulazione, solidarietà, altruismo) e su quelle tonalità soggettive che, assumendo contorni specifici all'interno delle relazioni di attaccamento,

sono alla base della chiusura di ogni organizzazione personale assicurandole costanza e unicità di significato nel tempo.

Inoltre, sempre grazie alle nuove metodiche di neuroimaging, è stato possibile trovare dei riscontri oggettivi “in vivo” ad alcune concettualizzazioni fornite dalla epistemologia post-razionalista. Intendiamo riferirci, in particolare, alla dialettica tra l’aspetto riflessivo (“me”) della coscienza di sé e l’aspetto diretto attivo (“Io”) e quella tra percepire un’esperienza in prima persona o nella prospettiva di un altro. Si tratta di tematiche attinenti al concetto di messa a fuoco dall’interno (“inward”) o dall’esterno (“outward”) proposto da Guidano e Arciero (Arciero, 2002) come base dell’itinerario di sviluppo individuale a partire dalla relazione di attaccamento con una figura care-giver primaria percepita come sostanzialmente prevedibile (nel caso degli “inward”) o come imprevedibile (nel caso degli “outward”).

Come Albert Newen e Kai Vogeley (2000) hanno messo in evidenza mediante fIMR, quando un soggetto pensa in prima persona attiva sistemi localizzati nella corteccia prefrontale e parietale mediale e in quella temporo-parietale dx. Quando il soggetto pensa in terza persona, mettendosi nella prospettiva dell’altro, attiva non solo la corteccia prefrontale mediale, ma anche quella temporo-mediale sin. Questi dati indicano che in entrambi i casi vengono attivati sistemi neuronali operativo-funzionali che sono condivisi per entrambi i compiti e che appaiono localizzati a livello della corteccia prefrontale mediale; quest’ultima sembra quindi fornire un “nodo” funzionale al passaggio da una messa a fuoco interna ad una esterna, che richiede anche l’attivazione delle aree “spaziali” dell’emisfero dx.

L’insieme delle ricerche citate non forniscono riprove univoche su fino a che punto sia possibile leggere il pensiero dell’altro o coglierne le emozioni, ma forniscono l’evidenza sperimentale che costruire una teoria dell’altro implica una metacognizione che attiva sistemi operativo-funzionali (in accordo con l’ipotesi di Luria, 1980) dislocati in varie aree associative, connessi con altri sistemi (in particolare, prefrontali) che sono fondamentali nella costruzione dell’esperienza consapevole di sé. Anzi, proprio le differenze riscontrate nello stesso soggetto, quando passa dall’assumere la propria posizione in una storia (“prospettiva dell’Io”) al porsi nella prospettiva di un altro personaggio di quella stessa storia (“prospettiva di una terza persona”) hanno portato Vogeley e Newen (2003) a concludere che non è possibile pensare il pensiero di un altro, se non in termini relativi e filtrati dal proprio punto di vista. Questa evidenza, documentata dagli studi con fIMR, rappresentano anche una sorta di validazione sperimentale

dell'approccio post-razionalista, in base al quale l'esperienza è irriducibilmente soggettiva.

Tale evidenza è particolarmente significativa se si prendono in esame le psicosi schizofreniche, nelle quali la dissociazione e la frammentazione dei contenuti del pensiero è stata da tempo associata ad alterazioni corticali e, specificamente, prefrontali. Ad esempio, Newen e Vogeley (2000) hanno descritto una significativa ricorrenza in soggetti schizofrenici di anomalie strutturali, evidenziabili mediante fIMR, nelle regioni prefrontali, che suffragano l'esistenza di una sindrome da disconnessione nei circuiti fronto-temporo- limbici. Lo stesso gruppo ha dimostrato, in studi post-mortem un'aumentata presenza di un'alterazione dei processi maturativi di "girificazione" nella regione prefrontale di soggetti affetti da psicosi schizofrenica.

Questi dati, come altri analoghi citati in precedenza, vanno letti non tanto come documentazione dell'origine genetica delle psicosi (che non è mai diretta e che nella maggior parte dei casi riconosce una genesi multifattoriale nella quale gli assetti emozionali derivanti dalla relazione di attaccamento appaiono di primaria importanza), quanto piuttosto come una prova che le strutture associative corticali, come quelle prefrontali, sono coinvolte in corso di questi disturbi mentali. Anzi, recenti evidenze attestano come sia il trattamento psicofarmacologico, sia la stessa psicoterapia inducano modificazioni funzionali corticali che costituiscono l'evidenza sperimentale "in vivo" dei miglioramenti clinici indotti da tali interventi.

Come hanno osservato Vogeley e Newen (2003), il percepire come appartenenti al sé le proprie emozioni, i propri pensieri, le proprie azioni e le proprie intenzioni è la conseguenza di una serie di elaborazioni mentali. In qualche modo, il "cogito ergo sum" di Cartesio è consentito da tali attività, per cui abbiamo l'esperienza cosciente che i nostri stati mentali, il "film nel cervello" di Damasio (1999, 2003) e le varie attribuzioni cognitive esplicite di significato che facciamo ci appartengano. D'altra parte, se già in stati fisiologici particolari – come il sogno e lo stato di "trance" meditativo – questa appartenenza può venire meno, proprio nelle psicosi si osserva come questa coscienza di sé, o "autocoscienza", possa essere percepita come aliena, estranea, se non esplicitamente influenzata o indotta da altri (ad es., tematiche deliranti di influenzamento, furto del pensiero, allucinazioni uditive sotto forma di voci "buone" o "cattive" dialoganti, ecc.).

In ricerche ormai classiche (Marchesi e Nardi, 1993) condotte mediante elettroencefalografia computerizzata (EEGC), con visualizzazione di mappe relative all'attività bioelettrica corticale (EEG mapping), abbiamo dimostrato che in soggetti affetti da psicosi schizofreniche in fase acuta e in

remissione le alterazioni bioelettriche (in particolare, presenza di attività lenta soprattutto nelle regioni anteriori, minore evidenza di attività alfa in condizioni di riposo psicosensoriale nelle regioni parieto-occipitali, con conseguente minore differenziazione tra regioni posteriori e anteriori) sono espressione della compromissione encefalica (e, in particolare, delle regioni frontali) nella elaborazione centrale delle informazioni sia in condizioni basali di riposo, sia durante l'esecuzione di compiti visuo-spaziale. Le alterazioni osservate spesso – ma non sempre – regrediscono in fase di remissione della patologia (correlazione statisticamente significativa tra la riduzione dell'attività più lenta delta + teta e l'incremento dell'attività più rapida alfa + beta), non sono omogenee in tutti i soggetti e non sempre sono correlate con i punteggi delle scale cliniche utilizzate per la valutazione dei sintomi positivi (SAPS) e negativi (SANS). I nostri dati, in accordo con altri ricavati da ricerche simili o condotte con altre metodiche, dimostrano che: a) la schizofrenia è una sindrome complessa ed eterogenea; b) non si possono fare correlazioni automatiche tra sintomi clinici, scale psicodiagnostiche e modificazioni funzionali cerebrali, in quanto i sistemi coinvolti negli aspetti neurofisiologici e comportamentali possono non essere del tutto coincidenti; c) esiste comunque una variabilità irriducibile da soggetto a soggetto.

I contributi sperimentali derivanti da vari settori delle neuroscienze hanno fornito quindi importanti correlati biologici all'esperienza clinica per cui, con modalità variabili da soggetto a soggetto, l'esordio clinico avviene quando i processi di messa a fuoco “dall'interno” o “dall'esterno” non reggono la pressione di esperienze sperimentate come perturbanti, per cui cede il fragile confine che aveva sino allora sostenuto l'integrazione del sé e la demarcazione rispetto agli “altri da sé”. Se cogliere il mondo interno dell'altro è possibile nella misura in cui sappiamo porci in ascolto e distinguere il suo mondo interno dal nostro, nella schizofrenia la rigidità e la labilità dei contorni dell'identità personale vengono frammentate da esperienze che fanno saltare il precario equilibrio interno. La perdita dell'integrazione del sé si può allora disperdere in un eccesso di isole percettive, cariche di risonanze emozionali confusive (“sintomi produttivi” o “positivi”) oppure si può spegnere all'interno di un solitario arroccamento autistico entro un mondo desensorializzato e svuotato nei contenuti logici, abulico, apatico ed anaffettivo (“sintomi negativi”) (Nardi, 2001).

Nel continuum tra normalità e patologia, come in seguito alla rottura dell'equilibrio preesistente inizia una fase metastabile di scompenso, analogamente è possibile giungere ad una nuova fase di stabilità, raggiungendo un nuovo equilibrio, più o meno complesso e stabile.

## **Aspetti organizzazionali in corso di psicosi**

Nell'ottica sistemico processuale, in generale, uno scompensamento psicotico (di cui la schizofrenia rappresenta un prototipo di processo cronico) consegue ad eventi significativi contingenti – particolarmente intensi e/o ripetuti nel tempo – che sono sufficientemente discrepanti rispetto al senso di sé da produrre una marcata attivazione emozionale a connotazione negativa e da non essere quindi affatto integrabili nell'immagine di sé e del mondo. Ne deriva un disancoraggio dell'identità personale nello spazio e nel tempo. Questo disancoraggio riguarda sia il mondo interno – che si può frammentare in sub-identità contingenti (variabili a seconda del contesto e di cui una può più o meno temporaneamente prevalere) o si può incistare in un mondo autistico reso impermeabile alle perturbazioni esterne – sia il rapporto con l'insieme dei comuni significati e dei modi di vivere del contesto sociale. Si avvia una fase critica di instabilità, rilevante anzitutto sotto il profilo quantitativo, che mette in crisi il senso di medesimezza. La ricerca comunque di un pur minimo e precario adattamento porta a consolidare una identità basata su una trama narrativa rigida e non flessibile, scarsamente autointegrata, inaccessibile alla critica in quanto priva di feedback.

L'approccio clinico deve quindi muovere dalla individuazione dell'organizzazione di significato personale del soggetto che presenta un determinato scompensamento, i cui sintomi vanno letti alla luce delle caratteristiche proprie di quella specifica organizzazione.

### ***Organizzazioni DAP-prone***

Negli scompensi psicotici delle organizzazioni DAP, di fronte ad una realtà percepita come angosciosamente e intollerabilmente disconfermante, il pensiero si disancora dal contesto sociale. Ne deriva una messa a fuoco dall'esterno (“outward”) abnorme, che porta a confondere e a non distinguere più mondo interno e mondo esterno.

Questa disgregazione, conseguente a disconferme inaccettabili che minano l'identità, è particolarmente evidente nelle forme con prevalenza di sintomi “negativi”, nelle quali il soggetto non riesce a trovare modalità di rapporto con l'esterno e si chiude in un ripiegamento autistico più o meno frammentato, incoerente, piatto sotto il profilo affettivo e apparentemente indifferente rispetto all'esterno.

Viceversa, nelle forme con prevalenza di sintomi “positivi” l’attivazione emotiva non contenibile connessa alle esperienze perturbanti deborda, come lungo un canale obbligato e stretto che non ammette percorsi alternativi più “viabili”, attraverso la costruzione di un significato personale abnorme, disgregato e paradossale, esteso a sé e al mondo. Da questo abnorme contatto con il mondo esterno derivano, come si dirà, i temi di influenzamento e di condizionamento ad opera di altri e persino della televisione o del computer, quelli di onnipotenza ed erotomanici: il soggetto si attribuisce la capacità di modificare il mondo in cui vive, percepito come angosciosamente svalutante, di cambiarne le sorti, o di fare innamorare gli altri di sé, per non essere trasformato, fagocitato o annullato.

Facendo riferimento ai principali aspetti sintomatologici, le allucinazioni rappresentano percezioni perturbanti critiche che non sono integrabili nell’immagine di sé e che pertanto non possono essere riconosciute come proprie e vengono espresse all’esterno. Ad esempio, pseudoallucinazioni uditive compaiono quando l’angoscia di non essere adeguato non appare più gestibile; esse possono esprimere sia il senso di inadeguatezza personale che il bisogno di essere rassicurato (“prima avvertivo pensieri che spingevano, poi sono improvvisamente scoppiate le voci: erano amici che parlavano male di me e criticavano quello che avevo fatto, mentre altre voci dicevano che avevo fatto bene, che avevo detto cose belle”).

In molte situazioni allucinazioni e deliri si associano nel rafforzare uno sbocco adattivo alle angosce: ad esempio, la comparsa di voci “positive”, gradevoli e rassicuranti, può dare al soggetto le conferme che cerca, specie se pensa di avere finalmente intrapreso un cammino di redenzione e di missione dopo profonde sofferenze e varie svalutazioni.

Come hanno messo in rilievo i contributi di Guidano e Ruiz, i deliri esprimono l’esigenza interna di rispondere a perturbazioni critiche marcatamente discrepanti rispetto alla propria coerenza interna integrando in eccesso l’immagine di sé, attraverso neocostruzioni immaginative e narrative; essi hanno le caratteristiche tipiche della narrazione epica prescritturale e seguono aspetti analogici, cambiando temi, strutture e contenuti, per cui sono difficilmente comprensibili all’esterno.

Spesso le idee di autoriferimento risalgono a profonde insicurezze sperimentate nel corso della maturazione, con bisogno di “studiare” gli altri per cercare di capire se stessi ed il proprio “valore”. A volte basta il fatto di percepire un gesto diverso dal solito da parte di qualcuno per vedere crollare tutte le assicurazioni precariamente costruite fino a quel momento. I vari sintomi “produttivi” esprimono in ogni caso un senso estremamente angosciante, pervasivo e generalizzato di non demarcazione personale e di

essere inermi o in balia degli altri, cui si tende a reagire sottraendosi rigidamente a confronti percepiti come minacciosi e costruendo contenuti “produttivi”, abnormi sul piano logico, ma comunque in grado di mantenere una immagine positiva di sé, nonostante le delusioni e le disconferme sperimentate nel corso della storia personale.

La “follia a due” è un classico esempio di scompenso psicotico DAP, in cui la non demarcazione personale e la lettura esterna reciproca da parte di due persone fragili, emotivamente legate in maniera disadattiva, avvia in entrambi la produzione di temi deliranti. In alcuni casi (“follia imposta”), il soggetto delirante acquista un ruolo dominante sull’altro, che appare marcatamente dipendente ed insicuro, condizionandone la vita e le scelte; in altri casi (“follia comunicata”), il soggetto delirante induce nell’altro, molto vulnerabile nell’essere influenzato, un delirio che poi, in quest’ultimo, si struttura in maniera maggiore ed apparentemente indipendente; in altri casi ancora (“follia simultanea”), entrambi i soggetti concorrono a costruire e a mantenere il delirio, influenzandosi reciprocamente in maniera sostanzialmente simmetrica, e difendendosi in questo modo dal mondo esterno, percepito come minaccioso e fonte di angoscia. In questo gioco reciproco di ordine psicotico, caratterizzato quindi da marcata rigidità, alto livello di concretezza e scarse capacità di autointegrazione viene ricercata nell’altro una abnorme conferma del valore personale o, comunque, della “validità” del proprio modo di vita.

In generale, i disturbi dissociativi si manifestano in soggetti con un percorso di sviluppo caratterizzato da carenti capacità di flessibilità e di autointegrazione, mentre esprimono una notevole fragilità nei confronti di possibili disconferme. L’incapacità ad accettare una realtà intollerata si esprime così in sintomi quali la rimozione dalla consapevolezza dell’esperienza perturbante (amnesia), l’allontanamento anche fisico da essa (fuga), l’espressione di una personalità alternativa (personalità multiple).

L’anamnesi consente di evidenziare come il senso di non riconoscimento consegua a situazioni percepite come disconfermanti da parte di una figura significativa; a questa delusione segue solitamente un percepirsi fragili e in balia di quella persona, fino a non riconoscersi più e a pensare che quella persona non sia più la stessa o sia un suo sosia. A volte, il soggetto cerca di lottare contro questa sorta di annullamento per mancata conferma con rabbia, e cerca di punire l’altro dal quale si è sentito svalutato per percepirsi ancora “forte”, mentre poi, spesso, si sente in colpa e torna ad emergere un quadro di ansia acuta con depersonalizzazione e derealizzazione.

In definitiva quando il soggetto, a seguito di esperienze disconfermanti, avverte un senso marcatamente precario, instabile ed incerto di sé, in

situazioni in cui si trova esposto a nuove disconferme può sperimentare un senso di confusione o di vuoto, fino ad una incapacità di riconoscersi come soggetto demarcato rispetto all'esterno, o a non identificare più l'ambiente familiare nel quale non gli è possibile esprimere un'immagine accettabile di sé (stati confusionali; amnesie parziali o totali; depersonalizzazione; derealizzazione). A volte, in situazioni acute di ansia imbarazzante, che minacci l'integrità della sua coerenza interna, al soggetto non resta altra via d'uscita dello svenimento (lipotimie) o del cambiamento d'ambiente (fughe). Altre volte può invece esprimere una diversa personalità a seconda del contesto in cui si trova (personalità multiple). Nei casi di personalità multipla, indagini neurobiologiche riportate da Damasio (2000, 2003) hanno evidenziato la presenza di due o più "sé autobiografici", a loro volta espressione di vari siti di controllo della memoria autobiografica, situati a livello della corteccia fronto-temporale, mentre nel passaggio da una personalità all'altra interviene la regolazione di circuiti cortico-talamo-corticali.

Negli scompensi dissociativi DAP, specie quando si associano ad una depressione del tono dell'umore (forme DAP-DEP), ripetuti eventi vissuti come disconfermanti e svalutanti portano a vivere con un crescente disagio il proprio corpo, che appare un territorio conflittuale di confine tra sé e gli sguardi – ed i giudizi – degli altri. Il disagio che ne deriva porta a percepire il corpo con un senso di estraneità e a non riconoscersi più: progressivamente (ma a volte, improvvisamente) si desidera di essere evanescenti (ad es., di non mostrare e nascondere i caratteri sessuali secondari come il seno), si cambia scrittura o aspetto per essere come un altro; ci si percepisce sgradevolmente diversi, non accettabili, non presentabili; si ha paura di non essere più in sé, di impazzire, di sparire, di dissolversi, di restare un corpo senza vita al centro, come se anche il tempo si fermasse; si ha difficoltà a stare dentro di sé, ci si osserva come se lo sguardo fosse scollegato dal corpo che appare vuoto, non integro, senza interiorità; si ha l'impressione di non potere esistere da soli, per cui si avverte il bisogno compulsivo di ricercarsi e trovarsi all'esterno, toccando oggetti familiari o chiamando persone conosciute o ricorrendo all'abuso di sostanze; si fugge fisicamente o ci si dimentica di momenti perturbanti della propria vita e della stessa propria identità.

Scompensi psicotici di tipo dissociativo tipicamente DAP sono anche i quadri noti come "sindromi di possessione", nei quali il soggetto – che prima dell'esordio si percepiva come marcatamente debole, insicuro, svalutato, imperfetto ed emarginato dagli altri – inizia a credere di poter essere posseduto dal diavolo, da uno spirito, da una divinità esotica o da un

animale, come avviene nella licantropia. Acquista in questo modo un ruolo ed una forza, anche se negativa, che non era stato in grado di attribuirsi in precedenza, sentendosi rifiutato o non considerato. Durante i momenti di “possessione”, che avvengono in certi ambiti culturali di tipo tradizionale, significativamente sempre in presenza di altre persone, il soggetto manifesta – anche se in maniera paradossale e incongrua – il proprio valore attraverso sintomi che colpiscono e richiamino l’attenzione; in queste situazioni può presentare attacchi di agitazione psicomotoria e “glossolalia”, emettendo un linguaggio apparentemente sconosciuto, fatto di frammenti verbali che riaffiorano alla memoria in uno stato crepuscolare di coscienza, noto come stato di “trance”. Solo in questo modo paradossale, dietro lo schermo di una possessione, il soggetto può superare i suoi timori taciti di esporsi e di comunicare con l’altro senza sentirsi ancora una volta rifiutato.

### ***Organizzazioni OSS-prone***

Negli scompensi psicotici delle organizzazioni OSS, in conseguenza di una marcata compromissione delle capacità soggettive di flessibilità adattiva nei contesti relazionali significativi, le caratteristiche prettamente logiche ed analitiche, tipiche di queste organizzazioni, danno luogo ad espressioni cliniche patologiche e acritiche. In queste condizioni risulta infatti fortemente deficitaria la generatività, per cui il soggetto non riesce ad ordinare l’esperienza individuando percorsi utili (“viabili”) sul piano adattivo, se non attraverso la costruzione di una produzione delirante.

Le attivazioni emozionali intollerabili, che scardinano il bisogno di certezze, di perfezione e di controllo, producono una perdita delle capacità di autointegrazione e spingono alla ricerca di una nuova integrazione al di fuori della “normalità” socialmente condivisibile; essa viene infatti ricercata in una realtà mentale parallela a quella sociale percepita come inaccettabile, in quanto non integrabile nel senso di sé.

Pertanto negli scompensi psicotici OSS prevalgono le forme con sintomi “positivi” rispetto a quelle con sintomi “negativi”, che rappresentano per lo più involuzioni croniche associate a una sorta di rassegnato progressivo “svuotamento” e “frammentazione” dei contenuti ideo-affettivi.

La abnorme realtà autoprodotta, a volte “intuita” all’improvviso (“intuizioni deliranti”), altre volte costruita gradualmente sulla base di “prove” percepite come certe ed inconfutabili, diviene la base sulla quale viene portata avanti l’identità, utilizzando una trama narrativa rigida, carente di feedback e quindi inaccessibile alla critica.

La messa a fuoco dall'esterno ("outward") senza una diretta dipendenza dal campo percettivo, fondata quindi su schemi generali interiorizzati ("lettura interna"), si disancora dall'insieme delle regole e dei significati comuni, condivisi dal gruppo sociale. Le attivazioni emozionali non gestibili vengono quindi canalizzate, debordando in maniera acritica, in una trama narrativa a volte piuttosto incoerente e confusa (schizofrenia paranoide), altre volte lucida e organizzata (disturbo delirante o paranoia), producendo l'emergere di temi deliranti più o meno organizzati.

Solo nel delirio, sostenuto o meno da alterazioni percettive di tipo allucinatorio e da percezioni deliranti ("idee di autoriferimento"), il soggetto può ricomporre il disgregato mosaico relativo al controllo del mondo interno ed esterno che, nell'arco dell'esperienza prepsicotica, non era stato in grado di realizzare in modo esaustivo ed adeguato. La negatività personale che ne deriva, percepita spesso come colpa o come destino angosciante di condanna, in molti casi viene estroflessa e attribuita ad altri: per poter assimilare ed autoriferirsi l'esperienza, il soggetto la razionalizza a livello esplicito come espressione della incomprensione, dell'invidia o della malvagità da parte dell'ambiente.

Come si è già accennato, nel caso della "paranoia", nella quale le esperienze perturbanti sono limitate ad un settore dell'esperienza (ad es., affettivo o lavorativo), il quadro psicotico si configura sotto forma di una produzione delirante lucida, con un tema prevalente abnorme, spiccatamente logica e coerente al suo interno. Questa produzione delirante apparentemente non coinvolge altri settori della personalità e i comportamenti ad essi correlati. Tuttavia, essendo l'espressione esasperata di una lettura soggettiva interna dell'esperienza, essa si presenta coerente, razionalmente lucida e monolitica, inaccessibile alle sollecitazioni, alle critiche e alle revisioni esterne. Pertanto, come si è detto, gli scompensi psicotici OSS si manifestano soprattutto con quadri clinici caratterizzati da temi deliranti di grandezza e di onnipotenza (fisica, sessuale, professionale, morale), spesso associati a contenuti di persecuzione (cioè di non riconoscimento, da parte degli altri, della propria grandezza).

Inoltre, a causa della presenza di un angosciante senso ambivalente di sé che non consente un controllo sul mondo interno ed esterno, essi sono caratterizzati dalla ricerca della perfezione, ma, al tempo stesso, da un pervasivo senso di impossibilità di raggiungerla, se non attraverso una visione delirante dell'esperienza; questa visione delirante (meno lucida e strutturata nelle forme di schizofrenia paranoide, abnormemente strutturata logica e razionale nei disturbi deliranti paranoici) si esprime nell'ambito di

una visione marcatamente rigida di sé e del mondo, basata su un disadattivo rigore logico e morale.

### ***Organizzazioni FOB-prone***

Negli scompensi psicotici delle organizzazioni FOB l'emergere di attivazioni emotive angosciosamente inaccettabili fa saltare tutti i processi di controllo attraverso i quali il soggetto cercava di gestire la propria vita e il proprio rapporto con il mondo. Ne deriva un disancoraggio rispetto a una realtà intollerabilmente minacciosa e disgregata, dalla quale il soggetto si sente tagliato fuori e minacciato nella sua integrità. La messa a fuoco attraverso l'interno ("inward"), polarizzata intorno ad una abnorme attivazione di paura, fa debordare l'incapacità di gestire un mondo intollerabilmente pericoloso, che sembra compromettere l'integrità e la vita stessa. Il senso di medesimezza viene minato alle fondamenta e l'angoscia che ne deriva si traduce in una abnorme trama narrativa, più o meno congrua al suo interno. In questi casi sono particolarmente evidenti le ridotte capacità di astrazione, di flessibilità e di generatività, per cui risulta compromessa la facoltà di integrare nel senso di sé l'esperienza in maniera coerente e continuativa.

Quando il soggetto perde completamente il controllo in relazione alle esperienze perturbanti prevalgono i sintomi di incongruenza, confusione, frammentamento, appiattimento affettivo e ripiegamento autistico, tipico delle forme "negative"; quando invece è possibile trovare un controllo sia pure attraverso la costruzione di un rapporto abnorme con la realtà, prevalgono le forme "positive".

In questi casi, la negatività viene scissa da sé come se si trattasse di una realtà completamente estranea, e viene attribuita quindi all'ambiente esterno: ne derivano, come si dirà, temi deliranti acritici, in quanto privi di feedback. Gli scompensi sono in relazione con esperienze percepite come insostenibili per la incontrollabilità di aspetti importanti della realtà esterna (ad es., inaffidabilità delle persone sulle quali è stata investita la propria affettività e, quindi, il proprio bisogno di avere una base inequivocabilmente sicura) o della propria salute (ad es., paura o "certezza" di avere una malattia incurabile). Ne deriva una produzione delirante marcatamente concreta, riferita quindi ad aspetti "tangibili", quali il proprio corpo e la propria salute (deliri ipocondriaci), alla inaffidabilità esterna (deliri di gelosia, di persecuzione o di veneficio), o volti a fornire a livello esplicito una acritica e assoluta rassicurazione (deliri di grandezza o di onnipotenza). Di solito, i deliri persecutori sono scarsamente strutturati, centrati sulla

pericolosità degli altri o di alcune situazioni, cui si risponde cercando di organizzare difese più o meno congrue; in altri casi prevalgono deliri ipocondriaci maggiormente strutturati: ad esempio, convinzione delirante di essere affetti da determinate malattie o di non avere più determinati organi o funzioni si può fare progressivamente più radicata, spingendo il soggetto a richiedere esami clinici e strumentali sempre più approfonditi e aggiornati.

### ***Organizzazioni DEP-prone***

Negli scompensi psicotici delle organizzazioni DEP le esperienze psicotiche, che si manifestano in soggetti con marcata compromissione delle capacità di flessibilità adattiva nei contesti significativi, di generatività con cui ordinare l'esperienza individuando percorsi utili e di autointegrazione, collocando l'esperienza in una visione coerente e definita di sé e del mondo, comportano una acritica accentuazione dei pattern taciti ed espliciti tipici di questi soggetti.

Di fronte alla incapacità di autoriferirsi esperienze perturbanti collegate ad un senso di perdita, le attivazioni emozionali di disperazione o di rabbia particolarmente intense e persistenti o ripetute nel tempo avviano la costruzione di una realtà delirante.

Le emozioni negative, derivanti da una abnorme messa a fuoco dall'interno ("inward") vengono scisse dal senso di medesimezza e proiettate all'esterno (ambiente da cui, comunque, il soggetto si percepisce del tutto disancorato). Ciò avviene attraverso trame narrative rigide e prive di feedback: le attivazioni intollerabili di disperazione e di rabbia vengono pertanto avvertite come estranee al sé e appartenenti ad un contesto del tutto "oggettivo", finendo con l'apparire acriticamente tanto ineluttabili quanto universalmente valide. Nelle forme con prevalenza di sintomi "negativi" il senso angosciosamente ineluttabile di rassegnazione e sconfitta porta ad una disorganizzazione e frammentazione della personalità e del comportamento, con un ripiegamento autistico in sé.

Quando è possibile mantenere un rapporto con la realtà attraverso la costruzione di una teoria, sia pure abnorme su di sé e sul mondo, prevalgono i sintomi "positivi" e compaiono temi deliranti.

Si tratta spesso di deliroidi in corso di disturbi affettivi maggiori (v. sopra), che appaiono congrui con la depressione del tono dell'umore: deliroidi oltimici di rovina, di colpa, nichilistici, con un senso ineluttabile e catastrofico di fine del mondo, di sciagura, di povertà, di persecuzioni meritate. Nei temi deliranti la negatività soggettiva viene vissuta come colpa e condanna definitiva (deliri di colpa), viene vista come predestinazione o

certezza di avere una malattia fisica grave e mortale (deliri ipocondriaci), viene proiettata nel futuro ed estesa alle persone con cui si hanno rapporti significativi, al proprio ambiente o al mondo intero (deliri di rovina) o può portare alla negazione del proprio corpo, di sé o della realtà esterna (deliri di negazione o nichilisti).

Nel delirio di negazione, noto come “sindrome di Cotard”, il soggetto arriva a negare l’esistenza di propri organi, del corpo, dei parenti, del mondo, producendo inoltre idee di enormità – il corpo viene percepito come se si estendesse ad abbracciare i confini dell’universo – e di immortalità, per cui ci si sente condannati all’immortalità per soffrire eternamente.

In altri casi, i deliri compaiono nel quadro di una frammentazione del pensiero con le caratteristiche dei disturbi schizofrenici o in quadri misti, con caratteristiche sia dei disturbi dell’umore che di quelli schizofrenici (“disturbi schizo-affettivi” o “schizo-timici”). In queste forme i disturbi dell’umore e quelli schizofrenici si possono sovrapporre per un certo periodo di tempo oppure si possono alternare, per cui in un dato periodo prevalgono i sintomi legati alla alterazione del tono dell’umore e in un altro periodo prevalgono quelli di tipo schizofrenico, con un decorso che è quindi di tipo fasico.

## **Conclusioni**

Come si può ricavare dai dati e dalle considerazioni sopra riportate, nel continuum processuale tra normalità e psicosi, che può caratterizzare un itinerario di sviluppo individuale, fondamentali risultano le modalità soggettive che concorrono a determinare la chiusura organizzativa, dandole maggiore o minore stabilità e flessibilità in termini di aperture strutturali adattive.

Proprio dalla dialettica tra chiusura organizzativa, da un lato, ed aperture strutturali, dall’altro, è possibile ricavare le caratteristiche autoreferenziali attraverso le quali un soggetto assimila l’esperienza, integrandola o meno nella propria coerenza interna e trasformandola in conoscenza, più o meno adattiva, di sé e del mondo.

Nelle psicosi la rigidità, il marcato grado di concretezza, l’alterata sequenzializzazione temporale e la compromissione delle possibilità di integrare nel sé l’esperienza danno origine ad espressioni cliniche polimorfe, caratterizzate da sintomi positivi e/o negativi. Le alterazioni biologiche che ne sono alla base appaiono comunque correlate con l’itinerario di sviluppo individuale e con la costruzione del significato personale.

Pertanto, una messa a fuoco del soggetto nella sua globalità è centrale sia sotto il profilo diagnostico e prognostico, sia per quanto concerne l'attuazione di un intervento terapeutico mirato e specifico, che va studiato riguardo alle scelte farmacologiche e psicoterapeutiche. Per quanto riguarda i farmaci, è essenziale privilegiare quelli che, compatibilmente con il quadro clinico, non producono un decadimento cognitivo ed agiscono anche sui sintomi negativi, rendendo quindi il soggetto più accessibile anche all'intervento psicoterapeutico. In tal modo è a volte possibile evitare anche l'ospedalizzazione, consentendo al soggetto di rimanere integrato nel suo ambiente di appartenenza.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARCIERO G. (2002), *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana*, Bollati Boringhieri, Torino.

ARSUAGA J.L. (1999), *El Collar del Neandertal. En Busca de los Primeros Pensadores*, Ed. Temas de Hoy, Madrid, (trad. it. *I Primi Pensatori e il Mondo Perduto di Neandertal*, Feltrinelli, Milano, 2001).

ATLAN H. (1979), *Entre le Cristal et la Fumée*, Seuil, Paris.

ATLAN H. (1981), Hierarchical self-organization in living systems, In Zeleny M., *Autopoiesis: A Theory of Living Organization*, North Holland, New York.

AUSIELLO G. (1999), *Espressività e complessità*, Ite (Treccani), 2(6), 35.

BAR M., AMINOFF E. (2003), Cortical analysis of visual context, *Neuron*, 38, pp. 347-358.

BAR M., ULLMAN S. (1996), Spatial context in recognition, *Perception*, 25, pp. 343-352.

BARROW J. (1998), *I Limiti della Scienza e la Scienza dei Limiti*, Rizzoli, Milano.

BARTHA R., WILLIAMSON P.C., DROST D.J., MALLA A., CARR T.J., CORTESE L., CANANRAN G., RYLETT R.J., NEUFELD R.W.J. (1997), Measurement of glutamate and glutamine in the medial prefrontal cortex of never-treated schizophrenic patients and healthy controls by proton magnetic resonance spectroscopy, *Archive of General Psychiatry*, 54, pp. 959-65.

BARTLETT F.C. (1974, Ed. orig. 1932), *La Memoria. Studio di Psicologia Sperimentale e Sociale*, Angeli, Milano.

BECK A.T. (1977), *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, International University Press, New York, (trad. it. *Principi di Terapia Cognitiva*, Astrolabio, Roma, 1984).

BEVER T.G., FODOR J.A., GARRETT M. (1968), A formal limitation of associationism, In Dixon T.R., Horton D.L., *Verbal Behavior and General Behavior Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

BOCCHI G., CERUTI M. (1990), *La Sfida della Complessità*, (testi di Atlan, Bocchi, Ceruti, Fabbri Montesano, von Foerster, Gallino, von Glasersfeld, Goodwin, Gould, Haken, Hofstadter, Laszlo, Le Moigne, Lovelock, Morin, Munari, Pasquino, Pribram, Prigogine, Stengers, Varela, Zeleny), Feltrinelli, Milano.

BRONOWSKI J. (1965-1966), *L'Identità dell'Uomo*.

CASSANO F. (1998), *Il Pensiero Meridiano*, Laterza, Bari.

CESARI G. (1990), La triade adolescenziale, In Cesari G., *Adolescenza e Trasgressione*, Consultorio Familiare Bolognese, Bologna.

CESARI G. (1994), *Adolescenti e Adulti* (introduzione di B. Nardi), Collana di Attualità Sanitaria della USL di Ancona, Ancona.

DAMASIO A.R. (1994), *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, Putnam, New York, (trad. it. *L'Errore di Cartesio. Emozione, Ragione e Cervello Umano*, Adelphi, Milano, 1995).

DAMASIO A.R. (1999-2000 ), *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, Harvest Books, Philadelphia, (trad. it. *Emozione e Coscienza*, Adelphi, Milano, 2000).

DAMASIO A.R. (2003), *Looking for Spinoza. Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*, Harvest Books, Philadelphia, (trad. it. *Alla Ricerca di Spinoza. Emozioni, Sentimenti, Cervello*, Adelphi, Milano, 2003).

DEAKIN J.F., SLATER P., SIMPSON M.D.C., GILCHRIST A.C., SKAN W.J., ROYSTON M.C., REYNOLDS G.P., CROSS A.J. (1989), Frontal cortical and left temporal glutamatergic dysfunction in schizophrenia, *Journal of Neurochemistry*, 52, Abstract.

DEVOTO G. (1968), *Dizionario Etimologico. Avviamento alla Etimologia Italiana*, Le Monnier, Firenze.

DIAMOND J. (1997), *Guns, Germs, and Steel. The Fates of Human Societies*, W. W. Norton & Company, New York, (trad. it. *Armi, Acciaio, Malattie. Breve Storia del Mondo negli Ultimi Tredicimila Anni*, Einaudi, Torino, 2000).

FROMM E. (1986), *L'Arte di Amare*, Mondadori, Milano.

GOLDMAN-RAKIC P.S., SELEMON L.D. (1997), Functional and anatomical aspects of prefrontal pathology in schizophrenia, *Schizophrenic Bullettin*, 2, pp.58-68.

GOULD S.J. (1977), *Ontogeny and Phylogeny*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.).

GREENBERG L.S. (1998), Change in the construction of emotional meaning. Theory and research, In Guidano V.F., Reda M.A., *Proceedings of the VI International Congress on Constructivism in Psychotherapy*, Siena.

GUIDANO V.F. (1987), *Complexity of the Self*, Guilford, New York, (trad. it. *La Complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

GUIDANO V.F. (1991), *The Self in Progress*, Guilford, New York, (trad. it. *Il Sé nel suo Divenire*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

GUIDANO V.F. (1994), *Curso: Terapia Cognitiva Post-racionalista de la Psicosis*, Instituto de terapia Cognitiva, Santiago de Chile.

GUIDANO V.F., REDA M.A. (1998), *Proceedings of the VI International Congress on Constructivism in Psychotherapy*, Siena.

HAYEK F.A. (1952), *The Sensory Order*, University of Chicago Press, Chicago.

HAYEK F.A. (1978), *New Studies in Philosophy, Politics, Economics and the History of Ideas*, University of Chicago Press, Chicago.

HARRISON P.J. (1999), The neuropathology of schizophrenia. A critical review of the data and their interpretation, *Brain*, 122, pp. 593-624.

HUNT J.MCV., COFER C.N. (1944), Psychological deficit, In Hunt J.McV., *Personality and the Behavior Disorders*, Ronald Press, New York.

JANTSCH E. (1980), *The Self-Organizing Universe*, Pergamon Press, New York.

JASPERS K. (1984), *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

JAVITT D.C., FRUSCIANTE M (1997), Glycyldodecylamide, a phencyclidine behavioral antagonist, blocks cortical glycine uptake: implications for schizophrenia and substance abuse, *Psychopharmacology*, 129, pp. 96-98.

JAVITT D.C., SERSHEN H., HASHIM A., LAJTHA A. (2000), Inhibition of striatal dopamine release by glycine and glycyldodecylamide, *Brain Research Bulletin*, 52(3), pp. 213-216.

KRAEPELIN E. (1919, ristampa 1971), *Dementia praecox and paraphrenia.*, Robertson G.M., Robert E. Krieger, Melbourne, FL.

LAMBRUSCHI F. (2004), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

- LE DOUX J. (2002), *Il Sé Sinaptico*, Raffaello Cortina, Milano.
- LE MOIGNE J.L. (1990), Progettazione della complessità e complessità della progettazione, In Bocchi G., Ceruti M., *La Sfida della Complessità*, Feltrinelli, Milano.
- LURIA A.R. (1980), *Higher Cortical Functions in Man*, Basic Books, New York.
- MAHONEY M.J. (1984), Psychoanalysis and behaviorism: The ying and yang of determinism, In Arkowitz H., Messer S., *Psychoanalytic and Behavior Therapy. Is Integration Possible?*, Plenum Press, New York.
- MALEBRANCHE N. DE (1678-1679), *De la Recherche de la Verité*, Pralard, Paris.
- MARCHESI G.F., NARDI B. (1993), Clinical and elettroencephalography mapping investigations in acute and remission schizophrenic patients, In Ravizza L., Bogetto F., Zanalda E., *Psychiatry and Advanced Technologies*, Raven Press, New York, pp. 43-59.
- MATURANA H. (1970), Biology of Cognition, *BCL Report*, 9.
- MATURANA H. (1997), *Autocoscienza e Realtà*, Cortina, Milano.
- MATURANA H., VARELA F. (1980), *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*, Reidel, Dordrecht, (trad. it. *Autopoiesi e Cognizione*, Marsilio, Venezia, 1988).
- MATURANA H., VARELA F. (1984), *El Arbol del Conocimiento*, (trad. it. *L'Albero della Conoscenza*, Garzanti, 1987-1999).
- MOGHADDAM B., ADAMS B.W. (1998), Reversal of phencyclidine effects by a group II metabotropic glutamate receptor agonist in rats, *Science*, 281 (5381), pp. 1349-1352.
- MORIN E. (1977-1980), *La Méthode, Tom. I-II*, Fayard, Paris.
- MORIN E. (1981), Self and Autos, In Zeleny M., *Autopoiesis: A theory of Living Organization*, North Holland, New York.
- NARDI B. (1995), L'identità nell'adolescente, In Nardi B., Vincenzi R. (Eds.), *Scoprire l'Adolescenza*, IRS L'Aurora, Ancona.
- NARDI B. (2001), *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica*, Franco Angeli, Milano.
- NARDI B., CAPECCI I., ROMAGNOLI F. (2004), Evoluzione della conoscenza umana, *Lettere dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università politecnica delle Marche*, 7(4), pp. 19-23.
- NARDI B., VINCENZI R. (1995), *Scoprire l'Adolescenza*, I.R.S. L'Aurora, Ancona.

NEWEN A., VOGLEY K. (2000), *Selbst und Gehirn. Menschliches Selbstbewusstsein und seine neurobiologischen Grundlagen*, Mentis, Paderborn.

OLNEY J.W., NEWCOMER J.W., FARBER B.B. (1999), NMDA receptor hypofunction model of schizophrenia, *Journal of Psychiatric Research*, 33, pp. 523-533.

POPPER K.R., ECCLES J.C. (1977), *The Self and its Brain*, Springer, New York, (trad. it. *L'Io e il suo Cerebro*, Armando, Roma, 1981).

