

PSICOSI: INTEGRAZIONE DELLA SINTOMATOLOGIA, RISTRUTTURAZIONE DELL'IO, RIORGANIZZAZIONE DEL SÉ

Fulvio Marchese, Caterina La Cascia, Alessandro Bruno, Daniele La Barbera

Introduzione

La storia dei disturbi psicotici, intesi in senso moderno, e della loro cura a oggi riguarda una parentesi temporale di circa centotrent'anni. Parallelamente a un discorso di tipo concettuale e di ricerca, che nasce alla fine dell'ottocento con le prime esperienze conoscitive e descrittive del fenomeno (Kraepelin, Jaspers, Bleuer, Jung, Janet, Freud et al.) e che a oggi vede nei modelli neuro-scientifici ed epigenetici i maggiori fronti avanguardistici, durante quest'arco temporale si sono sviluppate ed avvicinate pratiche terapeutiche di vario tipo; nel tempo si è passati dalle iniziali cure termali ottocentesche, alla pratica psicoanalitica, alle tecniche interventistiche come la lobotomia o la terapia elettroconvulsiva fino ad arrivare, a partire dagli anni sessanta/settanta, alle attuali tendenze farmacologiche sostenute, quando possibile, da corredi assistenziali quali la psicoterapia (soprattutto di tipo cognitivo-comportamentale o familiare), la psicoeducazione e la riabilitazione psichiatrica.

Senza dubbio, la vera rivoluzione nella cura delle psicosi è stata rappresentata dall'utilizzo degli antipsicotici i quali, più di qualsiasi altro metodo, hanno dato i migliori risultati su due ordini di fattori: la remissione della sintomatologia psicotica acuta (deliriolisi e allucinolisi) e il contenimento delle condizioni di agitazione psicomotoria e discontrollo degli impulsi. Tuttavia, non sono pochi coloro i quali, esprimendo una vena critica sull'argomento e una sollecitazione a superare le attuali posizioni farmacocentriche, sostengono che si sia passati da una camicia di forza di tipo "fisico" a una di natura "chimica".

Sia che si tratti di un caso all'esordio oppure avanzato e al di là di ogni modello di riferimento, tutte le tecniche terapeutiche utilizzate per le psicosi hanno come principale obiettivo quello di ristabilire il "piano di realtà", di ricostituire uno scambio il più adattivo possibile con l'ambiente circostante, ovvero il ripristino di quella istanza psichica conosciuta secondo la concezione psicodinamica col nome di Io.

L'Io è dunque il filtro tra mondo esterno ed interno, tra dimensione soggettiva e oggettiva (Jung 1928-1934), ed è sulla sua riedificazione e potenziamento che tutti i modelli di cura, consapevolmente o meno, sono incardinati. In sintesi, tutti i modelli attualmente utilizzati hanno come prima necessità la remissione del sintomo e, per quanto riguarda gli interventi non psicofarmacologici, la strutturazione o ri-strutturazione di modelli comportamentali che sappiano convivere con la condizione psicotica.

SOTTOMESSO MAGGIO 2015, ACCETTATO OTTOBRE 2015

EPUB AHEAD OF PRINT 2015 Dicembre PP100003

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

167

Detto ciò ed immaginando il rapporto tra la Psicosi e l'Io come quello tra un fiume e i suoi argini, cosa succederebbe se dovesse verificarsi una nuova piena? Se, come sosteneva Jung, *“Dal punto di vista psicologico la psicosi è uno stato mentale in cui elementi precedentemente inconsci prendono il posto della realtà (Jung 1919)”*, allora dovremo aspettarci che, non essendo tali tematiche inconse state risolte, anche se dovessimo assistere ad una riedificazione del piano di realtà molto probabilmente in futuro nuove rotture si presenterebbero. Ancora una domanda: le psicosi sono veramente un disturbo prevalentemente a decorso cronico o sono le cure utilizzate fino a oggi che non sono riuscite ad andare oltre un certo limite? Torneremo più avanti sulla questione.

Stringendo il cerchio, sono quei pazienti particolarmente dotati dal punto di vista “umano”, quelli che prima dell'esordio psicotico avevano una vita, se non soddisfacente, quantomeno impegnata (per esempio studenti, professionisti, artisti o semplici lavoratori) ad averci fatto constatare che, spesso, l'esigenza di dare un senso alla malattia rappresenta una delle maggiori necessità.