PRIGOGINE I. (1973), Irreversibility as a symmetry breaking process, *Nature*, 246, pp. 67-71.

REDA M.A. (1986), *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

REZZONICO G. (1995), Dal disordine all'ordine: colloquio con lo psicoterapeuta, *Psicologia Cognitiva e Comportamentale*, 1(1), pp. 55-59.

RIZZOLATTI G., FOGASSI L., GALLESE V. (2002), Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action, *Nature Reviews Neuroscience*, 2, pp. 661-670.

RUIZ A. (2003), La Psicoterapia en un Mundo de Complejidad e Incertidumbre, *Instituto de Terapia Cognitiva*, Santiago de Chile.

SINGER T., KIEBEL S.J., WINSTON J.S., DOLAN R.J., FRITH C.D. (2004), Brain responses to the acquired moral status of faces, *Neuron*, 41, pp. 653-662.

VAN DEN BERG O., EELLEN P. (1984), Unconscious processing and emotions, In Reda M.A., Mahoney M.J., *Cognitive Psychotherapies*, Ballinger, Cambridge (Mass.).

VOGLEY K., NEWEN A. (2003), Io penso ciò che tu non pensi, *Mente e Cervello*, 6, pp. 72-79.

VOGLEY K., SCHNEIDER-AXMANN T., PFEIFFER U., TEPEST R., BAYER T.A., BOGERTS B., HONER W.G., FALKAI P. (2000), Disturbed gyrification of the prefrontal region in male schizophrenic patients: A morphometric postmortem study, *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 34-39.

WEIMER W.B. (1977), A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind, In Shaw R., Bransford J.D., *Perceiving, Acting and Knowing*, Erlbaum, Hillsdale.

WEAVER W. (1948), The scientists speak, *American Scientist*, 36, pp. 536-544.

WEIMER W.B. (1974) Ambiguity and the future of psychology: Méditations Leibniziennes, In Weimer W.B., Palermo D.S., *Cognition and the Symbolic Processes*, Erlbaum, Hillsdale.

WINOGRAD T., FLORES F. (1986), *Understanding Computers and Cognition*, Ablex, Norwood, (trad. it. *Calcolatori e Conoscenza*, Mondadori, Milano, 1987).

YONEYAMA E., MATSUI M., KAWASAKI Y. ET AL.(2003), Gray matter e features of schizotypal disorder patients exhibiting the schizophrenia-related code types of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, pp. 333-340.

Pasquale Parise

## COMPRESIONE E SIGNIFICATO DELLE PSICOSI

Un discorso sugli scompensi psicotici presuppone un piccolo chiarimento iniziale sugli attuali ordinatori nosografici di ciò che viene chiamato 'psicosi'.

Oggi esiste un vivace dibattito nel mondo scientifico sulla validità dei sistemi diagnostici attuali e in particolare sulla validità del costrutto nosografico della schizofrenia.

Le critiche in questo senso vengono anche da importanti esponenti della psichiatria biologica; ad esempio van Praag, sottolinea come siano deboli, anche dal punto di vista empirico, le fondamenta degli attuali sistemi nosografici, che si sarebbero costituiti adattando svariati criteri diagnostici alle caselle dei sistemi di classificazione, spesso preesistenti, venendo quindi a rappresentare l'inizio e la fine, la premessa e le conclusioni di una psicopatologia descrittiva, statica e impersonale, e con scarsa validità empirica (van Praag, 2000).

Fin dai tempi di Kraepelin, i sistemi nosografici si sono basati sulla premessa implicita che le condizioni psichiatriche siano entità discrete, caratterizzate da relazioni predittive tra sintomatologia, decorso, esito e fisiopatologia.

Tali sistemi classificatori nascono dalla applicazione del modello medico alla psichiatria in un periodo storico in cui era sentita la necessità di legittimare la competenza dello psichiatra considerato in quel periodo un medico di 'serie B': "...è difficile evitare la conclusione che una delle principali funzioni dei sistemi di classificazione fosse convincere i medici e il pubblico della complessità della follia e della conoscenza precisa e specialistica necessaria per il suo trattamento." (Boyle, 1990)

Dei sistemi classificatori attuali si può dire che, dietro una sospetta modestia epistemologica (caratterizzata dalle pretese finalità essenzialmente operative, rifiutando ogni responsabilità di carattere ontologico), nascondono aspirazioni essenzialiste e oggettiviste ( da paradigma linneiano) ( da cui importanti e impegnativi sforzi, di carattere scientifico, culturale ed economico per dei markers biologici, genetici, neurofisiologici ecc. della schizofrenia).

Una tale nosografia, descrittiva e statica, ha avuto il vantaggio della massima condivisione all'interno del mondo scientifico, privando però di

significato e di storicità la sofferenza individuale, che viene vista in maniera impersonale, senza mostrare molto interesse per il contenuto di questa sofferenza, dove deliri e allucinazioni sono visti come “rami secchi” da potare farmacologicamente.

Le premesse epistemologiche di una tale prospettiva sono che esista una realtà oggettiva data alla quale i tentativi di classificazione debbano tendere. Questi tentativi classificatori tentano di situarsi in una tradizione empirista della scienza secondo la quale esiste un ordine univoco della realtà, in cui è già contenuto il significato delle cose, che può essere desunto se l'osservatore si situa in una posizione metodologica particolare, cioè quella dell'osservatore privilegiato.

Da questa prospettiva deriva anche il concetto d'incomprensibilità e inderivabilità del delirio primario, al centro del tentativo di sistematizzazione della psicopatologia di Jaspers, e che rimanda all'esperienza dell'osservatore il giudizio sulla congruità e comprensibilità di un significato (che in altri termini vuol dire cercare una corrispondenza di significati tra osservatore e osservato).

Dalla prospettiva post-razionalista l'ordine esperienziale non è qualcosa che ci viene dato dall'esterno, ma è un prodotto della costruzione del nostro interagire con l'ambiente: le nostre esperienze e le nostre conoscenze sono sempre coesistenti al nostro ordinamento di realtà. Pertanto, dal punto di vista post-razionalista, i sintomi andrebbero ricondotti in un contesto storico di significato dell'individuo e la psicopatologia dovrebbe essere organizzata su costrutti generatori di senso piuttosto che di diagnosi.

Attualmente è ancora difficile dire in maniera definitiva cosa sia la schizofrenia, e se esista un'unica patologia caratterizzata da un'unità di sintomi, decorso, esito e fisiopatologia che rappresenti l'espressione prototipica della follia umana.

È forse più probabile che quella che chiamiamo schizofrenia rappresenti una realtà sindromica cui poter arrivare da più direzioni (spesso iatrogena) caratterizzata da una mutazione profonda nella struttura dell'esperienza, in cui viene definitivamente persa la certezza preriflessiva nelle caratteristiche del mondo e della realtà e in cui il soggetto si trova a dover mettere continuamente in discussione le fondamenta dell'essere e della conoscenza. In questi casi si ha la perdita della possibilità di partecipare ad una prassi condivisa di senso con la distruzione di quello sfondo di “evidenza naturale”, di ovvietà preriflessiva, di “common sense” che ci permette di “sostare indisturbati vicino alle cose”.

Per “common sense” ci piace citare la definizione di Tatossian che parla di “..cornice dell’esperienza, sempre presente e sempre dimenticata, che dà continuità al sé e costituisce il flusso dell’intersoggettività”.

Nelle forme di scompensamento psicotico (non schizofreniche) è più evidente una amplificazione di temi basilari di significato senza che però venga messa in discussione la struttura stessa della realtà, e in cui non si assiste alla completa rottura della cooperazione e del consenso nella comunicabilità dell’esperienza (Arciero, 2002).

In questi casi il “congedo dalla funzione del reale” è solo temporaneo.

Esistono costantemente, per ognuno di noi, due livelli dell’esperienza, irriducibili, rappresentati dal continuo *accadere* della propria vita (sotto forma di un’esperienza antepredicativa e preintenzionale) e dalla sua *riconfigurazione narrativa* attraverso il linguaggio (quindi attraverso significati condivisi che ne permettano un suo riordinamento stabile). La nostra ‘esperienza del vivere’ prende continuamente forma attraverso uno “sforzo di appropriazione” del senso, mediato dalla ricomposizione simbolica del linguaggio.

Dalla continua dinamica circolare tra questi due livelli, cioè l’esperienza vissuta e la continua ricomposizione della propria storia, prende forma l’Identità Narrativa, la cui principale funzione è quella di articolare i temi emotivi, ai quali è ancorata, e di integrare le emozioni discordanti e gli eventi inaspettati in un senso di unicità e di unitarietà (Arciero e Guidano, 2000).

Questo implica che più efficacemente si riesce ad articolare l’esperienza, riuscendo a darle un significato personalmente riconoscibile, più si riesce a modulare oscillazioni emotive perturbanti ed integrarle in un proprio senso di continuità personale.

Esistono inoltre due dimensioni dell’esperienza soggettiva, che riflettono due modi di strutturarsi del dominio emotivo: da un lato il sentirsi sempre sé stesso, il percepire una continuità e una persistenza nella propria esperienza del vivere, e questa dimensione è rappresentata dalla *sameness* (medesimezza), che si struttura sui tratti emotivi ricorrenti e, a sua volta, dà forma alla propria dimensione emotiva; dall’altro il senso dell’*accadere*, della discontinuità dell’*accadere* rappresentato dalla *selfhood* (ipseità), legato agli avvenimenti e agli eventi emotivi, espressione dell’immediatezza situazionale e che dà forma ai momenti di attivazione emotiva improvvisa.

L’Identità Narrativa unifica in maniera dinamica, per mezzo di una trama, gli aspetti ricorrenti del Self con il Self situazionale. Crea una continua

dialettica tra i fattori che permettono all'individuo di essere certo di essere sempre sé stesso, di essere sempre la stessa persona nel tempo (sameness) e la variabilità, instabilità e discontinuità dell'esperienza del vivere (ipseità) (Arciero,2002).

In relazione all'articolazione del senso di Sé (dall'interno o dall'esterno) e all'atteggiamento verso sé stessi e verso il mondo, distinguiamo stili Inward e Outward.

(All'origine di questa distinzione la variabile fondamentale è la *prevedibilità*, da parte del bambino, della risposta genitoriale alle richieste di prossimità e accudimento.)

Gli individui orientati sulla medesimezza modelleranno la propria identità narrativa focalizzando l'attenzione su stati emotivi interni e su emozioni basiche(dep-prone e fob-prone). Gli individui orientati sull'ipseità modelleranno la propria identità narrativa sintonizzandosi su una fonte esterna di referenza e tenderanno a vivere le proprie emozioni attraverso la mediazione di una valutazione cognitiva (*conceptual priming*) (dap-prone e oss-prone). Nello stile Inward la medesimezza orienta la costruzione del racconto di Sé; nello stile Outward l'identità narrativa è orientata dalla corrispondenza a frame esterni di referenza.

La cosa interessante, dal nostro punto di vista, è che l'evento discrepante produrrà un'alterazione dell'articolazione emotiva che si manifesta in maniera diversa a seconda che la propria identità narrativa sia orientata verso la medesimezza (Inward) o verso la ipseità (Outward).

Negli Inward sarà più evidente un' amplificazione dei tratti emotivi basici, con difficoltà di regolazione dell'attivazione emotiva, con forte aumento dell'intensità emotiva ed incremento dei processi di mantenimento (ad es. il bisogno e la ricerca di protezione nei fobici).

Negli Outward invece è più caratteristica l'amplificazione della dipendenza dal contesto di referenza, la difficoltà a gestire il contesto esterno di lettura con interruzione del senso di continuità, e incapacità a riordinare i propri vissuti e le proprie azioni in una trama narrativa consistente: "la trama non riesce più ad essere messa al servizio del personaggio" come direbbe Paul Ricoeur.

Negli scompensi psicotici il soggetto perde la capacità di articolare e riconoscere come propria l'esperienza, e la sua riconfigurazione narrativa viene avvertita come un dato del livello esperenziale; c'è quindi una sorta di collabimento tra i due livelli; questo spiega la certezza soggettiva e l'impermeabilità alla critica. E' inoltre evidente la difficoltà di integrazione

dell'esperienza, e cioè l'incapacità di mantenere una narrazione sequenzialmente unica, stabile, cronologica in cui sia rigidamente diviso l'interno dall'esterno.

Per illustrare meglio le differenti modalità di scompensazione tra Inward e Outward introdurremo due casi clinici in cui è evidente come uno analogo delirio persecutorio si strutturi su due organizzatori di significato diversi (il primo Inward, di tipo fob-prone, il secondo Outward, di tipo dap-prone), con modalità di costruzioni tematiche diverse e uscite sintomatologiche apparentemente simili nella presentazione dei contenuti deliranti, profondamente diverse nella ricostruzione storica del significato dei temi deliranti.

Il primo è il caso di Simona, una donna di 38 anni, il cui problema presentato, la prima volta che la vedo in terapia, consisteva in vissuti d'angoscia intensi e persistenti, temi persecutori nei confronti del marito (del quale sentiva la voce che le ordinava di uccidersi), e impossibilità a restare da sola, in casa né uscire se non accompagnata.

All'età di 28 anni si era sposata con un coetaneo e, al momento della prima gravidanza, erano iniziati i primi problemi col partner (lui riteneva la gravidanza prematura e avrebbe voluto aspettare per avere bambini). I problemi si erano aggravati con la 2° gravidanza in occasione della quale il marito si mostra ancora più distante restando spesso fuori casa (lei si convince che lui abbia un'altra donna); lei in quel periodo inizia a sentirsi minacciata dal marito, si convince che lui voglia farle del male, torna a vivere a Roma, dapprima da una sorella, poi prende casa in affitto e prova a vivere da sola: in quel periodo inizia una sintomatologia clinicamente significativa caratterizzata da vissuti di angoscia, depressione, frequenti crisi di pianto, chiusura relazionale e temi persecutori nei confronti del marito con la convinzione che lui volesse ucciderla,

Dopo qualche mese effettua un T.S. per flebotomia: "l'angoscia era un dolore talmente forte, che non riuscivo a sopportare, come un dolore fisico...tanto che preferivo togliermi la vita piuttosto che continuare a sentirlo". Per un certo periodo il padre (di 84 anni) si trasferirà a vivere con lei; alla morte del padre, dopo circa un anno, vi andrà la madre, con la quale il rapporto è da sempre più difficile e che lei percepisce come *controllante* e *inaffidabile*: dopo appena due mesi farà due ricoveri in SPDC richiesti da lei per paura di togliersi la vita ("sentivo nitida la voce di mio marito che mi diceva di ammazzarmi"), dove viene trattata con NL e Valproato. Intanto il

marito cerca un riavvicinamento, le telefona tutti i giorni, si mostra interessato alla sua salute, e in questo periodo si ha una remissione della sintomatologia, in particolare di quella dispercettiva. Dopo qualche mese, quindi, decide di riprovare il rapporto con lui (“mi sentivo in colpa per aver privato i bambini della possibilità di avere un padre...lui si mostrava disperato senza di me...telefonava tutti i giorni...diceva di essere pentito”) quindi torna a vivere a Palermo (“già dopo tre giorni che stavo giù non mi fidavo di lui neanche se mi portava un bicchiere d’acqua..” dirà in seguito durante la terapia). Nell’arco di un paio di mesi, inizia nuovamente a star male strutturando la convinzione che il marito la voglia fare interdire e toglierle i figli. Quindi torna a Roma con la sintomatologia descritta sopra: angoscia, impossibilità a star da sola, vissuti persecutori nei confronti del marito.

Nelle prime sedute la paziente si presenta passiva, angosciata, spesso piange per buona parte della seduta, con scarse capacità di elaborazioni tematiche. Cercando di riportare i significati dello scompensamento in una trama narrativa della propria storia di vita veniva fuori che Simona aveva sempre avuto vicino figure di riferimento protettive importanti: dapprima il padre, persona abbastanza mitizzata nel contesto familiare, che era molto legato a lei, la più piccola di sei figli; in seguito un amico fraterno del padre, anziano autorevole e di una certa rilevanza sociale, con il quale la Simona era andata a vivere (non avendo figli) dall’età di 18 anni, dopo la morte della moglie, e con il quale continuerà a vivere per dieci anni. Dopo tre mesi dal suo matrimonio questa persona morirà (all’età di circa 90 anni) lasciandole una ingente rendita economica, e un marito conosciuto da pochi mesi.

Fin dalle prime fasi di questa ricostruzione viene fuori come il *sensò di protezione* e la *completa affidabilità* dell’altro fossero per lei, da sempre, temi altamente significativi, e su come la mancata conferma di questi temi avesse innescato lo scompensamento psicopatologico e i vissuti persecutori nei confronti del marito (“..inizialmente mi fidavo ciecamente di lui, era stato il primo uomo della mia vita, e lo consideravo la persona più importante...adesso ho paura che mi possa far del male, che mi possa far togliere i bambini..” dirà durante la terapia).

Inizialmente l’angoscia e l’impossibilità a restare da sola venivano riferite come paura di farsi del male, per la persistenza delle voci del marito che la invitavano ad uccidersi, cosa che viene poi ulteriormente articolata come paura di perdere il controllo. Durante il lavoro di “messa a fuoco” della propria esperienza, cercando di incoraggiare una maggiore articolazione della stessa, viene ricostruita un’*immagine di sé*, in quelle situazioni, “..di

una persona debole, inutile, che non riesce ad essere autonoma, *quindi malata...*". Vengono progressivamente articolati i temi della *debolezza* e dell'*autonomia*, mettendo a fuoco l'importanza che per lei aveva sempre avuto la presenza di una figura significativa protettiva vicino, e come la percezione del marito come non protettivo e inaffidabile innescava l'attivazione del tema basilico della paura, che a sua volta innescava riconfigurazioni narrative caratterizzate dalla *paura di perdere il controllo*, quindi di potersi fare del male; la stessa attivazione emotiva le veniva data dalla vicinanza della madre (che rappresentava per lei una figura affatto affidabile e poco protettiva), e questo non faceva che peggiorare i suoi vissuti di debolezza, aggravando a sua volta la mancanza di autonomia.

Nel corso della terapia Simona inizia ad avere una consapevolezza diversa dei suoi vissuti di debolezza, sinora regolarmente considerati sinonimi di malattia, ed ora collegati alla mancanza di una figura protettiva vicino : " sono sempre stata allevata un po' nella bambagia...prima con mio padre e la mia famiglia dove ero la più piccola...quella un po' coccolata da tutti...poi per dieci anni con l'ammiraglio, che è stata una persona che mi ha sempre concesso tutto anche se mi trattava un po' come una bambina...ho sempre avuto vicina una figura più anziana e protettiva che si prendeva cura di me....".

Questa descritta è una classica situazione di scompenso fobico, dove l'evento discrepante (un senso di scarsa protezione e affidabilità rimandatole dalla situazione coniugale) innesca un'*attivazione della paura*, con *perdita della capacità di modulazione*, paura di perdere il controllo e *amplificazione dei processi di mantenimento* (aumento delle richieste e delle esigenze di protezione con aumento del senso di fragilità e impossibilità a restare da sola); dal punto di vista della riconfigurazione narrativa è evidente la confusione di questa con il livello dell'esperienza (dove l'esperienza della paura prende la forma del delirio persecutorio); si nota inoltre la perdita della capacità di sequenzializzazione tematica e causale, con perdita dei confini tra esterno e interno (il marito inaffidabile è percepito come persecutore, e la sua paura di perdere il controllo è esternalizzata sotto forme di "voci" del marito che le ordinavano di ammazzarsi).

Il secondo caso è quello di Salvatore, 34 anni, che viene a studio, la prima volta, accompagnato da un fratello e presenta, ad un primo esame, una sintomatologia simile caratterizzata da intensi vissuti d'angoscia, con impossibilità a stare da solo e vissuti persecutori verso i colleghi di lavoro, con la convinzione che cercassero di avvelenarlo.

Lui era un operaio edile e aveva interrotto gli studi dopo il II anno di Istituto Tecnico Industriale, quando si era messo con una ragazza di 5 anni più piccola (alla quale si era dichiarato telefonicamente), con la quale aveva strutturato una sorta di rapporto simbiotico, trascorrendo la maggior parte del tempo a casa sua (è interessante notare che dopo 5 anni la lascerà perché inizierà ad avvertire aspettative di matrimonio da parte della ragazza e dei familiari!).

La cosa caratteristica nella sua storia era che aveva sempre lavorato in contesto familiare (con la madre per qualche anno o con un amico di famiglia) o da solo, prevalentemente nel campo dell'edilizia. Da circa un anno lavorava in un'impresa di costruzione, cui era arrivato tramite un annuncio su un giornale (quindi non familiare).

Inizialmente le cose sul lavoro andavano bene, era entrato in confidenza con il geometra del cantiere, più o meno della sua età, e figlio del datore di lavoro; dopo qualche mese viene mandato via un nuovo operaio, lui inizia a farsi l'idea che i colleghi pensino che fosse stato mandato via per colpa sua (per disaccordi con lui). Nello stesso periodo percepisce un raffreddamento nei rapporti con i colleghi di lavoro e anche con il geometra; quindi viene assunta un'altra persona sul lavoro e lui si convince che è qualcuno messo lì per controllarlo. Nei mesi successivi la situazione man mano peggiorerà fino a strutturare dei temi persecutori, con la convinzione che i suoi colleghi avessero ordito un complotto contro di lui e lo stessero lentamente avvelenando mettendogli qualcosa nel caffè e nell'acqua minerale (che era la spiegazione data del suo progressivo 'stare male').

Nell'ambito del lavoro terapeutico viene fuori il problema di una marcata sensibilità al giudizio degli altri, giudizio che era vissuto in termini costitutivi e definitivi: esisteva una *continua richiesta di riconoscimento* di un suo senso di importanza (che voleva dire essere considerato sul lavoro il migliore, primeggiare tra tutti) con *un'estrema sensibilità alle disconferme*, per cui se il figlio del datore di lavoro si fermava a parlare con lui e gli chiedeva dei CD o programmi di PC in prestito, lui si sentiva riconosciuto come il migliore operaio del cantiere; se questo ragazzo rifiutava di dividere la colazione con lui o un giorno lo salutava con meno entusiasmo, questo era subito spiegato come una disconferma della loro 'amicizia' e dell'essere considerato il migliore operaio; e quando questo ragazzo per qualche settimana va a lavorare in ufficio e lui rimane a lavorare in cantiere, l'episodio viene letto come un modo per umiliarlo (per sottolineare la differenza tra lui operaio e lui geometra).

In questa continua ricerca di conferme c'era un bisogno di mostrarsi sempre superiore agli altri per essere accettato; il non sentirsi riconosciuto questo senso di importanza innescava un'esperienza di sé di inferiorità e inadeguatezza che dava origine a spiegazioni del tipo: "...cercano di mettermi in difficoltà" quindi "...sono coalizzati contro di me, mi vogliono escludere", fino a strutturare vere e proprie tematiche persecutorie "...mi stanno mettendo qualcosa nel caffè, mi vogliono avvelenare.."; anche in questo tipo di tematica delirante era evidente la non distinzione tra fra il livello dell'esperienza e quello della sua riconfigurazione esplicativa.

Nel periodo in cui inizio a vederlo aveva difficoltà a vivere da solo (viveva da solo da alcuni anni in un appartamento in affitto che prima era stato di una sorella) e tornava spesso a stare con i genitori; in particolare il rapporto con la madre era ritenuto, apparentemente, rassicurante e protettivo ("...quando sto con lei non mi sento inferiore...lei accetterebbe da me qualsiasi cosa.." dove era evidente come l'assoluta mancanza di confronti rendeva il rapporto con la madre rassicurante e protettivo). In questo periodo trascorre molto tempo in casa, spesso a letto, lavora poco e in maniera discontinua, sono sempre più evidenti vissuti di ansia e vissuti depressivi, presenta quella che in termini descrittivi potrebbe essere riferita come depressione post-psicotica. Ricostruendo le scene della convivenza con la madre si mette a fuoco da una parte il "sentirsi protetto da una che accetterebbe da lui qualsiasi cosa", dall'altra un'esperienza di sé di "uno non all'altezza delle altre persone, inferiore rispetto agli altri", dove erano evidenti i continui temi di confronto e i comportamenti di evitamento dello stesso.

L'ansia era sempre più chiaramente messa in relazione a temi di sensibilità al giudizio: bastava che una vecchina del suo stabile non ricambiasse un suo cenno di saluto o che il portiere del suo stabile lo salutasse in modo particolare (ad es. "ciao Sasà..", dove l'uso del diminutivo era 'chiaramente' un modo per sminuirlo), per sentirsi "un malato..uno che aveva problemi...che i condomini non avevano mai visto portare una ragazza in casa..". Il tema del riconoscimento di Sé dall'esterno rendeva estremamente labile e cangiante l'immagine e il relativo senso di Sé.

In questo secondo caso, nonostante la somiglianza iniziale dei temi persecutori, è evidente come i significati dello scompensamento siano completamente diversi, e come l'evento discrepante (una situazione lavorativa nuova) inneschi un'amplificazione della dipendenza da un contesto di riferimento esterno, con aumento della sensibilità al giudizio e delle richieste di riconoscimento, con interruzione della continuità del

personaggio (quello dell'operaio molto bravo nel suo lavoro, capace di lavorare 12 ore al giorno, senza grilli per la testa) (“...io non so chi sono, non ho esperienza..” era una delle affermazioni più frequenti della prima parte della terapia).

E' inutile sottolineare come un incasellamento nosografico classico dei due casi clinici avrebbe rimandato i due pz ad una malattia condivisa, che avrebbe potuto essere curata dagli stessi farmaci, essendo assolutamente ininfluente il significato personale e storico del loro delirio, rinforzando l'esternalità della loro riformulazione esplicativa.

A sottolineare invece *l'importanza del mondo portato dalla persona sofferente* nell'incontro terapeutico, vorrei chiudere l'intervento con una frase di una poetessa e saggista americana che, mi sembra, rappresenti bene la posizione di vulnerabilità del paziente davanti allo psichiatra:

“Quando una persona autorevole propone una descrizione del mondo nella quale chi ascolta non è presente, si verifica un momento di scompenso psichico, come se si guardasse dentro uno specchio senza vedere niente.” (Adrienne Rich)

## **BIBLIOGRAFIA**

ARCIERO G., GUIDANO V.F. (2000), Experience, Explanation and Quest for Coherence, In Neymeyer and Raskin.

ARCIERO G. (2002), *Studi e dialoghi sull'identità personale*, Bollati Boringhieri, Torino.

BALLERINI A., STANGHELLINI G. (1991), Organizzatori psicopatologici e organizzatori nosografici, *Atti del Congresso: “Nosografia e Transnosografia”*, Siena, 21/23 Marzo.

BINSWANGER L. (1922), Sulla fenomenologia, In *Per una antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1984.

BLANKENBURG W. (1988), *La perdita dell'evidenza naturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

BOYLE M. (1994), *Schizofrenia, un delirio scientifico*, Astrolabio, Roma.

GOZZETTI G., CAPPELLARI L., BALLERINI A. (1999), *Psicopatologia fenomenologica della psicosi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

VAN PRAAG H.M. (2000), Nosologomania: a disorder of psychiatry, *World J Biol Psychiatry*, 1(3), pp. 151-8.

RICH A. (1989), *Segreti, silenzi, bugie*, La tartaruga, Milano.

RICOEUR P. (1993), *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano.

TATOSSIAN A. (2003), *La fenomenologia delle psicosi.*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.

Salvatore Blanco, Enrico Perra, Mario A. Reda

## **“ORDINE E DISORDINE” NELLE RISPOSTE PSICOFISIOLOGICHE DEI PAZIENTI SCHIZOFRENICI**

*Nessun sistema è stabile rispetto  
a possibili trasformazioni.  
Questa è una storia senza fine  
(Prigogine e Stengers)*

### **La schizofrenia come organizzazione disorganizzata della conoscenza umana.**

Da un punto di vista evolucionistico, gli esseri viventi hanno strutturato nel patrimonio genetico caratteristiche tali da favorire le variazioni cicliche delle proprie funzioni psicofisiologiche in sincronia con le fluttuazioni interne ed esterne, favorendo così la sopravvivenza individuale. L'organizzazione biologica è caratterizzata da un gran numero di attività ritmiche (a vari livelli di complessità: cellulare, tissutale, organismico, ecc.) che si sono andate via via stabilizzando: si può osservare nell'uomo, anche nell'arco di una giornata, un susseguirsi ritmico e regolare di periodi di attività e riposo e registrare delle oscillazioni cicliche nei ritmi psicofisiologici (variazioni circadiana di temperatura, ecc.).

Tutte le funzioni biologiche conosciute hanno mostrato di variare ritmicamente con una particolare periodicità, per cui l'organizzazione biologica tende a mostrare ritmi di attivazione sincroni ed invarianti, ed in ogni caso strettamente correlati tra loro da un punto di vista temporale. In questo senso i sistemi processuali emotivi potrebbero rappresentare degli oscillatori ad alta integrazione con variazioni cicliche, anche se tali fluttuazioni sono difficili da identificare a causa sia della complessità di tali risposte che della rapidità delle loro oscillazioni.

Numerose recenti ricerche hanno evidenziato che le differenti e molteplici modalità ritmiche di correlarsi delle risposte emozionali ed autonome non si strutturano secondo un unico continuum, che si estende dalla dominanza parasimpatica a quella simpatica, ma piuttosto si organizzano in spazi pluridimensionali con significative differenze interindividuali (Blanco et al., 1984, 1986; Berntson et al., 1991). Tali patterns sembrerebbero vincolarsi, durante lo sviluppo dell'organismo, in processi psicofisiologici stabili sia in senso di attività emozione-specifica (paura, rabbia, dolore, gioia, etc.) (Ekman et al., 1983, 1944), che in termini di processi emotivi di

livello gerarchico più elevato, connotando affettivamente, in tal modo, la Conoscenza che un individuo ha di Sé e del mondo (Guidano e Liotti, 1983; Reda, 1986; Reda et al., 1986, 1988, 1991; Blanco et al. 1990; Guidano, 1988, 1992).

Nel 1986 (Blanco et al.), partendo da un paradigma evolucionistico sullo sviluppo e l'organizzazione della conoscenza umana e dalla considerazione che nella schizofrenia l'identità personale è assai instabile con gravi difficoltà nell'integrazione delle risposte emozionali, abbiamo identificato, in un gruppo di pazienti schizofrenici, alcuni ritmi psicofisiologici simili a quelli caratteristici delle quattro Organizzazioni di Significato Personale (OSP) (Reda et al., 1986, 1991, 1996; Guidano, 1992).

In successive indagini (Reda et al., 1986, 1991, 1996), abbiamo monitorizzato e confrontato le correlazioni tra pattern fisiologici quali EMG, GSR, HR e TEMP (potenziale elettromiografico, risposta galvanica cutanea, frequenza cardiaca e temperatura periferica) di vari gruppi di soggetti: soggetti normali, pazienti con scompensi nevrotici e pazienti schizofrenici.

I risultati hanno evidenziato notevoli differenze intragruppo e tra i gruppi. In particolare, i pazienti schizofrenici erano caratterizzati da una estrema difficoltà a stabilizzare i parametri fisiologici di base secondo le regole più funzionali alla specie umana, con scarsa flessibilità quale misura dell'adattabilità del sistema ad assimilare dati di realtà. La capacità di assimilazione delle fluttuazioni emozionali è un indicatore attendibile dei parametri di articolazione del paradigma organizzativo col reale.

È in questa luce che guardiamo gli scompensi nevrotici: in essi la capacità di assimilazione emozionale dell'individuo, data dalla flessibilità dei suoi vincoli, è ridotta. Alcuni vincoli si irrigidiscono, l'apertura del sistema diventa limitata, sebbene ancora articolata, e il sistema tesse la sua stessa crisi.

Appare il mondo schizofrenico quando i processi d'integrazione restano bloccati su dei patterns rigidi e scarsamente mutabili. Per esempio, le esperienze emozionali e gli avvenimenti nuovi sono riconosciuti senza feedback modificatori; progressivamente la distanza tra patterns di riferimento al riconoscimento diventa sempre più grande, al punto che il processo stesso d'interpretazione si arresta.

Un approccio complesso deve necessariamente tenere conto della dimensione temporale e delle alterazioni nella ritmicità delle funzioni, oltre che delle variazioni delle loro grandezze. In generale, è possibile studiare la periodicità di una qualsiasi funzione che possa essere osservata e quantificata nel corso del tempo: una volta identificati il periodo e le

variazioni di ampiezza di un ritmo, è possibile descriverlo mediante una sinusoidale. Essendo i fenomeni ciclici rappresentabili graficamente come sinusoidi, un obiettivo è quello, dopo la rilevazione di una serie storica di misure di un fenomeno di cui si presuppone un andamento periodico, di trovare la funzione sinusoidale che più si avvicina alla distribuzione empirica dei dati disponibili, pur mantenendosi stabile nel tempo. Dal momento che i fenomeni periodici sono inscrivibili in una circonferenza e quindi rappresentabili in una forma chiusa è legittimo parlare di una loro morfologia funzionale.

Partendo da queste considerazioni e da precedenti ricerche che hanno evidenziato l'esistenza di configurazioni psicofisiologiche periodiche ed invarianti sia nelle quattro Organizzazioni di Significato Personale (Blanco, 1984, 1986; Reda, 1986; Guidano, 1992) che nei soggetti schizofrenici (Reda et al., 1986; 1991), abbiamo voluto abbozzare qualche ipotesi sul significato e sulle implicazioni cliniche che scaturiscono dall'analisi della morfologia funzionale delle correlazioni fra i patterns psicofisiologici; ciò al fine di evidenziare e quantificare le caratteristiche di tali ritmi, attraverso una migliore analisi delle somiglianze e delle differenze di forma delle funzioni periodiche registrate, quale modalità di integrazione delle risposte emozionali.

## **Metodica sperimentale e risultati**

Di seguito sono descritte e analizzate le risposte psicofisiologiche di 147 pazienti schizofrenici. Tutti erano stati sottoposti a varie forme di trattamento, sia psicoterapeutico che farmacologico (con antipsicotici di vecchia generazione) protratto per lunghi periodi di tempo e tutti accusavano la sintomatologia da almeno tre anni.

Le rilevazioni hanno avuto la durata di 30 minuti, rispettivamente 5 minuti primi di baseline (durante il quale il paziente non riceveva nessun segnale acustico), 4 trials consecutivi di 5 minuti primi (durante i quali veniva fornito un segnale continuo, con frequenza che variava proporzionalmente al variare della attività muscolo-espressiva) e ulteriori 5 minuti primi di baseline (disegno sperimentale A/B/A: baseline-trattamento-baseline).

Abbiamo utilizzato il segnale acustico come elemento che induce turbolenza in un sistema che tende all'autoregolazione (Self regulatory system di Schwartz) e, come spia del processo di autoregolazione, abbiamo considerato le modalità di integrazione e di reintegrazione di alcuni parametri emozionali a seguito di una perturbazione esterna. A tutti i

pazienti sono stati registrati contemporaneamente EMG, GSR, HR e TEMP.

Le fluttuazioni dei coefficienti di correlazione fra i vari patterns psicofisiologici (EMG→GSR, EMG→TEMP, etc.) sono state sottoposte all'Analisi di Fourier (Christopher e Waters, 1974; Rohlf e Archie, 1984) al fine di evidenziare e quantificare nei soggetti dei cicli funzionali stabili ed invariati. L'uso delle Serie di Fourier rappresenta un metodo di descrizione quantitativo necessario alla rappresentazione della morfologia di un fenomeno periodico con un'equazione lineare costituita da un certo numero di termini, ognuno dei quali contribuisce con una componente alla forma totale. In questo senso la morfologia di un processo psicofisiologico può essere definita come un'onda irregolare ma periodica, pienamente spiegabile in termini di ampiezze e posizioni di una serie di onde seno e coseno di vari periodi. Nel nostro caso la Serie di Fourier è stata costruita attraverso una espressione matematica di onde seno e coseno basate sui valori medi per minuto delle correlazioni fra le risposte psicofisiologiche prese in esame (EMG→GSR, etc.) al baseline.

Dal momento che l'invarianza e la variabilità di un periodo di un "taxon" possono essere numericamente stabilite, ciò consente di effettuare un confronto quantitativo fra forme di differenti "taxa". Il grado di somiglianza o di differenza fra le onde sinusoidali esprime la ciclicità delle risposte psicofisiologiche nei gruppi dei soggetti presi in esame, è stato calcolato usando le tecniche dell'Analisi della Varianza (ANOVA). Le matrici di confronto erano costituite da i Coefficienti di Fourier ( $a_j$  e  $b_j$ ), dall'ampiezza ( $c_j$ ), e dall'angolo di fase ( $\phi_j$ ) per ognuna delle armoniche calcolate.

Nei pazienti schizofrenici manca una invarianza nella correlazione fra le risposte: tale disorganizzazione potrebbe spiegare la difficoltà di questi soggetti ad organizzare congruamente percezioni, cognizioni ed emozioni e, conseguentemente, chiarirebbe la labilità degli schemi di base quali l'identità e lo schema corporeo. Per di più questa mancanza di ordine nei vincoli fisiologici, aumentando il rumore nella conduzione delle informazioni esterne, interferisce con il corretto incanalamento e la codifica dei dati ambientali. La carenza di organizzatori efficienti, quindi aumenta la probabilità di distorsioni percettive

Nonostante qualche abbozzo organizzativo che sembra un tentativo di strutturare uno stile nevrotico labile e facilmente disgregabile, non sono, dall'analisi dei nostri dati, presenti delle tracce stabili che consentano un'integrazione, anche se rigida, funzionale delle componenti fisiologiche. Per di più la disorganizzazione del sistema resiste alle perturbazioni esterne e si evidenzia una grossa reazione di allarme ad ogni tentativo

di riorganizzare le risposte psicofisiologiche ad una correlazione "più funzionale e stabile".

I pazienti schizofrenici di tipo paranoide hanno mostrato due tipi di reattività autonoma, a dipendere dal fatto che le idee deliranti fossero o meno accompagnate da allucinazioni. Nei soggetti con manifestazione allucinatoria si è assistito ad una correlazione inversa fra EMG e GSR: a una diminuzione del tono muscolare si è avuto un aumento significativo della risposta elettrodermica, ma nessuna variazione significativa della temperatura. Il quadro psicofisiologico si presenta simile a quello dei pazienti con OSP di tipo fobico. I soggetti con idee deliranti e tematiche di dubbio senza manifestazioni allucinatorie, hanno reagito soprattutto con diminuzioni della temperatura periferica alla diminuzione del tono muscolare e con un modesto e non significativo aumento della risposta elettrodermica. Il quadro psicofisiologico si presenta simile a quello dei pazienti con OSP di tipo Ossessivo.

Nei pazienti di tipo simplex si sono evidenziati dei pattern di risposta fisiologica caratterizzati da estrema rigidità e povertà. Durante le sedute i valori rimanevano pressoché costanti, nonostante una certa tendenza (non significativa) a correlare positivamente EMG e GSR, negativamente sia EMG-TEMP che GSR e TEMP. Questi soggetti sembrerebbero caratterizzati da assenza di risposte e da grosse difficoltà percettive piuttosto che da risposte caratteristiche. Il quadro psicofisiologico si presenta simile a quello dei pazienti con OSP di tipo Depressivo.

I soggetti schizofrenici di tipo disorganizzato sono caratterizzati da un'assenza di correlazioni caratteristiche fra i parametri variando ora in un senso ora nell'altra non riuscendo a strutturare nessuna risposta significativa. Il profilo psicofisiologico si presenta simile a quello dei pazienti con OSP di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni.

Nei pazienti di tipo catatonico l'elemento caratteristico sembra rappresentato da un'assenza assoluta di correlazione tra EMG e sia GSR che TEMP. Mentre si aveva un significativo stato di costante allarme sia elettrodermico che cutaneo, GSR e TEMP correlavano positivamente. Elemento comune nei sottogruppi dei pazienti schizofrenici è una destrutturazione completa di risposta con spesso grosse reazioni idiosincrasiche di allarme ad ogni tentativo di portare le risposte fisiologiche a correlazioni di tipo più stabili.

## **Conclusioni**

Nonostante una sorta di rigidità idiosincrasica che si attenua con la scomparsa della sintomatologia, nelle quattro organizzazioni con scompenso nevrotico è stato possibile individuare dei vincoli psicofisiologici costanti e stabili nel tempo.

Nei pazienti schizofrenici, malgrado qualche abbozzo organizzativo, che sembra un tentativo di strutturare uno dei quattro stili nevrotici, labile e facilmente disgregabile, non sono, dall'analisi dei nostri dati, presenti delle tracce stabili che consentano un'integrazione, anche se rigida, funzionale delle componenti emozionali. Per di più la disorganizzazione del sistema resiste alle perturbazioni esterne e si evidenzia una grossa reazione di allarme ad ogni tentativo di riorganizzare le risposte psicofisiologiche ad una correlazione più funzionale (per esempio, alla scomparsa delle tematiche deliranti, attraverso la terapia farmacologica, corrisponde un incremento di disorganizzazione delle componenti emozionale). Si evidenzia in questi pazienti uno schema ricorsivo caratterizzato dalla tendenza ad abbozzare una modalità strutturata seguita rapidamente da una successiva disintegrazione dei parametri psicofisiologici "confusa e casuale".

Nella fase di remissione sintomatologia, mentre si "ricompono" il quadro cognitivo e comportamentale (agli occhi di un osservatore esterno, non psicotico), si mantiene un'integrazione "destrutturata" a livello sensoriale ed emozionale. Abbiamo potuto osservare che vi è una strutturazione organizzativa più adeguata quando lo psicotico entra in fase produttiva, delirando.