L'esperienza clinica con questo tipo di pazienti ci ha portato nel tempo a mettere a punto una prassi terapeutica che sta producendo risultati interessanti. Un approccio integrato farmacologico-psicoterapeutico da intraprendere già durante il ricovero ospedaliero, ovvero in fase acuta o immediatamente dopo, incentrato soprattutto sull'ascolto dei costrutti deliranti. Nella nostra esperienza, se ci si pone nei confronti dei deliri in maniera tale da offrire al paziente la possibilità di esprimersi liberamente su quelle convinzioni che in quei giorni di grande stravolgimento esistenziale lo possiedono, egli sembra riceverne un grande beneficio, sia relativamente al contenimento dell'angoscia, che al miglioramento del rapporto di fiducia con il personale sanitario. Da una parte la possibilità di esprimere verbalmente il delirio e la sua narrazione e, dall'altra, il confronto diretto per il clinico con la sintomatologia psicotica in maniera attiva e partecipe, hanno aperto nella nostra esperienza una strada sulla quale ci è sembrato valesse la pena di inoltrarsi.

Il modello seguito è una rivisitazione di ciò che negli anni settanta, nella contea di S. Francisco negli USA, uno psichiatra analista junghiano, J.W. Perry, strutturò e praticò per decenni, con risultati che lo stesso Perry non esitò a definire sorprendenti; anche noi, in qualche caso particolarmente fortunato, siamo arrivati a conclusioni analoghe, ma prima di presentare il metodo con cui abbiamo lavorato può essere utile un cenno teorico-concettuale per esplicitare su quali premesse è stata implementata tale prassi terapeutica.

Riferimenti teorici

Attualmente, il modello teorico maggiormente rappresentativo per l'eziopatogenesi dei disturbi psicotici è quello “Stress-Vulnerabilità-Coping” di Zubin e Spring (Zubin e Spring 1977, Zubin et al. 1987, Nuechterlein e Dawson 1984).

Secondo questo orientamento, che specificatamente si riferisce alla schizofrenia, *“I sintomi della schizofrenia sarebbero il risultato delle azioni dei fattori stressanti ambientali sulla vulnerabilità individuale. Tra i possibili fattori individuali di vulnerabilità vi sono i deficit di base dell'elaborazione delle informazioni e altri, tuttora non specificati, fattori biologici, una scarsa compliance alla terapia farmacologica prescritta e deficit delle competenze socio-relazionali, che possono aumentare la possibilità di comparsa di uno stressor ambientale, o*

ne possono amplificare gli effetti. Gli stressor ambientali comprendono l'uso di droghe e vari fattori stressanti di natura sociale, come alcuni eventi disgregativi della vita o un ambiente familiare critico e ostile. Le psicoterapie si adattano perfettamente a fronteggiare numerosi fattori stressanti e di vulnerabilità (Birchwood-Spencer 1999)".

Se inseriamo le Psicosi (e il nostro lavoro) all'interno della concezione scientifica contemporanea sia in ambito di ricerca che medico-assistenziale – e con riferimento al modello Bio-Psico-Sociale di Engel adottato dalla WHO (che nella fattispecie si allinea in maniera puntuale al modello Zubin-Spring) – possiamo affermare che, come accennato nell'introduzione, le avanguardie più attive negli ultimi anni si stanno occupando maggiormente dello studio dei fattori biologici e genetici, anche in correlazione con fattori ambientali (es. uso di cannabis) (Di Forti et al. 2012), coinvolti nell'eziopatogenesi dei disturbi psicotici.

Dall'altra parte, dell'aspetto "sociale", si stanno occupando maggiormente i modelli psicoterapici e riabilitativi (Lieberman 2008): se un intervento è mirato a fare in modo che l'individuo abbia una maggiore cura di sé, possa muoversi nei propri *life-span* con maggiore disinvoltura ed avere migliori rapporti con gli altri, primi fra tutti i familiari, allora innegabilmente si sta cercando di intervenire sulla dimensione "sociale". Anche in quest'ambito è stata prodotta negli ultimi anni un'ampia letteratura scientifica (Lieberman 2008). Convinti della opportunità del lavoro di ricerca sui fronti "biologico" e "sociale" (verso i quali versanti anche parte del nostro lavoro è indirizzato), ma altrettanto convinti del fatto che la concezione attuale delle psicosi non sia ancora del tutto esaustiva, a integrazione delle esigenze teoriche del modello di Engel, le attenzioni del nostro gruppo si sono soffermate maggiormente sulla componente psicologica dei disturbi psicotici, sia per quanto riguarda la patogenesi che relativamente al percorso assistenziale.