Dal punto di vista della psicoterapia è evidente che ad un "miglioramento" sociale nella sfera cognitivo-comportamentale non corrisponde un analogo allineamento sensoriale ed emozionale (segnalato dalla disorganizzazione psicofisiologica) con gli altri individui. Questo provoca una difficoltà nella comunicazione implicita con l'ambiente, con la conseguente difficoltà degli psicotici ad organizzare le componenti verbali, motorie ed emozionali così da ottenere gli obiettivi psicosociali nel modo proposto o meglio "imposto" dagli altri individui non psicotici.

Ne consegue che in psicoterapia insorgano grossi problemi nel "forzare" il paziente schizofrenico alla reciprocità intersoggettiva senza considerare le sue particolari modalità emozionali (che rifiutano una sintonia comune). E' necessario pertanto considerare meglio le strategie comunicative profonde che questi individui utilizzano.

Solo comprendendo meglio tali modalità emozionali si potrà instaurare con questi pazienti una relazione terapeutica che possa tenere conto delle loro esigenze e dei loro limiti. Questo può consentire di instaurare una

reciprocità terapeutica più efficace che abbia come caratteristica prioritaria il rispetto della "diversità" emozionale dello schizofrenico, primo passo verso una possibile accettazione psicosociale.

Un sistema complesso assume i caratteri di una stella, tesa fra implosione ed esplosione; perché possa ingenerarsi, è necessario che l'organizzazione venga a retroagire, attraverso vincoli, con gli elementi costitutivi dell'organizzazione stessa. In questo far parte del tutto, non solo si vedono incanalate una serie di possibilità ma si vedono anche vincolati una serie di antagonismi presenti in esse, nettamente antiorganizzazionali. Da questo dinamismo nasce il concetto di flessibilità; attendibile misura dell'adattabilità del sistema.

La capacità di assimilare le perturbazioni fornisce il grado di articolazione del sistema e la misura delle sue capacità di cambiamento e riorganizzazione attraverso il susseguirsi di una serie di equilibri instabili. Negli stati di "nevrosi", la capacità di assimilazione dell'organizzazione, consentita dalla flessibilità delle sue risposte, è ridotta, e un gran numero di vincoli e di ritmi tendono ad irrigidirsi. L'apertura del sistema diventa limitata, sebbene ancora articolata: la crisi si può risolvere con ipotesi ad hoc volte ad inglobare le anomalie generatrici di rigidità (cambiamento superficiale) o può terminare con una scoperta. In tal caso, le fluttuazioni possono determinare un totale rimaneggiamento dei vincoli, organizzandoli in un nuovo ordine: il sistema compie un salto, emerge una nuova visione gestaltica e si realizza, così, un cambiamento profondo,

La chiusura o l'apertura estrema, senza più nessun vincolo organizzazionale, corrispondono a due radicalizzazioni del funzionamento del sistema: ne deriva la dogmaticità o la perdita totale dei vincoli. Queste condizioni gelano le capacità assimilative e connettive del sistema, e vengono ad essere colpite le principali sorgenti che alimentano la complessità: la comunicazione e la percezione; esse si trasformano, di conseguenza, in deliri e allucinazioni.

Come sostiene Atlan, il funzionamento delirante dell'immaginario, non è delirante perché si proietta sul reale, ma perché cessa di funzionare come sistema aperto, cessando di nutrirsi di interazioni di ritorno da questa reale fonte di aleas, dunque di novità.

L'identità personale, organizzazione dei vincoli nella dimensione temporale, si impoverisce, si isola, si blocca, si perde. L'attenzione si frammenta in centomila volti, centomila voci: da qui nasce la paura, così ben tangibile nelle acuzie schizofreniche. La conoscenza umana si dissolve nel disordine e l'umano si cristallizza nella propria disorganizzazione.

Dai dati emersi nelle nostre ricerche e in un'ottica sistemico processuale

(Guidano, 1992), normalità, nevrosi e psicosi sembrerebbero proporsi come un unico continuum con dimensioni dinamiche e mutevoli i cui confini sono spesso indistinguibili. All'interno di questo spazio pluridimensionale, "la normalità" sembra essere caratterizzata da una maggiore flessibilità e generatività dei vincoli psicofisiologici con cui un'Organizzazione assimila e smorza le perturbazioni interne ed esterne, articolando in tal modo la propria direzionalità ortogenetica nel corso del ciclo di vita. Se un'organizzazione, durante la propria storia di sviluppo, irrigidisce tali vincoli, con conseguente insufficiente articolazione della dimensione concretezza-astrazione, può evolvere verso una "dimensione nevrotica", mentre se, alla rigidità dei ritmi e al limite rappresentato da un'elaborazione troppo concreta delle informazioni, si aggiunge un incremento di disorganizzazione nell'integrazione delle risposte psicofisiologiche con interferenze, più o meno intense, sulle capacità autointegranti del Sé, l'individuo tende a slittare verso una "dimensione psicotica".

Il ciclo di vita individuale diventa il luogo dell'emergenza dell'autorganizzazione e, nella ricerca di un'identità personale strutturata resa più complessa dalle variabili senso-emozionali, viene ad emergere il tutto, dalla somma delle parti tacite ed esplicite, che portavano in sé i vincoli generanti dello sviluppo. Esso è caratterizzato, per dirla con Prigogine, da una successione di regioni stabili in cui dominano leggi deterministiche, e di regioni instabili, vicino ai punti di biforcazione in cui il sistema può scegliere più di un possibile futuro. Potremmo, perciò, riassumere dicendo che un'identità personale si autorganizza a partire da forme i cui sentieri organizzativi rappresentano le condizioni psicobiologiche su cui si è sviluppato il sistema; alla luce di questo guardiamo alle quattro organizzazioni che il cognitivismo strutturalista ci fornisce, come a "tracce della complessità". Da queste riflessioni nasce la nostra ricerca di configurazioni psicofisiologiche caratteristiche delle forme schizofreniche e la considerazione di esse come "organizzazioni disorganizzate".

### **Riflessioni su alcuni aspetti psicobiologici dell'integrazione emozionale**

Nel 1992, nel corso di un seminario sulle Psicosi a Cagliari, Vittorio Guidano sottolineava l'aspetto di artefatto "iatrogeno" della sintomatologia negativa della schizofrenia (apatia, anaffettività, anedonia, deficit dell'attenzione, alogia).

In effetti, in armonia con l'ipotesi che vede come causa della schizofrenia un ipertono dopaminergico nella via mesolimbica ed un ipotono nella via mesocorticale, si può concludere che l'azione di blocco generalizzato dei recettori D2 operato dagli antipsicotici tradizionali (aloperidolo, clorpromazina, ecc.), pur migliorando i sintomi "positivi" (allucinazioni, deliri, ecc.) col blocco D2 mesolimbico, comportano un contemporaneo peggioramento della sintomatologia "negativa" ed una conseguente difficoltà ad intraprendere un intervento psicoterapeutico o socio-riabilitativo.

L'arrivo dei nuovi antipsicotici, cosiddetti "atipici" (olanzapina, clorzapina, risperidone, quetiapina), ha capovolto questa impostazione.

Il prevalente blocco dei ricettori serotoninergici 5-HT<sub>2</sub>, con conseguente incremento del tono dopaminergico mesocorticale, nonché altre azioni concomitanti nel migliorare i sintomi negativi, aprono la prospettiva di un superamento della classica dicotomia farmacoterapia/psicoterapia, facendo intravedere una possibile sinergia tra l'intervento biologico e quello "umanistico".

La nostra esperienza, che si basa sull'osservazione del decorso clinico e del comportamento di circa 40 pazienti psicotici gravi sottoposti contemporaneamente ad antipsicotici atipici ed attività socio-riabilitativa (laboratorio teatrale e musicale) segnala un recupero più che buono ed in taluni casi straordinario, certamente impensabili con i vecchi farmaci antipsicotici.

Una paziente schizofrenica segnalava il miglioramento della capacità di percepire e decodificare le proprie emozioni, che erano a suo dire, fino a quel momento "addormentate". Inoltre, nessuno di questi pazienti ha dovuto subire un ricovero in SPDC nel corso di 1 anno. E' evidente che un approccio siffatto apre nuove prospettive nel campo della psicoterapia dei pazienti psicotici.

La sensazione di un generale miglioramento della capacità di integrazione fra sfera cognitiva, affettiva ed emotiva e alla base della nostra ipotesi di sperimentazione.

C'è infatti da chiedersi: il miglioramento dell'umore, della memoria operativa, dell'attenzione, della fluidità dell'eloquio (e quindi del pensiero), può capovolgere la dis-integrazione che emerge dall'analisi dei parametri elettrofisiologici evidenziata dai lavori di Blanco e Reda, dopo l'uso di neurolettici tradizionali?

Se infatti, di miglioramento dei sintomi cognitivi può favorire un atteggiamento più introspettivo, una più incisiva attenzione sui propri stati interni, e la decodifica delle emozioni, si può ipotizzare che i parametri

elettrofisiologici siano più integrati con le somministrazioni di neurolettici atipici rispetto a quelli classici. Se così fosse, si potrebbe concludere che tali farmaci facilitino il ripristino della propria “coerenza interne”.

## **BIBLIOGRAFIA**

BECHARA A., TRANEL D., DAMASIO H., DAMASIO A. R. (1996), Failure to respond autonomically to anticipated future outcomes following damage to prefrontal cortex, *Cerebral Cortex*, 6, pp. 215-225.

BECHARA A., DAMASIO H., TRANEL D., DAMASIO A. R. (1997), Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy, *Science*, 275, pp. 1293-1295.

BECHARA A., DAMASIO H., DAMASIO A. R., LEE G. P. (1999), Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making, *Journal of Neuroscience*, 19, 5473-5481.

BERNTSON G. G., CACIOPPO J. T., QUIGLEY K. S. (1991), Autonomic determinism: the modes of Autonomic control, the Doctrine of Autonomic space, and the Law of Autonomic constraint, *Psychological Review*, 98, 4, 459-487.

BIRBAUMER N., GRODD W., DIEDRICH O., KLOSE U., ERB E., LOTZE M., SCHNEIDER R., WEISS U., FLOR H. (1998), fMRI reveals amygdala activation to human faces in social phobics, *NeuroReport*, 9, pp.1223-1226.

BLANCO S., MARCHI E., REDA M. A. (1984), Risposta paradossale dei pazienti agorafobici all'EMG-BFB training, In Pancheri P. (a cura di), *Terapia in Medicina Comportamentale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

BLANCO S., MAHONEY M. J. (1986), Il "Mirror Time": un approccio alla comprensione del Sé (aspetti psicofisiologici della complessità), *Atti 3° Congr. Naz. Soc. Ital. di Ter. Comport. e Cognitiva*, Milano, 17-18 ott., Ed. Unicopli.

BLANCO S., GUIDANO V. F., PALOMBA M., PORCU S., REDA M. A. ZORCOLO G. (1990), *Un approccio sistemico processuale all'organizzazione cognitiva di soggetti caratteropatici*, *Neurologia Psichiatria Scienze Umane*, X, 3, pp. 447-463.

CHRISTOPHER R. A., WATERS J. A. (1974), Fourier series as a quantitative descriptor of miospore shape, *Journ. of Paleontology*, 48, 4, pp. 697-709.

DAVIDSON R. J. (1998), Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuro-science, *Cognition and Emotion*, 12, pp. 307-320.

DAVIDSON R. J., JACKSON D. C., E KALIN N. H. (2000), *Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience*, *Psychological Bulletin*, 126, pp. 890-909.

DAVIDSON R. J., PUTNAM K. M., LARSON C. L. (2000), Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation. A possible prelude to violence, *Science*, 289, pp. 591-594.

DAVIDSON R. J., MARSHALL J. R., TOMARKEN A. J., HENRIQUES J.B. (2000), While a phobic waits: Regional brain electrical and autonomic activity in social phobics during anticipation of public speaking, *Biological Psychiatry*, 47, pp. 85-95.

DAVIDSON R. J. (2000), *Affective Style, Psychopathology and Resilience: Brain Mechanisms and Plasticity*, *American Psychologist*, 55, 11, pp. 1214-1230.

EKMAN P., LEVENSON R. W., FRIESEN W. V. (1983), Autonomic Nervous System Activity Distinguishes Among Emotions, *Science*, 221, pp. 1208-1210.

EKMAN P., DAVIDSON R. J. (1994), *The nature of emotion: Fundamental questions*, Oxford University Press, New York.

FRANCIS D., MEANEY M. J. (1999), Maternal care and development of stress responses, *Current Opinion in Neurobiology*, 9, pp.128-134.

GUIDANO V. F. (1987), *Selfhood processes and life span development*, Guilford, New York, (trad. it., *La Complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

GUIDANO V. F. (1991), *The Self in Process (toward a post-rationalist cognitive therapy)*, Guilford, New York, (trad. it., *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-rationalista*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

GUIDANO V. F., LIOTTI G. (1983), *Cognitive processes and emotional disorders*, Guilford, New York.

KOSSLYN S. M., KOENIG O. (1992), *Wet mind: The new cognitive neuroscience*, Free Press, New York.

LANG P. J. (1995), The emotion probe: Studies of motivation and attention, *American Psychologist*, 50, pp. 372-385.

RAUCH, S. L., SAVAGE C. R., ALPERT N. M., FISCHMAN A. J., JENIKE M. A. (1997), A study of three disorders using ; positron emission tomography and symptom provocation, *Biological Psychiatry*, 42, pp. 446-452.

REDA M. A., ARCIERO G., BLANCO S. (1986), Organizzazioni cognitive, strutture psicofisiologiche e diagnosi di schizofrenia, *Riv. di Psichiatria*, 21, pp. 142-148.

REDA M. A. (1986), *Sistemi complessi e psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

REDA M. A., BLANCO S., GUIDANO V. F., MAHONEY M. J. (1988), Physiological deregulation and psychological disorders: data from the clinical use of Mirror Time, *22nd Annual AABT Convention*, New York, 17-20 nov.

REDA M. A., BLANCO S., DEMONTIS D. (1991), Problemi psicoterapeutici con pazienti psicotici: una ricerca sperimentale, *Neurologia Psichiatria Scienze Umane*, New Trends in Shizofrenia, pp. 379-386.

REDA M. A., BLANCO S., BENEVENTO D. (1996), Il corpo: uno specchio dell'anima, *Saluto Donna 2000*, AME, Grafica Pistolesi, Siena.

ROHLF F. J., ARCHIE J. W. (1984), A comparison of Fourier Methods for the description of wing shape in Mosquitoes (Diptera: culicidae), *Syst. Zool.*, 33, 3, pp. 302-317.

Liria Grimaldi di Teresena

## **DELIRIO E NARRATIVA. UNA PROSPETTIVA COSTRUTTIVISTA**

I soggetti deliranti, come i depressi, presentano convinzioni negative latenti inerenti il Sé che possono essere attivate da

life - events negativi (Bentall, Corcoran, Howard e Blackwood, 2001).

Questa simile strutturazione del senso di sé, nel soggetto delirante, è articolata, in termini di consapevolezza personale, narrativa e attribuzione causale agli eventi, in una dimensione cognitiva profondamente diversa.

Infatti, a differenza dei soggetti depressi, i soggetti deliranti evitano l'attivazione del senso negativo del sé attribuendo ad azioni di altri gli eventi minacciosi : la prevalenza della rabbia nei confronti degli altri rispetto al senso di disperazione (Guidano, 1988).

Questa modalità attribuzionale consente uno stile narrativo degli eventi tale da evitare l'emergenza di oscillazioni emotive, legate al senso negativo di sé, perturbanti ed intollerabili.

La drammatica ed inevitabile conseguenza di questa modalità di coping cognitivo nei confronti della condizione depressiva, è la strutturazione del delirio paranoideo (Perris, 1989).

Nel modello integrato del delirio di Bentall , vengono evidenziate alcune topiche critiche:

- Stile di attribuzione di significato
- Oscillazione dell'auto-stima
- Percezione e attenzione
- Mentalizzazione
- Storia personale

### **Stile attribuzionale e narrativa**

L'attribuzione di causalità agli eventi rappresenta un modalità essenziale nella definizione della dimensione narrativa.

L'attribuzione causale interna abituale è legata ad un modello negativo di sé consapevole e correlato a dati di memoria coerenti.

L'attribuzione esterna riferita ad altri preserva il senso di sé dalle disconferme ma influenza le convinzioni rispetto al pensiero e alle azioni degli altri. Induce la strutturazione di un modello negativo degli altri.

L'attribuzione esterna situazionale è la più impegnativa sotto l'aspetto cognitivo in quanto richiede distanziamento e flessibilità.

Non influenza i modelli di sé e degli altri

Nei soggetti sani si evidenzia una tendenza ad attribuzioni interne per gli eventi positivi e ad attribuzioni esterne, frequentemente situazionali, per gli eventi negativi (Blackwood e Al., 2001).

Nei soggetti deliranti lo stile attribuzionale nei confronti degli eventi negativi è caratterizzato da scarsa attribuzione causale interna e scarsa attribuzione causale esterna situazionale (Kindermann & Bentall, 1997).

E' presente, inoltre, un elevato livello di attribuzione causale esterna riferita ad altri (Kaney & Bentall, 1989; Lasar, 1997) .

### **Percezione, attenzione e memoria**

I dati sperimentali evidenziano una maggiore capacità di percezione rispetto ai controlli (La Russo, 1978; Davis & Gibson, 2000)

Si evidenzia inoltre una attenzione selettiva per gli stimoli correlati al senso di minaccia (Bentall & Kaney, 1989; Leafhead e Al., 1996).

A questi dati indicanti lo stato di perenne incombente pericolo e di conseguente ipervigilanza che caratterizza il soggetto delirante, si associano altri elementi, inerenti la sfera della memoria, che ulteriormente rafforzano l'attitudine paranoidea.

Sono presenti infatti, una elevata e selettiva capacità di ricordare le informazioni legate al delirio e ad eventi minacciosi (Kaney e Al., 1992;) e scarsa memoria autobiografica (Kaney, Bentall, Bowen-Jones, 1995).

E' presente, inoltre, la convinzione che gli eventi minacciosi siano frequenti. Questo aspetto è determinato dall'attenzione selettiva per le minacce e dal tipo di ricordi facilmente disponibili in memoria.

Questa modalità di human information processing favorisce la strutturazione della convinzione che anche per gli altri siano frequenti gli eventi negativi: un "mondo paranoico" in cui la minaccia è ovunque e ognuno si trova in situazione di rischio

### **Elaborazione delle informazioni**

La processazione delle informazioni è caratterizzata dalla ricerca di una rapida conclusione del processo di attribuzione di significato nei confronti degli eventi con cui il soggetto deve confrontarsi (Blackwood e Al., 2001). Questa attitudine è legata ad una continua ricerca di valutazioni definitive e ad una bassa tolleranza per l'ambiguità. Si configura, pertanto, un evitamento attivo dell'incertezza in conseguenza del quale il mondo delirante è preferito alla vera vita in quanto molto più prevedibile (Roberts, 1991).

### **Eventi di vita e delirio**

Gli eventi di vita svolgono un ruolo essenziale nell'emergenza di una attitudine delirante; la strutturazione del delirio ha sempre, peraltro, qualche elemento di veridicità e può essere ricostruita e compresa solo sulla base della conoscenza della storia personale.

Esperienze di vita, tali da avere fatto esperire al soggetto, oltre ad un senso di impotenza, la sensazione di essere una vittima, rappresentano la condizione ideale per l'emergenza del delirio; l'induzione di scampo delirante si evidenzia in particolare quando queste esperienze sono associate ad un basso livello socio-economico e a mancanza di opportunità educazionali, (Mirowsky & Ross, 1983).

Dati di letteratura evidenziano, inoltre, che situazioni di minaccia e intrusività esperite in varie relazioni, sono frequentemente l'elemento scatenante per il delirio; le situazioni più abituali sono rappresentate da discussioni con il padrone di casa o con i vicini, indagini di polizia, furti, proposte sessuali sgradite. (Harris, 1987).

Infine, un ulteriore elemento evidenziato dalla ricerca, è la elevata vulnerabilità al pensiero delirante negli emigranti, specialmente in associazione ad atteggiamenti di intolleranza da parte di membri della comunità ospite. (Bhugra, Leff, Mallet, Mahy, 1999)

### **Mentalizzazione o teoria della mente (ToM)**

La teoria della mente o mentalizzazione, consiste nell'abilità a comprendere gli "stati della mente" degli altri: emozioni, convinzioni, attitudini, intenzioni (Premack & Woodruff, 1978; Baron-Cohen e Al., 1985).

Le abilità ToM si sviluppano a partire dall'infanzia nel contesto della relazione di attaccamento. La dimensione emozionale di sicurezza legata ad un figura di accudimento in grado di assumere il ruolo di Base sicura,

rappresentano le condizioni ideali per lo sviluppo di una adeguata mentalizzazione.

Viceversa, nei soggetti con attaccamento insicuro le abilità ToM sono disfunzionale.

Nei soggetti con delirio paranoide è stato riscontrato un deficit della mentalizzazione (Corcoran e Al., 1995; Frith & Corcoran, 1996).

In particolare, le maggiori difficoltà sono state riscontrate nella situazione in cui i soggetti dovevano decodificare atteggiamenti degli altri caratterizzati da cortesia e riguardo (Corcoran & Frith, 1996).

Sulla base di questi dati, è quindi possibile che la disfunzionalità della mentalizzazione possa essere implicata nello sviluppo del pensiero delirante, favorendo, durante le fasi di scompensazione, la convinzione che gli altri siano in un atteggiamento di minaccia

### **Attaccamento e modelli operativi**

Diversi dati di letteratura evidenziano che, nel soggetto delirante, lo stile di attaccamento è evitante, caratterizzato da senso positivo di sé e senso negativo degli altri (Dozier e Al., 1991; Dozier & Lee, 1995; Cooper e Al., 1998; Mickelson e Al., 1997).

Appare, pertanto, possibile ipotizzare che, in questi soggetti, una storia di sviluppo disfunzionale abbia indotto un senso del sé negativo quanto quello dei depressi.

Andando, a questo punto, oltre il modello presentato da Bentall e Collanatori, appare evidente che la disfunzionalità dell'attaccamento, specie nella connotazione di pattern evitante, permette di dare un senso a tutti i dati sperimentali descritti, in modo coerente con la patologia delirante. La disfunzionalità delle figure di accudimento, rifiutanti e non responsive, ha presumibilmente impedito lo sviluppo di adeguate funzioni riflessive, narrative e di memoria autobiografica.

Si è determinato un impairment della capacità di comprendere gli altri con alterazioni dell'attenzione e della percezione che si presentano selettivamente orientate verso i segnali di minaccia

Nel suo insieme, la modalità di processazione delle informazioni si è sviluppata a fini adattivi, orientati all'evitamento della emergenza di oscillazioni emotive, legate alla negatività del sé, perturbanti e scompensanti

I modelli operativi di sé e degli altri, sono multipli (Bowlby, 1973), essendo strutturati sia in diretta conseguenza dalle esperienze di vita, sia come il prodotto delle modalità adattive: ad un autentico senso di sé negativo e non

amabile, si è sovrapposto un modello positivo e orientato alla auto-sufficienza.

Questa modalità di strutturazione, rende i modelli operativi fragili e instabili.

Infatti, induce la fluttuazione dell'auto-stima e la possibile emergenza di umore depresso, spesso riscontrato nei soggetti deliranti (Bad-me, Poor-me). Il mantenimento del modello di sé adattivo è ricercato mediante una modalità narrativa povera, rigida e stereotipa, caratterizzata dall'impossibilità di gestire l'incertezza e dalla attribuzione causale esterna riferita a soggetti specifici e non a contesti situazionali.

Dall'insieme di questo modello esplicativo, qui sviluppato in termini di una elaborazione del modello integrato di Bentall, sulla base di ipotesi inerenti l'attaccamento e la narrativa delirante, appare evidente come un cambiamento della modalità delirante possa verificarsi solo grazie ad un incremento della consapevolezza di sé, della propria storia e dei vincoli epistemici che hanno costituito le vere condizioni per l'emergenza del delirio.

## **BIBLIOGRAFIA**

BARON-COHEN S., LESLIE A. M., FRITH U. (1985), Does the autistic child have a theory of mind?, *Cognition*, 21, pp. 37-46.

BENTALL R. P., KANEY, S. (1989), Content-specific information processing and persecutory delusions: An investigation using the emotional Stroop test, *British Journal of Medical Psychology*, 62, pp. 355-364.

BENTALL R. P., CORCORAN R., HOWARD R., BLACKWOOD N., KINDERMAN P. (2001), Persecutory delusions: a review and theoretical integration., *Clinical Psychology Review*, 21, 8, pp.1143-1192.

BHUGRA D., LEFF J., MALLETT R., MAHY G.E. (1999), First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados, *British Journal of Psychiatry*, 6, pp.1130-1150.

BLACKWOOD N. J., HOWARD R. J., BENTALL R. P., MURRAY R. M. (2001), Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions, *Am. J. Psychiatry*, 3, pp.567-590.

BOWLBY J. (1973), *La separazione dalla madre*, vol.2, Boringhieri Editore, Torino.

BOWLBY J. (1969), *L'attaccamento alla madre*, vol.1, Boringhieri Editore, Torino.

BOWLBY J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina Editore, Milano.

BOWLBY J. (1988b), *A secure base*, Basic Books, New York.

COOPER M. L., SHAVER P. R., COLLINS, N. L. (1998), Attachment style, emotion regulation, and adjustment in adolescence, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, pp. 1380-1397.

CORCORAN R., MERCER G., FRITH C. D. (1995), Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating 'theory of mind' in people with schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 17, pp. 5-13.

CORCORAN R., FRITH C. D. (1996), Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia, *Cognitive neuropsychiatry*, 8, pp.678-987.

CORCORAN R., CAHILL C., FRITH C. D. (1997), The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: A study of 'mentalizing' ability, *Schizophrenia Research*, 24, pp. 319-327.

DAVIS P. J., GIBSON M. G. (2000), Recognition of posed and genuine facial expressions of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 109, pp. 445-450.

DOZIER M., STEVENSON A., LEE S.W., VELLIGAN D. I. (1991), Attachment organization and familiar overinvolvement for adults with serious psychopathological disorders, *Development and Psychopathology*, 3, pp. 475-489.

DOZIER M., LEE S. W. (1995), Discrepancies between self and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies, *Development and Psychopathology*, 7, pp. 217-226.

FRITH C., CORCORAN R. (1996), Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia, *Psychological Medicine*, 26, pp. 521-530.

GUIDANO V. F. (1988), *La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino.

HARRIS T. (1987), Recent development in the study of life events in relation to psychiatric and physical disorders, In B. Cooper, *Psychiatric epidemiology: Progress and Prospects*, Croom Helm, London.

KANEY S., BENTALL R.P. (1989), Persecutory delusions and attributional style, *Br. J. Med. Psychol*, 62, pp. 191-198.

KANEY S., WOLFENDEN M., DEWEY M. E., BENTALL R. P. (1992), Persecutor delusions and the recall of threatening and non-threatening propositions, *British Journal of Clinical Psychology*, 31, pp. 85-87.

KANEY S., BENTALL R. P., BOWEN-JONES K. (1995), Persecutory delusions and recall of threat-related, depression-related and neutral words, *Cognitive Therapy and Res.*, 19, pp. 331-343.

- KINDERMAN P., BENTALL RP. (1997), Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal and situational attributions for negative events, *J. Abnorm Psychol*, 106, pp. 103-107.
- LARUSSO L. (1978), Sensitivity of paranoid patients to nonverbal cues, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, pp. 463-471.
- LASAR M. (1997), Cognitive evaluation of action in chronic schizophrenia: Locus of control beliefs in an inpatient group, *Psychologische Bietraege*, 39, pp. 297-311.
- LEAFHEAD K. M., YOUNG A. W., SZULECKA T. K. (1996), Delusions demand attention, *Cognitive Neuropsychiatry*, 1, pp. 5-16.
- MICKELSON K. D., KESSLER R. C., SHAVER P. R. (1997), Adult attachment in a nationally representative sample, *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, pp. 1092-1106.
- MIROWSKY J., ROSS C. E. (1983), Paranoia and structure of powerlessness, *American Sociological Review*, 48, pp. 228-239
- PERRIS C. (1989), *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. Cassell, The Guilford Press, New York.
- PREMACK D., WOODRUFF G. (1978), Does the chimpanzee have a theory of mind?, *Behavioural and Brain Sciences*, 4, pp. 515-526.
- ROBERTS G. (1991), Delusional belief systems and meaning in life: A preferred reality?, *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl. 14), pp. 19-28.

Furio Lambruschi, Marta Donati

## NOTE SULLA PSICOPATOLOGIA DELLE PSICOSI INFANTILI

In questa breve trattazione verranno proposte solo alcune note sulla psicopatologia delle psicosi infantili, così come possono essere osservate e lette in una prospettiva *cognitivo-evolutiva* (Lambruschi, 2004). Pur focalizzando la nostra attenzione sui rapporti tra attaccamento e psicopatologia (e quindi sulle diverse organizzazioni del Sé che possono sostenere uscite psicopatologiche di tipo psicotico nell'infanzia), varrà la pena di tener desta l'attenzione sulla *complessità e la multifattorialità nella determinazione della psicopatologia infantile*, dove l'interazione tra fattori di rischio da un lato (tra cui, in primo luogo, la vulnerabilità di tipo neurobiologico) e fattori protettivi dall'altro, determina equilibri incredibilmente delicati e complessi.

Greenberg (1999), com'è noto, ha proposto un modello che evidenzia *quattro generali domini di rischio*: A) Caratteristiche interne al bambino: vulnerabilità biologica, funzioni neurocognitive, temperamento. B) Qualità delle relazioni primarie di attaccamento. C) Stile educativo parentale e strategie di socializzazione. D) Ecologia familiare: eventi vitali critici, stress e traumi della vita familiare, risorse organizzative familiari, rete sociale.

Assai raramente la presenza di uno solo di questi quattro domini di rischio può causare direttamente un disturbo. E' raro che da solo un temperamento atipico o un ambiente familiare caotico possa determinare direttamente un disturbo di evidenza clinica. Più ci si sposta verso il centro del modello, ove più aree di rischio si sovrappongono, tanto maggiore è la probabilità di esiti negativi. I dati di ricerca finora disponibili mostrano che gli indicatori relativi ai fattori A, B e C. hanno un rilievo maggiore nel prevedere esiti patologici, mentre il fattore D non fornisce dati così certi sul piano previsionale. In particolare, anche un attaccamento insicuro alla figura primaria di attaccamento, se isolato, non costituisce un fattore certo di psicopatologia. Quando invece un *pattern* insicuro d'attaccamento anziché giocare isolatamente, risulti associato con altri fattori di rischio, allora disegnerà un itinerario di sviluppo con possibili uscite psicopatologiche

esternalizzanti, di tipo comportamentale, o internalizzanti, di tipo emozionale.

L'attribuire rilievo a fattori contestuali o a fattori neurobiologici, non implica affatto sottovalutare il ruolo delle relazioni e delle competenze in termini di regolazione emozionale che in esse si apprendono: anzi porta a conferire, in tali condizioni, ancora maggior rilievo al ruolo del *parenting* (nelle sue funzioni educative e affettive) e ai contesti di relazione come possibile fattore protettivo rispetto alla psicopatologia (come si può osservare con grande evidenza, ad esempio, nei disturbi da deficit d'attenzione e iperattività, DDAI).

Da una prospettiva cognitivo-evolutiva, il bambino “grave”, le più gravi e complesse situazioni psicopatologiche che possiamo incontrare nella consultazione clinica per l'infanzia sono collocabili laddove i pattern d'attaccamento, che nutrono il senso di sé del bambino, si declinano verso *i livelli più bassi di concretezza e di integrazione*, dove quindi i contorni del Sé del fanciullo si fanno sempre meno coesi e vanno a sfaldarsi le competenze metacognitive e autoriflessive, che svolgono appunto la funzione di integrare e armonizzare in una versione narrativa di sé coerente e stabile, le diverse disposizioni rappresentazionali provenienti dai diversi sistemi di memoria (immagini, procedure, episodi e costruzioni semantiche). Chi si occupa d'attaccamento, com'è noto, definisce tali modelli *disorientati/disorganizzati* (Main e collaboratori), oppure pattern *coercitivi e difesi ad alto indice* (Crittenden e collaboratori).

Possiamo ipotizzare (Lambruschi, 2004) che nel funzionamento adattativo, cosiddetto *normale*, i modelli taciti procedurali e immaginativi trovino equilibrata espressione e articolazione in modelli semantici ed episodici congruenti, atti a stabilizzarli e a modularli adeguatamente; ma c'è anche, in genere, una adeguata integrazione tra le stesse componenti dichiarative del sistema (e più in generale nell'integrazione tra informazione cognitiva e affettiva, pur essendo in genere identificabile una qualche “specializzazione” elaborativa in un senso o nell'altro): il soggetto è sufficientemente in grado di sostanziare le sue rappresentazioni semantiche generalizzate sul sé e sulle proprie figure d'attaccamento, con coerenti rappresentazioni episodiche sufficientemente impregnate di affettività. Nel funzionamento cosiddetto *nevrotico* si conservano sufficienti livelli nelle funzioni auto-integranti di base del Sé, nelle competenze autoriflessive e quindi nei processi di mentalizzazione. In altri termini, la dimensione procedurale rimane sufficientemente connessa a quella dichiarativa che la esprime e la modula, ma su questo versante esplicito il soggetto è costretto ad operazioni difensive più marcate: o se la racconta spudoratamente sul

piano della idealizzazione semantica, o si difende rigidamente vagabondando per episodi e per associazioni emotive senza arrivare mai ad una coerente sintesi di sé sul piano concettuale. *Le più gravi uscite psicopatologiche infantili* si connettono invece a modalità di funzionamento connotate da più complessi e cospicui deficit integrativi. Questi bambini recidono in maniera netta il legame tra azione e stati interni: gli schemi procedurali non trovano adeguata espressione e possibilità di modulata regolazione in modelli semantici articolati e ricchi; e le vivide immagini sensoriali non trovano alcuna possibilità di sequenzializzazione in memorie episodiche più dinamiche e relazionali. In queste organizzazioni del sé derivanti da situazioni relazionali elevatamente pericolose e minaccianti l'integrità personale, la blanda opera difensiva dei meccanismi di disconnessione tra cognitività ed affettività non è più sufficiente: qui, il bambino non può correre il rischio di considerare la mente altrui e propria (né in termini cognitivi né in termini affettivi), per il dolore e l'angoscia che ciò comporta. Dato tale deficit nell'autoriflessività e nei processi di mentalizzazione, rimangono, a gestire la relazione col mondo, solo drammatici agiti autoprotettivi o angoscienti immagini sensoriali, senza possibilità di adeguata regolazione.

Nei *gravi disturbi della condotta*, ad esempio, tale disconnessione risulta molto evidente: questi bambini non possono consentirsi il "lusso" della mentalizzazione e preferiscono affidarsi a più sicuri modelli procedurali autoprotettivi (agiti aggressivi), piuttosto che al procedere della più laboriosa memoria di lavoro nella corteccia prefrontale. La difficoltà a mentalizzare e a riconoscere gli stati interni propri e altrui, li priva, tuttavia, del principale deterrente alla messa in atto del comportamento aggressivo, la possibilità cioè di sviluppare empatia col dolore e con la sofferenza altrui, o semplicemente la possibilità di immaginare l'esistenza stessa dei suoi stati mentali. Non riescono, cioè, ad inibire l'aggressività, rappresentandosi la vittima come priva di pensieri, sentimenti e incapace di vera sofferenza. L'assenza di preoccupazione nei confronti dell'oggetto, originata dal bisogno di cancellare la percezione dei pensieri e dei sentimenti del genitore, può ben spiegare, in effetti, l'eccezionale crudeltà che alcuni di questi bambini possono sviluppare. I modelli operativi di sé e dell'altro sono svuotati di ogni significato emotivo e cognitivo, e gli atti di crudeltà vengono compiuti in un mondo percepito come animato, ma non umano. Quando si è privati dell'attività moderatrice esercitata dalla capacità riflessiva, è facile che il comportamento possa divenire brutale e crudele (Fonagy e Target, 1997).

In alcuni casi, il “falso Sé” strutturato dai bambini con stile acquiescente compulsivo, *caregiving*, o inibito (itinerari difesi) possono egregiamente funzionare, nel compiacere l’oggetto o inibire massicciamente l’espressione di sé e l’aggressività, evitando comunque la vera e propria riflessione. La distruttività patologica, o meglio, l’aggressività come unica possibile forma di gestione del legame, si fa strada quando questi assetti difensivi tendono a cedere nell’impatto con alcune specifiche situazioni di vita. Qui, spesso si osservano quelle forme di “bullismo” dove l’aggressività tende ad esprimersi in modo freddo, con condotte sprezzanti e di insensibilità verso gli altri e verso le istituzioni. Può colpire che spesso questi ragazzini non si lamentano eccessivamente e tendono fondamentalmente ad accettare la responsabilità per le azioni commesse (o forse sarebbe più corretto affermare che, proprio in virtù del loro deficit di mentalizzazione, sono in grado di viverla con relativa indifferenza), talora accettando tacitamente la connotazione di “cattiveria” che, sul piano semantico gli viene veicolata dal contesto familiare e sociale. I bambini con stile *coercitivo attivo ad alto indice*, invece, in età prescolare, possono facilmente strutturare *disturbi oppositivo-provocatori* con comportamenti “tirannici” e drammaticamente vincolanti nei confronti del genitore. Nel corso dell’interazione quotidiana potranno ingaggiare in lotte sfibranti sulle questioni più svariate. Per il bambino avvertire un senso minimo di controllo della relazione col genitore (ad esempio imponendogli un cibo piuttosto che un altro) è assolutamente vitale, per sentirsi sufficientemente protetto e rassicurato. Qui l’aggressività (ben lungi dall’essere penosamente trattenuta per poi esplodere in forma egodistonica) è drammaticamente ostentata, con l’esibizione di una facciata invulnerabile e sfrontata. L’insistenza, la lamentosità, il mettersi talvolta in situazioni di rischio, diventano tutti modi straordinariamente efficaci per appesantire la relazione ed esercitare un controllo attivo e costante sul *caregiver*.

In questi quadri, le *condotte aggressive*, pur con gli evidenti effetti collaterali, consentono quanto meno un effetto strutturante, di coesione minima del sé e dell’identità personale (seppure in senso primariamente negativo). La distruttività patologica sembra configurarsi come unico modo per il mantenimento dello stato di relazione. La stessa dimensione *narrativa*, trova una coerenza e un senso minimo, attraverso tali rappresentazioni di sé (freddo vendicatore; o incolpatore lamentoso; Io forte e inattaccabile, invincibile, potente). Le strategie aggressive sembrano, allora, assumere quel ruolo di integrazione del Sé che normalmente è svolto dalla mutua comprensione intersoggettiva (Fonagy, Moran, Target, 1993) (spesso infatti, l’aggressività si attiva quando il Sé è “minacciato”, o in qualche modo

forzato, a prendere contatto con pensieri e sentimenti suoi e altrui, sui quali egli non è in grado di riflettere).

Le funzioni metacognitive e le capacità autointegrative del Sé sembrano sfaldarsi in modo ancor più consistente se consideriamo quel gruppo eterogeneo e complesso di disturbi per i quali gli autori francesi hanno proposto la definizione di *patologie limite* o *borderline* (Misés, 1990) o di *disarmonie evolutive*. Quadri spesso multisintomatici: i motivi della consultazione possono essere i più vari: disturbi del sonno, dell'alimentazione, dell'acquisizione del controllo degli sfinteri, agitazione, chiusura, aggressività, ritardo del linguaggio e difficoltà scolastiche. La permanenza dell'instabilità, l'imprevedibilità dei comportamenti e la frequenza dei crolli regressivi, sembra caratteristica. Alcuni manifestano un'aggressività diffusa e hanno crisi di collera con comportamenti impulsivi; altri colpiscono per la loro mancanza di interessi, il vuoto affettivo, una sorta di depressione senza contenuto manifesto.

Anche nei *Disturbi generalizzati dello sviluppo* e nell'*Autismo infantile* è possibile rintracciare analoghi deficit meta-rappresentativi, grosse limitazioni nell'acquisizione di una adeguata "teoria della mente" e delle connesse competenze comunicative (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985; Harris, 1989), questa volta non principalmente connessi (o almeno non in modo primario) a contesti interpersonali critici, ma più spesso legati a più o meno estesi vincoli biologici, cioè al mancato funzionamento di quei moduli innati atti a sostenere tali processi metacognitivi (*TOMM: Theory of Mind Mechanism*). Com'è noto, avere una teoria della mente significa avere la capacità di comprendere gli stati mentali delle altre persone, i loro pensieri, le loro opinioni, le loro idee, i loro desideri, i loro sentimenti, al fine di spiegarne e predirne il comportamento; capire che questi stati mentali possono essere indipendenti sia dalle *situazioni reali* del mondo (le persone possono credere cose che non sono vere) sia dagli stati mentali di *altre persone* (due soggetti possono credere cose diverse dello stesso evento esterno); capire che possono modificarsi *nel tempo* (una persona sullo stesso evento può pensare, credere, sentire cose diverse in momenti diversi).

L'incapacità nel gioco di finzione e il deficit sociale e comunicativo di questi bambini, sono stati ricollegati a tale deficit innato. Si è parlato inoltre, nell'autismo infantile, di un deficit persistente e pervasivo di "coerenza centrale", una specifica difficoltà ad integrare le informazioni a differenti livelli (es. dare significato ad un singolo elemento a partire dal contesto), che spiegherebbe meglio il loro ristretto repertorio di interessi, il comportamento ripetitivo e le stereotipie. Con questo repertorio innato

limitato il bambino autistico tenta di entrare (dolorosamente) in relazione col mondo; e le sue figure d'attaccamento cercano di entrare faticosamente in relazione a lui.

Anche qui (come nei DDAI) assume un ruolo straordinario, come fattore protettivo o di rischio ulteriore la sensibilità/stabilità/coerenza del contesto relazionale con cui tale vulnerabilità biologica entra in rapporto; le potenzialità, in termini di sicurezza espresse dal sistema di accudimento-cure costruito intorno al bambino. Inizialmente (Kanner, 1943, De Meyer, 1979, Rutter, 1978) si riteneva che nell'autismo infantile vi fosse un'assenza di comportamenti d'attaccamento (un po' come nel disturbo disinibito dell'attaccamento nella prima infanzia): scarsa differenziazione tra genitori ed estranei, trattati come interscambiabili, o aderire meccanicamente a una specifica persona. Quindi si presumeva il non raggiungimento della fase di focalizzazione sulla figura d'attaccamento che si determina tra i 9 e i 12 mesi. I dati delle ricerche più recenti nell'ambito della teoria dell'attaccamento contrastano invece con tali descrizioni, mostrando chiaramente anche nei bambini autistici sottili comportamenti di ricerca o mantenimento della prossimità alla figura d'attaccamento, seppure attraverso modalità conflittuali o talora bizzarre. Il sistema comportamentale dell'attaccamento ha un valore evuzionistico fondamentale. Una vulnerabilità biologica anche grave, non ne impedisce l'attivazione, che è connessa a valori biologici di fondo: semmai ne può alterare il funzionamento sul piano sensoriale o motorio. (come possiamo notare anche nei bambini down, o con gravi deficit sensoriali, o gravi malattie croniche, ecc). Ne potrà risultare cioè alterata la possibilità di percezione e riconoscimento dei propri sentimenti di vulnerabilità, o di segnalazione più o meno tonico verso l'esterno di tali stati.

Dissanayake e Crossley (1996) hanno studiato 16 bambini con autismo, 16 con sindrome di Down e un gruppo equivalente di bambini normali: pur mostrando, i bambini autistici, deficit significativi nei pattern di interazione sociale (ad es. il dare, il mostrare, il gioco reciproco, ecc.), non c'erano invece differenze significative nei comportamenti di ricerca di prossimità diretti selettivamente verso la figura d'attaccamento. Il bambino può ricorrere a comportamenti di avvicinamento (l'andare verso, l'aggrappamento) o a segnalazioni attraverso lo sguardo, il sorriso, vocalizzazioni di richiamo, ma in modo scarsamente integrato (ad es, avvicinarsi alla madre voltandole le spalle; esprimere sorrisi non direzionati nella fase di riunione; guardarla senza però coinvolgerla nelle attività di gioco, ecc). Alcuni autori hanno anche trovato modelli d'attaccamento sicuro (Rogers et al., 1993) nei loro campioni di bambini con DGS.

Tuttavia, nella maggior parte dei casi, i pattern insicuri aumentano considerevolmente, poiché i limiti innati di questi bambini mettono a dura prova le competenze genitoriali in termini di sensibilità e responsività. Le madri appaiono spesso disorientate di fronte alle atipie comportamentali di questi bambini e possono vivere l'isolamento che il bambino ricerca attivamente come rifiuto o fallimento nella funzione genitoriale. Le convinzioni di inadeguatezza e non amabilità possono condizionare fortemente la relazione e nel tentativo di testare ansiosamente i propri schemi disfunzionali possono finire per mettere in atto comportamenti intrusivi o scarsamente sensibili verso il figlio, di fronte ai quali il bambino attiva pattern ancor più netti di rifiuto o di evitamento. Si perpetuano così cicli cognitivi-interpersonali disfunzionali, con conferma delle credenze distorte della madre.

Non v'è dubbio che *le evoluzioni più gravi di tali quadri* (così come le più grosse difficoltà nell'impostare una relazione e una progettualità terapeutica adeguata con il bambino e il suo sistema familiare), si determinano quando la vulnerabilità innata di questi bambini va ad incontrarsi con sponde relazionali, stati mentali genitoriali particolarmente complessi (o *gravemente accantonanti* relativamente agli stati affettivi, o *gravemente invischiati*): è in questi casi che il sistema terapeutico si trova travolto da un incremento esponenziale di tutto il variegato repertorio sintomatologico tipico del quadro autistico. Le scarse competenze del genitore in termini di autoriflessività, al di là degli inevitabili sentimenti di frustrazione, di dolore e spesso di fallimento, che si possono avvertire di fronte ai deficit comunicativi e alle atipie comportamentali di questi bambini, rendono particolarmente difficoltosi e talora impossibili il riconoscimento e l'elaborazione di questi stessi sentimenti così come della sofferenza percepita nel figlio, determinando ricorsivamente un ulteriore e grave abbattimento delle sue già compromesse capacità metarappresentative.

Nei pattern preoccupati (*enmeshed*), le difficoltà del bambino a rappresentarsi le intenzioni della figura d'attaccamento, possono accentuare il senso, la percezione di discontinuità e imprevedibilità del genitore stesso e incrementare le segnalazioni ansioso resistenti. Anziché tentativi di comprensione empatica dello stato del figlio, si costruiscono drammatici circuiti di contagio affettivo, una profonda difficoltà da parte del genitore a prestare al figlio il proprio pensiero ordinatore e strutturante sulla sua già caotica esperienza (caos su caos): il genitore va per associazioni emotive, non sa costruire relazioni spazio-temporali o causa-effetto prevedibili, tra gli eventi, necessità basilare per questi piccoli. Può così determinarsi una

espressività e una ipercinesia esagerata nel bambino, con funzione evidente di controllo del genitore, di appesantimento coercitivo della relazione. Possono determinarsi comportamenti etero-aggressivi, o altri comportamenti atipici, spesso utilizzati con analoghe funzioni di controllo del legame.

Nei pattern distanzianti (*dismissing*), il comportamento autistico può amplificarsi e apparire come una delle modalità più estreme e generalizzate di evitamento attivo e di ritiro dalla relazione con l'ambiente umano (figure d'attaccamento e non). La costante mancanza di reciprocità avvertita, il sentimento costante di intrusività e/o ostilità che caratterizza tali universi genitoriali, inaspriscono ulteriormente i deficit nei processi empatici e nella lettura della mente già presenti nel bambino. L'ipercinesia massiccia e pervasiva della quotidianità del bambino, può mostrarsi nella sua funzione più estrema e generalizzata di esplorazione come distrattore, tipica dei pattern difesi e di spostamento difensivo generalizzato dell'attenzione dalla relazione all'ambiente (le prime difese percettive del bambino evitante). I comportamenti autolesionistici o la masturbazione compulsiva, come estreme condotte autostimolatorie, un tentativo di sentirsi quanto meno come entità fisica se non come identità (talora, collusività dei genitori nei confronti di tali modalità). Le stereotipie finiscono per amplificarsi, nella loro intensità e frequenza, come modalità "efficacissime" nell'evitare il "rischio" dell'intimità interpersonale entro la relazione madre-bambino o nel riempire il vuoto percepito nella relazione (se si conduce una attenta analisi situazionale di tali comportamenti stereotipati, si può osservare come si attivino proprio nelle occasioni in cui tale possibilità-rischio di vicinanza e intimità diventa maggiore: ad esempio il bambino comincia a saltellare in modo eccitato quando la madre o qualche altra figura è costretta ad avvicinarsi oltre il limite costruito dalla diade come distanza di sicurezza). Anche i rituali di ordinamento e il bisogno di uniformità e di costanza nell'ambiente possono divenire molto più intensi e ossessivi, con reazioni paniche anche a cambiamenti minimi dell'ambiente circostante: tutto il loro universo mentale finisce per essere rigidamente fissato sull'ambiente fisico e sulle sue regolarità, ed è da tali regolarità che essi riescono a ricavare alcuni elementi minimi di stabilità e permanenza nel senso di sé.

## **BIBLIOGRAFIA**

BARON COHEN S., LESLIE A. E FRITH V. (1985), Does the autistic child have a "theory of mind"?, *Cognition*, 21, pp. 37-46.

DE MEIN, M.K. (1979), *Parents and children in autism*, Winston, Washington DC.

- DISSANAYAKE C., CROSSLEY S.A. (1996), Proximity and social behaviour in autism: evidence for attachment, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 2, pp.149-156.
- FONAGY P., TARGET M. (1997), Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, Cambridge University Press, pp. 679-700. In Fonagy P. e Target M. 2001, *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FONAGY P., MORAN G., TARGET M. (1993), Aggression and the psychological self, *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, pp. 471-485, In Fonagy P. e Target M. 2001, *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GREENBERG M. (1999), Attachment and psychopathology in childhood, In Cassidy J. e Shaver P.R., *Handbook of Attachment. Theory, research and clinical applications*, Guilford Press, New York, London.
- HARRIS P.L. (1989), *Il bambino e le emozioni*, Raffaello Cortina Editore.
- KANNER L. (1943), Autistic disturbance of affective contact, *Nervous Child*, 2, pp. 217-250.
- LAMBRUSCHI F. (a cura di) (2004), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: procedure d'assessment e strategie psicoterapeutiche*, Bollati Boringhieri, Torino.
- MISES R. (1990), *Les Pathologies limites de l'enfance*, Presses Universitaires de France, Paris, (trad. it. (1996), *Le patologie limite dell'infanzia: studi di psicopatologia e di clinica*, Masson, Milano).
- ROGERS S.J., OZONOFF S., MASLIN-COLE C. (1993), Developmental aspect of attachment behaviour in young children with pervasive developmental disorder, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, p. 6.
- RUTTER M. (1978), Language disorder in infantile autism, In M. Rutter., E. Shopler, *Autism, a reappraisal of concepts and treatments*, Plenum Press, London.
- RUTTER M. (1979), Protective factors in children's responses to stress and disadvantage, In Kent M.W. e Rolf J., *Primary prevention of psychopathology: Vol. 3. Social competence in children*, University Press of New England, Hanover, NH, pp. 49-74.

## UN APPROCCIO POST-MODERNO ALLA SCHIZOFRENIA

Sfogliando i volumi di psichiatria d'inizio '900 ci si trova confrontati con una miriade di sindromi descritte in modo particolareggiato il cui senso sfugge a chi cercasse un minimo di visione d'insieme. Da questa frammentazione si salvano comportamenti di tipo depressivo e pochi altri. È stato merito di Freud da un lato e, per il tema che ci interessa, di Kraepelin prima e Bleuler poi, di dare un senso a una serie di comportamenti altrimenti disorganizzati. Ogni definizione però possiede un valore linguistico, sociale e culturale i cui pregi e limiti devono essere tenuti costantemente presenti, pena la creazione, tramite queste definizioni, delle realtà sociali che orientano, connotano, vincolano e determinano i percorsi evolutivi.

Nella nostra ottica, il concetto di schizofrenia è una struttura teorica relativa all'ambito medico, definito nella nostra area sociale e culturale. Possiede quindi dei pregi (comunicazione fra specialisti, stimolo a piani di ricerca ecc.) e possiede però anche degli importanti limiti - con cui peraltro è d'obbligo interfacciarsi - di natura sociale, culturale, normativa e anche psicologica.

Un esempio interessante può essere quello desunto dalla classificazione dell'OMS (Tabella 1) da cui emerge che se osserviamo da differenti punti di vista la *malattia, menomazione, disabilità e handicap* “vediamo” aspetti diversi di una stessa problematica, cui corrispondono differenti modalità di intervento. La cosa curiosa è che se affrontiamo la schizofrenia come malattia, la tabella vuota dell'OMS ci indica che non è possibile alcun intervento. Poiché i punti di vista possono essere moltiplicati – ordinamento legislativo, gruppi sociali, comunità di pratiche, ambito lavorativo, regole istituzionali ecc. – ci ritroviamo in un complesso universo di relazioni, comportamenti, linguaggi, aspetti sociali e culturali, attribuzioni di significato che compongono quello che, in ottica post-moderna, è stato chiamato *multiverso*.

A questo si possono aggiungere specificazioni relative agli aspetti soggettivi e a quelli sociali. L'aspetto soggettivo è rappresentato dall'esperienza vissuta, associata a eventi cognitivi e mentali, chiamata anche la “prima persona” (Varela e Shear, 1999). Si tratta dell'esperienza cosciente in cui i processi che si esplicano (memoria, sofferenza, immaginazione ecc.) appaiono come rilevanti e manifesti al Sé o a un soggetto che può sperimentarli, implicando quindi un aspetto soggettivo. Al contrario, le

descrizioni in “terza persona” sono esperienze descrittive, associate allo studio di fenomeni non manifestamente o immediatamente in relazione con l’agente umano che produce le descrizioni: posso fare diagnosi di schizofrenia paranoide osservando un colloquio dietro lo specchio unidirezionale o registrando le irrealistiche enunciazioni di un signore che si definisce Papa di Roma o Figlio di Dio.

Peraltro, come afferma Armezzani (2002), la psicologia e la psichiatria, non hanno davvero preso seriamente in considerazione il baratro che esse hanno contribuito a creare tra l’esperienza soggettiva e le categorie oggettive in cui la soggettività viene immessa. Nella vita reale il passaggio dai discorsi in “prima persona” a quelli in “terza persona” non può avvenire se non con la naturale mediazione della *seconda persona*. La prospettiva di Varela apre uno spazio poco frequentato quando invita a validare le intuizioni conoscitive attraverso l’incontro con la “seconda persona”, che attraverso una maglia empatica può attivare una co-creazione condivisa di senso.

Un secondo aspetto riguarda la consapevolezza di ciò che è permeato dalla nostra cultura. Questo significa pensare al senso d’identità personale di ciascun individuo anche alla luce delle caratteristiche della particolare cultura e società in cui si è sviluppato. In questa prospettiva ad esempio, la psicologia culturale (Bruner, 1990; Mantovani, 1998; Zucchermaglio, 2002) ci aiuta nel raggiungimento di una maggiore comprensione in termini di complessità, di dinamiche micro o macrosociali e più in generale dell’esperienza dell’individuo nella cornice socio-culturale in cui si muove.

Un terzo aspetto concerne le teorie che aiutano il terapeuta a bordeggiare fra “prima” e “terza persona”, fra mondo soggettivo e oggettivo, fra il cosiddetto individuo e il contesto socio-culturale. Per quest’ultimo aspetto si tratta delle attribuzioni di significato - interne, esterne o di mediazione - che si vogliono attribuire a fenomeni come il linguaggio. Non intendiamo entrare in questo dibattito, ma dai punti di vista clinico occorre rilevare come queste posizioni, e proprio grazie alle relative posizioni teoriche, si siano creati e sperimentati numerosi strumenti che possono entrare a pieno titolo nell’armamentario delle tecniche (e relative concettualizzazioni) per il trattamento di quel artefatto linguistico chiamato “schizofrenia”. Si tratta quindi di tecniche di derivazione sistemica e dell’approccio narrativo (Bruner, 1986; Harré e Gillet, 1994), in particolare come complemento al lavoro sulle emozioni e alla de-costruzione e ri-costruzione della narrativa individuale verso percorsi più viabili.

Si tratta quindi di concepire l’intervento tenendo presente la pluralità dei punti di vista - il *multiverso* - e gli strumenti che essi mettono a disposizione, da quelli tecnico-specialistici a quelli normativi, a quelli relativi alle

condizioni situate. L'approccio cognitivo-relazionale (Rezzonico, Meier 1996; Rezzonico 1996; Rezzonico, Liccione 2004) s'inserisce quindi nella concezione costruttivista, (Guidano, 1988; 1991; Reda, 1986; Nardi, 2001) proprio cercando di attrezzare la "barca" alla navigazione fra il moderno e il post-moderno, il soggettivo e l'oggettivo, l'individuale e il micro e macro sociale. Poiché la "schizofrenia" è un problema complesso che coinvolge, oltre la biochimica, l'individuo e la sua storia, la famiglia, la comunità, le varie istituzioni, nonché le scienze psicopatologiche la risposta ha da essere complessa e articolata. I requisiti di tale risposta sono il mantenimento della *coerenza interna* del progetto terapeutico che deriva dalla conoscenza, esperienza e soprattutto dalla co-costruzione di senso di tutte le persone o agenzie significative implicate. L'altro requisito riguarda la capacità di *risposta flessibile* in relazione alle differenti esigenze che si configurano nel tempo: il che significa, ritornando alla metafora nautica, armare un "vascello" di strumenti concettuali e operativi in grado di far fronte in tempi rapidi alle mutate condizioni pur mantenendo la rotta predefinita.

Un ultimo elemento da tenere in considerazione riguarda alcune modalità di funzionamento dell'attuale strutturazione sociale che influenzano in modo importante la costruzione di significato condiviso che il clinico si trova a proporre. Si tratta del fenomeno della "disarticolazione sociale percepita" per cui si amplificano, da parte dei differenti gruppi sociali, la sensazione di non coesione sociale, di modelli non commensurabili, difficoltà di identificazione in gruppi progettuali, e che comporta lo sviluppo di un senso difensivo oppure di paura verso l'estraneo e la novità, oppure ancora di reflusso nel privato piuttosto che non il passaggio da una dialettica sui problemi a contrapposizione di tipo ideologico con la negativizzazione o criminalizzazione dell'avversario. Quali che siano le cause di tale processo, la "disarticolazione sociale percepita" rappresenta un ulteriore elemento di difficoltà nel processo di costruzione condivisa di senso a fini terapeutici.

Una visione post-moderna del trattamento della "schizofrenia" deve quindi partire:

1. dal processo di costruzione condivisa di senso fra tutti gli attori implicati;
2. dalla percezione della pluralità dei punti di vista, compresi quelli inattesi. Percezione intesa non tanto in senso meramente relativista ma come contributo originale al tentativo di comprensione della complessità dei fenomeni;

3. dalla gestione della “disarticolazione sociale percepita” che influenza il modo di sentire e pensare dell’Altro.

Per quanto riguarda quest’ultimo punto, in particolare, dal punto di vista tecnico-specialistico, questa situazione suggerisce di rilevare e introdurre elementi di complessità nel sistema terapeutico-riabilitativo. Significa creare *isole* di modi di pensieri complessi che si affianchino e si interrelino ad altre *isole* di pensiero complesso che pure sono presenti nella nostra società e si ritrovano, anche numerosi, in diversi ambiti. Penso ad ambiti scientifici, artistici, religiosi e della società civile. Si tratta quindi di “bordeggiare” fra queste *isole* verso obiettivi congiuntamente definiti.

In generale si tratta di acquisire conoscenze ed esperienze dei differenti punti di vista e quindi è fondamentale per l’operatore la conoscenza dei contenuti rilevanti della psicologia, psichiatria, dell’area lavorativa e scolastica, del funzionamento delle istituzioni e della famiglia, nonché dell’ordinamento legislativo e dei suoi presupposti.

A livello di équipe, nel rispetto dei relativi ruoli e professionalità, i membri sono invitati ad acquisire le regole fondamentali dell’interdisciplinarietà (Rezzonico e Lambruschi, 1996) fra cui quella di essere essi stessi interpreti autentici dei differenti linguaggi. Così come a livello operativo il cosiddetto *case-manager*, cioè il capo progetto, diventa l’interprete dell’integrazione dei differenti punti di vista. Al fine di pervenire a tali risultati occorre considerare che si tratta di un processo graduale e in costante sviluppo centrato sulla de-costruzione delle narrative - attraverso le esperienze - e la ri-costruzione di nuove cornici semantiche. Le attività di training saranno quindi prevalentemente orientate all’obiettivo, contestualizzate e situate.

L’attività terapeutico-riabilitativa è “situata” non solo per le caratteristiche del terapeuta e del paziente ma per quelle emergenti dal contesto e dalle situazioni ad esso correlate, nei differenti tempi del percorso terapeutico in costante contatto con le risorse e caratteristiche locali: la famiglia e l’ambiente sociale. L’operatore quindi si trova, come membro di un’équipe, a partecipare all’attività di una comunità di pratiche la quale si caratterizza per modi specifici di agire collettivo verso scopi condivisi. In particolare la *comunità di pratiche* si declina per:

- a) *un impegno reciproco* in quanto le pratiche non esistono in astratto ma esistono perché gli individui sono impegnati in azioni i cui significati vengono tra loro negoziati (Wenger, 1998). Ciò significa condividere con altri uno stesso impegno, anche emotivo, verso le cose da fare e ad organizzare le proprie interazioni pratiche e comunicative attorno a questo impegno comune.

Condividere tale impegno è il criterio di appartenenza a una data comunità e la base della sua stessa esistenza (Zucchermaglio, 2002);

- b) *l'impresa comune* sottolinea l'aspetto di negoziazione essenziale per la vita della comunità di pratiche. L'averne obiettivi condivisi non è tanto un pre-requisito quanto piuttosto l'esito del processo d'interazione negoziale che si sviluppa partendo da un impegno reciprocamente condiviso;
- c) la dimensione del *repertorio condiviso* sottolinea la centralità della costruzione collettiva di risorse per la negoziazione dei significati e vi sono incluse azioni routinarie, lessico, strumenti, storie, interpretazione ecc., che la comunità ha prodotto nel corso della sua storia e che possono divenire a loro volta risorse per l'ulteriore negoziazione.

Peraltro l'aspetto di formazione a tali modalità, per quanto detto in precedenza non riguarda solo l'équipe ma può venire avviato nella rete sociale allargata per costruire una pluralità di comunità di pratiche. Questo obiettivo può essere perseguito con training di formazione rivolti all'esterno, con collegamenti con strutture istituzionali deputate alla formazione come Università, Scuole professionali di psicoterapia ecc., nonché nell'attività di fornire supervisione ad altre équipe operanti nel territorio.

Un ulteriore elemento che può favorire la diffusione del pensiero post-moderno è rappresentato dall'ambito della ricerca: in questo caso s'intende *ricerca* sempre sul tema della "schizofrenia" ma effettuate con modalità "post-moderne" e cioè tese all'amplificazione della metodologia qualitativa rispetto alla pur necessaria metodologia quantitativa, oggi decisamente prevalente nella ricerca. Si tratta dell'ampliamento di strumenti esistenti e dello sviluppo di nuovi strumenti, cercando di accorciare le distanze fra i mondi conoscitivi dell'esperienza individuale e dell'oggettività (Varela, 2001). A titolo esemplificativo citiamo il lavoro di Piccini (2005) che ha analizzato con la metodologia della psicologia culturale le esperienze connesse al funzionamento dell'équipe terapeutica del Centro "Al Dragonato" di Bellinzona (Rezzonico, 1996) oppure la ricerca tuttora in corso concernente l'esperienza della Comunità Terapeutica "Villa Ratti" a Monticello Brianza (LC) in cui si stanno analizzando la forma e i contenuti delle e-mail che i vari operatori implicati si sono scambiati per oltre due anni durante la fase di progettazione della stessa.

Premesso che l'approccio post-moderno è una *scelta* di atteggiamento e di pensiero, scelta che comunque può cambiare a seconda dell'obiettivo, scelta che rappresenta uno specifico punto di vista nel *multiverso*, ci sia consentito di concludere con un sorriso riflettendo sulle *trappole* a cui è esposto un terapeuta post-moderno. Se è relativamente facile essere terapeuti post-moderni quando tutto funziona, lo diventa meno a fronte di importanti difficoltà o insuccessi laddove l'emergenza di interpretazioni o significati che diventano molto moderni, ispirati da processi di pensiero lineari: (attribuzioni di colpa all'altro, alla casualità ecc). In questi casi la pertinente percezione dei segnali emotivi correlati (ad es. senso di impotenza) possono diventare strumenti utili nel riprendere l'assetto originario. Ma qualche trappola ci può essere anche quando tutto va bene. È il paradosso di innamorarsi acriticamente del pensiero post-moderno, facendo diventare un punto di vista relativo come fosse la "verità".

	<b>Livello di espressione</b>	<b>Definizione</b>	<b>Esempi</b>	<b>Modello di intervento</b>
<b>Malattia o Disturbo</b>	Situazione intrinseca	Condizione fisica o mentale percepita come deviazione dallo stato di salute normale e descrivibile in termini di sintomi e segni	Schizofrenia	
<b>Menomazione</b>	Situazione esteriorizzata	Danno organico e/o funzionale a carico di una struttura o funzione psicologica, fisiologica o anatomica	Sintomi "positivi" e "negativi" (deliri, allucinazioni, ritiro affettivo, autismo)	Psicoterapia, farmacoterapia, <i>milieu therapy</i>
<b>Disabilità</b>	Situazione oggettiva	Limitazione o perdita di capacità operative prodotta dalla o dalle menomazioni	Riduzione dell'articolazione sociale del paziente e delle sue abilità sociali	Terapia occupazionale, training di abilità sociali e di problem solving ecc.
<b>Handicap</b>	Situazione socializzata	Svantaggio conseguente a una menomazione e/o a una disabilità che limita o impedisce l'adempimento dei ruoli adeguati per ciascun soggetto	Disoccupazione, mancata integrazione sociale, perdita dell'autonomia	Programmi di reinserimento e riabilitazione lavorativa, alternative residenziali, programmi di supporto comunitario.

**Tabella 1.** Definizione di malattia, menomazione, disabilità, handicap dell'OMS

## BIBLIOGRAFIA

ARMEZZANI M. (2002), *Esperienza e significato nelle scienze psicologiche*, Laterza, Bari.

BRUNER G. (1986), *Actual Mind, Possible Worlds*, Harvard University Press, Cambridge, (trad. it. *La mente a più dimensioni*, Laterza, Bari 1988).

BRUNER G. (1990), *Acts of Meaning*, Harvard University Press, Cambridge 1990, (trad. it. *La ricerca del significato: per una psicologia culturale*, Boringhieri, Torino 1992).

GUIDANO V.F. (1988), *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino.

GUIDANO V.F. (1992), *Il Sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino.

HARRÉ R., GILLET T. (1994), *The Discursive Mind*, Sage, London, (trad. it. *La mente discorsiva*, Cortina, Milano 1996).

MANTOVANI N. (1998), *L'elefante invisibile*, Giunti, Firenze.

NARDI B. (2001), *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo*, FrancoAngeli, Milano.

PICCINI C. (2005), *Narrative activity within an institutional framework: how a rehabilitation team constructs problems that can be resolved*, Ph.D. dissertation, Università della Svizzera Italiana.

REDA M.A. (1986), *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Carocci, Firenze.

REZZONICO G. (1996), Il trattamento dei disturbi psicotici e di personalità, In Bara B. (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

REZZONICO G., LAMBRUSCHI F. (1996), *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*, Franco Angeli, Milano.

REZZONICO G., LICCIONE D. (2004), *Sogni e psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino.

VARELA F.J., SHEAR J. (1999), First Person Accounts: Why, What and How, In Idd (a cura di), *The view from within*, Imprinting Academic, Bowling Green.

VARELA F.J. (2001), Intimate distances: fragments for a phenomenology of organ transplantation, *Journal of Consciousness Studies*, 8, pp. 259-71.

WENGER E. (1998), *Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity*, Cambridge University Press, Cambridge.

ZUCCHERMAGLIO C. (2002), *Psicologia culturale dei gruppi*, Carocci, Roma.

Silvio Lenzi

**LA CONVERSAZIONE TERAPEUTICA CON IL PAZIENTE  
PSICOTICO.  
IPOTESI PSICOPATOLOGICHE A CONFRONTO CON L'ANALISI  
DEI TRASCritti DI SEDUTA<sup>1</sup>.**

**La psicopatologia fenomenologica delle psicosi e la fabbrica della realtà**

What if madness, in at list some of his forms, were to derive  
from a heightening rather than a dimming of conscious awareness  
and an alienation not from reason  
but from the emotions, instinct and the body?

L. Sass 1992

Vorrei iniziare questo intervento partendo dalla critica ad un costrutto psicopatologico che dagli anni 80 in poi si è andato via via diffondendo e imponendo, ma che è presente sin dalle origini della individuazione della schizofrenia, il costrutto dei Sintomi Negativi. Fin dai tempi kraepeliniani infatti si è vista alla base della psicopatologia delle schizofrenie l'idea del deficit, dell'ipofrontalità che imperava, come una sorta di difetto primario, di mancanza primaria all'origine del disturbo.

A questa concezione Vittorio Guidano si è sempre opposto, e ha dedicato gli ultimi anni del suo lavoro ad approfondire lo studio della psicopatologia e della psicoterapia delle psicosi, appassionando anche noi suoi allievi allo studio di numerosi temi, tra cui risultano particolarmente significativi ai fini del nostro discorso quelli sviluppati da Luis Sass. Si chiede questo autore, rovesciando l'ipotesi della difettualità, se la follia o alcune forme di follia derivino non da una diminuzione della consapevolezza conscia ma da un suo innalzamento, da un iper-consapevolezza, da un iperreflessività e se l'alienazione, la scissione non sia dalla ragione ma dalle emozioni, dall'istinto e dal corpo.

Il lavoro di John Cutting, uno dei massimi studiosi del linguaggio nella schizofrenia, ci conforta in questa visione per così dire capovolta della psicopatologia della schizofrenia individuando il disturbo principale a

---

<sup>1</sup> I dati della parte 2.2 di questo lavoro sono stati pubblicati nell'articolo: Lenzi S., Bercelli F., Marsigli N.: Analisi Conversazionale di sedute di terapia cognitiva con paziente psicotico, in Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 7, pp 102-118, 2000. Il restante testo è una rielaborazione dell'intervento al congresso. Un ringraziamento a chi lo ha pazientemente trascritto.

livello pragmatico, a livello del significato proferito, cioè a livello della performance linguistica e non della competenza linguistica.

Ci stiamo occupando qui dell'interazione e della comunicazione, di quello che nella situazione in corso viene fatto e comunicato attraverso ciò che si dice. Cutting sostiene che il nucleo del disturbo dello schizofrenico parte da qua: è la malattia del non intendersi. L'idea è che il deragliamento o la povertà del contenuto del discorso siano il nucleo centrale e da lì derivino poi i disturbi ad altri livelli della funzione linguistica, cioè il linguaggio tangenziale, il difetto nella concatenazione dei significati, cioè gli oggetti linguistici e poi l'incoerenza a livello della sintassi, fino all'insalata di parole. L'assurdità del linguaggio dello psicotico: è il livello pragmatico che viene investito per primo dall'onda d'urto del disturbo, il livello semantico viene interessato successivamente mentre quello sintattico non viene quasi per niente interessato.

Il contrario che nell'afasia: il paziente "tan tan" di Broca, che riusciva a dire tutto attraverso le intonazioni conferite ad un'unica sillaba è all'opposto dell'incomprensibilità delle parole dello schizofrenico che non riescono a far capire nulla (pur provandoci). I cambiamenti semantici e sintattici non sono casuali, ma sembrano governati da regole inverse da quelle che regolano i disturbi certe difettualità di origine organica come le afasie dove il paziente non sa dire le parole, non sa mettere in ordine le parole, però sa esprimersi, "sa" i significati, che non sono compromessi. Invece nello schizofrenico abbiamo l'opposto: sa dire tante cose però non comunica a segno, comunica in modo non sintonico, mostrando una primarietà dell'aspetto pragmatico, cioè l'aspetto relativo alla comunicazione, a come si usano le parole. Sembra dunque secondo Cutting, in accordo con le tesi di Sass, che nel paziente schizofrenico la competenza linguistica non sia soltanto intatta, ma iperfunzionante.

Sempre a proposito della tesi del nucleo psicopatologico non difettuale credo che risulti interessante seguire il discorso della psicopatologia fenomenologia: ad esempio le descrizioni dei disturbi dei confini dell'io e in particolare il perdersi della barriera tra interno ed esterno, in cui quello che è interno viene posto come oggetto di questa iper riflessione fino a che non lo si sente più come cosa propria, ma diventa una qualcosa che può essere interno o esterno senza possibilità di discriminare. Viceversa quello che è esterno può diventare qualcosa che invade, che non rimane all'esterno ma che entra dentro, delineando i temi (già tra i sintomi di primo rango di Schneider) dell'intrusività, dell'invasività, e del continuum della sottomissione di sé da parte dell'esterno. Tutto questo intercalandolo a livelli estremizzati di passività e attività, di onnipotenza e impotenza, per cui

quando la mente è attiva sembra in grado di dominare e contenere tutto mentre altre volte essa diventa totalmente determinata dal mondo stesso, in quanto anch'essa posta in essere dal cervello, si sostanzia degli elementi del mondo stesso.

Il disturbo è anche caratterizzato fenomenologicamente da vissuti di perplessità e da fenomeni di disposizione d'animo predelirante: momenti di vuoto, di angoscia sottile e pervasiva. Momenti di perplessità che nelle riflessioni di Callieri vengono messi in evidenza come meccanismi etiopatologici primari connessi ad una difficoltà nella coesistenza con l'altro, ad una problematizzazione più radicale dell'essere in situazione, vera e propria messa fuori gioco del buberiano.

Il nostro discorso introduttivo sulla psicopatologia della schizofrenia ci porta ad un ulteriore elemento che ci viene ben delineato nel volume di Wolfgang Blankenburg "La perdita dell'evidenza naturale", attraverso l'idea che nella schizofrenie pauci-sintomatiche si perda quel senso di realtà immediato e naturale che sta alla base della nostra esperienza quotidiana.

Le psicosi così dette epistemologiche - le psicosi schizofreniche, non quelle legate a disturbi dell'umore o schizoaffettivi - mettono in crisi l'impalcatura metafisica del mondo, il fenomeno del soggetto che conosce e dell'oggetto che viene conosciuto. Ernesto De Martino a proposito di apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche parla della "la rocca dell'ovvietà" che "si sgretola", cioè quel senso del naturale, dell'ovvio che viene meno. E il famoso antropologo affermava che è proprio il circuito delle memorie latenti, delle memorie procedurali diremmo noi, che si rompe e non è più in grado di confluire e conciliarsi con la riflessione esplicita, comportando una messa in discussione dell'evidenza del senso di realtà.

La fabbrica quotidiana del senso di realtà, così come si realizza nelle interazioni quotidiane, è al centro di una lunga e significativa tradizione culturale che vede nelle pratiche linguistiche il luogo della sua costruzione, che parte da Wittgenstein e passando per Austin e Grice, arriva alle attuali etnometodologie, fino all'Analisi della Conversazione di Sacks, Schegloff e Jefferson. Una metodologia applicata quest'ultima, che si utilizza anche per studiare le interazioni nei contesti psicoterapici e a cui ci riferiremo nella seconda parte di questo intervento.

Uno dei punti di partenza di questa tradizione è la riflessione sulla percezione della realtà, iniziata da William James nel suo famoso saggio *The Perception of Reality*. Invece di chiedere cos'è la realtà egli diede una piega fenomenologicamente sovversiva alla questione. Dando rilievo alla domanda: "Sotto quali circostanze pensiamo che le cose siano reali?" James ritiene che la cosa importante riguardo alla realtà sia il nostro senso della

sua realtà, in contrasto con la sensazione che alcune cose mancano di questa qualità. Nella sua risposta James ha distinto diversi fattori, tra cui quello dell'attenzione selettiva, del coinvolgimento intimo e della non contraddizione.

È attraverso l'analisi dello stile cognitivo della vita di tutti i giorni, che cominciamo ad avvicinarci alla comprensione di ciò che è stato definito 'la rocca dell'ovvietà'. Ascoltiamo Alfred Schutz, che individua alcuni ingredienti dell'esperienza di realtà nella vita di tutti i giorni:

- una specifica tensione di coscienza vale a dire lo stato di veglia derivante da una intensa attenzione per la vita
- una forma specifica di epochè, cioè sospensione del dubbio
- una forma prevalente di spontaneità vale a dire operatività (working): una significativa spontaneità basata su un progetto e caratterizzata dall'intenzione di concretizzare lo stato di cose progettato tramite movimenti corporei inseriti nel mondo esterno
- una forma specifica di esperire il proprio sé (il sé operante -working self-come il sé totale)
- una specifica forma di socialità: il comune mondo intersoggettivo della comunicazione e della azione sociale
- una specifica prospettiva temporale: il tempo comune che si origina in una interazione tra la durèe e il tempo cosmico come struttura temporale universale del mondo intersoggettivo.

Finchè le nostre esperienze di questo mondo partecipano di questo stile noi possiamo considerare questa provincia di significato come reale, noi possiamo porre su di essa l'accento di realtà (p.204)

Accanto a questi elementi che riguardano le modalità conoscitive, possiamo introdurre un ulteriore aspetto relativo al problema della esperienza quotidiana, seguendo Erving Goffman. Riprendendo quanto già lo stesso Schutz evidenziava, Goffman sottolinea il fatto che i nostri corpi partecipano sempre del mondo di tutti i giorni, qualunque sia il nostro interesse cognitivo al momento. Questa partecipazione implica una capacità di influenzare ed essere influenzati dalle interazioni e dal mondo concreto di tutti i giorni: "il mondo della vita di tutti i giorni il mondo del senso comune ha una posizione suprema tra le varie province di realtà poiché solo all'interno di esso diventa possibile la comunicazione con i nostri simili", e ricorsivamente dalle interazioni comunicative è sostenuto.

Questo è il punto di partenza del lavoro di Goffman sull'analisi dei frame, lavoro a cui, integrando elementi della teoria degli atti linguistici, della logica della conversazione di Grace, le analisi dei trascritti di seduta

realizzate dal nostro gruppo di ricerca per oltre un decennio fanno riferimento.

Ci muoviamo in un ambito teorico in cui si passa da una visione puramente referenziale del linguaggio, da una concezione rappresentativa della conoscenza a una concezione non rappresentativa. La prima attribuisce al linguaggio il compito fondamentale di attribuire un nome alle cose e di denominare l'essere, di dare identità e definizione alle cose, senza però considerare che però si possono fare altre cose con il linguaggio, a partire dal fatto che il parlare è da un lato un sistema semiotico complesso che quindi non si riferisce solo al verbale ma anche al non verbale e al livello simbolico delle rappresentazioni; dall'altro è anche una forma interazione e di azione su ciò che accade intorno a noi, ed è anche un modo anche di presentare noi stessi.

Vi sono quindi diverse funzioni del linguaggio da prendere in considerazione.

Consideriamo ad esempio l'utilizzo dei cosiddetti *factual accounts* nella conversazione quotidiana secondo il metodo dell'Analisi Conversazionale (Lenzi Bercelli 2002).

I *factual accounts* sono descrizioni fattuali, per esempio di oggetti (c'è una finestra, quello è un attaccapanni). Però si tratta di parlare esclusivamente per dare un nome alle cose o parlare per fare anche altre cose? Passare dallo studio della frase in se, nel suo significato letterale, alla frase proferita in un contesto, che cosa succede? Vediamone un esempio relativo ad una semplice frase tipo : "Mario, tu hai le scarpe ai piedi" riportando la conversazione in cui è stata proferita.

Marina (sentendo rumore): shh, cos'è?

Toto: no è fuori!

Mario: qualcosa là fuori...

Furio: è decisamente qualcosa che viene da fuori

Marina: Mario, tu hai le scarpe ai piedi

L'ultima frase è un invito, una suggestione, è un fare qualcosa con ciò che si dice.

Le descrizioni oltre ad essere delle azioni ci danno anche un'immagine del mondo e vengono sedimentate come definizioni di noi stessi. Ecco che allora nascono gli inconvenienti per questo uso che noi facciamo e per l'immagine di noi..

Un'altra funzione dei *factual accounts* è l'*epistemological orientation*, cioè il fatto che attraverso il racconto delle cose viene sempre vincolata una versione dei fatti. Consideriamo questo esempio tratto dall'interrogatorio dell'avvocato dell'accusato a una vittima di stupro:

Avvocato: (riferendosi al club dove era avvenuto lo stupro) è dove uomini e donne si incontrano, no?

Vittima/testimone: (0.9) le persone vanno lì

L'avvocato attraverso la scelta dei termini "uomini e donne" e "incontrano" introduce una visione definita dell'ambiente dove è avvenuto lo stupro e di cosa era andata a fare là la vittima che sembrano rendere assolutamente naturale il fatto di avere rapporti sessuali e l'eccezione il non averli. Stupisce la risposta della vittima che ribalta la versione implicitamente introdotta.

Il linguaggio non viene considerato come il veicolo delle idee, ma il luogo dove si costruiscono le idee, come se le idee fossero il prodotto dell'iterazione. Quindi il significato di una frase non è solo quello del vocabolario, ma è collegato all'uso che se ne fa. Viene così superato l'assunto secondo cui il compito dell'affermazione può essere solo quello di descrivere una serie di cose, di affermare i fatti in modo vero o falso, sebbene secondo me non si tratti di entrare nella disputa tra relativisti e oggettivisti, ma si tratta di cominciare a considerare che c'è una valenza, una funzione complessa, multipla del linguaggio.

Se dunque il parlare non è soltanto un comunicare informazione relativa alla conoscenza degli oggetti circostanti, ma è anche un'azione, il parlare acquisisce il carattere di una performance, una forma di inter-azione con il mondo attorno a noi.

In questa prospettiva il parlare di sé è stato considerato l'attività più coinvolgente, più emozionante, e anche più necessaria all'auto-organizzazione del sistema conoscitivo individuale, che praticano gli esseri umani. Gli individui infatti trascorrono una rilevante parte del loro tempo a raccontare ciò che è capitato loro spesso usando mezzi intrinsecamente teatrali con il fine pratico di produrre coinvolgimento o altri effetti su chi ascolta. L'idea è che il tessuto della nostra identità personale si realizzi attraverso queste pratiche quotidiane di microsorialità, che sono pratiche conversazionali nell'ambito delle quali anche la psicoterapia si va ad inserire. Goffman sostiene che gli individui siano "commediografi dilettanti", il cui mestiere è quello di creare copioni per dare credito a un personaggio, per essere un personaggio, mettendo insieme versioni della propria storia, della propria autobiografia.

Questo come modalità di costruire narrativamente l'identità personale, e anche, più molecolarmente, come costruzione dell'esperienza quotidiana e quindi del senso di evidenza e di realtà dell'esperienza, il che ci riporta al discorso della psicosi. Nel modo con cui gestiamo le attività linguistiche e le presentazioni di sé stessi ad esse collegate risiede anche il senso della realtà e quel senso di ovvietà che si sgretola nello psicotico. Rispetto a questo il delirio è un meccanismo di adattamento. Diverse ricerche mostrano che quando il paziente delira i suoi pattern di attivazione neurofisiologica al biofeedback si regolarizzano perché il delirio gli dà coerenza, lo rimette a

posto rispetto ad un magma di esperienza, o rispetto a delle emozioni discrepanti che non possono essere riordinate.