Senza dubbio, è Jung l'autore che per primo si è occupato in modo sistematico dell'aspetto psicologico dei disturbi psicotici. Nel 1908, in uno dei suoi primi lavori sull'argomento, Jung scriveva: *"Possiamo con sicurezza sostenere che nella dementia praecox non esiste alcun sintomo che si possa definire come psicologicamente immotivato e insensato"* (Jung 1908); con questa affermazione l'autore pone una pietra miliare sul tema, intendendo che la sintomatologia psicotica (si tratti di deliri, dispercezioni o aberrazioni comportamentali) racchiude un suo significato psicologico-esistenziale e che quindi bisogna addentrarsi in essi per comprendere tanto la dimensione soggettiva del malessere che i cardini eziopatogenici del disturbo in senso generale. Nelle stesse pagine, facendo riferimento ad un caso clinico, è scritto: *"Quello che la paziente dice non è affatto assurdo ma pieno di significato, così che chi conosce la chiave può capire senza eccessive difficoltà"* (Jung 1908); più avanti, tornando ad affermazioni di ordine generale, aggiunge: *"Abbiamo trovato che in un numero sorprendente di casi la malattia mentale esplose in momenti di grande emozione"* (Jung 1908). Jung quindi, al di là delle componenti biologiche della malattia di cui pure si occupò inizialmente, utilizzando un linguaggio più letterario-prosaico che medico, sottolineò che nel periodo precedente l'esordio psicotico fatti di vita particolarmente significativi avevano destabilizzato l'assetto psichico di molti pazienti o, per dirla con la terminologia di Zubin e Spring, che "stressor" di varia natura erano intervenuti su una struttura psico-biologicamente vulnerabile. Tornando alla prassi terapeutica, più di cento anni fa Jung pone fortemente l'accento sulla necessità da parte del clinico di porsi in maniera

attiva e dialettica nei confronti della sintomatologia psicotica, un atteggiamento assai diverso da coloro i quali oggi, riconosciuto un delirio durante un esame obiettivo psichico, sembrano maggiormente orientati ad una pur necessaria valutazione sintomatologica e diagnostica che a una “comprensione” più profonda e dinamica del disturbo nelle sue valenze psicopatologiche ed esistenziali.

Siamo dunque giunti all’affermazione, sostenuta da uno dei più grandi maestri della psicopatologia, che la sintomatologia psicotica, attraverso espressioni comunicativo-rappresentazionali non ordinarie, ovvero simboliche, possa racchiudere nuclei significativi per il paziente, sia dal punto di vista diagnostico che prognostico-terapeutico. Sull’approccio clinico torneremo più avanti, ritorniamo adesso alla questione fondamentale di questa sezione: cosa avviene psicologicamente nel momento in cui si manifesta la Psicosi? Perché l’apparato psichico smette di funzionare in un modo, ovvero aderendo al piano di realtà, per iniziare a funzionare assecondando un sistema di convinzioni dereistiche per chiunque tranne che per il protagonista della vicenda?

Partiamo da un esempio che nessun clinico avrà difficoltà a riconoscere come possibile: ipotizziamo che un individuo, il quale lamenti atteggiamenti vessatori ai propri danni sul luogo di lavoro, e sviluppando relativamente a tale circostanza una sintomatologia di tipo persecutorio, richieda una consulenza specialistica per alleviare la propria sofferenza oppure a fini legali; ipotizziamo ancora che il clinico, incontrato tale individuo, riconosca nei fatti raccontati dal paziente, che per quanto l’ambiente di lavoro riferito possa essere discutibile, il disagio trae origine “nell’individuo”, relativamente ad una condizione delirante a tematica persecutoria. In sintesi, il “piano di realtà” del paziente lo porta a credere che “persone cattive” starebbero tramando contro di lui, e questo viene assolutamente riconosciuto come un fatto vero dall’Io. In realtà, si tratta di una condizione psicopatologica in cui, secondo una prospettiva psicodinamica, si evidenzia un massiccio uso dell’ “identificazione proiettiva” a scopo difensivo (McWilliams 1999). A seconda di quanto le convinzioni del paziente sopra descritto siano radicate, siamo già all’interno di una condizione psichica psicotico-delirante.

Al di là di ogni etichetta diagnostica, cosa è successo al sistema psichico dell’individuo sopra descritto?