Una visione post-razionalista della psicopatologia sostiene, riferendosi a queste attività conoscitive che sono centrali per l'individuo, che il disordine clinico diventa comprensibile alla luce della costruzione narrativa del sé, cioè di quella dialettica fondamentale tra il dominio dell'agire e quello del sentire, tra l'io e il me e la sua ricomposizione in una identità narrativa, che si traduce nelle modalità del racconto di sé. Nel corso di tutta la sua produzione scientifica Vittorio Guidano ha proposto una concezione del sintomo come modo di mantenere l'identità personale, intendendone la costruzione come modalità affidabile di dare forma ad un mondo in grado di produrre una qualità della esperienza immediata riconoscibile. Di arrivare cioè a individuare quello che mi accade non come qualcosa di esterno ma come qualcosa di mio, qualcosa di cui sono protagonista, la mia storia, la mia vita, sono io. L'evento che diventa destino. Il sistema conoscitivo individuale nel suo auto-organizzarsi ha questo come scopo.

Una prospettiva di osservazione empirica di questi processi, che noi riteniamo pertinente anche per quanto accade a questo livello nei disturbi psicotici e che sicuramente lo è rispetto a quel che accade in seduta, è quella della produzione dei racconti delle proprie esperienze di vita: il fare film e trailer della propria vita.

In queste attività del raccontarsi sono individuabili delle modalità narrative particolari che implicano diversi stili di auto-organizzazione della conoscenza personale e di regolazione emotiva, che possiamo caratterizzare, in omaggio e prosecuzione della metafora cinematografica della moviola, riferendoci a questo linguaggio come documentario, film e trailer. Il film è la rappresentazione di una serie di eventi realizzata dal regista, mentre il documentario è più una testimonianza che privilegia la sequenza degli eventi e la prospettiva del protagonista. Il trailer viceversa è una ulteriore versione degli eventi costruita per esercitare un'azione sul potenziale spettatore. Wiedeman denomina nel modo seguente prospettive di narrazione con caratteristiche simili a quelle degli stili cinematografici: la prospettiva della partecipazione assimilabile al documentario, in cui il narratore testimonia gli eventi momento per momento, a partire dal contesto e dalla sequenza temporale, e tende a riferire esplicitamente le esperienze situate del protagonista; la prospettiva della elaborazione, assimilabile al film vero e proprio, che coinvolge maggiormente gli aspetti legati a valutazioni, opinioni ed ulteriori esperienze personali del narratore; e infine la prospettiva della rimessa in scena, il trailer, che riguarda i formati

interattivi e le esigenze particolari del narratore al momento e nella situazione interpersonale in cui si realizza la narrazione stessa.

Queste prospettive di narrazione sono correlabili a modalità tipiche di elaborazione dell'informazione e di attivazione dei sistemi di memoria, e poiché è possibile individuare precisi correlati linguistici, rappresentano una tipologia base per un sistema di assessment ispirato alla concezione post-razionalista.

Lo schema proposto in figura 1 è stato pensato a proposito della riprocessazione di eventi traumatici tramite stimolazioni sensoriali bilaterali (l'EMDR). Le esperienze traumatiche possono essere viste come episodi della propria vita che vengono rielaborati a fini autoregolativi: secondo la prospettiva ora delineata quando l'EMDR non funziona, ovvero non è possibile una riprocessazione più funzionale delle esperienze traumatiche più o meno dissociate, possono esservi due diversi ordini di motivi: o ci troviamo di fronte a un 'effetto trailer' e cioè quello che io racconto ha una funzione pragmatica è un modo di fare effetto, come appunto il trailer viene utilizzato per fare colpo sullo spettatore, oppure c'è un "effetto film", ovvero è un modo di ripresentare e riaffermare aspetti di sé importanti come se uno facesse un film e rielaborasse comunque quel trauma legandolo a qualcosa di importante di imprescindibile di sé. In certi frangenti il soggetto non può non regolarsi a prescindere dal proprio trauma e l'episodio autobiografico rimane organizzato nella modalità traumatica con le connotazioni negative.

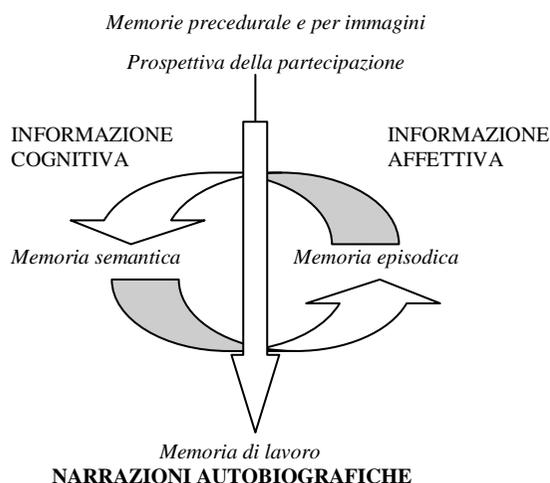
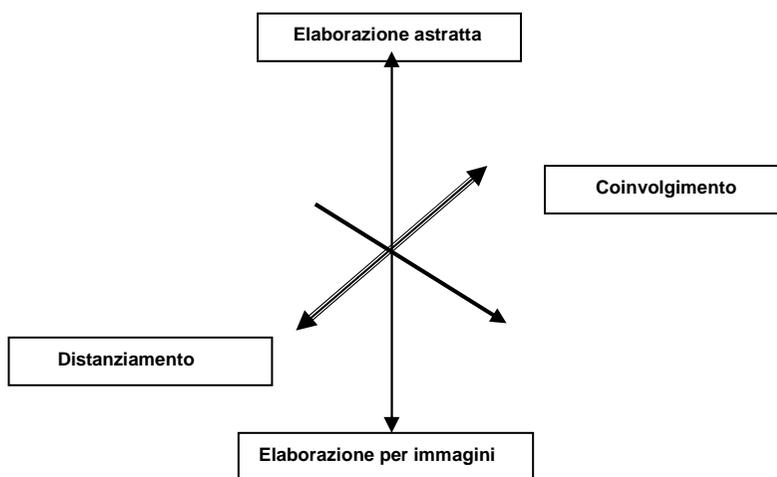


FIGURA 1. Sistemi di memoria, livelli conoscitivi e tipi di informazione nell'elaborazione narrativa di esperienze negative. Le frecce si riferiscono all'attivazione e ai processi di elaborazione dell'informazione di tipo intersistemica che si verifica in relazione alla produzione delle narrative autobiografiche e che riguarda l'elaborazione esplicita delle esperienze immediate. Abbiamo denominato lo stile dei resoconti che privilegiano la prospettiva della partecipazione tipo documentario, tipo film quello che riguarda la rielaborazione, tipo trailer quello relativo alla rimessa in scena.

Riportandoci al discorso sui meccanismi all'origine dei sintomi, possiamo immaginare l'organizzazione della conoscenza personale come una sorta di enorme caleidoscopio mentale nell'ambito della quale hanno luogo i processi e si producono i fenomeni, a livello intrapsichico ed interpersonale, che prima descrivevamo. La prospettiva di osservazione empirica da noi prescelta sarà quella della costruzione conversazionale delle narrative personali.

Un analogo raccontarsi avviene del resto privilegiatamente anche in terapia, e ne rappresenta l'attività principale, realizzandosi secondo certi contenuti, secondo certe modalità di elaborazione e secondo certe modalità di convivenza. Possiamo quindi individuare tre dimensioni importanti per lo studio della conversazione terapeutica: di che cosa si parla, la dimensione dei contenuti, come se ne parla, la dimensione dell'elaborazione rilevabile mediante il riscontro linguistico dell'attivazione dei sistemi di memoria e infine la dimensione della convivenza, ovvero quale attività realizzo e come mi pongo nei confronti dell'interlocutore secondo i diversi modi della cortesia, ovvero di riconoscere o meno le proprie e altrui facce.

Andiamo ora a vedere come la cornice teorica che abbiamo delineato e le dimensioni della conversazione possono contribuire a caratterizzare validamente alcuni aspetti della metodologia terapeutica post-razionalista delle psicosi.



→ **Dimensione dei contenuti espliciti** (di cosa si parla): temi ed eventi

↔ **Dimensione della elaborazione** (come se ne parla): livelli conoscitivi e sistemi di memoria attivati

↔ **Dimensione della convivenza** (ciò che si fa con ciò che si dice): coordinamento nei frame interattivi

FIGURA 2. Le dimensioni della conversazione terapeutica e attività terapeutiche corrispondenti

## **La conversazione sulle “voci” nella psicoterapia post-razionalista**

*Esemplificazioni di alcune modalità di elaborazione e di alcuni fenomeni di convivenza mediante trascritti di seduta*

L'approccio terapeutico post-razionalista si basa sull'idea che sia la particolare modalità di rielaborazione narrativa delle esperienze costruita in seduta a risultare in se stessa terapeutica: piuttosto che cercare di controllare direttamente il sintomo, si favorisce una rielaborazione conoscitiva volta al "riappropriarsi" dell'esperienza sintomatica da parte del paziente. Si realizza cioè attraverso i diversi formati di conversazione un attraverso un vero e proprio riarrangiamento dell'esperienza soggettiva affrontata nei suoi vari livelli conoscitivi (sistemi di memoria) e in relazione a diversi formati interattivi, che vengono negoziati nel corso della realizzazione delle modalità conversazionali stesse.

Ovviamente non possiamo passare in rassegna qui tutto l'articolarsi della metodologia terapeutica secondo le varie dimensioni della conversazione che abbiamo individuato. Rimandando ai lavori di Bercelli e Lenzi per una descrizione in termini conversazionali della tecnica della moviola e a Maxia per quanto concerne le varianti tecniche da utilizzare con pazienti psicotici proponiamo schematicamente le principali fasi della metodologia:

- Instaurare e mantenere un clima di conversazione sintonica, negoziando rotture e controversie intorno ai frame standard di seduta
- Riordinamento tematico e temporale delle vicende inerenti la sintomatologia
- Riordinamento dell'esperienza soggettiva secondo la dimensione interno/esterno
- Elaborazione in termini autobiografici dell'articolarsi di temi di significato personale
- Elaborazioni narrative complesse (finzionali).

Iniziamo col porre l'attenzione sulle modalità di elaborazione impostate dal terapeuta e sui fenomeni interpersonali che consensualmente si verificano, proponendo alcuni trascritti.

Nella parte che segue cercheremo qualche elemento obiettivo a favore dell'ipotesi che l'impostazione di base dell'approccio terapeutico post-razionalista possa risultare efficace anche per il trattamento dei sintomi psicotici, in particolare per le “voci”. Tenteremo di verificare se, a seconda delle diverse attività conversazionali (frame) prodotte dal terapeuta, vi sia un cambiamento delle esperienze sintomatiche o un diverso atteggiamento del paziente verso le stesse, per esempio una maggior o minor adesione

delirante alla esistenza esterna delle voci; vedremo inoltre nel corso di quali attività si verifichi un riferimento autobiografico del contenuto delle voci, che comporti il superamento dell'estraneità del fenomeno e/o l'interruzione del conflitto col T sulla natura delle voci.

### **Sequenza 1. Frame *esercitazione*: tentativo di uscita dal frame**

- P** poi:::: l'ultima voce che mi- rassicurante, che dice, no, non è vero, non sei grassa, (1.0) mangia, (1.0)
- T** ma dice anche mangia?
- P** mangia. (5.0) eh
- T** eh:: |ma provi a pens|are l'ultima volta che le è successo.
- P** |eh |(eh) no. aspetti, vuole che mi metta a registrare le voci? ah i|o lo faccio.
- T** |no no no. io voglio che adesso, in questo momento. (1.0)
- P** eh (0.5) ah in questo momento?
- T** eh.
- P** eh. (1.5) è una voce:: femminile acuta che mi dice, sei una cretina:: e un'idiota. (2.0)
- T** eh, e questa poi- cioè avviene in quanto tempo? questo trio qua.
- P** ma avviene:: in (1.0) il- esattamente il tempo:: di compiere un gesto, come, non so, una pausa di due secondi? sì e no.

In questa prima sequenza ci focalizziamo su fenomeni di convivenza. L'attività di seduta che il terapeuta sta tentando di realizzare è quella di esercitazione cognitiva ed emotiva, che è caratterizzata da specifiche proprietà interattive cui i partecipanti mostrano l'uno all'altro di essere orientati: il terapeuta dà istruzioni di comportamento e il paziente le esegue. La considerazione del tipo di frame interattivo in cui terapeuta e paziente sono impegnati consente di comprendere meglio il senso di ogni singola mossa e di valutare il suo valore ai fini del proseguimento della conversazione terapeutica. Ad esempio la mossa nel terzo turno della paziente risulta un tentativo di uscire dall'esercitazione e attivare un possibile frame di discussione sulla reale esistenza delle voci. La replica del terapeuta risulta un modo per ripristinare l'esercitazione. Il negoziato, leggermente conflittuale, come indicano alcune le sovrapposizioni nel parlato, si risolve a favore dell'esercitazione: il terapeuta considera la mossa della paziente e la tratta abilmente come una richiesta interna all'esercitazione stessa, riuscendo a proseguire nella sua attività.

Queste controversie interattive accompagnano costantemente il realizzarsi delle diverse modalità di elaborazione. Gli esempi che seguono riguardano alcuni interessanti stralci su come il terapeuta valendosi delle sue prerogative conversazionali tenti di favorire il riferimento delle "voci"

all'esperienza personale nella sequenza 2 e alla storia personale nella sequenza 3. Si tratta di esempi relativi a fenomeni di elaborazione.

### Sequenza 2. Frame esercitazione: riferimento delle voci all'esperienza personale

P glielo dico io guar|di  
T eh infatti.  
(1.0)  
P se io- io vado a tavola e non ho fame, non ho voglia di mangiare (.)  
T eh  
(0.5)  
P sei grassa (0.5) e questo mi disturba e mi da desiderio (.) di:: di contrastare quello::: quello che viene detto. (.) No, non è vero. (.) Mangia, che non sei grassa. (.) E questo mi disturba ancora di più ((tono ridente)) perché |sembra (che mi metta nella)  
T |eh  
P voce di mia madre, mi |sembra ( )  
T |guarda caso eh?  
P guarda ca|so  
T |((tono ridente)) puta::|caso  
P |((tono ridente)) puta::caso, coincidenza. (0.5)  
T Sei una cretina |idiota e questo  
(ah come si)  
P riesce a farmi reagire.

### Sequenza 3. Frame esercitazione: riferimento delle voci alla storia personale

T eh, sì. Questo- esatto. E in più |c'è qualche altra  
P |( )  
T (ist) eh? (cre|di?)  
P |sì ( ) |( )  
T |quando  
T ha man|giato  
P |come un mai|ale  
T |eh, quando ha mangiato, dice, porca miseria ecco (non proprio) ( )  
( )  
P |no. Questo:: questo:: ha influito sulle:: sulle mie- (1.5) voglia dire, questo, questa frase, l'ultima, la quattro, influisce sul mio- significa:: che e:: il fatto non solo del mangiare, ma della consuetudine del modo di mangiare, del- di tutto l'insieme delle:: delle:: forme della:: dello stare a tavola, che mi (si sono) °quasi insegnate° da bambina, vengono messe in discussione eh si è=  
T =e cioè?=  
=

**P** =mangi come un maiale. Co- com'è che mangia un maiale? **E** comunque-  
il mi- il mio modo di stare a tavola, nei-  
>forse questo non gliel'ho mai detto<, quando io sto:: a::: tavola::, quando:: |( )  
(la mia educazione)

**T** |( )

**P** no, è sempre stata:: (.) un'educazione ferrea. (Io quindi da) bambi- da bambina  
molto piccola, (.) (quando) facendo la Kinder Haus i primi anni, (0.5) |eh

**T** |in via Petrarca?

**P** sì. ( ) tetesche ((ride)) lì, si mangiava e::, bambino di, avevo cinque anni,  
insomma io ( ) prima, ( ) forchetta, mangiavo perfettamente, (insomma)  
sapevo, (0.5) per cui (.) ((tossisce)) il- il:: il mangiare come un maiale significa il  
contrario, significa che quando tu sei da sola, (.) che non hai una mira, che non  
devi conquistare una persona, eccetera, mangi come un maiale vuole dire che, tu  
sei a tavola, qua- il modo in cui sei a tavola, non lo fai per te, ma lo fai per un  
altro, lo fai per chi ti vede:: o per chi |pensi

In quest'ultima sequenza possiamo osservare sia dei fenomeni di rielaborazione che di convivenza. Accanto al tentativo di riformulazione del terapeuta troviamo un conflitto potenziale sul carattere di oggettività delle voci che nei turni in grassetto viene superato grazie alla correzione che il terapeuta esplicita rispetto alle proprie domande. La Paziente raccoglie la domanda sul significato e risponde in modo pertinente.

#### **Sequenza 4. Frame *esercitazione*: ridefinizione delle 'voci' come parte dell'esperienza personale**

**P** sì, ci sono tu- tutte e due |le componenti

**T** |eh

**P** io sono- penso più chiavi di- di lettura in quel|lo

**T** |certo. Infatti, °un'altra chiave di lettura°. Allora quindi diciamo, mentre io mangio, |mi viene il pens|ero di

**P** |hm |hm

**T** essere grassa , e poi però- (.) di fatto devo constatare che non lo sono.  
(1.0)

**T** prima che (.) (qui già qua) mi mi ( ) sei una cretina idiota, nel senso? (.) Che la voce di- questa |era

**P** |hm

**T** quella che assomigliava a sua madre

**P** no. (.) La voce |(che assomigliava a mia madre)

**T** |(ma)

**P** è la seconda.

**T** la seconda. E', allora, sei una cretina idiota::, cos'è?

**P** è una voce comunque:: è una voce offensiva, è un'offesa, un'offesa fa reagire.  
(1.0)

- P** è un- è qualcosa che viene dall'esterno comunque. (Come forse tutte) quelle voci effettivamente|te.
- T** |hm. **Vabbeh, adesso, hm::: (niente-) rimanevo sul piano del significato**  
(1.0)
- P** (il piano del) significato?
- T** eh
- P** **cosa significa::?**  
(1.0)
- P** ( ) **un idiota, che:: (1.0)**
- T** AH:: B|EH, dai retta
- P** |( )
- T** a tua madre, sei una cretina, (0.5) eh.  
(0.5)
- T** ti fai imbidonare, ti fa- (>sembra che se dai retta a tua madre<) diventerai come una sfe::ra::  
(1.0)

Andiamo ora ad analizzare la seduta nel suo insieme, cercando di ricavare una valutazione quantitativa della presenza dei fenomeni che abbiamo mostrato nelle sequenze.

### **Ricostruzione dell'andamento di una seduta e di come il modo di parlare delle "voci" influisce sul sintomo**

L'analisi delle attività di seduta offre innanzitutto la possibilità di una visione quantitativa e d'insieme della seduta stessa, che è riportata nella figura che mostra la percentuale di presenza dei frame in seduta. Notevole è la presenza dei frame pedagogici – oltre il 35% complessivamente – e comunque buona la rappresentanza dei 3 frame di base della Terapia Cognitiva (Indagine, Esercitazione, Riformulazione).

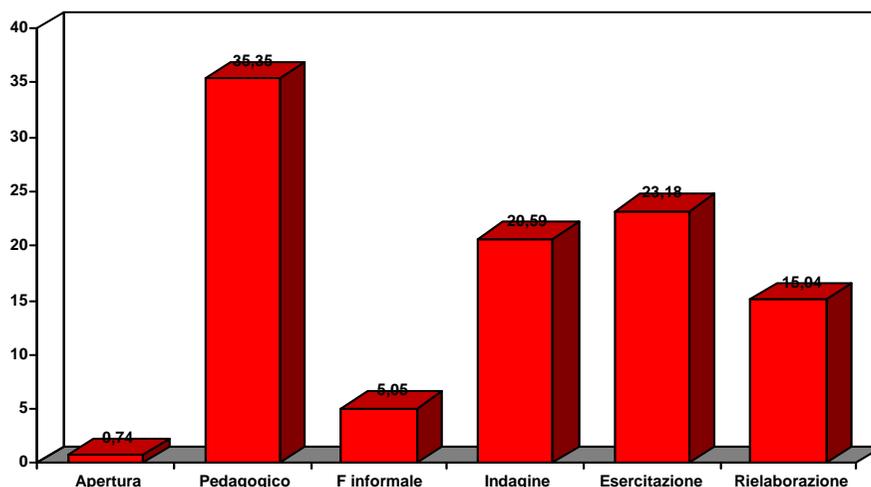


Figura 3. Presenza dei frame in una seduta di psicoterapia post-razionalista con paziente psicotico

La conduzione della seduta viene svolta secondo il modello della terapia cognitiva post-razionalista, cui il terapeuta era in corso di addestramento all'epoca della registrazione. L'andamento della seduta — nel caso specifico incentrata sul tema-problema delle voci<sup>2</sup> — dovrebbe pertanto risultare a grandi linee, in termini di successione di attività (frame), il seguente: Apertura ⇒ Indagine ⇒ Esercitazione ⇒ Riformulazione.

Il terapeuta, dopo aver esaminato brevemente lo svolgersi della settimana in relazione alla presenza del sintomo, indaga l'esperienza del Pz relativa ad alcuni episodi problematici tra i più significativi, per poi applicare una specifica tecnica per affrontare le voci. Ne dovrebbe conseguire un riordinamento delle esperienze e una rielaborazione "interna" del fenomeno sintomatico con una maggiore capacità di affrontare le situazioni in cui si manifesta il sintomo.

Ovviamente lo svolgersi della seduta è assai complesso e variegato. Tentiamo ora di renderne conto più specificamente attraverso l'esame delle attività di seduta, descrivendo analiticamente la successione dei frame in relazione agli specifici contenuti della seduta. La tabella 1 mostra alcuni parametri quantitativi quali la durata delle attività e il numero di turni di

<sup>2</sup> Non discutiamo qui il merito né tantomeno l'appropriatezza delle tecniche utilizzate. La metodologia si ispira comunque al modello post-razionalista della psicoterapia dello scompenso psicotico, allora in fase di primo concepimento (per una descrizione delle procedure vedi Maxia 2000)

parola per ogni singola attività. Come spesso avviene nella terapia con pazienti gravi, la struttura interattiva risulta estremamente movimentata e viene ad alterare quello che dovrebbe essere lo svolgimento canonico della seduta stessa.

Nella parte iniziale della seduta, il T affronta un problema pratico della Pz (farsi o non farsi accompagnare in auto dal padre allo studio del terapeuta stesso), proponendo possibili linee d'azione (1, tab. 1), con una breve ridefinizione del problema (2).

Si apre poi l'indagine sui temi di vita attuale della paziente (andamento della settimana, 3), con un riferimento a come perseguire un obiettivo stabilito nella seduta precedente (riprendere lo studio, 4), impedito dalla presenza delle "voci" dei vicini. Prima di approfondire l'indagine sul fenomeno "voci", il T deve gestire una divagazione della Pz ("lei è imbarazzatissimo oggi", 5) e nuovamente affiancare la Pz nel fronteggiare le proprie difficoltà di studio (6).

Il T può finalmente affrontare la fase di indagine dell'esperienza sintomatica (7) che è interrotta varie volte:

- da una sequenza di discussione razionalistica-pedagogica sulle voci (8)
- da un tentativo di rielaborazione effettuato dal T (9)
- da una sequenza "informale" avviata dal T che chiede cosa significa una espressione particolare usata dalle voci, modificando così il formato interattivo e destituendosi momentaneamente dal ruolo di esperto (11)
- da una sequenza introdotta dalla Pz che riferisce i consigli del suo ragazzo per affrontare le voci, mettendo il T nel ruolo di interlocutore qualunque (12).

Il T riprende l'indagine (13) inframezzando alcuni tentativi di esercitazione — tecnica che la Pz conosce dalla seduta precedente — ma con scarso esito (14 e 16) sia per istruzioni imprecise sia per tentativi prematuri di riformulazione (15) che interrompono il frame, ma soprattutto per una esplicita uscita della Pz dal frame che si configura come una vera e propria sfida (19) al T riguardo alla realtà delle voci ("come fanno a saperlo le voci?"). Solo dopo aver ristabilito una collaborazione recuperando con l'aiuto della Pz alcuni contenuti affrontati in sedute precedenti, diviene possibile completare l'indagine (20) e, dopo aver effettuato una riformulazione informale (21) di un contenuto imbarazzante (le voci che ordinano di masturbarci), la seduta procede con l'applicazione della tecnica sulle sequenze di voci individuate (22). Il T svolge una parte molto attiva nel rielaborare il contenuto delle voci, parlando per così dire al posto del pensiero della Pz.

La conclusione di seduta è una rielaborazione in termini di "parti" interne della Pz (il termine attorno al quale era avvenuta la sfida al T) sia dei contenuti delle voci affrontate nell'esercitazione, sia più in generale di una versione non contestata apertamente dalla Pz di quanto è successo e del progetto per uscire dal disagio (23).

n°	Frame	Tempo	Turni
1	Pedagogico	6' 06"	43
2	Riformulazione	1' 24"	6
3	Apertura	0' 24"	5
4	Pedagogico	2' 15"	24
5	Frame informale	0' 12"	5
6	Pedagogico	4' 08"	34
7	Indagine	5' 35"	73
8	Pedagogico	2' 24"	36
9	Riformulazione	0' 08"	2
10	Indagine	0' 24"	2
11	Frame informale	2' 32"	8
12	Pedagogico	1' 40"	10
13	Indagine	1'14"	12
14	Esercitazione	0'45"	8
15	Riformulazione	0'12"	4
16	Esercitazione	1'32"	20
17	Pedagogico	0'20"	2
18	Indagine	0'55"	7
19	Pedagogico	2'14"	18
20	Indagine	3'00"	41
21	Riformulazione Inf.	1'36"	20
22	Esercitazione	10'15"	61
23	Riformulazione	4'48"	20

Tabella 1: successione dei frame nel corso della seduta, loro durata (minuti e secondi) e numero dei turni di parola in ognuno

Dopo aver esaminato l'andamento della seduta, andiamo ora a valutare più da vicino alcune modalità terapeutiche di affrontare aspetti sintomatici quali i contenuti del pensiero definibili come deliranti e i fenomeni allucinatori. Oltre agli argomenti di persuasione - tipici della terapia cognitiva classica - il T cognitivo possiede tecniche capaci di modificare l'esperienza stessa del Pz, rievocandola e riorganizzandola in seduta mediante le sequenze di frame (qui: Indagine, Esercitazione e Rielaborazione). Ci proponiamo qui di tentare di verificare in che misura, attraverso la modulazione di tali frame, sia possibile per il terapeuta fronteggiare e anche trattare terapeuticamente il problema "voci" e le convinzioni deliranti associate: esamineremo in particolare le sequenze conversazionali in cui T e Pz parlano di voci e verificheremo come varia l'atteggiamento di Pz nei confronti delle voci,

secondo due parametri: la convinzione dell'esistenza esterna delle voci e il grado di elaborazione interna dei contenuti delle voci stesse.

Abbiamo identificato nella seduta le sequenze conversazionali relative alle "voci", che sono risultate in numero di 30. Tali sequenze sono state identificate come unità tematiche in ciascuna delle quali si parla di una particolare occorrenza di una particolare "voce".

Le sequenze vengono presentate nella tab 2 in relazione alla loro durata e al frame di appartenenza; per ciascuna sequenza sono anche riportati il livello di adesione al sintomo (ovvero il grado di convincimento del Pz nella esistenza esterna delle voci) e la presenza di quella rielaborazione interna (ovvero di una riappropriazione nell'esperienza personale dei contenuti delle voci, per esempio intendendole come espressione di una parte di sé) a cui mira il terapeuta.

<i>Seq.</i>	<i>Durata</i>	<i>Frame</i>	<i>Adesione al sintomo*</i>	<i>Rielabor Interna*</i>
1	3' 00"	Apertura, pedagogico	1	2
2	4' 00"	Pedagogico; Indagine	1	2
3	2' 30"	Indagine	1	2
4	1' 00"	Indagine	1	2
5	1' 34"	Indagine; Pedagogico	1	3
6	0' 30"	Pedagogico	3	1
7	0' 55"	Pedagogico	2	3
8	1' 12"	Pedagogico; Rielabor	1	2
9	2' 45"	F informale	1	2
10	2' 00"	Pedagogico	2	2
11	0' 54"	Indagine	1	2
12	1' 07"	Indagine; Esercitaz	2	2
13	1' 10"	Esercitaz; Riformulaz	2	1
14	?	Esercitazione	1	2
15	0' 20"	Esercitazione	2	2
16	0' 30"	Esercit; Ped; Indagine	1	2
17	3' 00"	Pedagogico; Indagine	1	2
18	0' 55"	Indagine	1	2
19	1' 00"	Indagine	1	2
20	0' 30"	Indagine	1	2
21	2' 15"	Indagine; Rielabor	2	2
22	1' 30"	Rielaborazione	2	2
23	0' 45"	Rielaborazione; Eserc	1	3
24	0' 54"	Esercitazione	2	2
25	0' 36"	Esercitazione	3	2
26	4' 30"	Esercitazione	3	1
27	1' 18"	Esercitazione	2	1
28	1' 54"	Esercitazione	2	1
29	4' 55"	Esercitazione; Rielab	3	1
30	2' 00"	Rielaborazione	2	1

- \* 1= Pz crede nell'esistenza esterna delle voci; 2=è incerta; 3=non crede  
 ° 1=sì; 2=no; 3=non evidente

Tabella 2: caratteristiche delle sequenze conversazionali relative alle voci: frame di appartenenza, convinzione nella esistenza esterna delle voci, rielaborazione terapeutica.

Venendo ora ad una breve disamina dei dati possiamo notare che non sono presenti sequenze relative alle voci nei frame di seduta 1-2, in cui T si occupa di un problema specifico della P, mentre sono praticamente presenti per tutto il resto della seduta e quindi suddivise tra i diversi frame. Interessante anche il fatto che 11 sequenze su 30 appartengano a più di un frame, il che significa che i parlanti sovente cambiano attività pur mantenendo fermo il contenuto (andrebbero esaminati i significati e gli effetti dei diversi cambi).

Per quanto riguarda (vedi tabella 3) le due variabili 'adesione al sintomo' e 'rielaborazione', nelle sequenze appartenenti ai frame di *indagine* troviamo alta adesione e assenza di riferimento interno. Ugualmente alta è l'adesione in gran parte delle sequenze appartenenti ai frame *pedagogici*, mentre non vi è riappropriazione 'interna' dei contenuti delle voci se non in un caso, in cui però P annuisce soltanto ad un parere da esperto fornito dal T in un breve turno.

Il frame *esercitazione* dovrebbe comportare una riappropriazione dei contenuti delle voci. Vediamo effettivamente che su 10 sequenze solo in una l'adesione risulta alta ed è quella che prelude quella che abbiamo chiamato la sfida che P porta a T. In 6 sequenze l'adesione risulta media e in 3 bassa, il che testimonia una parziale riuscita della tecnica.

Nel frame *rielaborazione* abbiamo infine 2 sequenze con alta adesione, che vanno riferite ai tentativi 'fuori tempo' del T, mentre nella rielaborazione di fine seduta l'adesione risulta bassa e media.

Le osservazioni da noi effettuate mostrano che a seconda della diversa attività (frame) in corso vi è una maggior o minor adesione delirante alla esistenza esterna delle voci stesse e quindi ci confortano nel coltivare l'ipotesi secondo cui elaborare le esperienze sintomatiche secondo determinati formati conversazionali rappresenti uno dei punti chiave del processo psicoterapico.

	<i>Pedagog</i>	<i>Indagine</i>	<i>Esercitaz</i>	<i>Rielabor</i>
<b>Alta</b>	6	9	1	2
<b>Media</b>	2	1	6	4
<b>Bassa</b>	1	0	3	1

Tabella 3: numero di sequenze per livello di adesione al sintomo (righe) e frame di appartenenza (colonne)

### **Considerazioni conclusive**

Questo contributo può essere visto come il tentativo di riflettere intorno a una domanda: quanto un approccio terapeutico basato sulla rielaborazione della conoscenza personale e delle prospettive di narrazione quale è quello post-razionalista, sia in grado di incidere terapeuticamente sulle psicosi (in particolare schizofreniche)?

È una domanda che tocca varie tematiche tra cui non ultima quelle che riguardano la natura dell'approccio cognitivo post-razionalista, se in quanto terapia etiologica piuttosto che sintomatica sia ascrivibile ad una visione più psico-dinamica (nel senso di processuale e non nel senso di psicoanalitica) anziché cognitivista, cioè volta a modificare strutture e processi e non i prodotti cognitivi degli stessi, e quali ne siano l'efficacia e il campo di applicazione.

Ovviamente più che di dare risposte, abbiamo cercato di impostare il problema a partire da una riflessione sulla psicopatologia della psicosi, individuandone alcuni temi centrali (quelli che si richiamano ad una concezione non difettuale), e utilizzandoli poi per sostenere come su un tale nucleo psicopatologico sia per lo meno non insensato tentare di incidere con un approccio terapeutico come quello post-razionalista.

A sostegno di questa tesi o comunque in sintonia con essa abbiamo portato alcuni 'dati': da una parte alcuni trascritti che mostrano come le particolari tecniche conversazionali della terapia post-razionalista consentano di rielaborare narrativamente aspetti legati ai sintomi allucinatori e dall'altra un'analisi condotta sempre su trascritti di seduta che mostra come specifiche esercitazioni terapeutiche vadano a influire sull'adesione delirante all'esistenza delle voci, riducendola in modo indiretto e non persuasivo.

Su questa base riteniamo sensato continuare a sostenere che il tipo di attività di conversazionale modifichi le modalità di elaborazione dell'esperienza, in particolare il grado di convinzione delirante nell'esistenza esterna delle voci, indipendentemente dalla discussione sui contenuti, e che le vicissitudini della convivenza e le loro potenzialità terapeutiche risultino significative anche in questo tipo di patologie.

A questo proposito concludo rievocando la scena finale del film "Confessioni di una mente pericolosa" e riportando a commento un brano di Alfred Schutz, tratto dal saggio "On Multiples Realities" del 1945, e una citazione di Erving Goffman.

Il protagonista Chuck Barris all'uscita del suo matrimonio, tra gli invitati che lanciano riso, riconosce visi dei personaggi del suo passato di spia: assassini, criminali, forse anche coloro che ha ucciso. Confusione e angoscia lo assalgono e non gli lasciano tregua. Si rende conto di essere in pericolo e che lo è anche la moglie Peggy. Scappa con lei in auto e mentre si allontanano inizia a confessarle la propria segreta attività, le proprie colpe... Lei ascolta in silenzio, sembra spaventata ma anche incredula: poi inizia a ridere prima sommessamente poi sempre più forte fino a ridere a crepapelle. Il riso contagia Chuck che ride anche lui e il suo stato d'angoscia svanisce, così anche presumibilmente le percezioni e i pensieri angosciosi.

*“Esistono tanti tipi diversi di esperienze di shock quante sono le diverse province finite di significato sulle quali porre l'accento di realtà. Alcuni esempi sono: lo shock di addormentarsi come salto nel mondo dei sogni, la trasformazione interiore che noi proviamo quando la tenda del teatro si alza, come transizione nel mondo del palcoscenico; il cambiamento radicale del nostro atteggiamento se davanti a un quadro permettiamo al nostro campo visivo di essere delimitato da ciò che è all'interno della cornice, come passaggio nel mondo pittorico; la nostra perplessità quando, rilassandoci nella risata ascoltando una barzelletta, siamo pronti per un breve momento ad accettare il mondo fittizio dello scherzo, come una realtà in relazione a cui la nostra vita assume il carattere della frivolezza; il rivolgersi del bambino al suo giocattolo, come transizione nel mondo del gioco e così via. (...) Parliamo di province di significato perché è il significato delle nostre esperienze e non la struttura ontologica degli oggetti che costituiscono la realtà.”*

A. Schutz, 1945.

*E, come dovrebbero sapere ogni psicotico e ogni comico, qualsiasi mossa studiatamente impropria può lacerare il velo sottile della realtà immediata.*

E. Goffman, 1961.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARCIERO G. (2002), *Studi e dialoghi sull'identità personale. Riflessioni sull'esperienza umana*, Bollati Boringhieri, Torino.

ARCIERO G., GAETANO P., MASELLI, P., GENTILI N. (2004). Identity, Personalità and Emotional Regulation, In Freeman, A., Mahoney M. J., Devito, P., Martin, D., *Cognition and Psychotherapy*, Springer, New York

- ARCIERO G., GUIDANO V. (2000), Experience, Explanation and the Quest of Coherence, In Neimeyer R., Raskin, J, *Constructions of Disorder. Meaning-Maker Frameworks for Psychotherapy*, APA, Washington, DC.
- BARCLAY C. (1996), Autobiographical Remembering: Narrative Constraints of Objectified Selves, In Rubin, D. C., *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory*, Cambridge University Press, Cambridge (Mass.).
- BATTACCHI M. W., (2004), *Lo sviluppo emotivo*, Editori Laterza, Bari.
- BATTACCHI M.W., RENNA M., SUSLOW T. (1995), *Emozioni e Linguaggio*, Roma, NIS.
- BERCELLI, F. (2004), Identità e narrazione: di sé e di altri, In Lorenzetti R., Stame S., *Narrazione e identità*, Bari, Laterza.
- BERCELLI F., LENZI S. (1998), Analisi Conversazionale di sedute di Terapia Cognitiva, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 2, pp. 6-27.
- BERCELLI, F., LENZI, S. (1999), Riascoltando una seduta II, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 4, pp . 42-60
- BERCELLI F, LEONARDI P, VIARO M. (1999), *Cornici terapeutiche*, Milano, Cortina.
- BLANKEMBURK W. (1998), *La perdita dell'evidenza naturale*, Milano, Cortina.
- BOWLBY J. (1980), *Attachment and Loss*,. Basic Book, New York, (trad. it. *Attaccamento e Perdita, vol 3: la perdita della madre*, Boringhieri, Torino, 1983).
- BRADLEY S. J., (2000), *Affect Regulation and the Development of Psychopathology*, The Guilford Press, New York.
- CERVONE D., SHODA Y. (1999), *The Coherence of Personality*, The Guilford Press, New York.
- CRITTENDEN P. M. (1997), Dynamic-Maturational Perspective on Anxiety Disorders, *Giornal Ital. Psicopat.*, 1, pp. 28-37.
- CRITTENDEN P.M. (1999), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*, Raffaello Cortina, Milano.
- CUTTING, J. (1985), *Psicologia della schizofrenia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1989
- DI MAGGIO G. (1999), Il problema dell'integrazione: il deficit della funzione narrativa, In Semerari A., *Psicoterapia Cognitiva del paziente grave*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FORD D. H., LERNER R. M. (1995), *Teoria dei Sistemi Evolutivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- FORD M. E. (1992), *Motivating Humans*, Sage Publications, Newbury Park.
- FREEMAN M. (1993), *Rewriting the Self: History, Memory, Narrative*, Routledge, London-New York
- GOFFMAN E. (1974), *Frame Analysis*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- GOFFMAN E. (1981), *Forme del parlare*, Il Mulino, Bologna.
- GROSSER, H. (1985), *Narrativa*, Principato, Milano.
- GUIDANO V. (1986), The Self as a Mediator of Cognitive Change in Psychotherapy, In Hartman L.H., Blankstein K.P., *Perception of Self in Emotional Disorders and Psychotherapy*, Plenum Press, New York.
- GUIDANO V. (1987), *The Complexity of the Self: A developmental approach to psychopathology and therapy*, Guilford, New York, (trad. it. *La complessità del sé*, Boringhieri, Torino, 1988).
- GUIDANO V. (1991), *The Self in Process: Toward a Post-rationalist Cognitive Therapy*, Guilford. New York, (trad. it. *Il sé nel suo divenire*, Boringhieri, Torino 1992).
- GUIDANO V. (1996), Lo sviluppo del sé, In Bara B., *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- HALLIDAY M.A.K. (1973), *Exploration in the Functions of Language*, Arnold
- HARTER S. (1999), *The Construction of the Self*, The Guilford Press, New York.
- HUTCHBY I., WOOFFITT R. (1998), *Conversation Analysis*, Polity Press, Cambridge
- JEDLOWSKI P. (2000), *Storie comuni, la narrativa nella vita quotidiana*, Bruno Mondadori, Milano.
- LAMBRUSCHI F., LENZI S., LEONI F. (2004), Evoluzione del modello clinico cognitivista in età evolutiva, In Lambruschi F. (a cura di) (2004), *Psicoterapia Cognitiva dell'età evolutiva: Procedure di assessment e Strategie Psicoterapeutiche*, Bollati Boringhieri, Torino.
- LANE R. D., SCHWARTZ G. E. (1987), Levels of Emotional Awareness: A Cognitive-Developmental Theory and Its Application to Psychopathology, *American Journal of Psychiatry*, 144, 2, pp. 133-143.
- LENZI S, BERCELLI F. (1999), Riascoltando una seduta IV, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 5, pag. 50-81.

LENZI S (2000), Analisi Conversazionale delle sedute di Vittorio Guidano, In Nardi B., *Vittorio Guidano e l'origine del cognitivismo sistemico processuale*, Accademia dei Cognitivi della Marca, pag. 167-174.

LENZI S. (2001), Come agisce l'EMDR. Contributo per una interpretazione in chiave cognitivo-costruttivista, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 9, 4, pp. 26-45.

LENZI, S., BERCELLI, F. (1999), Riascoltando una seduta III, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 5, pp. 50-81.