Fermo restando che non è questa la sede per addentrarsi sulle caratteristiche della personalità pre-morbosa, lo stato delle cose al momento dell’osservazione ci suggerisce che la capacità di leggere la realtà, quindi la possibilità di vedere le cose nella maniera più “autentica” possibile, è venuta meno lasciando l’individuo in balia di forze con cui non riesce più a dialogare. A venire meno è sostanzialmente la capacità di fare un confronto veritiero tra realtà interna ed esterna, e questo a causa di un *default* di quell’istanza psichica che funziona da filtro, che più sopra abbiamo definito come “Io”, la quale non riesce più a leggere adeguatamente la situazione perché ha perso la capacità di differenziare tra dentro e fuori ed ha sovrapposto tutto su quella porzione del proprio campo psichico che è rivolta verso l’esterno; in sintesi, utilizzando le parole di Jung, “*Il sintomo dunque non fa che indicare che è presente un grave disturbo della sintesi dell’Io, cioè che sono presenti complessi autonomi prepotenti, che non si inseriscono più nella gerarchia del complesso dell’Io*” (Jung 1907); le parole di un altro autore che si pone in forte continuità con Jung ci aiuteranno a chiarire ancora meglio il concetto: “*Quando la carica energetica di*

contenuti inconsci diventa eccessiva essi prorompono dall'inconscio e vengono proiettati. A quel punto si presentano alla coscienza come immagini che attivano il mondo esterno, e l'Io li sperimenta come contenuti del mondo" (Neumann 1949).

Nel 2014 un noto psichiatra americano, S.M. Silverstein, ha pubblicato un articolo nel quale propone un interessante confronto tra le idee junghiane e alcune recenti scoperte neuroscientifiche sulla patogenesi delle psicosi. All'interno dell'articolo Silverstein si sofferma sul concetto di *Abaissement du niveau mental*, concetto che Jung mutua da Janet (Janet 1903) e che in sintesi rappresenta una condizione psichica in cui l'attivazione dell'Io è più bassa che nelle normali condizioni di vita (una sorta di dormiveglia tipica delle condizioni di ispirazione artistica, condizione assai lontana dallo stato di vigilanza costante tipica dell'uomo contemporaneo); al riguardo Silverstein afferma: "*Jung believed that two important characteristics of schizophrenia resulted from the abaissement: the fragmentation of psychic functioning into multiple, active, independent, complexes (Jung 1939/1960), and, relatedly, 'a physiological and unsystematic disintegration of the psychic elements', a view that is similar to the reduced cognitive coordination and disconnection hypotheses (of schizophrenia) of today, and our understanding of the neurobiological basis of cognitive fragmentation*"¹ (Silverstein 2014).

A questo punto, essendo giunti a un crocevia in cui psicologia, psicopatologia, psichiatria e neuroscienze si sono incontrate, la questione dirimente per poter procedere ulteriormente è divenuta la seguente: qual è, se esiste, il punto di contatto tra la concezione eziopatologico-psicologica sull'insorgenza psicotica di inizio novecento sopra proposta e i contributi neuroscientifici di più recente scoperta? Fermo restando che è prematuro pretendere di giungere ad affermazioni certe sulla questione, e questo allo stato attuale vale anche sui fronti biologico-genetico e sociale, riteniamo tuttavia che la risposta ad una simile domanda possa risiedere nell'attività neuronale a livello corticale e che proprio il cortocircuito di questa sia la maggiore responsabile dell'emersione della sintomatologia psicotica, il che equivale alla rottura del funzionamento dell'Io. La tendenza attuale dell'uomo contemporaneo, sulla scia di una concezione fondamentalmente post-illuminista, è di credere che ciò che conosce, che sa di sapere, equivalga alla pressoché totalità della propria psiche, non rendendosi invece conto che ciò che noi mediamente siamo in grado di acquisire in termini di conoscenza equivale nella maggior parte dei casi appunto alle possibilità di cui dispone l'"Io", il quale Io non è altro che "uno solo" degli elementi costituenti la psiche, e che quella che invece è da considerare come la totalità psiche, o della personalità, sempre secondo la concezione junghiana è invece il "Sé", ovvero la dimensione all'interno della quale passato, presente e futuro, noto ed ignoto, razionale ed irrazionale, si mischiano e si intrecciano dando vita alle maggiori peculiarità dell'esperienza umana, quali l'amore o l'odio, la creatività, la capacità di tollerare le frustrazioni, la possibilità di dare un senso evolutivo alla sofferenza ed altro ancora. Tornando alla questione sull'attività corticale e su come la sua compromissione sia da considerare tra i maggiori responsabili

¹ Tr. it.: Jung credeva che due importanti caratteristiche della Schizofrenia si evidenziassero a partire dal concetto di *Abaissement*: la frammentazione del funzionamento psichico in una molteplicità di complessi attivi ed indipendenti e, correlatamente, 'una fisiologica e non sistematica disintegrazione degli elementi psichici', una visione che è simile sia alle attuali ipotesi sulla riduzione della capacità di concertazione dell'apparato cognitivo e delle disconnessioni nella Schizofrenia che alla nostra concezione sulle basi neurobiologiche della frammentazione cognitiva (traduzione nostra).

dell'insorgenza psicotica, le parole di Perry sembrano particolarmente esplicative: *“Noi viviamo tutto il tempo in due diverse dimensioni di comprensione e, di conseguenza, in due ordini di realtà. La prima è data dalla conoscenza dell'Io... la seconda consiste nel conoscere in profondità... in cui le grandi metafore fondamentali dell'esperienza umana suggeriscono significati e procurano coinvolgimenti emotivi con le cose che non sono ancora del tutto chiare e coscienti. Quest'ultima è una dimensione in cui si cade a capofitto quando si è colti da follia... Come si manifesta questo? A causa di un'attivazione dell'inconscio e di un collasso dell'Io (Perry 1974)”*.

Mettendo insieme tutto quanto detto fin ora, ne risulta che la strada da seguire non può essere dunque quella di un super-potenziamento delle capacità funzionali dell'Io, di un suo “irrobustimento” adattivo, come alcune concezioni terapeutiche attuali cercano di fare; bisogna invece tornare a considerare che l'Io deve operare nel continuo confronto tra ciò che sta fuori e dentro di noi, tra ciò che vediamo e sappiamo di noi stessi e ciò che non riusciamo a vedere, ma che pur ci riguarda, e che in tanti modi – anche attraverso la sintomatologia psicotica – irrompe nella nostra coscienza. Non possiamo continuare a mettere sulle spalle dell'Io tutta la responsabilità del funzionamento psichico senza prepararlo ed educarlo ad uno scopo simile. L'Io è soltanto una istanza psichica con funzioni organizzative e di filtro (Jung 1928), non il depositario dell'interesse dell'individuo. Perché l'Io possa essere messo nelle condizioni di funzionare nella migliore maniera possibile, di esprimere il meglio di sé, come nei momenti migliori dell'evoluzione umana, è necessario ripartire dal riconoscimento che la conoscenza è una pratica che si muove su due fronti opposti e complementari insieme, ovvero quello interno e quello esterno; purtroppo, relativamente alla capacità di riconoscere autenticamente ciò che ci vive dentro, l'individuo contemporaneo negli ultimi decenni ha fatto notevoli passi indietro rispetto al passato. *“Conosci te stesso”* era inciso sulla pietra all'ingresso dell'oracolo di Delfi dedicato ad Apollo, il dio della conoscenza e dell'Illuminazione, un ammonimento insieme esistenziale e psicoanalitico espresso più di duemilaseicento anni fa e che oggi non sembra più alla portata degli interessi dell'uomo contemporaneo.

Concludendo questa sezione, la nostra ipotesi è che la disgregazione del funzionamento dell'Io, tipica della psicosi, può essere interpretata come un default dell'attività neuro-corticale, aspetto più evoluto ma anche più recente e “superficiale” dell'apparato psichico umano. Le nostre ipotesi sono in concordanza con la concezione di Silverstein, nel momento in cui, in una parte dell'articolo sopra citato relativo alle problematiche ambientali che favorirebbero l'insorgenza delle psicosi, citando alcuni studi genetici egli afferma: *“These data indicate that the biological diathesis for schizophrenia may include an exaggerated neuroplasticity in response to environmental stimuli, at least prior to the onset psychotic symptoms (after which plasticity may be reduced, as noted above)”*² (Silverstein 2014)”. Anche le neuroscienze e la genetica di recente avrebbero dunque osservato che l'individuo in cui successivamente si manifesterà la psicosi, in maniera maggiore rispetto alla media della popolazione normale, è soggetto ad una massiccia attività corticale la quale, ad un certo punto, implode determinando il crollo della capacità di relazionarsi adattivamente all'ambiente circostante ed inaugurando un

² Tr. it.: “Questi dati indicano che la predisposizione biologica per la schizofrenia include una esagerata neuroplasticità in risposta agli stimoli ambientali, almeno fino a prima dell'esordio psicotico (oltre il quale la plasticità corticale può ridursi, come osservato altrove)” (Traduzione nostra).

nuovo sistema di significati e di interpretazione della realtà il quale, di fatto, rappresenta in senso fenomenologico la caratteristica più significativa del vissuto psicotico (Rossi Monti-Stanghellini 1999).