LENZI S., BERCELLI F., PILLERI M. F., CANESTRI L. (2001), Continuità e cambiamento dello stile conversazionale nel corso di una psicoterapia cognitiva post-razionalista. Relazione tenuta alla II giornata di studi di psicologia e psicopatologia post-razionalista, In Reda M., Pilleri M. F., Canestri L., *Continuità e cambiamento in psicoterapia*, Atti del Convegno "Continuità e Cambiamento in psicoterapia", Edizioni Cantagalli, Siena.

LEONARDI P, VIARO M. (1980), *Conversazione e terapia*, Cortina, Milano.

LORENZETTI R. (2003), Tempo e spazio nella narrazione autobiografica, In Lorenzetti R., Stame S., *Narrazione e identità*, Laterza, Bari.

MAIN M., GOLDWYN. R. (in press), Adult Attachment scoring and classification systems, In Main M., *Assessing Attachment through Discourse, Drawings and Reunion Situations*, Cambridge UP, NewYork.

MAXIA G. (2000), Psicoterapia post-razionalista dello scempenso psicotico di tipo schizofrenico, *Psicoterapia*, 19/20, pag. 21-27.

OATLEY K. (2004), From the Emotions of Conversation to the Passion of Fiction, In Manstead A., Frijda N., Fischer A., *Feelings and Emotions*, pp. 98-115, Cambridge, Cambridge University Press.

OCHS E., CAPPS L. (2001), *Living Narrative: Createing Lives in Every-day Storytelling*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.

REDA M. A. (1984), *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Nuova Italia Scientifica, Roma.

ROSSI MONTI M., STANGHELLINI G. (1999), *Psicopatologia della Schizofrenia*, Cortina, Milano,

SASS L. (1992), *MADNESS AND MODERNISM*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.

SCHUTZ A. (1945), *On Multiples Realities*, (trad. it. In Izzo A. (a cura di), *Saggi sociologici*, Utet, Torino, 1979).

TEASDALE J.D. (1996), Clinically Relevant Theory: Integrating Clinical Insight with Cognitive Science, In Salkovskis P.M., *Frontiers of Cognitive Therapy*, New York, Guilford Press.

TULVING E. (1995), Organization of Memory: Quo Vadis? In M.S. Gazzaniga , *The Cognitive Neurosciences*, Cambridge, MA, The MIT Press.

TULVING E. (1972), Episodic and semantic memory, In E. Tulving , W. Donaldson, *Organization of memory.*, Academic Press, New York.

VAN DER KOLK B.A. (1994), The Body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress, *Harvard Review of Psychiatry*, 1, pp. 253-265.

WIEDEMAN P. M. (1986), *Erzahlte Wirklichkeit: zur Theorie und Auswertung narrative Interviews*, Beltz, Weinheim.

Gianni Cutolo

## **SOGGETTIVITA' E ISTITUZIONE: UNA SINTONIA POSSIBILE?**

### **Riassunto**

L'intento di questa relazione, partendo dalla mia esperienza di Direttore di un Servizio di Salute Mentale, è di offrire considerazioni sugli apporti conoscitivi che il modello post-razionalista di Vittorio Guidano mi ha stimolato riguardo alla psicosi.

Nella convinzione che un valore terapeutico centrale sia costituito dalla ricostruzione del significato con la persona che attraversa la crisi psicotica, ho messo a fuoco le modalità istituzionali con cui un Servizio di salute mentale può costruire un setting "comprensivo" piuttosto che di semplice contenimento. All'interno di questa cornice comprensiva, presento alcune modalità più specifiche di un intervento rispettoso della soggettività.

### **E' possibile un modello istituzionale centrato sulla persona?**

L'analisi qui proposta deriva da una esperienza realizzata in un territorio geograficamente limitato (45.000 abitanti) , per un lungo periodo di osservazione (circa 25 anni), all'interno di una struttura organizzativa

unitaria (il Servizio di salute mentale) ed utilizzando una teoria ed un modello definito, quale quello post-razionalista, che sta dando un buon contributo alla comprensione di un fenomeno complesso come la psicosi.

La maggior parte delle cose che vi dirò derivano dalle idee e dal lavoro di Vittorio Guidano, il cui tentativo è stato quello di sviluppare una conoscenza dei fenomeni psicopatologici, nevrotici e psicotici, visti nella continuità con la persona “normale”, che avesse come punto di riferimento centrale e costante il modo con cui l’essere umano, il soggetto, esperisce, conosce e riflette sulla sua realtà.

Guidano ha sottolineato, sia nell’esperienza normale che in quella psicopatologica, la divaricazione del sentire individuale rispetto al “punto di vista oggettivo” che lo stesso soggetto può assumere su di sé. Dice Guidano: *“Il punto di vista oggettivo è il punto di vista che chiamiamo razionale, astratto, quello che fa parte della creatività, della discussione concettuale, anche della trascendenza, nel senso di andare oltre la propria esperienza immediata... è la capacità di vedersi dal di fuori. Però il punto di vista oggettivo non è sostitutivo di quello soggettivo, è semplicemente antitetico, è un’immagine antagonista della realtà che non lo sostituisce, e quello soggettivo esprime completamente altre cose.*

*Il punto di vista soggettivo esprime quella che è l’immediatezza emotiva della persona, che non è cumulabile nell’altra. Noi abbiamo sempre avuto un atteggiamento per cui, tra i due punti di vista, abbiamo sempre scelto il punto di vista oggettivo (per la scelta razionalistica di fondo che ancora oggi scontiamo...) considerando che il punto di vista soggettivo poteva in qualche modo essere ridotto, o compreso in quello oggettivo più generale. Questo è ciò che facciamo in genere con i pazienti, perché lo facciamo anche con noi stessi.... Il punto di vista soggettivo è sempre ciò che è immediato, è la visione “dal di dentro” che hai delle cose. Tutto quello che avviene con il linguaggio e con il pensiero è oggettivo. Come diceva Bertrand Russel, noi abbiamo dentro di noi queste due capacità di conoscenza, la “knowledge by acquiring” e la “knowledge by description”. La prima è quella che tu senti per immediatezza, la seconda è quella concettuale, che descrive le cose, è il pensiero... Sentire la nostalgia è punto di vista soggettivo ed è tutto discorso tacito di immediatezza... dirtela e derivartela, spiegarla, connetterla ad un’immagine, farti venire in mente riferimenti letterari, tutto questo è il punto di vista oggettivo... ma il cozzo avviene dentro di te, è questo il punto di cui bisogna essere consapevoli.”*

Mentre nella emergenza “nevrotica” questa divaricazione tende a rimanere confinata nella dinamica interna al Sé, nella emergenza psicotica si estende alle persone (famiglia) o strutture sociali (es. Istituzioni psichiatriche) con cui l’individuo interagisce. Anzi, si può dire che è proprio la divaricazione col mondo sociale che “oscura” una dinamica interna al Sé e occupa il campo dell’attenzione del soggetto e dei suoi “interlocutori.

Questa frattura coi significati condivisi socialmente, nella drammaticità fenomenologica con cui si esprime e viene colta da un osservatore, provoca nel mondo inter-soggettivo reazioni “a corto circuito” che si concretizzano, da parte dei sistemi di cura, in modalità “normative” di volta in volta

silenziatrici o contenitive, assistenziali, riabilitative. Elemento comune e “primario” di tali interventi, effettuati attraverso le strutture e gli strumenti esistenti nei Servizi, è quello di eliminare o ridurre tale drammaticità ad un livello socialmente accettabile. Tali modalità correnti di risposta istituzionale, la cui rigidità e ripetitività rispondono comprensibilmente al “mandato” di una salvaguardia sociale con il minimo di usura personale e professionale da parte degli operatori, rendono però difficile a questi ultimi una riflessione su quanto essi stanno facendo. In questo senso sembra opportuno approfondire gli effetti provocati dalla crisi sull’istituzione e gli effetti provocati dall’Istituzione sull’evoluzione della crisi

Non a caso, mentre proliferano “linee guida” farmacologiche e trattamenti “evidence-based” su quale intervento terapeutico o riabilitativo sia più efficace, rimangono piuttosto scarsi i contributi e le riflessioni sugli aspetti fenomenici (e quindi affettivi e relazionali) con cui evolve una crisi umana che acquista nel tempo aspetti caratterizzati descrittivamente come psicotici, sulle modalità personali con cui emerge una domanda di cura, e sul periodo che intercorre tra emergenza della crisi, la “ufficializzazione” di questa agli occhi del soggetto, quindi agli occhi dei familiari, infine al mondo sociale e all’istituzione curante<sup>1</sup>.

Permane nell’istituzione una prassi tacita e consolidata di interventi riduttivi e costrittivi della soggettività quando si presenta un disturbo psicotico, sia con modalità acute che a più lenta evoluzione.

Viene considerata inutile o impossibile una ricostruzione storica e contestuale dell’emergenza critica e della sua evoluzione nel soggetto, in particolare rispetto alle modalità con la quale l’esperienza perturbante non riesce ad essere integrata in una spiegazione “integrata” nel Sé.

Viene comunque quasi sempre dato per scontato che un intervento “psicoterapeutico” (intendo con questo termine un intervento rispettoso delle regole della reciprocità, di ricerca del significato e di ricostruzione narrativa fatta attraverso una alleanza terapeutica) sia considerato poco praticabile nel Servizio, nella migliore ipotesi successivamente e comunque subordinatamente agli interventi farmacologici, contenitivi e riabilitativi.

Ma c’è di più. Nell’effettuare tale operazione riduttiva, il Servizio non si preclude solamente la possibilità di accedere ai contenuti ed ai significati

---

<sup>1</sup> Recentemente è comparsa nella psichiatria una maggiore attenzione al momento o periodo del ciclo di vita in cui emergono disturbi psicotici, individuando un periodo, chiamato D.U.P. (Duration of untrated psychosis) nel quale è presente un disturbo “oggettivamente” percepibile da un osservatore ma non trattato dai Servizi. Da qui un’attenzione ad interventi “preventivi” (Edwards e McGorry, 2004, Cocchi e Meneghelli 2004, Piccione e Grispieni 1998, Cutolo 2003).

della crisi, cosa che potrebbe essere un prezzo sociale accettabile per il ristabilimento di un equilibrio per il soggetto ed il suo entourage familiare e sociale. Così facendo il Servizio commette un “errore epistemologico”. Considera cioè, come ambito del suo intervento quello di limitare gli aspetti pragmatici del comportamento del soggetto, ovvero le conseguenze intersoggettive che derivano dal tentativo di “comunicare all’esterno” questa sua drammatica esperienza. Il livello semantico, più intimo, personale, quello connesso con i temi di vita basici, di “esserci” a prescindere dal mondo, che il soggetto pure esprime in maniera forte ma confusa, viene ignorato e soffocato.

Se il Servizio non può sottrarsi alla funzione sociale di mediazione intersoggettiva, dovrebbe però porsi anche l’obiettivo di intervenire sul livello soggettivo espresso nella crisi.

In altre parole il problema riguarda la differenza tra due funzioni del “Self”: <<quella “intersoggettiva” (relativa all’equilibrio tra il riconoscersi negli altri e il ‘demarcarsi’ da questi) ed una funzione di individuazione (relativa alla messa a fuoco di una propria identità da parte del soggetto stesso)>> (Bruner e Kalmar ,1998, cit. in Mannino, 2005).

Se il compito di un “buon” Servizio è quello di curare, questo vorrebbe dire mantenere l’integrità del Self ed aiutare la persona a costruire equilibri più avanzati coerenti col proprio “senso di sé”. Il Servizio dovrebbe riuscire a non rispondere soltanto a ciò che gli propone il comportamento e l’atteggiamento, in “prima battuta” incomprensibile, fastidioso, o distruttivo del soggetto. Come se tale comportamento avesse come unico significato quello inter-soggettivo, di essere diretto esclusivamente agli altri. Dovrebbe riuscire a vederne anche l’aspetto individuale (intrapsichico, soggettivo) di espressione di un “significato personale”, di un tema specifico del soggetto non direttamente comunicabile neppure al soggetto stesso. Questi due livelli vanno identificati e tenuti distinti, distinguendoli come due diversi “domini di esperienza”, interconnessi ma non sovrapponibili concettualmente; ovviamente il “buon” Servizio potrebbe intervenire sul primo (quello intersoggettivo) riducendone la portata destrutturante, senza soffocare il secondo (quello soggettivo) che permette l’accesso ad un intervento terapeutico<sup>2</sup>. Per una migliore comprensione di questo punto rimando ad un intervento di Marco La Rosa reperibile su internet (La Rosa, 2005).

---

<sup>2</sup> Voglio segnalare testi che, alcuni in ambito costruttivista (Perris 1996, Proietti 1998, Rezzonico e Meier, 1989, Rezzonico e Lambruschi, 1996) altri con ottiche e storie diverse (Schepisi 1997, Di Cesare, Grispini, Villa 1998, Riefolo 2001), tengono in considerazione questa necessità di “salvaguardare uno spazio soggettivo” in ambito istituzionale.

In questo modo il Servizio eviterebbe di assumere la funzione di una Agenzia di controllo e di ordine pubblico, nel migliore dei casi una Agenzia di intervento sociale che effettua solamente un (peraltro, come già detto, non evitabile) compito di ristabilimento di equilibrio inter-soggettivo<sup>2</sup>.

La domanda è se, e come, il compito terapeutico di un Servizio possa andare al di là della funzione normativa/persuasiva ed usare le sue capacità di mediazione inter-soggettiva per un intervento sulla soggettività. Se pure questo aspetto è stato poco affrontato in ambito Istituzionale, tutta l'impostazione del costruttivismo, e del post-razionalismo in particolare, è basata sul tentativo di sostituire le modalità di intervento pedagogico-persuasive, che secondo Guidano caratterizzano i modelli "razionalisti" propri del comportamentismo e del cognitivismo tradizionale, nonché per altri versi della psicoanalisi, con la proposta al soggetto di una ricostruzione graduale del significato della sua esperienza discrepante, attraverso un insieme strategicamente orientato di accoglimento e perturbazione (Guidano 1988, 1992)<sup>3</sup>.

Le caratteristiche di una impostazione di questo tipo applicata alle istituzioni di cura psichiatrica permette di considerare i Servizi non come "vincoli" necessariamente repressivi e riduttivi, ma come strutture che, costruttivamente, hanno la "possibilità" di aumentare il campo dei fenomeni osservabili ed il compito (potere) di effettuare cambiamenti nella evoluzione di vita della persona..(Ceruti 1986).

E' evidente che un livello di incontro col soggetto nella psicosi, per oltrepassare i limiti imposti dall'immediatezza della "incomprensibilità" e dagli effetti (anche sul Servizio) degli sconvolgimenti relazionali con le figure di attaccamento significative, deve potersi fondare su almeno due livelli di "certezze".

1. Una struttura fisica (Servizio) organizzativamente capace di accogliere e di cogliere la crisi, anche del sistema familiare, limitando gli aspetti di contenimento/contenzione del soggetto.
2. Una teoria/modello in grado di supportare gli operatori nell'orientarli e guidarli alla comprensione della drammaticità di quanto accade, , in particolare in grado di esaminare:
  - l'esperienza del soggetto e le modalità con cui se la auto-riferisce

---

<sup>3</sup> La differenza del post-razionalismo con questi modelli riguarda appunto la irriducibilità della conoscenza soggettiva ad una realtà uguale per tutti, alla "corrispondenza" con un ordine esterno già "dato" di per sé. Dalla caduta di un "principio di corrispondenza" deriva l'aspetto costruttivo, idiosincratico ed auto-referenziale dei processi di riordinamento dell'esperienza personale.

- l'interazione tra l'esperienza del soggetto e il mondo (specialmente gli altri "significativi")
- l'interazione tra soggetto e Istituzioni curanti.

### **Potenzialita' conoscitive e potere sociale dei servizi**

I Servizi Psichiatrici sono situati in una posizione unica e privilegiata per lo studio della psicosi, e questo ancor più per il fatto che il trattamento di essa difficilmente può svolgersi in altri contesti.

a) Il Servizio, come "osservatore" è nella posizione eto-antropologica di cogliere gli aspetti più complessi della vita di una persona. Oltre alla varietà delle figure professionali, dispone di molteplici strutture di accoglienza più o meno prolungata all'interno della quale è possibile osservare ed interagire con la persona nella sua quotidianità per periodi prolungati.

A differenza del setting psicoterapeutico privato, il Servizio può osservare la persona non solo per come e quanto riferisce di sé nella breve durata della psicoterapia, *ma direttamente dal vivo per "come accade"* in ambienti di vita quotidiana e per periodi lunghi. Di più, il Servizio è nella condizione di poter osservare *"come la persona si riferisce quello che gli accade, mentre gli sta accadendo, in un contesto inter-soggettivo"* che può essere quello della sua famiglia. Ma il contesto inter-soggettivo può essere quello del Servizio stesso (es. Centro Diurno, dove la persona abita per una giornata con altri utenti e gli operatori) che diventa così allo stesso tempo oggetto e soggetto, osservato e osservatore, di una istruttiva interazione con la crisi.<sup>4</sup>

In altre parole la condizione potenziale di conoscenza etologica<sup>5</sup> ed antropologica del Servizio è una *posizione di osservazione* nella quale i dati di osservazione sul *comportamento* non sono disgiunti dai dati di osservazione sui *resoconti* che la persona fa di quanto gli sta accadendo. Quello che intendo dire è che il Servizio può costruire da una parte le caratteristiche del setting psicoterapeutico, che osserva i resoconti, la narrativa del paziente all'interno di una relazione che ci informa delle sue modalità "tacite" di funzionamento. Dall'altra, rispetto al setting

---

<sup>4</sup> Questa nuova possibilità di "osservatore privilegiato" è stata offerta dalla chiusura degli O.P. (legge 180 del 1978) e la conseguente creazione di strutture territoriali. Da un punto di vista etologico le possibilità di osservazione sul "primate" uomo, aperte da questo evento, sono paragonabili a quelle avvenute con la "chiusura" dei giardini zoologici e l'inizio delle osservazioni della vita degli animali nel loro habitat naturale.

<sup>5</sup> Interessante per ciò che riguarda un punto di vista etologico, e credo non in dissonanza con quanto qui sostenuto, il contributo portato in Italia da Alfonso Troisi (McGuire e Troisi, 2003). Vedi anche Cirillo ("La terapia familiare in Comunità", in Cirillo e altri, 2002)

psicoterapeutico, può fondarsi sulla ricchezza di una osservazione molto più ampia e aperta di come il paziente accade, nei settori di vita quotidiana, reale della persona (potremmo dire un'osservazione "oggettiva"), ed nelle interazioni/rifiuto con le sue figure significative.

Il Servizio raccoglie anche i resoconti delle figure di attaccamento su quanto accade: faccio notare, e lo riprenderò più avanti, come tali resoconti siano sempre diversi da quelli della persona.

b) Il Servizio, come "agente sociale" è l'agenzia sociale che ha il mandato di intervenire, con un potere "oggettivo" molto grande (nonostante le garanzie individuali stabilite dalla legislazione psichiatrica del 1978) sulla vita di una persona con disturbi psicotici. Basta pensare alla delega che viene attribuita, a volte in maniera rapida, drammatica, totale, al medico chiamato in un contesto di urgenza o di gravità come quello di un'emergenza psicotica o di un comportamento eclatante.

### **Il SERVIZIO entra dentro la vita di una persona, e della sua famiglia!**

Propongo l'idea che l'auto-consapevolezza di queste potenzialità conoscitive e di questo potere sociale possa permettere al Servizio di modulare e contemperare queste sue caratteristiche con la condizione di fragilità in cui si trova il soggetto nella emergenza psicotica.

Pertanto l'orizzonte epistemologico con dentro il quale si muove un Servizio, dovrebbe prevedere, prima ancora di attuare interventi pratici, strumenti di conoscenza della soggettività (come è fatto l'altro, la sua storia di sviluppo coi rapporti di attaccamento, ecc) strumenti di conoscenza di come funziona un sistema complesso come il Servizio stesso, strumenti di conoscenza di come funziona l'interazione tra sistemi (tra il Servizio e il soggetto).

### **Una nuova posizione del servizio: dal contenimento all'intervento sulla soggettività'**

Il Servizio sa che "l'accadere psicotico" si connota per la drammaticità della rottura del "common sense", dei meccanismi sociali più elementari con cui siamo abituati a regolare i nostri rapporti con gli altri nella vita di tutti i giorni, i meccanismi dell'inter-soggettività. Abbiamo visto come tale drammaticità della crisi tenderà a favorire nell'ambiente familiare e sociale, e nel Servizio stesso, risposte emotigene "a corto circuito" di contenimento volte prevalentemente alla riduzione della sintomatologia (contenzione fisica o farmacologica). Piuttosto che aderire a questa drammaticità il Servizio può operare sul livello inter-soggettivo per ridurne la portata e

ricostruire, negli spazi “protetti” che può offrire alla persona, modalità più accettabili di relazione. Ma abbiamo anche visto come l’operare unicamente sul livello inter-soggettivo senza cercare di comprendere la rottura che si è creata nel mondo soggettivo della persona, nella dialettica fra “I” e “Me”, tra esperienza immediata e spiegazione, vuol dire evitare un intervento sui meccanismi più intimi, unici e irripetibili con cui si declina la crisi. Il Servizio può usare la consapevolezza ed il potere di cui è investito per organizzare l’intervento sulla psicosi costruendo un setting che limiti i meccanismi tipici dell’istituzione, quegli *automatismi burocratici* con cui “tenderebbe spontaneamente” ad intervenire, per darsi uno statuto epistemologico e operativo su quello che è l’oggetto del suo intervento, “il soggetto in crisi”.

Detto in altre parole, il Servizio assume come “oggetto” del suo intervento sia questa drammatica rottura del senso comune, predisponendo modalità di accoglimento delle conseguenze di questo fenomeno (proprio come il chirurgo predispone un ambiente sterile e dotato di tutti i presidi terapeutici per operare sull’organo malato), sia uno specifico intervento di comprensione su quanto accade nel soggetto (come per il chirurgo l’operazione in sé). E’ evidente che sono cose diverse: l’utilizzare la relazione inter-soggettiva per una azione fine a sé stessa di semplice contenimento, dall’utilizzare tale relazione per esplorare gli ambiti in cui si rompe e si può ricomporre, dentro il soggetto, il rapporto tra esperienza e spiegazione.

Certo, questa modalità di accoglimento della soggettività è innanzitutto un setting di accoglienza/contenimento delle reazioni emotive (inevitabili) alla crisi, non solo del soggetto e dei familiari, ma anche quelle degli stessi operatori. Ma contemporaneamente qualsiasi intervento (dall’Ospedale al Domicilio) può essere finalizzato all’obiettivo di aiutare la persona, e chi gli sta intorno, a comprendere il più possibile il significato di quanto gli sta accadendo, a favorire l’integrazione della *sua* esperienza discrepante.

Vediamo quali possono essere gli strumenti per raggiungere questo obiettivo.

### **Strumenti terapeutici per un intervento centrato sulla soggettività?**

Descriverò qui gli interventi che avvengono nel Servizio in cui lavoro. I contesti sono diversi l’uno dall’altro e sono costituiti dalle quattro strutture di base costituiscono un Dipartimento di Salute Mentale: Centro

Territoriale, Servizio di Ricovero (SPDC) col Day-Hospital, Centro Diurno, Comunità Residenziali.

Vi invito ad immaginarvi quello più rappresentativo, il Day-Hospital, situato dentro il piccolo Ospedale di Massa M.ma, come un ampio locale di soggiorno non troppo arredato, con alcune stanze ove poter fare colloqui, e la presenza di cinque-sei persone tra medici e infermieri. Ma questi interventi vengono applicati, tendenzialmente, in tutti gli altri ambiti. Essi sono inter-connessi e spesso avvengono contemporaneamente. Li distinguiamo per meglio spiegarli.

Ho cercato di descriverli individuandone gli aspetti più astratti e generalizzabili ad altri contesti.

Questi interventi precedono una eventuale psicoterapia duale, che non sempre verrà poi effettuata.

- a) Valutazione delle modalità dell'invio
- b) Costruzione della base sicura
- c) La valutazione dell'organizzazione di personalità o del significato personale
- d) La valutazione del tipo di attaccamento
- e) Contrattazione
- f) L'intervento metacognitivo o di ToM (Folk psychotherapy)

#### **a) Valutazione della modalità di invio (analisi della domanda)**

Ha a che fare sul chi fa la domanda e sul come viene fatta.

L'obiettivo dell'analisi della domanda e dell'assessment, con gli psicotici, serve per stabilire i confini dell'intervento: in particolare quanto è possibile un intervento sulla soggettività rispetto ad un intervento di contenimento, o normativo.

La difficoltà principale, in questo senso, è costituita non soltanto dalla gravità della sintomatologia e dalla interferenza di questa sul comportamento intersoggettivo, quanto dalla differente valutazione del problema che ha il soggetto su sé stesso, rispetto alla valutazione che può dare un terzo, più o meno vicino alla persona. Nella maggior parte dei casi infatti la domanda, le motivazioni e le finalità dell'intervento non vengono formulate ed espresse dal soggetto, ma dai familiari o da agenzie esterne. Questo significa che non c'è corrispondenza tra esigenze esterne e percezione (o consapevolezza) di sofferenza soggettiva.

Pertanto la prima ridefinizione consiste nello specificare con l'agente della richiesta, la differenza tra un intervento col soggetto ed un intervento di

altro tipo (es.controllo, assistenza). Certo, nella nostra ottica eto-antropologica costituirà un punto fermo utilizzare i resoconti di tutte le persone interessate, dai familiari alle altre agenzie sociali e sanitarie segnalatrici, per ricostruire il contesto e la storia del soggetto. Ma nessun resoconto può essere considerato “obbiettivo”, tanto meno un resoconto di persone direttamente coinvolte.

In altre parole consideriamo il resoconto “terzo” come una narrativa che innanzitutto ci da informazioni sull’interlocutore e sulla sua relazione con la persona psicotica. E’ una narrativa che in secondo luogo può essere considerata “un punto di vista sul soggetto psicotico” da utilizzare per la sua conoscenza, ma non come una guida per l’intervento.

Ad esempio, nei casi in cui è la figura di attaccamento principale ad effettuare la richiesta, si cerca di esplicitare che le notizie apprese verranno utilizzate per facilitare l’approccio con il soggetto. Nel contempo si stabilirà una relazione con questo “richiedente significativo”, valutandone l’importanza affettiva che riveste per il soggetto in quella fase della sua vita. La relazione col familiare di un soggetto psicotico viene in ogni caso valorizzata ed utilizzata nel prosieguo della terapia.

## **b) Costruzione della base sicura**

Si può “capire insieme” se c’è un ambiente attento agli aspetti emotivi della crisi. In genere il setting deve essere *concretamente ed affettivamente* costruito per creare un ambiente accogliente. La “costruzione della base sicura” è stata una delle metafore più felici e più utilizzate nella costruzione di un rapporto psicoterapeutico. Costruire un Servizio di salute mentale come “base sicura” (Cutolo e Coscarella 1991, Cutolo e Guidano 1993) vuol dire assicurare un “setting comprensivo”, attento agli aspetti materiali e affettivi che possono caratterizzare un luogo estraneo alla vita del paziente, in particolare quando la gravità della crisi impone misure come il ricovero.

In questo setting, garantito alla persona un livello affettivo di protezione e di affidabilità “*rifugio sicuro*”, è possibile esplorare i modelli di attaccamento e riattivare processi riflessivi su di essi e sulla propria esperienza con la modalità “*base sicura*” (Bowlby 1988, Simpson 2002, Allen e Land 2002).

Un setting “base sicura” interferisce discretamente con gli aspetti “spontanei” del comportamento della persona, cercando di limitare la costrizione inevitabile delle regole istituzionali; si presenta come un ambiente che ha in parte caratteristiche di “accoglienza” proprie delle strutture di ospitalità, alberghiera, para-familiare; in parte caratteristiche di

una struttura “artificiale” che non può sostituire il mondo affettivo del soggetto, ma solo accompagnarlo per un tratto della sua vita; con la caratteristica della “temporalità”, cioè di instaurare con lui un’interazione temporalmente definita<sup>6</sup>.

**c) La valutazione dell’organizzazione di personalità o del significato personale**

L’esperienza ci ha dimostrato che l’individuazione “preventiva” dei temi basilici di significato della persona (o per lo meno una ipotesi su di essi) è fondamentale per indirizzare il tipo di linguaggio e di interazione con lui. Questo permette al Servizio di arrivare più facilmente ad una comprensione dei comportamenti psicotici e dei contenuti verbali deliranti. Tale posizione di comprensione provoca sorprendentemente una adesione della persona al trattamento proposto e, in genere, una maggiore disposizione ad un atteggiamento esplorativo e riflessivo (Il Servizio “mi sa”, mi può capire). In ogni caso le ipotesi sul tipo di organizzazione vengono sempre verificate, per quanto possibile, con la persona stessa per accrescere la sua stessa comprensione su di sé.

Nella valutazione dell’organizzazione di significato personale, può essere utile uno schema delle modalità con cui si può passare da un’elaborazione di conoscenza normale ad una nevrotica e ad una psicotica, a seconda delle dimensioni concretezza/astrazione, integrazione/non integrazione, rigidità/flessibilità.(Mannno e Maxia, 2000). Ne propongo qui un sintetico schema (Tav.1).

**Tavola 1**

	<u><i>Dimensioni di coerenza sistemica</i></u>	
+astrazione	< ----->	+-concretezza
+integrazione	< ----->	+non-integrazione
+flessibilità	< ----->	+ rigidità

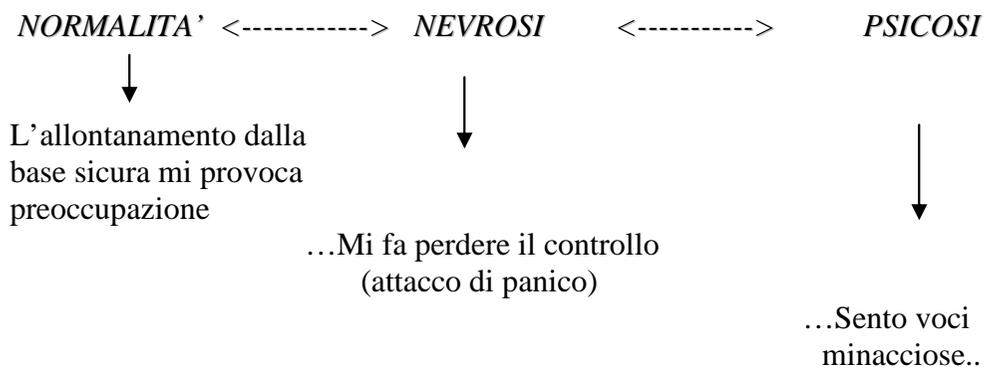
**ORGANIZZAZIONE D.A.P.**

---

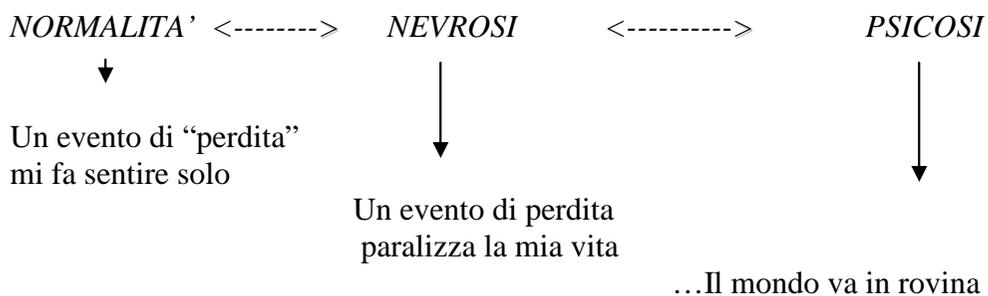
<sup>6</sup> Da notare che nell’esperienza del nostro Servizio “base sicura” il problema più frequente è accompagnare la persona ad uscire piuttosto che ad entrare..ovvero il problema è nel suo “distacco” dal Servizio..



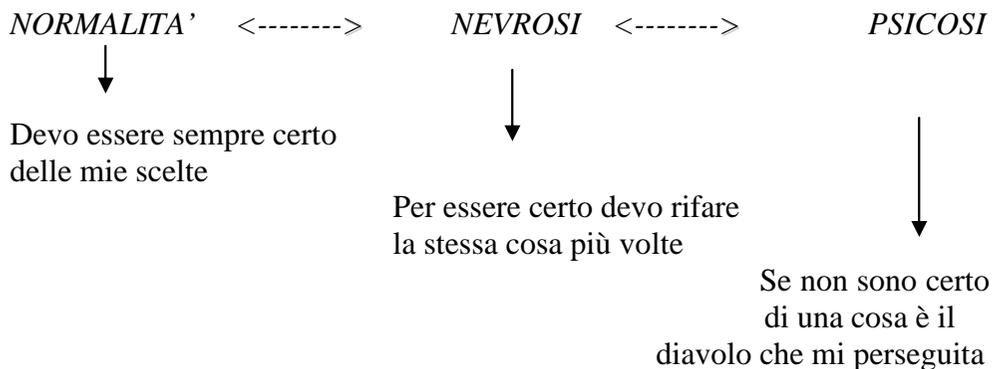
**ORGANIZZAZIONE FOBICA**



**ORGANIZZAZIONE DEPRESSIVA**



**ORGANIZZAZIONE OSSESSIVA**



-----

Questa distinzione organizzativa introduce agli occhi dell'osservatore un nuovo punto di vista "esplicativo" assai più ricco e produttivo della asettica classificazione "descrittiva" nosografica. Nella pratica del Servizio permette agli operatori di introdurre un linguaggio che fornisce una comprensione maggiore dell'esperienza psicotica e che tende a ridurre la distanza con i significati "normali" che gli operatori stessi possono vivere in prima persona.

Inoltre la conoscenza del significato personale del paziente può dare utili informazioni operative sulle modalità più generali con cui impostare la relazione con lui nell'ambito di lavoro.

Faccio qui un esempio (Tav.2) di come **modulare l'ambiente terapeutico, basandomi sul parametro "in-ward" (organizzazioni di personalità centrate sul definirsi dall'interno) – "out-ward" (organizzazioni di personalità centrate sul definirsi dall'esterno)**(Guidano 1999, Arciero 2002)

## Tavola 2

<b>ORGANIZZAZIONI "INWARD"</b>	→	<b>prevalenti modulazioni emotive</b>
	agire mediante	
Org. Fobica →		aspetti protettivi- aspetti costrittivi
Org. Depressiva →		vicinanza – distanza affettiva
<b>ORGANIZZAZIONI "OUTWARD"</b>	→	<b>prevalenti modulazioni contestuali</b>
	agire mediante	
Org. D.A.P. →		maggior o minor definizione delle regole del contesto
Org. Ossessiva →		sottolineatura della relatività/certezza delle regole istituzionali.

-----

#### **d) La valutazione del tipo di attaccamento**

Spesso inizia prima ancora di vedere il paziente, nella relazione che si instaura con il familiare significativo che formula la richiesta di intervento.

D'altra parte la drammaticità della rottura del "common sense" condiziona pesantemente il contesto di appartenenza della persona, favorendo nei familiari/altri risposte socialmente comprensibili (come l'eccessiva tolleranza o la negazione del problema, la marginalizzazione della persona o comportamenti inter-soggettivi violenti).

La presenza dei familiari non può essere ignorata in quanto interlocutori privilegiati delle relazioni affettive del paziente, figure di attaccamento che condizioneranno costantemente qualsiasi intervento fatto da un'agenzia esterna alla famiglia. Pertanto il livello minimo di accordo con la famiglia è rappresentato da quei contatti e interazioni che assicurino all'operatore di avere sempre il "permesso" di poter intervenire con la persona.

Comunque la valutazione della qualità dell'attaccamento è fondamentale, non soltanto per acquisire informazioni su temi affettivi centrali nella storia della persona, ma anche per impostare un programma terapeutico, rispetto a:

- la possibilità di autonomia della persona rispetto alle figure di attaccamento
- la possibilità di un lavoro centrato sulla persona piuttosto che sulla famiglia o ancora su entrambi i sistemi

Il coinvolgimento dei familiari appare inevitabile nei casi adolescenziali, in cui la giovane età del paziente, la convivenza in un contesto familiare, la richiesta fatta da un terzo, sono elementi caratterizzanti. In queste situazioni si procede in parallelo con una terapia del ragazzo insieme ad una terapia familiare, o di due terapie individuali del ragazzo e del genitore. Nei casi di attaccamento "outward" (sia in disturbi schizofrenici che in disturbi di personalità) questo appare spesso necessario nella prima fase, visti i forti livelli di invischiamento/oppositività presenti nella relazione col genitore.

In altri casi di attaccamento evitante, ad es. "inward" di tipo depressivo, la ricerca attiva della collaborazione di una figura di attaccamento familiare, a volte "sostitutiva", ha permesso di ricostruire un riferimento familiare fondamentale per una persona a rischio di deriva sociale.

In ogni caso la figura di attaccamento viene vista come una figura con cui è necessario lavorare. Non possiamo scordarci la posizione etologica di Bowlby il quale, riferendosi alle teorie colpevolizzanti i genitori, ribatteva

che si trattava di adulti impossibilitati dalla propria infelice storia di attaccamento ad apprendere la capacità di un accudimento adeguato.

Nella nostra prospettiva il lavoro con la famiglia tende a diventare un lavoro sulla relazione di attaccamento tra genitori e paziente, cercando di aiutarli a comprendere e ri-costruire, o sciogliere, un legame familiare tipico di un attaccamento insicuro, in genere con alti livelli di disorganizzazione.

Le modalità pratiche di questi interventi tendono a costituire dei modelli originali, ancora poco formalizzati ma interessanti, nei quali i diversi tipi di Terapia Familiare (strutturale, strategica, paradossale..) vengono subordinati e finalizzati ad un possibile lavoro di comprensione da parte delle stesse figure di attaccamento. Una interessante convergenza viene da alcuni ambiti della T.F. sistemica sia nel modulare l'intervento familiare con quello individuale e nel fornire maggiori attenzioni alle modalità di attaccamento (Selvini 2004, Covini e altri 2002, vedi anche Doane e Diamond 1994 e Byng-Hall 1998), sia nel ridimensionamento degli aspetti più "tecnici" della T.F. in un ambiente istituzionale (Schepisi, 1997).

## **e) Contrattazione**

### *1) Tra gli operatori*

*Importanza dell'auto-consapevolezza del Servizio.* Come l'individuo, anche un Servizio psichiatrico "costruisce la sua realtà"; non agisce in maniera "neutrale"; non è che semplicemente da un nome tecnico alla patologia che vede e applica un intervento "specifico" per quella etichetta secondo un criterio scientifico. Il Servizio seleziona l'utenza, trascurando alcuni casi ed accettandone altri nel suo dominio, su questi interviene secondo precisi criteri, spesso a lui-Servizio ignoti, ma abbastanza ben evidenziabili da un osservatore esterno (che pure, come direbbe Maturana, potrebbe essere il Servizio stesso)<sup>7</sup>, costruisce con la persona o sulla persona modi più o meno accettati e accettabili di darsi una spiegazione della sua esperienza ha insomma un suo peculiare "stile di lavoro" che non è affatto oggettivamente determinato, ma che effetti oggettivi produce sulla persona<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Questa osservazione apre una possibilità, almeno teorica, di "correggere" tale "autoinganno" collettivo.

<sup>9</sup> Spesso, e nel passato manicomiale questo accadeva inevitabilmente, la conoscenza di sé coincideva con l'esperienza di annullamento della persona.

Il riconoscimento di questi limiti intrinseci alla funzionalità stessa del Servizio impone una cautela obbligatoria nel formulare programmi presuntamente “oggettivi”<sup>9</sup>.

La difficoltà nel definire un criterio di oggettività esterno con cui valutare il comportamento psicotico, che abbiamo visto anche nel punto 1) a proposito della variabilità dei resoconti sul soggetto, se fatti da lui o da terzi, induce gli operatori del nostro Servizio a fare continue discussioni per cercare di definire un criterio di valutazione “collettivamente contrattato e concordato”, per effettuare l’intervento più opportuno, cercando ad es. di modularlo sul significato personale del soggetto.

In questa ottica è importante utilizzare modalità “antropologiche” nel valutare le modalità “culturalmente determinate” con cui può essere vissuto il disturbo in *quell* ambiente sociale ed in *quella* famiglia, e quali possono essere gli effetti dell’intervento psichiatrico sull’organizzazione personale e sul sistema familiare. Naturalmente il Servizio ha infinite possibilità di modulare la qualità e la intensità del suo intervento sulla base di queste valutazioni.

## 2) *Col soggetto*

Tutte le iniziative prese vengono concordate per quanto possibile con la persona. La contrattazione fa parte della normale prassi del Servizio: ogni intervento organizzativo, sociale e terapeutico viene in genere discusso con il paziente per valutare la sua posizione, valorizzando tutte le posizioni costruttive...Nella riunione che facciamo ogni mattina nel SPDC con i pazienti ricoverati e quelli in day-hospital, vengono discussi collettivamente i problemi nati nella vita quotidiana “dentro” il Servizio da eventuali fraintendimenti, conflitti con gli altri utenti o con il personale. I pazienti sono esplicitamente invitati a raccontare di sé e dei motivi per cui sono arrivati al Servizio nella misura in cui si sentono di poter parlare della loro situazione e fino al punto in cui questo racconto può essere esplicitato in pubblico. Anticipo che già in questa fase “non psicoterapeutica” vengono stimulate le capacità metacognitive e più in generale narrative, e quelle di un riordinamento “sequenziale” dell’esperienza, attraverso questo continuo confronto emotivo e sociale.

---

<sup>9</sup> Sorprende quanto sia ancora scarsa una riflessione sugli aspetti più astratti del funzionamento di un Servizio, ovvero le regole e i criteri “impliciti”, quelli non dichiarati, per cui si può decidere di “operare” o meno senza saper definire con precisione criteri chiari e discussi nella comunità scientifica, magari la stessa piccola comunità del Servizio. Sulla difficoltà di compiere questa “azione riflessiva” ci sono alcune esperienze interessanti, favorite ad esempio attraverso l’ “accreditamento tra pari” (v. Riv.Sperim.Freniatria, 2003).

Nei casi di comportamenti sociali “estremi” è necessario mantenere chiari e distinti il livello “istituzionale” da quello terapeutico (es. necessità di limitazioni alla libertà), ruolo che può essere anche impersonato da uno specifico operatore del Servizio. In ogni caso gli interventi “normativi”, quando non contrattabili, vengono sempre spiegati alla persona limitandone il più possibile la portata, la durata e gli effetti.

### 3) *Coi familiari*

La contrattazione con la famiglia può essere concettualizzata riferendosi a quanto detto nel punto a), analisi della domanda e d) Valutazione del tipo di attaccamento.

## **f) L'intervento metacognitivo o di Teoria della Mente (T.o.M.). La “Folk psychotherapy”**

### *Interazione “metacognitiva” e di “teoria della mente” (T.o.M.)<sup>10</sup>*

La presenza di “incompetenze” o difficoltà metacognitive negli psicotici, valutate ai False Believe Task o Test di Falsa Credenza, è stata rilevata da numerosi studi all'estero (Frith, 1995) ed in Italia (Cheli 1997). Secondo la nostra esperienza tali incompetenze, termine che preferiamo a quello più usato di “deficit”, sono piuttosto parziali, reversibili, contesto-dipendenti, legate comunque al significato personale ed ai temi affettivi della persona. Sono inoltre più collegati a modalità “narrative” piuttosto che “rappresentative”, ovvero emergono quanto più diventa necessaria per il soggetto una rielaborazione della sua esperienza con la mediazione delle capacità linguistiche e riflessive (Cutolo et al. 2000)<sup>11</sup>.

In questo senso l'intervento “metacognitivo”, piuttosto che essere una pratica “raffinata” con regole definite (Semerari, 1999), è la modalità costante con cui viene esplorato il mondo soggettivo del paziente. L'intervento rispetta l'andamento di una psicologia popolare (“folk psychology”) *credenza-desiderio-intenzione*, basata sulle modalità immediate con cui le persone costruiscono un ordine di sé e del mondo a partire dalla comprensione degli stati mentali di sé, degli altri e delle interazioni sociali ed emotive con essi. L'indagine psicopatologica, in

---

<sup>10</sup> Sulle interrelazioni dei concetti di “metacognizione”. “teoria della mente” e “folk psychology” vedi Foschi 2000

<sup>11</sup> Sugli aspetti riguardanti i rapporti tra psicosi e oralità/scritturalità, tema caro all'ultimo Guidano (1999) vedi anche Ong (1986), Olson e Torrance (1996) Jaynes (1976), Cheli (2000,a).

questa fase istituzionale, viene eseguita approfonditamente, ma a partire da una modalità che rispetta le leggi del comune sentire, degli accadimenti della vita quotidiana, e che potrà poi divenire via via sempre più dettagliata nel livello psicoterapeutico duale.

Inoltre (*qui è la sua specificità*) segue la progressione dei processi mentali nella loro interconnessione fra percezioni, immagini, pensieri, aspettative... vissute nella situazione di rapporto-ospitalità presso il Servizio, fino ad arrivare a temi basilari o ricorrenti di significato personale. Mi riferisco, in altre parole, all'attenzione a quelle interazioni quotidiane inevitabili che accadono tra gli operatori ed il paziente che condividono una situazione sociale/artificiale di frequentazione imposta dall'evenienza della crisi psicotica. Quello che accade nello spazio-tempo del Servizio, e nell'interazione fra i presenti, viene preso come oggetto di riflessione. E' un lavoro di contestualizzazione continua di quanto sta accadendo. Si parte da *come la persona si sente* rispetto alle relazioni che si creano all'interno del Servizio, quali aspettative ha nei confronti del ricovero/day-hospital, come vive l'allontanamento dalle sue figure di attaccamento ...

Ho sottolineato come il lavoro di ricerca sui temi basilari di significato personale è fondamentale per indirizzare il tipo di linguaggio e di interazione con lui (vedi punto c). Questo permette di arrivare più facilmente ad una comprensione dei comportamenti disorganizzati e dei contenuti verbali deliranti. Partendo dal livello più concreto dell'esperienza, seguendo questo filo del significato, si passa gradualmente, con il consenso del paziente, su livelli via via più astratti di spiegazione.

Un'interazione di questo tipo, che mi piace chiamare "*folk psychotherapy*", cerca di mettere insieme un intervento "prescrittivo" basato sulla indicazione e richiesta di comportamenti corretti (inevitabili in ambito istituzionale), con un intervento esplorativo e comprensivo basato sulla premessa (esplicitata al paziente) che "C"è da capire insieme quello che ti sta accadendo". Un capire che piuttosto che dal "*perché*", parte dal "*come*", dal "come è fatto questo tuo star male, come accade, quando, con chi..." e solo successivamente arriva alle possibili spiegazioni.

Sono evitate le interpretazioni, eventualmente vengono proposte "ipotesi" emerse dai dati (basati sul "come") forniti dal soggetto, ipotesi la cui viabilità verrà verificata con lui.

## **Conclusioni**

Ho voluto sottolineare l'importanza dei fenomeni "costruttivi" e interattivi applicandoli alla dinamica delle Istituzioni curanti : ammettere, conoscere

ed esplorare le modalità conoscitive “autoreferenziali” del Servizio, il modo con cui questo costruisce la sua realtà, selezionando alcuni dati e scartandone altri. Ritengo che tale attenzione sia indispensabile per poter concettualizzare, prima ancora di intervenire, eventi drammatici, complessi, e per molti versi ancora poco conosciuti come quelli che caratterizzano l'emergenza psicotica.

Non sono entrato nello specifico dell'intervento psicoterapeutico duale post-razionalista, peraltro sviluppato da altri contributi (Mannino e Maxia 2001, Cheli 2000 e 2000, Cutolo 2003,2004). Gli interventi praticati con questa cornice istituzionale non sempre possono continuare con un più specifico intervento psicoterapeutico (Cutolo 2004), sia per limiti oggettivi delle possibilità del Servizio, sia per una valutazione di una non opportunità, sia per una indisponibilità del paziente stesso.

Ho sperimentato che tale approccio permette di lavorare, insieme agli altri operatori del Servizio, anche col “caso grave”, con quei pazienti “che non si siedono”, di cui ha parlato anche Rezzonico nel suo intervento. Ritengo che questo approccio possa definirsi eto-antropologico per il tentativo di esplorare il comportamento psicopatologico con una modalità di osservazione interattiva tipica di queste discipline. Ho anche chiamato “folk psychoterapy” la modalità di esplorare i significati personali con un approccio metacognitivo “caldo” in linea con il modello insegnato da Vittorio Guidano. Rimane aperto il compito di “operazionalizzare” la modalità qui esposta, che deve tener conto di fattori difficilmente categorizzabili con gli strumenti esistenti; di rendere conto dei risultati positivi che esso ha dato<sup>12</sup> e può dare, di verificarne la riproducibilità in altri contesti: ma questo sarà compito della ricerca e del lavoro che abbiamo davanti.

Rimane anche aperto il problema della formazione degli operatori a questo modello, nel fornire strumenti di conoscenza oggettiva (cos'è un'organizzazione di significato, come si scompensa, ecc.), relazionale ed emotiva (saper costruire una relazione “base sicura”).

Spero che a questo punto sia più chiaro uno schema riassuntivo che cerca di presentare i passaggi descritti in questa relazione. Di come l'accettazione e

---

<sup>12</sup> I risultati positivi, nel Servizio di Massa M.ma , riguardano in particolare l'evoluzione nel tempo dei pazienti che presentano una crisi psicotica, a prescindere dal tipo di esordio acuto o strisciante, seguiti con questo modello. Ci sembra molto meno frequente una evoluzione “cronicizzante” ed una stabilizzazione su livelli “nevrotici” con buon inserimento sociale, lavorativo e familiare.

Un secondo risultato positivo è quello della riduzione degli episodi di violenza sia etero che auto-diretta (aggressività e suicidi), considerato anche il fatto che sia il Servizio di Ricovero (SPDC) che il Day-Hospital vengono effettuati in regime di “porte aperte”.

l'analisi della soggettività, dei significati personali, sia possibile per il Servizio con la mediazione intersoggettiva di una teoria/struttura capace di costruire nuove modalità relazionali di accoglimento e di riflessione. Lo propongo in questa tavola riassuntiva che parte dal punto di vista dell'Istituzione per tracciare un percorso verso la soggettività (Tav. 3).

### Tavola 3

---

*Verso un modello istituzionale attento alla soggettività*

MONDO OGGETTIVO

*Dai modelli nosografici (Istituzioni chiuse)*

**a modelli eto-antropologici (Servizio “base sicura”)**



Mondo intersoggettivo

*Dalla crisi del Senso comune (incomprensibilità)*

**a sperimentare nuove modalità relazionali (folk psychotherapy)**



MONDO SOGGETTIVO'

*Dalla difficoltà di integrazione IO-ME*

**a favorire livelli più integrati di “significato personale”**

---

### BIBLIOGRAFIA

- ALLEN J.P., LAND D. (2002), L'attaccamento nell'adolescenza, In *Manuale dell'attaccamento*, (a cura di) Cassidy J. , Shaver P.R., Giovanni Fioriti editore, Roma.
- ARCIERO G. (2002), *Studi e dialoghi sull'identità personale. Riflessioni sull'esperienza umana*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BARON-COHEN S. (1997), *L'autismo e la lettura della mente*, Astrolabio-Ubaldini editore, Roma.
- BOWLBY J. (1988), *Una base sicura*, Cortina, Milano.
- BRUNER J, KALMAR D.A. (1998), Narrative and Metanarrative in the Construction of Self, In Ferrari M., Sternberg R. J., *Self-Awareness*, Guilford, New York.
- BYNG-HALL J. (1998), *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*, Cortina, Milano.
- CAMAIONI L. (a cura di) (1995), *La teoria della mente*, Università Laterza – Psicologia, Bari.
- CASSIDY J., SHAVER P.R. (2002), *Manuale dell'attaccamento*, G.Fioriti editore, Roma.
- CELESTI A., REDA M.A., BONSAANTI G. (2004), Seminario sull'interpersonale narrativo, *Studi e Ricerche*, 2, Univ.di Siena.
- CERUTI M. (1986), *Il vincolo e la possibilità*, Feltrinelli, Milano.
- CHELI C. (2000, a), Metarappresentazione, mente bicamerale e psicosi, *Psicobiettivo*, 1.
- CHELI C. (2000, b), Approccio post-razionalista e psicosi: riflessioni ed esperienze cliniche, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 7, settembre.
- CHELI C. (2002), Riduzionismo metacognitivo, psicosi e postrazionalismo: riflessioni su un caso singolo, *Relazione presentata al Congresso SITCC*, Bologna , settembre 2002.
- CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M. (2002), *La terapia familiare nei Servizi Psichiatrici*, Raffaello Cortina, Milano.
- COCCHI A., MENEGHELLI A. (2004), *L'intervento precoce tra pratica e ricerca*, Centro Scient. Editore.
- CUTOLO G. (2000), Psicoterapia post-razionalista delle psicosi nel Servizio Pubblico, *Intervento presentato al X Congresso SITCC*, non pubblicato
- CUTOLO G. (2003), Adolescenza e psicosi: un approccio post-razionalista, In Nardi B., Bandoni M., Santone G. (a cura di), Normalità e disagio nell'adolescenza, *Quaderni dell'AUSL 7*, Ancona.

- CUTOLO G. (2004), La narrativa emozionale negli psicotici, In *Studi e ricerche n.II*, (a cura di) Celesti A, Reda M.A., Bonsanti G., Università di Siena.
- CUTOLO G. COSCARELLA C. (1991), Il Servizio Psichiatrico come 'base sicura', *Etruria Medica*, 1.
- CUTOLO G. GUIDANO V. F. (1993), Cognitivismo sistemico post-razionalista e psicosi, In Manfreda G e coll., *Psicopatologia e modelli psicoterapeutici: la prospettiva relazionale*, Wichtig ed.
- CUTOLO G., MARSICOVETERE V., FOSCHI A., LOMBARDI G. (2000), Teoria della mente, psicosi, servizi di salute mentale, *Psicobiiettivo*, 3.
- CUTOLO G. (a cura di), *Guidano: Lezioni di training: La psicoterapia tra arte e scienza*, (non pubblicato).
- DI CESARE G., GRISPINI A., VILLA G. (1998), *Psicosi e violenza: le ambiguità della cura psichiatrica*, Carocci, Roma.
- DOANE J. A., DIAMOND D. (1995), *Affetti e attaccamento nella famiglia*, Cortina, Milano.
- EDWARDS J., MCGORRY P. (2004), *Intervento precoce nelle psicosi*, Centro Scient.Edit., Torino
- FOSCHI A. (2000), *Psicopatologia e Teoria della Mente, Tesi di laurea*, pubblicata su internet, [www.cutolo.too.it](http://www.cutolo.too.it).
- FRITH C. (1995), *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*, Cortina, Milano.
- GUIDANO V. F. (1988), *La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GUIDANO V. F. (1992), *Il sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GUIDANO V. F. (1992), *Seminario sulle psicosi* (a cura di G.Maxia), Cagliari, non pubblicato.
- GUIDANO V. F. (1998), La dinamica degli scompensi psicotici: processi e prospettive, *Intervento al 6° Congresso Internaz. sul Costruttivismo in Psicoterapia*, Siena, non pubblicato.
- GUIDANO V. F. (1999), *Training*, (non pubblicato).
- JAYNES J. (1976), *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*, Adelphi, Milano.
- LA ROSA M. (2005), La prospettiva post-razionalista come distinzione tra domini, *su internet [www.scienzedellamente.it](http://www.scienzedellamente.it)*

- MANNINO G. (2005), Le organizzazioni di significato personale: un modello a tre dimensioni, *Rivista di Psichiatria*.
- MANNINO G., MAXIA G. (2001), Psicopatologia e psicologia della schizofrenia: verso un approccio post- razionalista, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 8.
- MCGUIRE M.T., TROISI A.(2003), *Psichiatria Darwiniana*, G. Fioriti ed., Roma.
- MATURANA H. R., VARELA F. J. (1985), *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio ed., Venezia.
- OLSON D. R., TORRANCE N. (a cura di) (1995), *Alfabetizzazione e oralità*, R. Cortina ed., Milano.
- ONG W. J. (1986), *Oralità e scrittura*, il Mulino ed., Bologna.
- PERRIS C. (1996), *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*, Bollati Boringhieri, Torino.
- PICCIONE R., GRISPINI A. (a cura di) (1998), *Prevenzione e salute mentale*, Carocci ed., Roma.
- PROIETTI R. (1998), Le terapie integrate: una riflessione cognitiva post-razionalista, *Psicobiettivo*, anno XVIII, 3.
- REZZONICO G., MEIER C. (1989), Un approccio costruttivista alla terapia della schizofrenia: schizofrenia come ipotesi, *Psicobiettivo*, IX.
- REZZONICO G., LAMBRUSCHI F.(a cura di) (1996), *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*, F. Angeli, Milano.
- RIEFOLO G. (2001), *Psichiatria prossima. La psichiatria territoriale in un'epoca di crisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIA TRIA (2003), Qualità e salute mentale. L'accreditamento professionale, *Psicobiettivo*, CXXVII (supplemento), 1.
- SARACENO B. (1995), *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, ETASLIBRI. RCS Medicina.
- SCHEPISI L. (a cura di) (1997), *L'imprevisto famiglia nei Servizi di Salute Mentale*, F. Angeli, Milano.
- SELVINI M. (2004), *Reinventare la psicoterapia. La scuola di Mara Selvini Palazzoni*, R.Cortina ed., Milano.

SEMERARI A (a cura di) (1999), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, R.Cortina ed., Milano.

SIMPSON J. A. (2002), La teoria dell'attaccamento in una prospettiva evolutivista, In Cassidy J. , Shaver P. R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento*, Giovanni Fioriti ed., Roma.

VARELA F. (1996), Neurophenomenology: A Methodological remedy to the hard problem, *Journal of Consciousness Studies*, 3, pp. 330-350.

VARELA F. THOMPSON E. ROSH E. (1992), *La via di mezzo della conoscenza*, Feltrinelli ed., Milano.

Giorgio Pannelli, Marco Bandoni, Jessica Gentili, Francesca Romagnoli,  
Sara Rupoli, Francesca Tittarelli

## **APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO POST-RAZIONALISTA NEGLI ADOLESCENTI PSICOTICI**

### **Introduzione**

L'adolescenza rappresenta una fase delicata e talora estremamente problematica dello sviluppo di un individuo. Accanto ai profondi mutamenti corporei innescati dalla pubertà, si assiste anche ad altrettanto profondi cambiamenti in ambito sociale e relazionale (crisi adolescenziale).

L'emergenza del pensiero astratto determina e accompagna una radicale quanto brusca trasformazione delle interazioni ambientali dell'adolescente (riarrangiamento completo): si modificano le regole e il tenore del controllo esercitato dai genitori; avvengono i primi distacchi e le prime delusioni nei confronti dell'ambiente familiare; ha inizio la lotta per l'autonomia, con la conseguente relativizzazione dell'immagine delle figure parentali con tutto il loro carico di difetti e di problemi; il passaggio dalla Scuola Elementare (vista come una sorta di prolungamento della famiglia di origine) alla Scuola Media segna l'ingresso dell'adolescente in un mondo di nuovi e più complessi rapporti con gli altri (gruppo dei pari, prime relazioni affettive etc.), per cui l'adolescente si vede costretto a cimentare quotidianamente le proprie competenze con le continue e nuove sollecitazioni e perturbazioni ambientali.

In una prospettiva postrazionalista, è questa la fase in cui le caratteristiche sistemiche di maggiore o minore flessibilità, astrazione e generatività raggiungono una loro strutturazione.

Appare evidente, quindi, come tale fase di sviluppo possa essere fisiologicamente punteggiata da più o meno intensi e prolungati momenti di perturbazione, così come appare altrettanto evidente che difficoltà nel riarrangiamento e nella gestione delle esperienze che caratterizzano questo periodo possano porre le basi per l'instaurarsi di modalità nevrotiche o psicotiche di elaborazione e di autoriferimento dell'esperienza (è ormai ampiamente assodato che l'adolescenza rappresenta l'età in cui si colloca la massima incidenza degli esordi schizofrenici).

Pertanto risultano di fondamentale importanza tanto un tempestivo inquadramento diagnostico del problema quanto un precoce ed adeguato approccio psicoterapeutico, che permetta all'adolescente il conseguimento di un maggior grado di flessibilità interna e quindi una riorganizzazione personale più adattiva in termini interni ed emozionali.

### ***Le psicosi nell'epistemologia postrazionalista***

Nell'ottica postrazionalista, qualunque situazione di disagio o di franca psicopatologia non può riduttivamente essere ricondotta ad etichette diagnostiche di tipo categoriale, le quali, lungi dal poter descrivere oggettivamente una situazione clinica, riflettono esclusivamente il punto di vista di un osservatore (il clinico) che non è mai esterno al fenomeno osservato. Si pensi, ad esempio, alle possibili emozioni di paura, rabbia o impotenza che un operatore può provare di fronte ad un paziente psicotico, al suo comportamento "bizzarro", al suo linguaggio "destrutturato".

Più propriamente, quindi, l'approccio alla persona con problemi psichici necessita di una visione ermeneutica, che valorizzi al massimo grado il punto di vista del soggetto stesso, le sue emozioni, il suo modo di vivere ed elaborare l'esperienza immediata, in una parola la sua "organizzazione di significato personale".

Movendo da questa prospettiva, quindi, in generale, uno scompensamento psicotico (di cui la schizofrenia rappresenta un prototipo) consegue ad eventi significativi contingenti – particolarmente intensi e/o ripetuti nel tempo – che sono così discrepanti rispetto al senso di sé da produrre una marcata attivazione emozionale a connotazione negativa e da non essere quindi affatto integrabili nell'immagine di sé e del mondo. Ne deriva un disancoraggio dell'identità personale nello spazio e nel tempo. Questo disancoraggio riguarda sia il mondo interno – che si può frammentare in

sub-identità contingenti (variabili a seconda del contesto e di cui una può più o meno temporaneamente prevalere) o si può incistare in un mondo autistico reso impermeabile alle perturbazioni esterne – sia il rapporto con l’insieme dei comuni significati e dei modi di vivere del contesto sociale. Si avvia una fase critica di instabilità, rilevante anzitutto sotto il profilo quantitativo, che mette in crisi il senso di medesimezza. La ricerca comunque di un pur minimo e precario adattamento porta a consolidare una identità basata su una trama narrativa rigida e non flessibile, scarsamente autointegrata, inaccessibile alla critica in quanto priva di feedback.

Più in particolare, con riferimento alle quattro principali organizzazioni di significato personale descritte da Guidano, si possono tratteggiare le caratteristiche salienti, in termini di alterazione del senso di sé, dei diversi quadri psicotici, descritti in forma categoriale nel DSM, così da proporre una chiave di comprensione epistemica e, conseguentemente, una via di accesso per un approccio psicoterapeutico.

Nelle organizzazioni tipo Disturbo Alimentare Psicogeno (DAP), uno scompenso schizofrenico evolve di fronte ad una realtà percepita come angosciosamente e intollerabilmente disconfermante, per cui il pensiero si disancora dal contesto sociale. Ne deriva una messa a fuoco dall’esterno (“*outward*”) abnorme, che porta a confondere e a non distinguere più mondo interno e mondo esterno. Questa disgregazione, conseguente a disconferme inaccettabili che minano l’identità, è particolarmente evidente nelle forme con prevalenza di sintomi “negativi”, nelle quali il soggetto non riesce a trovare modalità di rapporto con l’esterno e si chiude in un ripiegamento autistico più o meno frammentato, incoerente, piatto sotto il profilo affettivo e apparentemente indifferente rispetto all’esterno. Viceversa, nelle forme con prevalenza di sintomi “positivi” l’attivazione emotiva non contenibile connessa alle esperienze perturbanti deborda, come lungo un canale obbligato e stretto che non ammette percorsi alternativi più viabili, attraverso la costruzione di un significato personale abnorme, disgregato e paradossale, esteso a sé e al mondo. Da questo abnorme contatto con il mondo esterno derivano i temi di influenzamento e di condizionamento ad opera di altri e persino della televisione o del computer, quelli di onnipotenza ed erotomanici: il soggetto si attribuisce la capacità di modificare il mondo in cui vive, percepito come angosciosamente svalutante, di cambiarne le sorti, o di fare innamorare gli altri di sé, per non essere trasformato, fagocitato o annullato.

Facendo riferimento ai principali aspetti sintomatologici, le allucinazioni rappresentano percezioni perturbanti critiche che non sono integrabili nell’immagine di sé e che pertanto non possono essere riconosciute come

proprie e vengono espresse all'esterno. Ad esempio, pseudoallucinazioni uditive compaiono quando l'angoscia di non essere adeguato non appare più gestibile; esse possono esprimere sia il senso di inadeguatezza personale che il bisogno di essere rassicurato (*"prima avvertivo pensieri che spingevano, poi sono improvvisamente scoppiate le voci: erano amici che parlavano male di me e criticavano quello che avevo fatto, mentre altre voci dicevano che avevo fatto bene, che avevo detto cose belle"*). In molte situazioni, allucinazioni e deliri si associano nel rafforzare uno sbocco adattivo alle angosce: ad esempio, la comparsa di voci "positive", gradevoli e rassicuranti, può dare al soggetto le conferme che cerca, specie se pensa di avere finalmente intrapreso un cammino di redenzione e di missione dopo profonde sofferenze e varie svalutazioni. Come hanno messo in rilievo i contributi di Guidano e Ruiz, i deliri esprimono l'esigenza interna di rispondere a perturbazioni critiche marcatamente discrepanti rispetto alla propria coerenza interna integrando in eccesso l'immagine di sé, attraverso neocostruzioni immaginative e narrative; essi hanno le caratteristiche tipiche della narrazione epica pre-scritturale e seguono aspetti analogici, cambiando temi, strutture e contenuti, per cui sono difficilmente comprensibili all'esterno. Spesso le idee di autoriferimento risalgono a profonde insicurezze sperimentate nel corso della maturazione, con bisogno di "studiare" gli altri per cercare di capire se stessi ed il proprio "valore". A volte basta il fatto di percepire un gesto diverso dal solito da parte di qualcuno per vedere crollare tutte le assicurazioni precariamente costruite fino a quel momento.

I vari sintomi "produttivi" esprimono in ogni caso un senso estremamente angosciante, pervasivo e generalizzato di non demarcazione personale e di essere inermi o in balia degli altri, cui si tende a reagire sottraendosi rigidamente a confronti percepiti come minacciosi e costruendo contenuti "produttivi", abnormi sul piano logico, ma comunque in grado di mantenere una immagine positiva di sé, nonostante le delusioni e le disconferme sperimentate nel corso della storia personale.

La "follia a due" è un classico esempio di scompensamento psicotico DAP, in cui la non demarcazione personale e la lettura esterna reciproca da parte di due persone fragili, emotivamente legate in maniera disadattiva, avvia in entrambi la produzione di temi deliranti.

Negli scompensi schizofrenici dell'organizzazione tipo ossessiva (OSS), in conseguenza di una marcata compromissione delle capacità soggettive di flessibilità adattiva nei contesti relazionali significativi, le caratteristiche prettamente logiche ed analitiche, tipiche di queste organizzazioni, danno luogo ad espressioni cliniche patologiche e acritiche. In queste condizioni

risulta infatti fortemente deficitaria la generatività, per cui il soggetto non riesce ad ordinare l'esperienza individuando percorsi utili (viabili) sul piano adattivo, se non attraverso la costruzione di una produzione delirante. Le attivazioni emozionali intollerabili, che scardinano il bisogno di certezze, di perfezione e di controllo, producono una perdita delle capacità di autointegrazione e spingono alla ricerca di una nuova integrazione al di fuori della "normalità" socialmente condivisibile; essa viene infatti ricercata in una realtà mentale parallela a quella sociale percepita come inaccettabile, in quanto non integrabile nel senso di sé. Pertanto, negli scompensi schizofrenici OSS prevalgono le forme con sintomi "positivi" rispetto a quelle con sintomi "negativi", che rappresentano per lo più involuzioni croniche associate a una sorta di rassegnato progressivo "svuotamento" e "frammentamento" dei contenuti ideo-affettivi.

La abnorme realtà autoprodotta, a volte "intuita" all'improvviso ("intuizioni deliranti"), altre volte costruita gradualmente sulla base di "prove" percepite come certe ed inconfutabili, diviene la base sulla quale viene portata avanti l'identità, utilizzando una trama narrativa rigida, carente di feedback e quindi inaccessibile alla critica.

La messa a fuoco dall'esterno ("outward") senza una diretta dipendenza dal campo percettivo, fondata quindi su schemi generali interiorizzati ("lettura interna"), si disancora dall'insieme delle regole e dei significati comuni, condivisi dal gruppo sociale. Le attivazioni emozionali non gestibili vengono quindi canalizzate, debordando in maniera acritica, in una trama narrativa a volte piuttosto incoerente e confusa (schizofrenia paranoide), altre volte lucida e organizzata (disturbo delirante o paranoia), producendo l'emergere di temi deliranti più o meno organizzati.

Solo nel delirio, sostenuto o meno da alterazioni percettive di tipo allucinatorio e da percezioni deliranti, il soggetto può ricomporre il disgregato mosaico relativo al controllo del mondo interno ed esterno che, nell'arco dell'esperienza prepsicotica, non era stato in grado di realizzare in modo esaustivo ed adeguato. La negatività personale che ne deriva, percepita spesso come colpa o come destino angosciante di condanna, in molti casi viene estroflessa e attribuita ad altri: per poter assimilare ed autoriferirsi l'esperienza, il soggetto la razionalizza a livello esplicito come espressione della incomprendimento, dell'invidia o della malvagità da parte dell'ambiente.

Come si è già accennato, nel caso della "paranoia", nella quale le esperienze perturbanti sono limitate ad un settore dell'esperienza (ad es., affettivo o lavorativo), il quadro psicotico si configura sotto forma di una produzione delirante lucida, con un tema prevalente abnorme, spiccatamente logica e

coerente al suo interno. Questa produzione delirante apparentemente non coinvolge altri settori della personalità e i comportamenti ad essi correlati. Tuttavia, essendo l'espressione esasperata di una lettura soggettiva interna dell'esperienza, essa si presenta coerente, razionalmente lucida e monolitica, inaccessibile alle sollecitazioni, alle critiche e alle revisioni esterne.

Pertanto, come si è detto, gli scompensi psicotici OSS si manifestano soprattutto con quadri clinici caratterizzati da temi deliranti di grandezza e di onnipotenza (fisica, sessuale, professionale, morale), spesso associati a contenuti di persecuzione (cioè di non riconoscimento, da parte degli altri, della propria grandezza).

Inoltre, a causa della presenza di un angosciante senso ambivalente di sé che non consente un controllo sul mondo interno ed esterno, essi sono caratterizzati dalla ricerca della perfezione, ma, al tempo stesso, da un pervasivo senso di impossibilità di raggiungerla, se non attraverso una visione delirante dell'esperienza; questa visione delirante (meno lucida e strutturata nelle forme di schizofrenia paranoide, abnormemente strutturata logica e razionale nei disturbi deliranti paranoici) si esprime nell'ambito di una visione marcatamente rigida di sé e del mondo, basata su un disadattivo rigore logico e morale.

Per quanto riguarda l'organizzazione tipo fobico (FOB), in caso di scompensi schizofrenici l'emergere di attivazioni emotive angosciosamente inaccettabili fa saltare tutti i processi di controllo attraverso i quali il soggetto cercava di gestire la propria vita e il proprio rapporto con il mondo. Ne deriva un disancoraggio rispetto a una realtà intollerabilmente minacciosa e disgregata, dalla quale il soggetto si sente tagliato fuori e minacciato nella sua integrità. La messa a fuoco attraverso l'interno ("inward"), polarizzata intorno ad una abnorme attivazione di paura, fa debordare l'incapacità di gestire un mondo intollerabilmente pericoloso, che sembra compromettere l'integrità e la vita stessa. Il senso di medesimezza viene minato alle fondamenta e l'angoscia che ne deriva si traduce in una abnorme trama narrativa, più o meno congrua al suo interno. In questi casi sono particolarmente evidenti le ridotte capacità di astrazione, di flessibilità e di generatività, per cui risulta compromessa la facoltà di integrare nel senso di sé l'esperienza in maniera coerente e continuativa.

Quando il soggetto perde completamente il controllo in relazione alle esperienze perturbanti prevalgono i sintomi di incongruenza, confusione, frammentamento, appiattimento affettivo e ripiegamento autistico, tipico delle forme "negative"; quando invece è possibile trovare un controllo sia pure attraverso la costruzione di un rapporto abnorme con la realtà, prevalgono le forme "positive". In questi casi, la negatività viene scissa da

sé come se si trattasse di una realtà completamente estranea, e viene attribuita quindi all'ambiente esterno: ne derivano, come si dirà, temi deliranti acritici, in quanto privi di feedback. Gli scompensi sono in relazione con esperienze percepite come insostenibili per la incontrollabilità di aspetti importanti della realtà esterna (ad es., inaffidabilità delle persone sulle quali è stata investita la propria affettività e, quindi, il proprio bisogno di avere una base inequivocabilmente sicura) o della propria salute (ad es., paura o "certezza" di avere una malattia incurabile). Ne deriva una produzione delirante marcatamente concreta, riferita quindi ad aspetti "tangibili", quali il proprio corpo e la propria salute (deliri ipocondriaci), alla inaffidabilità esterna (deliri di gelosia, di persecuzione o di veneficio), o volti a fornire a livello esplicito una acritica e assoluta rassicurazione (deliri di grandezza o di onnipotenza). Di solito, i deliri persecutori sono scarsamente strutturati, centrati sulla pericolosità degli altri o di alcune situazioni, cui si risponde cercando di organizzare difese più o meno congrue; in altri casi prevalgono deliri ipocondriaci maggiormente strutturati: ad esempio, convinzione delirante di essere affetti da determinate malattie o di non avere più determinati organi o funzioni si può fare progressivamente più radicata, spingendo il soggetto a richiedere esami clinici e strumentali sempre più approfonditi e aggiornati.

Nelle organizzazioni DEP le esperienze schizofreniche, che si manifestano in soggetti con marcata compromissione delle capacità di flessibilità adattiva nei contesti significativi, di generatività con cui ordinare l'esperienza individuando percorsi utili e di autointegrazione, collocando l'esperienza in una visione coerente e definita di sé e del mondo, comportano una acritica accentuazione dei pattern taciti ed espliciti tipici di questi soggetti.

Di fronte alla incapacità di autoriferirsi esperienze perturbanti collegate ad un senso di perdita, le attivazioni emozionali di disperazione o di rabbia particolarmente intense e persistenti o ripetute nel tempo avviano la costruzione di una realtà delirante.

Le emozioni negative, derivanti da una abnorme messa a fuoco dall'interno ("*inward*") vengono scisse dal senso di medesimezza e proiettate all'esterno (ambiente da cui, comunque, il soggetto si percepisce del tutto disancorato). Ciò avviene attraverso trame narrative rigide e prive di feedback: le attivazioni intollerabili di disperazione e di rabbia vengono pertanto avvertite come estranee al sé e appartenenti ad un contesto del tutto "oggettivo", finendo con l'apparire acriticamente tanto ineluttabili quanto universalmente valide. Nelle forme con prevalenza di sintomi "negativi" il senso angosciosamente ineluttabile di rassegnazione e sconfitta porta ad una

disorganizzazione e frammentazione della personalità e del comportamento, con un ripiegamento autistico in sé.

Quando è possibile mantenere un rapporto con la realtà attraverso la costruzione di una teoria, sia pure abnorme su di sé e sul mondo, prevalgono i sintomi “positivi” e compaiono temi deliranti.

Si tratta spesso di deliroidi in corso di disturbi affettivi maggiori (v. sopra), che appaiono congrui con la depressione del tono dell’umore: deliroidi olotimici di rovina, di colpa, nichilistici, con un senso ineluttabile e catastrofico di fine del mondo, di sciagura, di povertà, di persecuzioni meritate. Nei temi deliranti la negatività soggettiva viene vissuta come colpa e condanna definitiva (deliri di colpa), viene vista come predestinazione o certezza di avere una malattia fisica grave e mortale (deliri ipocondriaci), viene proiettata nel futuro ed estesa alle persone con cui si hanno rapporti significativi, al proprio ambiente o al mondo intero (deliri di rovina) o può portare alla negazione del proprio corpo, di sé o della realtà esterna (deliri di negazione o nichilisti).

Nel delirio di negazione, noto come “sindrome di Cotard”, il soggetto arriva a negare l’esistenza di propri organi, del corpo, dei parenti, del mondo, producendo inoltre idee di enormità – il corpo viene percepito come se si estendesse ad abbracciare i confini dell’universo – e di immortalità, per cui ci si sente condannati all’immortalità per soffrire eternamente.

In altri casi, i deliri compaiono nel quadro di una frammentazione del pensiero con le caratteristiche dei disturbi schizofrenici o in quadri misti, con caratteristiche sia dei disturbi dell’umore che di quelli schizofrenici (“disturbi schizo-affettivi” o “schizo-timici”). In queste forme i disturbi dell’umore e quelli schizofrenici si possono sovrapporre per un certo periodo di tempo oppure si possono alternare, per cui in un dato periodo prevalgono i sintomi legati alla alterazione del tono dell’umore e in un altro periodo prevalgono quelli di tipo schizofrenico, con un decorso che è quindi di tipo fasico.

### **Esempio clinico**

L’approccio psicoterapeutico, così come elaborato da Vittorio Guidano, si articola, solitamente, in tre fasi: una prima fase di riformulazione del problema presentato, con ricostruzione e messa fuoco delle situazioni critiche nel repertorio di vita attuale, una seconda fase di ricostruzione e dello stile affettivo ed una terza di ricostruzione della storia di sviluppo (quest’ultima risulta di particolare importanza nel caso di pazienti adolescenti, sia perché spesso coincide con la prima fase, sia perché è

comunque a questo livello che vano rintracciati i pattern disadattivi di attaccamento, alla base del quadro di scompenso).

Si presenta, a titolo di esempio, il caso di L. la quale, nonostante sia giunta all'osservazione psicoterapeutica all'età di 30 anni, presenta una storia di sviluppo in cui sono ben delineati i prodromi adolescenziali dello scompenso psicotico che poi si evidenzierà in tutta la sua gravità a 28 anni.

L. è la secondogenita di tre figli (ha un fratello di 35 anni, medico ricercatore e una sorella di 25, laureata in Giurisprudenza). Il padre ha 65 anni ed è un veterinario in pensione. La madre ha 60 anni ed è casalinga. Relativamente al rapporto con i genitori, L. descrive un padre per lo più assente e molto preso dal proprio lavoro; la madre rappresenta, invece, un figura centrale, con la quale L. ha sempre avuto un rapporto invischiato e conflittuale caratterizzato da periodi di franca opposizione a più lunghe fasi di totale adesione (ad esempio, L. racconta di un periodo di quasi sei mesi in cui non ha parlato con la madre, a seguito di divergenze sulle sue scelte lavorative). Tra l'altro, emerge come dato anamnestico, un comportamento alimentare da sempre caratterizzato da diete, con anche un periodo di amenorrea dai 16 ai 19 anni.

L. ha sempre avuto un eccellente rendimento scolastico e ha sempre iperinvestito nello studio, dedicandovi la maggior parte del suo tempo. Si è laureata in Veterinaria, desiderando seguire le orme del fratello nel campo della ricerca pura. Peraltro, L. descrive pressoché costanti vissuti di insicurezza ed inadeguatezza, sia rispetto all'esperienza scolastica, che, successivamente, in ambito lavorativo. Nel 1997 va si trasferisce all'estero, dove rimane fino al maggio del 1999, allorché rientra in Italia per iniziare un nuovo lavoro.

Dal punto di vista affettivo, non ha mai debuttato sessualmente e riferisce tre storie significative: la prima a 19 anni, la seconda a 22 e la terza a 25, tutte interrotte nel momento in cui le richieste del partner diventavano più concrete e strutturate (rapporti sessuali, matrimonio, figli, convivenza, etc.). Parallelamente, ha sempre mantenuto i contatti con Giuseppe, un ragazzo coetaneo innamorato di lei da quindici anni e sempre disponibile (L. lo considera il suo migliore amico).

Nel 1998, il Professore del laboratorio dove lavora inizia a corteggiarla ed L., pur con mille dubbi e tentennamenti, accetta di iniziare una storia con lui. Il rapporto, clandestino ma platonico, va avanti per alcuni mesi, con ingravescenti vissuti di indegnità (timore che i colleghi abbiano capito, sensi di colpa perché lui è sposato), per cui, nel maggio '99, improvvisamente, interrompe la storia e lascia il lavoro per tornare in Italia. Trova una nuova

occupazione in un altro laboratorio, ma fin dai primi giorni lamenta difficoltà crescenti sia nell'integrazione con i colleghi sia nello svolgimento del proprio lavoro (sensi di incapacità e inadeguatezza). Nell'estate la madre la costringe ad assistere una zia malata e in quei giorni compaiono i primi spunti interpretativi della realtà e i primi deliri (*“sono la causa dei mali del mondo, sono cattiva, sono il male anche se non vorrei; se morissi tutti smetterebbero di soffrire”*). Pochi giorni dopo L. organizza un tentativo di suicidio assolutamente congruo: organizza un weekend in un'altra città senza dire nulla in famiglia, si trova un albergo e la sera assume ingenti quantità di psicofarmaci e alcool. Viene soccorsa dai proprietari dell'albergo che avevano notato un comportamento strano nella ragazza.

Dopo un breve ricovero in un servizio psichiatrico, i genitori decidono di farla seguire da un omeopata.

L. arrivò all'osservazione psicoterapeutica nei primi mesi del 2000: fin dalle prime sedute emerse chiaro il nucleo delirante centrato su idee di colpa e indegnità, aspetti marcati di autoriferimento, convinzioni di essere l'incarnazione del male e della necessità “per il bene del mondo” di togliersi la vita, unitamente a frequenti quanto improvvisi momenti di derealizzazione e depersonalizzazione.

Dopo l'inquadramento della storia, si procedette, fin dalle prime sedute, ad una riformulazione del problema presentato, focalizzando l'attenzione di L., che si rivelò fin dall'inizio una ragazza particolarmente intelligente, sulla sua sensibilità al giudizio esterno e su quanto fosse sempre stato importante per lei aderire e sentirsi adeguata alle aspettative degli altri (organizzazione DAP). Pertanto, si concordò di cominciare a lavorare proprio su quei momenti, tanto angosciosi quanto improvvisi e apparentemente incomprensibili, di derealizzazione e depersonalizzazione.

Opportunamente istruita sul lavoro di autosservazione e di ricostruzione in moviola delle situazioni critiche, L. scoprì abbastanza rapidamente come tali “sintomi” emergessero regolarmente ogni qual volta si sentiva invasa e colpita da una osservazione dei genitori o di amici, dal loro sguardo o anche dalle “occhiate” di persone sconosciute. Ad titolo di esempio, si riporta un episodio accaduto in una chiesa dove L. si era recata per pregare: la ricostruzione in moviola permise di evidenziare come, nel momento in cui L. stava avvicinandosi all'acquasantiera per farsi il segno della croce, notò due vecchiette che la guardavano e immediatamente pensò che l'avessero riconosciuta come l'incarnazione del male e che quindi ritenessero assolutamente blasfemo il fatto che lei potesse bagnarsi le dita nell'acqua santa. Ovviamente, L. non aveva avuto alcuna consapevolezza di questo e si

era accorta solo dell'improvvisa comparsa di una sensazione pervasiva di confusione, al punto da non riconoscersi più né riconoscere il luogo dove si trovava, che le appariva come trasfigurato.

Con il procedere della terapia e con il progressivo venir meno dei sintomi, fu possibile iniziare a lavorare sulla fase di scempenso: anche in questo caso, L. capì abbastanza agevolmente come l'aver accettato la relazione affettiva con il suo Professore rappresentasse l'evento critico determinante: da un lato, non era riuscita a rifiutare per la sua incapacità a dire di no e per le sue difficoltà a gestire le delusioni degli altri, dall'altro, si era trovata protagonista di una situazione per lei inaccettabile ("amante" clandestina di un uomo sposato) e assolutamente impresentabile agli occhi dei genitori.. L'uscita delirante, con tutti i summenzionati temi di colpa e indegnità assoluta, rappresentava, in questo senso, del tutto congrua con le sue modalità di elaborazione dell'esperienza e del senso di sé.

Parallelamente a questa ricostruzione, si portò avanti sia il lavoro di demarcazione rispetto al contesto e al giudizio esterno che un breve lavoro anche sul suo stile affettivo, ricostruendo le sue difficoltà a gestire relazioni strutturate.

Tutto il lavoro terapeutico si è protratto per circa un anno di sedute a cadenza settimanale, dopodiché si decise di interrompere per sopravvenuti problemi logistici legati ad una nuova situazione lavorativa di L. che l'avrebbe portata troppo lontano dalla sua città: L. comunque era completamente asintomatica per quanto riguarda gli aspetti psicotici, era riuscita a riorganizzarsi la vita, elaborando nuovi progetti lavorativi che aveva perseguito con convinzione e sufficiente autostima e si era anche riavvicinata a Giuseppe, lo spasimante di sempre, l'unico con cui non avesse mai accettato di avere una storia.

Ad un follow-up occasionale verificatosi due anni dopo L. raccontò di essere molto soddisfatta del nuovo lavoro, di essere ormai da tempo stabilmente fidanzata con Giuseppe, con cui aveva finalmente avuto il suo primo rapporto sessuale e con cui stava pianificando di iniziare una convivenza. L. riferì anche che continuavano i momenti di ansia e di insicurezza, soprattutto sul versante lavorativo, ma che comunque si sentiva in grado di fronteggiarli e di gestirli.

## **Conclusioni**

Alla luce di quanto detto, l'adolescenza rappresenta una fase quanto mai delicata dello sviluppo ortogenetico dell'individuo, durante la quale è

possibile che modalità disadattive di funzionamento del Sé, associate ad eventi critici perturbanti, inneschino scompensi psicopatologici in grado di ripercuotersi gravemente anche nella successiva vita adulta.

Pertanto, un precoce ed adeguato inquadramento diagnostico delle evenienze sia nevrotiche che, ovviamente, psicotiche appare assolutamente necessario al fine di definire un intervento mirato e risolutivo delle problematiche in questione.

Come evidenziato anche da molti studi, la psicoterapia cognitiva rappresenta la modalità di approccio più efficace e, in questo ambito, i moderni orientamenti proposti dal modello postrazionalista sistemico-processuale risultano quanto mai promettenti e suggestivi. La rivoluzione epistemologica, introdotta da Maturana e sviluppata dalla corrente costruttivista fino alla teoria proposta da Guidano, offre una prospettiva nuova da cui guardare l'individuo e i suoi problemi. L'essere umano, sistema autopoietico ed autorganizzantesi, caratterizzato da una sua peculiare "organizzazione di significato personale", posto di fronte ad una realtà non più oggettivamente data, diviene un soggetto che attivamente produce senso e costruisce la sua realtà, coerentemente con il proprio grado di flessibilità interna. Nel caso di adolescenti psicotici, in particolare, questo tipo di approccio consente un più idoneo inquadramento delle problematiche del paziente, che spesso può evitare ospedalizzazioni e medicalizzazioni le quali avrebbero come unico risultato la cronicizzazione del peculiare e disadattivo stile di funzionamento del soggetto.

In questo senso, l'intervento psicoterapeutico, consentendo un progressivo aumento di consapevolezza del Sé, permette all'adolescente di sviluppare un nuovo percorso maturativo, più duttile e articolato.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARCIERO G. (2003), *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale*, Bollati Boringhieri, Torino.

BOWLBY J. (1972), *Attaccamento e Perdita*, Bollati Boringhieri, Torino.

BRENT D.A., HOLDER D., KOLKO D., BIRMAHER B., ROTH C., IYENGAR S., JOHNSON B.A. (1997), A clinic psychoterapy trial for adolescent depression comparig cognitive, family and supportive therapy, *Archives of General Psychiatry*, 54(9), pp. 877-885.

CUTOLO G. (2003), Adolescenza e psicosi: un approccio post-razionalista, In Nardi B., Bandoni M., Santone G., Normalità e Disagio nell'Adolescenza, *Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento E.C.M. Quaderni della AUSL 7*, Ancona.

- DAMASIO A. (1995), *L'Errore di Cartesio*, Adelphi, Milano.
- DAMASIO A. (2000), *Emozioni e Coscienza*, Adelphi, Milano.
- DAMASIO A. (2003), *Alla Ricerca di Spinoza*, Adelphi, Milano.
- GUIDANO V. (1988), *La Complessità del Se*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GUIDANO V. (1992), *Il Se nel suo Divenire*, Bollati Boringhieri, Torino.
- HOLMES J. (1994), *La Teoria dell'Attaccamento*, Cortina, Milano.
- LAMBRUSCHI F. (2004), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- MATURANA H. (1993), *Autocoscienza e Realtà*, Cortina, Milano.
- MATURANA H., VARELA F. (1988), *Autopoiesi e Cognizione*, Marsilio, Venezia.
- MATURANA H., VARELA F. (1987), *L'Albero della Conoscenza*, Garzanti, Milano.
- MEIER C. (2004), La psicosi nell'adolescenza. Un approccio costruttivista, In Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*, 684-722, Bollati Boringhieri, Torino.
- MORIN E. (1974), *Il Paradigma Perduto. Che cos'è la Natura Umana*, Bompiani, Milano.
- MORIN E. (2002), *Il Metodo 5 – L'Umanità dell'Umanità. Volume 1 - La Personalità Umana*, Raffaello Cortina, Milano.
- NARDI B. (2001), *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*, Franco Angeli, Milano.
- NARDI B. (2004), La depressione adolescenziale, In Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*, pp. 650-683, Bollati Boringhieri, Torino.
- NARDI B., PANNELLI G. (1997a.), Pattern di attaccamento e depressione nell'età evolutiva: contributo clinico in un'ottica cognitivista sistemico processuale, *Riv. Psichiat.*, 32(4), pp. 157-164.
- NARDI B., PANNELLI G. (1998), Eventi di scompensazione ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva, *Riv. Psichiat.*, 33(6), 277-286.
- NARDI B., BRANDONI M., SANTONE G. (2003), Normalità e Disagio nell'Adolescenza, *Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento E.C.M. Quaderni della AUSL 7*, Ancona.

Luca Canestri, Mario Antonio Reda

## **PROCESSI COGNITIVI, POST-RAZIONALISMO E PSICOTERAPIA NELLE PSICOSI**

Lo studio funzionale dell'attività encefalica ha segnato l'inizio di una serie di promettenti ricerche sulla funzionalità cerebrale sia in condizioni di funzionamento fisiologiche che nelle fasi di scompensamento psicopatologico.

In pazienti schizofrenici adulti sono state segnalate numerose anomalie funzionali a carico di diversi distretti cerebrali (corteccia frontale e prefrontale, ippocampo, planum temporale, giro del cingolo ecc.) tali anomalie si discostano sensibilmente dalla fisiologica attività rispetto ai soggetti non psicotici, evidenziando inoltre una diversa attivazione degli emisferi destro e sinistro rispetto alla fisiologica asimmetria funzionale emisferica. In effetti le indagini delle proprietà funzionali delle diverse aree cerebrali attuate attraverso tecniche di neuroimaging evidenziano, negli psicotici, deficit asimmetrici sia rispetto alle funzioni che rispetto alla quantità di massa encefalica, tali deficit sembrano imputabili ad una non fisiologica espansione dendridica in età evolutiva e/o nell'adolescenza. (Petty e Coll., 1996; Crow e Coll., 1996; Zaidel e Coll., 1997; Barta e Coll., 1997; Zaidel, 1999; Narr e Coll., 2001; Thompson e Coll., 2001; Thompson, 2003).

La mutevole combinazione di diversi pattern di anomalie regionali si esplica in una multiforme espressività sintomatologica, riflettendosi nella produzione del pensiero e del linguaggio, nella strutturazione dei sistemi di memoria e nella regolazione delle emozioni (Turetsky e Coll., 1995;

Andreasen e Coll., 1996; Hagemann e Coll., 1997; Wild e Coll., 1997; McDonald e Coll., 2000; Friedman e Coll., 2001).

Nell'indagare i contesti evolutivi ed i processi cognitivi che caratterizzano il "funzionamento" dei soggetti psicotici, molti autori rilevano una progressiva disorganizzazione funzionale a livello delle strutture cognitive, emotive, metacognitive, metarappresentative, con la conseguente difficoltà o incapacità, da parte di questi individui, di riconoscere ed integrare in strutture narrative coerenti le emozioni, gli stati mentali e le intenzioni proprie e degli altri (Guidano, 1988, 1992; Reda, 2001; Liotti, 1993, 1995, 2001; Frith, 1995; Perris, 1999; Carcione & Falcone, 1999; Cutolo, e Coll., 2000; Niccolò & Procacci, 2000; Arciero, 2001; Mannino & Maxia, 2001; Lorenzini, 2002a; Corcoran & Frith, 2003). La mancata integrazione metacognitiva e metarappresentativa, la scarsa capacità di riconoscere ed elaborare gli stati mentali propri e degli altri, si riflettono su una disorganizzazione del pensiero e del linguaggio con una conseguente scarsa o nulla competenza nella costruzione di trame narrative organizzate e coerenti, (Sarfati & Hardy-Baylè, 1999).

### **Sistemi di memoria e costruzione del dialogo interno**

La letteratura prodotta negli ultimi anni ha indagato le modalità con cui i diversi sistemi di memoria appaiono disturbati nei soggetti psicotici. Da questi studi emerge come la compromissione dei sistemi di memoria nella schizofrenia sia costituita da un'amalgama di diversi deficit che si esprime con modalità differenti per ogni soggetto. Proprio per questo è attualmente molto difficile proporre un singolo modello che sia capace di spiegare ogni aspetto di tale complessa compromissione mnemonica (Stip e Coll., 1996; Stip, 1996; Turetsky e Coll., 2002; Elvevåg e Coll., 2003).

La disorganizzazione dei sistemi di memoria sembra essere determinata in relazione al contesto evolutivo familiare ed ambientale e si origina intorno ai 4-5 anni di età, epoca in cui i bambini cominciano ad acquisire le capacità di discriminazione cronologica, la sequenzializzazione causale degli eventi e la discriminazione dell'esperienza in termini soggettivi/oggettivi (Coda, 2000).

Una serie di ricerche volte ad indagare l'integrazione dei pattern mnemonici evidenziano, in soggetti psicotici, una notevole difficoltà nella capacità di legare tra sé gli eventi in sistemi coerenti di memoria. Tale meccanismo si determina per un disturbo nella forma esplicita della memoria di tipo episodico, con una conservazione della traccia implicita di memoria episodica.

In questo caso le tracce mnesiche implicite non possono essere elaborate ed integrate in forma narrativa, per cui si determina la difficoltà o l'impossibilità nella collocazione spazio-temporale degli eventi che risulta percepibile ma non definibile dal soggetto in termini espliciti (Huron e Coll., 1995; Rizzo e Coll., 1996; Danion e Coll., 1999).

Nelle situazioni di scompenso psicotico l'esperienza emotiva immediata non può più quindi essere riordinata in trame narrative organizzate ed adeguate alla realtà mantenendo, allo stesso tempo, la coerenza spazio-temporale e causale degli eventi.

La scarsa competenza nello strutturare strutture semantiche coerenti con l'esperienza percettiva ed emozionale, pone il soggetto psicotico in una condizione di estrema difficoltà nell'integrazione narrativa dei pattern di attivazione emozionale percepiti verso sé stesso e rispetto agli altri, in uno studio effettuato da Caixeta e Coll. (1999) è stato evidenziato come le produzioni narrative che contengono informazioni emozionali presentano gradi di dislogia significativamente maggiori rispetto alle tracce semantiche neutre in soggetti schizofrenici.

La costruzione e l'organizzazione della narrativa emozionale, non rappresenta semplicemente un modo per trasportare idee o pensieri acquisiti culturalmente, ma è piuttosto ciò che rende i pensieri accessibili ad un ascoltatore, ma soprattutto a chi ne parla, conferendo un senso di sé autonarrato. (Reda, 2001)

Il senso di sé si costituisce in modo dialogico ed è il prodotto del continuo dialogo tra l'individuo e sé stesso e l'individuo e gli altri. Nella schizofrenia la costruzione di pattern narrativi incoerenti rispetto all'esperienza genera un cambiamento del senso di sé, questo si riflette sulle strutture rappresentative determinando il collasso di questo dialogo essenziale. (Lysaker e Coll., 2001a). In uno studio effettuato da Lysaker e Coll. (2001b) vengono prese in esame le caratteristiche strutturali del dialogo interno osservate nei pazienti schizofrenici, tali caratteristiche si connotano per strutture tipo "Cacophony", "Minimalist Monologue", "Complex Monologue/s", differenziandosi dai soggetti di controllo (depressi), in cui la struttura narrativa che viene evidenziata è di tipo "Dialogical".

La fisiologica funzionalità nel riconoscimento e nella integrazione semantica di informazioni emozionali non sarebbe compromessa esclusivamente rispetto alle informazioni relative ai propri stati interni, ma la compromissione si esplica anche rispetto al riconoscimento e all'attribuzione di intenzioni, di emozioni e di stati mentali degli altri individui. In una serie di studi si evidenzia come i pazienti schizofrenici tendono a riconoscere in modo appropriato espressioni di gioia, tristezza o

rabbia, ma presentano gravi difficoltà nella percezione di espressioni di paura o disgusto, nella interpretazione di “chimere emotive” o espressioni neutre (Wittaker e Coll., 2001; Loughland e Coll., 2002; Silver e Coll., 2002; Gooding e Coll., 2002; Arehart-Treichel, 2003; Green e Coll., 2003).

Alcuni autori sottolineano come la capacità di attribuzione di intenzioni viene notevolmente disturbata, in particolare durante l’elaborazione di informazioni rispetto ad una azione prodotta da un agente e le intenzioni dell’agente stesso si verifica una over attribuzione di significati come avviene nei deliri paranoidei (Blakemore e Coll., 2003).

Parallelamente anche la scarsa competenza rispetto alle funzioni esecutive del linguaggio e nella rievocazione semantica degli episodi si riflette, nei soggetti schizofrenici, in una incapacità nel localizzare la causa di un evento “source monitoring”, con la conseguente inadeguatezza nel riferire la sorgente di una perturbazione emozionale a sé o all’ambiente (Moritz e Coll., 2003).

Le fluttuazioni emotive non sono integrate in termini di intenzionalità e causalità, non possono essere attribuite a sé stesso ma nemmeno all’altro o all’ambiente, la combinazione di queste modalità disfunzionali produce una gravissima interferenza nelle abilità sociali, in particolare nelle fasi di costituzione e nel mantenimento di relazioni interpersonali stabili e durature.

### **Ristrutturazione narrativa e approccio psicoterapeutico post-razionalista nelle psicosi**

Nell’approccio epistemologico e clinico post-razionalista, l’esperienza psicotica viene inquadrata non più come una modalità di organizzazione della conoscenza incomprensibile e dai contenuti inderivabili, ma come l’espressione della mancata capacità di integrazione tra le diverse componenti che costituiscono e concorrono all’organizzazione dei processi emotivi, cognitivi, percettivi e rappresentativi (Mannino 2003; Maselli, 2000).

In quest’ottica il delirio rappresenta per il soggetto psicotico una modalità esplicativa, che gli consente di riordinare la propria prassi esperienziale nei termini che la propria organizzazione/disorganizzazione permette in un determinato percorso di sviluppo e di contesto socio-ambientale.

Nella nostra pratica clinica i dati forniti dalla ricerca sono stati utilizzati in modo applicativo nel percorso psicoterapeutico di alcuni pazienti psicotici, fornendo interessanti spunti di lavoro e risultati clinici apprezzabili; le evidenze dei risultati ottenuti ci orientano all’utilizzo di un modello clinico orientato alla ristrutturazione della narrativa emozionale. L’intervento di

ristrutturazione narrativa viene comunque integrato con altri modelli cognitivi di intervento, attuati contemporaneamente o successivamente in una gestione complessiva del paziente realizzata attraverso un approccio terapeutico complesso e multidisciplinare (Perris C., 1996, 2000)

### **Focalizzazione e ri-ordinamento esplicito dell'esperienza immediata**

L'obiettivo delle prime fasi di terapia sarà quello di indagare e ridefinire le modalità attraverso le quali l'esperienza immediata viene esperita e rappresentata, sebbene si incentri su tematiche allucinatorie o deliranti; i temi narrativi deliranti, le rappresentazioni dispercettive rappresentano un tentativo, seppur bizzarro e disorganizzato, di dare ordine e coerenza alla propria prassi del vivere.

In questa fase della terapia l'esperienza immediata (episodi) viene focalizzata e contestualizzata in termini spazio-temporali, in tal modo si cerca di implementare la capacità di integrazione tra la traccia emotivo-sensoriale e la decodifica esplicita operata dal paziente. (Guidano, 1988, 1992)

(P.M. 41 anni, maschio, Disturbo Evitante di Personalità, vari Episodi Deliranti) Focalizzazione → *“...alla fiera mi sono accorto che una persona mi guardava, era come se avesse una telecamera che mi vede dentro, improvvisamente le mie gambe sono diventate di legno non riuscivo a muoverle, tutte le persone lo potevano vedere, vedevano i miei pensieri, mi guardavano e ridacchiavano... ...quando sono riuscito a muovermi sono scappato a casa...”*.

Ri-ordinamento esplicito → *“...Quella mattina mi sentivo benino e non avevo preso il Tavor, quando sono arrivato alla fiera ho incontrato un conoscente che mi ha guardato in modo strano, io ho pensato che si vedesse che ero agitato, poi mi si sono bloccate le gambe... ...quando sono fuori di casa ho sempre la paura che qualcuno possa vedermi agitato, mi sento improtetto...”*

(P.A. 35 anni, femmina, Schizofrenia, pregresso Disturbo d'Ansia Generalizzata)

Focalizzazione → *“...erano tutti agitati (i parenti) e mi urlavano basta, basta, c'era una gran confusione, le cose erano rotte, tutte a pezzi, il cuscino il letto e anche il peluche di F (la figlia)...”*

Ri-ordinamento esplicito → *“...certo ho tagliato i cuscini e il peluche, ma perché sapevo che dentro c’era il malocchio, lo sapevo, non volevo fare del male a nessuno, poi loro si sono messi ad urlare...”*

Le convinzioni deliranti e le esperienze dispercettive vengono focalizzate e quindi inserite in un contesto esplicativo i cui aspetti di incoerenza e irrealtà non vengono criticati ma accolti come possibilità rappresentative ed esplicative del soggetto (Cheli, 2002a, Lorenzini 2002b), aiutandolo ad esplorare ed implementare le capacità di decodifica esplicita delle modalità implicite e procedurali dell’esperienza immediata.

### **Rappresentazione e narrativa**

Alcuni pazienti psicotici hanno la possibilità di esprimere e focalizzare le esperienze emotive attraverso la produzione di forme rappresentative inconsuete pittoriche, poetiche o di altro genere (Perris H., 2000), la capacità di rappresentare stati emozionali attraverso forme espressive differenziate pone il paziente nelle condizioni di accedere a stati emozionali altrimenti non accessibili direttamente in termini espliciti, consentendo comunque di fissare ed elaborare frammenti di esperienza non altrimenti esplorabili ed esplicitabili

(L.B. 28 anni, femmina, Disturbo Borderline di Personalità, varie diagnosi in Asse I)

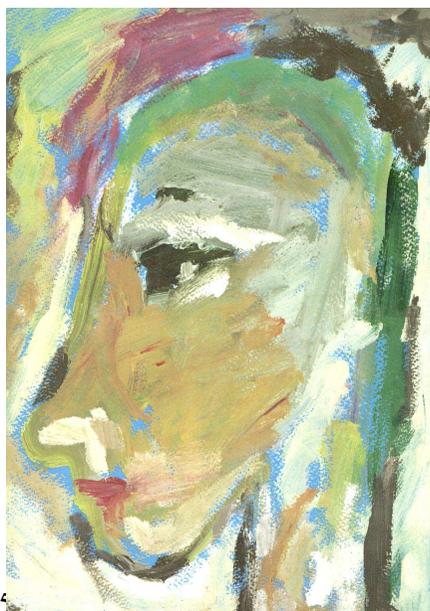
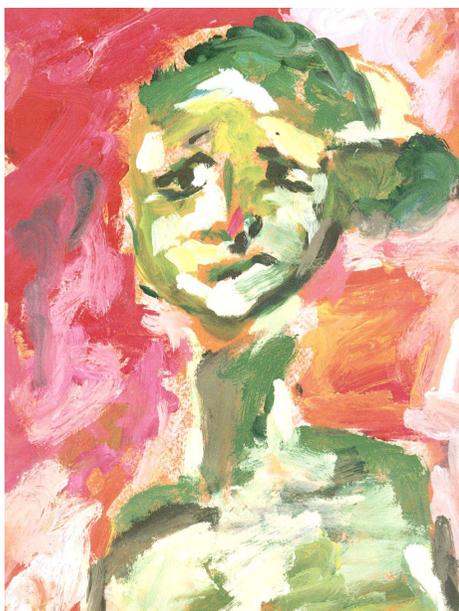


Fig. 1

Fig.2

La paziente porta alcuni disegni fatti di getto.

Rappresentazione → (Fig.1) *“Questa faccia è tutta storta è brutta... ...è arrabbiata”*

Rielaborazione successiva → *“...mercoledì ho fatto questo disegno, prima eravamo state al mercato con la mamma, volevo comprare delle cose ma lei mi dice sempre di no... ...mi ha fatto arrabbiare moltissimo, mi dice sempre solo no no no, non sa dire altro...”* ,

Rappresentazione → (Fig.2) *“Questa è tutta lunga ...è come se fosse triste”*

Rielaborazione successiva → *quella era una di quelle mattinate che ho la cappa di piombo sulla testa, penso sempre che mi ritornerà la depressione, sono stata tanto male, non voglio tornare in ospedale, quando ci penso mi sento morire...”*

#### Sequenzializzazione delle trame narrative

Le convinzioni deliranti e le esperienze dispercettive vengono focalizzate ed inserite in un contesto esplicativo proprio del paziente in un processo di sequenzializzazione temporale degli eventi, osservando e riorganizzando i dati di realtà percepita e confrontandoli con la contestualizzazione spazio-temporale in cui l'esperienza psicotica si è manifestata o si manifesta. I temi esplicativi vengono successivamente collocati ed integrati in base alla loro successione cronologica. (Cheli e Cutolo, 2002; Cheli, 2000b; Maxia, 2000)

(M.C. 36 anni, femmina, Delirio Paranoideo, DOC, Depressione)

Raccolta degli eventi → *“...ieri è stata una bruttissima giornata sono stata agitattissima, ...e poi Marisa mi ha chiesto come stavo, ho qualcosa che non va, si vede... ...ecco lo vedono tutti e non mi vogliono intorno mi scansano, anche Marisa mi scansa...”*

Sequenza e contesto degli eventi ri-ordinati in seduta → *“Ieri ho Incontrato un mio vecchio ragazzo di tanto tempo fa, mi ha chiesto di uscire con lui, ma non lo voglio intorno e gli ho detto di no, lui si è arrabbiato tantissimo e mi ha detto di stare attenta... ...attenta a lui... ...io mi sono impaurita tantissimo, mi girava tutto il mondo. Sono scappata a casa e ho incontrato Marisa, che mi ha chiesto cosa avessi, sono scappata di corsa.”*

In questa fase della terapia la sequenza temporale degli eventi e l'emotività ad essi correlata vengono integrati con sempre maggior competenza,

permettendo allo stesso paziente di riconoscere ed operare i primi nessi di causalità.

**Ristrutturazione del dialogo interno** La strutturazione di forme narrative connotate in senso dialogico, viene operata inserendo gradualmente uno spostamento della prospettiva del paziente dall'osservatore all'osservato, assumendo un punto di vista "terzo" rispetto agli eventi di cui egli è protagonista.

(F.B. 20 anni, maschio, Schizofrenia, pregressi Disturbi deliranti) Percezione e rievocazione degli eventi → "...ieri pensavo che non combino niente di buono, sono un peso, un parassita..., ...poi di colpo mi sono sentito in trappola, sapevano tutti dove ero... ...mi sono incazzato quando ho visto che ero anche nel giornale, si si ero proprio io dicevano di me, hanno violentato una ragazza in Sicilia e ho pensato subito che ero stato io..."

Spostamento della prospettiva-distanziamento → "...poi ho pensato che io in Sicilia non ci sono mai stato, come potrei aver fatto quelle cose, ...ero già arrabbiato, stavo leggendo il giornale, le offerte di lavoro, ma se sto male come faccio a lavorare..."

La discrepanza tra dati di realtà percepita e dati di realtà oggettivabile favorisce la costituzione di schemi metacognitivi via via sempre più articolati e complessi.

È proprio in questa fase che si costituiscono modalità narrative dialogiche alternative a quelle deliranti, dapprima come dialogo vocalizzato ed in seguito "internalizzato". In tal senso si opera un progressivo inserimento di un punto di vista "terzo" rispetto al narratore, proponendo l'osservazione della sequenza narrata, facendo successivamente calare il paziente nei panni di uno spettatore e chiedendo infine un commento sui fatti osservati. Il confronto, operato successivamente, tra i punti di vista dell'osservatore e dell'osservato consente al paziente di costituire una modalità narrativa di tipo dialogico, in cui vengono inseriti e confrontati due diversi punti di vista.

### **Narrativa e comunicazione interpersonale**

Questa fase della terapia si attua dapprima durante le sedute di terapia attraverso la presentazione di immagini di espressioni emotive facciali invitando il paziente a riconoscere le varie emozioni espresse e cercando di attribuire una storia e delle intenzioni ai soggetti ritratti. La progressiva

acquisizione di competenza nel riconoscimento e nella integrazione narrativa delle informazioni sullo stato emozionale e sulle intenzioni degli altri individui permette, in seguito, l'esposizione diretta a situazioni sociali; questo può essere operato attraverso variazioni del contesto del setting terapeutico (seduta svolta in parte in luoghi pubblici) o direttamente osservate rispetto a situazioni di vita del paziente, .

(A.B. 28 anni, femmina, Disturbo Evitante di Personalità, Delirio di riferimento, Comportamenti Autolesivi)

Vede le foto, ne focalizza due in particolare (Fig.4) *"...Questi mi guardano come mi guarda il professore, lui pensa che sono deficiente e mi prende in giro, vedi questo ride come lui e l'altro mi guarda, le persone che mi guardano così mi fanno paura e rabbia..."*

Dopo qualche mese di terapia riferisce *"...Sono andata a parlare con il Prof. e mi sono ricordata di quelle facce nelle foto che mi avevi fatto vedere (riferita al terapeuta che gli mostra di nuovo le due foto) ...lui non mi guarda come loro, mi guarda normalmente... ...guarda che facce questi due possibile che mi facessero paura, oddio uno ha proprio una brutta faccia, ma l'altro non sembra cattivo..."*



Fig.4

### **Considerazioni per la psicoterapia**

Nella nostra esperienza la ristrutturazione della narrativa emozionale nei soggetti psicotici, viene proposta nelle prime fasi della terapia, focalizzando l'attenzione sulle modalità e le capacità esplicative del paziente in quel momento. In un primo momento l'attenzione è centrata sulla raccolta di informazioni rispetto alle modalità narrative dispercettive o deliranti, con l'obiettivo di implementare la capacità di conoscenza ed integrazione delle esperienze psicotiche con i dati di realtà percepita, contestualizzando progressivamente tali episodi nella loro collocazione spaziotemporale.

L'integrazione dei dati di realtà percepita con sintomi psicotici permette al paziente dapprima un distanziamento critico rispetto proprie modalità rappresentative, ed una prima modificazione nel proprio dialogo interno. Nel processo psicoterapeutico la narrativa guadagna complessità e dinamismo, la nuova articolazione narrativa non rappresenta la creazione di una nuova storia del paziente o il risveglio di un "vecchio sé"; la narrativa viene progressivamente ristrutturata assumendodapprima caratteristiche protodialogiche nelle quali il paziente può sperimentare la possibilità di valutare in termini dubitativi le proprie esperienze e favorendo, in seguito, il processo di distanziamento e critica spontanea. Gli Homework di auto-osservazione permettono attraverso il graduale inserimento un punto di vista esterno, oltre a quello proprio del paziente, la progressiva ri-strutturazione delle abilità metacognitive e dialogiche caratterizzanti la propria narrativa, consentendo una migliore integrazione semantica delle esperienze emotive. Questo processo si esplica attraverso un lavoro di co-costruzione e di implementazione, da parte di paziente e terapeuta, di modalità narrative più coerenti con l'esperienza, maggiormente flessibili, e sempre più articolate e connotate in senso dialogico (Canestri & Pilleri, 2003). La modificazione delle caratteristiche narrative in senso dialogico sembrano rappresentare fattori predittivi positivi rispetto ad un outcome sintomatico in soggetti psicotici. (Lysaker e Coll., 2003).

## **BIBLIOGRFIA**

ANDREASEN N. C., DENNERT J. W., OLSEN S.A., DAMASIO A.R. (1990), Hemispheric asymmetries and schizophrenia, *Am. J. Psychiatry*, 139, pp. 427-430.

ANDREASEN N.C., O'LEARY D.S., CIZADLO T. (1996), Schizophrenia and cognitive dysmetria: A positron-emission tomography study of dysfunctional prefrontal-thalamic-cerebellar circuitry *Proc. Natl. Acad. Sci., Psychology*, 93, pp. 9985-9990.

ARCIERO G. (2002), *Studi e dialoghi sull'identità personale*, Boringhieri, Milano.

AREHART-TREICHEL J., (2003), For Schizophrenia Patients, Faces Are a Difficult Read, *Psychiatric News*, October 17, 38, pp. 22.

BARTA PE, PEARLSON G.D., BRILL L.B., ROYALL R., MCGILCHRIST I.K., PULVER A.E., POWERS R.E., CASANOVA M.F., TIEN A.Y., FRANGOU S., PETTY R.G. (1997), Planum temporale asymmetry reversal in schizophrenia: replication and relationship to gray matter abnormalities, *Am. J. Psychiatry*; 154, pp. 661-667

- BLAKEMORE S.J., SARFATI Y., BAZIN N., DECETY J. (2003), The detection of intentional contingencies in simple animations in patients with delusions of persecution, *Psychological Medicine*, 33, pp. 1433-1441.
- CAIXETA M., CHAVES M., CAIXETA L., REIS O. (1999), Aumento da dislogia do discurso em narrativa emocionalmente carregada na esquizofrenia, *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 57, 3A, São Paulo Sept..
- CANESTRI L., PILLERI M.F. (2003), Ristrutturazione narrativa in due casi di psicosi., VIII International Congress on Constructivism and Psychotherapy, *Abstract book*, June 14-18.
- CARCIONE, A., FALCONE M. (1999), Il concetto di metacognizione come costruito clinico fondamentale per la psicoterapia, In Semerari A. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano.
- CHELI C. (2000a). Approccio post-razionalista e psicosi: riflessioni generali ed esperienze cliniche, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 3, 2, pp.. 56-73.
- CHELI C. (2000b), Post-razionalismo, psicosi e teoria della mente: esemplificazioni cliniche e riflessioni critiche, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 6 (suppl. Marzo), pp.168.
- CHELI C., CUTOLO G. (2002), La psicoterapia cognitiva post-razionalista nei disturbi psicotici, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 10 (suppl. Marzo), pp. 24.
- CODA M. (2000), The hypothesis of “learned hypofrontality” in schizophrenia, *Atti del III<sup>rd</sup> Latin American Congress of Cognitive Therapy*, Montevideo, Aprile.
- CROW T.J., DONE D. J., SACKER A. (1996), Cerebral lateralization is delayed in children who later develop schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 22, 3, pp. 181-185
- CUTOLO G., LOMBARDI G., MARSICOVETERE V., FOSCHI A., (2000), Teoria della mente, psicosi, servizi di salute mentale, *Psicobiattivo*, 20, 3, pp. 95-115.
- DANION J.M., RIZZO L., BRUANT A. (1999). Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia, *Archives Gen. Psych.*, 56, pp. 639-48.
- DELL'ERBA G.L. (2000), Le tecniche nella psicoterapia standard per le psicosi, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 6 (suppl. Marzo), pp.76-77.
- ELVEVÅG B., MAYLOR E.A GILBERT A.L. (2003), Habitual prospective memory in schizophrenia, *BMC Psychiatry*, 3, 9.
- FRITH C. (1995), *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*, Raffaello Cortina, Milano.

- GOODING D., TALLENT K. (2002), Schizophrenia patients' perceptual biases in response to positively and negatively valenced emotion chimeras, *Psychological Medicine*, 32, pp. 1001-7.
- GREEN M.J., WILLIAMS LM, DAVIDSON D. (2003), Visual scanpaths to threat-related faces in deluded schizophrenia, *Psychiatry Res.*, 1; 119(3), pp. 271-85.
- GUIDANO V.F. (1989), *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GUIDANO V.F. (1992), *Il Sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino.
- HURON C, DANION, JM, GIACOMONI, F, GRANGE D, ROBERT P, RIZZO L. (1995), Impairment of recognition memory with, but not without, conscious recollection in schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1737-1742
- LIOTTI G. (1993), Disorganized attachment and dissociative experiences: an illustration of the developmental-ethological approach to cognitive therapy, In Kuehlwein K.T., Rosen H. (a cura di), *Cognitive therapies in action: evolving innovative practice*, Jossey-Bass Eds., San Francisco.
- LIOTTI G. (1995) Disorganizad-disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. in Goldberg S., Muir R., Kerr J. (a cura di): Attachment theory: social development and clinical perspectives. Analytic Press, Hillsdale Ed.
- LIOTTI G. (2001), *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LORENZINI R. (2002a), Gestione complessiva del paziente psicotico e psicoterapia, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 10, pp. 25.
- LORENZINI R. (2002b), Costruire alternative al delirio, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 10, pp. 179-81.
- LOUGHLAND C. M., WILLIAMS L, GORDON E. (2002), Visual scan paths to positive and negative facial emotions in an outpatient schizophrenia sample, *Schizophrenia Research*, 55 (1-2), pp. 159-170.
- LYSAKER P. H., LANCASTER R. S., LYSAKER J. T. (2003), Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia, *Psychol. Psychother*; 76(Pt 3), pp. 285-99.
- LYSAKER P. H., LYSAKER J. P., LYSAKER J. P. (2001a) Schizophrenia and the collapse of dialogical self: recovery narrative and psychotherapy, *Psychol. Psychother* , 38, 3, pp. 252-61.
- LYSAKER P. H., LYSAKER J. T. (2001b), Psychosis and the disintegration of dialogical self-structure: problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue, *Br. J. Med. Psychol.*, 74(Pt 1), pp. 23-33.

- MANNINO G. (2003), Dalla incomprendibilità alla ricostruzione del senso: terapia costruttivista delle psicosi, *Atti del 8<sup>th</sup> International Congress on Constructivism and Psychotherapy*, Bari, 14-18 giugno.
- MANNINO G., MAXIA G. (2001), Psicopatologia e psicoterapia della schizofrenia: verso un approccio post-razionalista, *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 4, 1, pp. 44-61.
- MASELLI P., (2000), Comprensibilità e incomprendibilità delle psicosi, *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 6, 3, 1, pp. 7-9.
- MAXIA G. (2000a), La sequenzializzazione delle trame narrative, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 6, pp.168.
- MAXIA G. (2000b), Psicoterapia post-razionalista dello scempenso psicotico di tipo schizofrenico. Tre casi clinici, *Psicoterapia*, 19-20, pp. 21-27.
- MCDONALD B., HIGHLEY J. R., WALKER M. A., HERRON B. M., COOPER S. J., ESIRI M. M., CROW T. J. (2000), Anomalous Asymmetry of Fusiform and Parahippocampal Gyrus Gray Matter in Schizophrenia: A Postmortem Study, *Am. J. Psychiatry*, 157, 40-47.
- MORITZ S., WOODWARD T. S., RUFF C. (2003), Source monitoring and memory confidence in schizophrenia, *Psychological Medicine*, 33, pp. 131-39.
- NICCOLÒ G., PROCACCI M. (2000), Approccio metacognitivo al disturbo delirante, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 6, pp. 79.
- PERRIS H. (2000), Le strategie e le tecniche terapeutiche meno comuni nella psicoterapia cognitiva di pazienti disturbati, In Perris C., McGorry P.D., *Psicoterapia Cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità*, pp. 331-349, Masson, Milano.
- PERRIS C. (1996), *Terapia cognitiva degli schizofrenici*, Bollati Boringhieri, Torino.
- PERRIS C., SKAGERLIND L. (2000), Approccio terapeutico integrato multimodale e metacognitivo ai pazienti schizofrenici o affetti da disturbo grave di personalità, In Perris C., McGorry P.D., *Psicoterapia Cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità*, pp. 207, Masson, Milano.
- PETTY R.G., BARTA P. E., PEARLSON G. D., MCGILCHRIST I. K., LEWIS R. W., TIEN A.Y., PULVER A., VAUGHN D. D., CASANOVA M. F., POWERS R. E. (1996), Reversal of asymmetry of the planum temporale in schizophrenia, *Am. J. Psychiatry*, 152, pp. 715-721.
- PINTO A. (2000), Strategie terapeutiche ed evidenze cliniche nella psicoterapia cognitivo comportamentale della schizofrenia, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 6, pp.77-78.
- REDA M. A. (2001), *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Carocci, Roma.

REDA M. A., ARCIERO G., BLANCO S. (1987), Organizzazioni cognitive, strutture psicofisiologiche e diagnosi di schizofrenia, In Pancheri P., Reda G.C. (a cura di), *La diagnosi di schizofrenia*, Il Pensiero scientifico, Roma

RIZZO L., DANION J. M., VAN DER LINDEN M., GRANGÈ D. (1996), Patients with schizophrenia remember that an event has occurred, but not when, *Brit. Journ. Psych.*, 168, pp. 427-31.

SARFATI Y., HARDY-BAYLÈ M. C. (1999), How do the people with schizophrenia explain the behaviour of others? A study of theory of mind and its relationship to thought and speech disorganization in schizophrenia, *Psychological Medicine*, 29, pp.613-20.

SILVER H., SHLOMO N., TURNER T., GUR R. C. (2002), Perception of happy and sad facial expressions in chronic schizophrenia: evidence for two evaluative systems, *Schizophr Res.*, May 1, 55(1-2), pp. 171-7.

STIP E. (1996), Memory Impairment in Schizophrenia: Perspectives from Psychopathology and Pharmacotherapy, *Can J. Psychiatry*; 41, 2, pp. 27–34.

STIP E., LUSSIER I. (1996), The Heterogeneity of Memory Dysfunction, *Schizophrenia Can J. Psychiatry*; 41, 1pp. 14–20.

STREIT M., IOANNIDES A., SINNEMANN T., WÖLWER W., DAMMERS J., ZILLESK., GAEBEL W. (2001), Disturbed Facial Affect Recognition in Patients With Schizophrenia Associated With Hypoactivity in Distributed Brain Regions: A Magnetoencephalographic Study, *Am J Psychiatry*, 158, pp. 1429-1436.

TERRIER N., TURPIN G. (1992), Psychosocial factors, arousal and schizophrenic relapse. The psychophysiological data, *British Journal of Psychiatry*, 161, pp 3-11.

THOMPSON P. (2003) Brain Mapping in Adolescents with Very Early Onset Schizophrenia, *Psychiatric Times*, March.

THOMPSON P. M., VIDAL C., GIEDD J. N. et al. (2001), Mapping Adolescent Brain Change Reveals Dynamic Wave of Accelerated Gray Matter Loss in Very Early-Onset Schizophrenia, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 98 (20), pp. 11650-11655.

TURETSKY B., COWELL P. E., GUR R. C., GROSSMAN R. I., SHTASEL D. L., GUR R. E. (1995) Frontal and temporal lobe brain volumes in schizophrenia. Relationship to symptoms and clinical subtype, *Arch. Gen. Psy.*, 52, 12.

TURETSKY B.L., MOBERG PL. J., HARPER MOZLEY L., MOELTER S. T., AGRIN RL. N., GUR R. C., GUR R. E. (2002), Memory-Delineated Subtypes of Schizophrenia: Relationship to Clinical, Neuroanatomical, and Neurophysiological Measures, *Neuropsychology*, 16, 4, pp. 481–490

WITTAKER J.F., DEAKIN J.F., TOMENSON B. (2001), Face processing in schizophrenia: defining the deficit, *Psychological Medicine*, 31, pp. 499-507.

ZAIDEL D.W. (1999), Regional differentiation of neuron morphology in human left and right hippocampus: comparing normal to schizophrenia, *International Journal of Psychophysiology*, 34, pp.187-196

ZAIDEL D.W., ESIRI M. M., HARRISON P. J. (1997) Size, shape, and orientation of neurons in the left and right hippocampus: investigation of normal asymmetries and alterations in schizophrenia, *Am. J. Psychiatry*, 154, pp. 812-818.