Torneremo adesso alla prassi terapeutica che, secondo la nostra esperienza, deve avere come uno dei principali obiettivi quello di aiutare a dare un senso alla sintomatologia psicotica e favorire, nei casi più fortunati, la ri-strutturazione e il ri-funzionamento dell'Io e, in alcuni casi, come cercheremo di dimostrare, la riorganizzazione del Sé.

Metodo

A questo punto, riprendiamo la questione fondamentale di queste pagine, ovvero la prassi terapeutica. Ciò a cui faremo riferimento è solamente un estrapolato di diversi anni di osservazioni e di esperienze cliniche. Nel nostro studio non sono stati inclusi quei pazienti che precedentemente alla manifestazione della sintomatologia psicotica presentassero difettualità cognitive configurabili in un quoziente intellettivo collocato al di sotto del valore di 70 ovvero una condizione di ritardo mentale. Come già detto, il materiale psichico su cui l'intervento proposto maggiormente si concentra è quello solitamente prodotto nella fase acuta di un disturbo schizofrenico o bipolare (in fase maniacale), sia all'esordio che in fase avanzata di malattia.

In sintesi, il cuore del metodo è un intervento psicoterapeutico da affiancare alla terapia psicofarmacologica, senza particolari limiti di frequenza, da concentrare maggiormente durante il periodo di ricovero ospedaliero, quindi, come detto precedentemente, durante la fase acuta o residuale. Da non dimenticare che *l'optimum* sarebbe avere l'opportunità di seguire il paziente all'esordio del disturbo, ma anche casi in cui si è intervenuto durante episodi acuti successivi hanno prodotto risultati apprezzabili. Inoltre, nello studio sono stati inseriti casi in cui pazienti con tendenze alla rottura psicotica hanno intrapreso il trattamento in condizioni di remissione sintomatica; ciò che ha fatto rientrare casi del genere all'interno delle nostre osservazioni è stato l'aver affrontato, nel percorso psicoterapeutico, le tematiche emerse durante i periodi deliranti: di quei periodi, diversamente da ciò che si crede, i pazienti hanno spesso memoria molto nitida nonché, non di rado, un grande desiderio e necessità di confronto e di riflessione.

Secondo la nostra concezione, il delirio può essere concepito come un costrutto narrativo, organizzato intorno a uno o più temi centrali, in cui elementi personali e trans-personali, biografici e mitologemici, si intrecciano e si fondono dando vita a un *Telos* soggettivo. Già Janet agli inizi del novecento aveva osservato che *"Il malato costruisce nella sua immaginazione delle piccole storie molto coerenti e molto logiche; è quando si tratta della realtà che egli non è più capace di fare attenzione né di comprendere"*.

Addentrando ulteriormente sulla prassi, c'è un punto fondamentale da cui partire, e Perry ce lo chiarisce in maniera decisa: *"Il dare 'interpretazioni' non è compito della terapia nell'episodio psicotico. Lo scopo è piuttosto quello di penetrare nel mondo interno dell'individuo-naturalmente se invitati"* (Perry 1974). Perry dunque, come già aveva fatto Jung, parla della necessità di dialogare col paziente acuto in maniera discreta ma interessata, allo scopo di entrare a far parte dell'esperienza psicotica; se queste premesse saranno soddisfatte, difficilmente si rimarrà fuori dalla porta. Un atteggiamento del genere farà sentire il paziente riconosciuto innanzitutto come

individuo e non come “malato”. Lo stesso suggerimento arriva da Perry: *“Quando lo psichiatra ricorre solo ai farmaci e al trattamento per soffocare il non razionale, il ‘paziente’ avverte subito che non è questa l’atmosfera congeniale per aprirsi e stabilire una relazione sicura attraverso la quale rivelare le sue reali preoccupazioni – così egli si chiude”,* e più avanti: *“Il punto cruciale per un paziente è quello di poter raccontare tutto a qualcuno che realmente lo ascolta”.*

Per quanto sia stata già sottolineata la necessità di non avere un atteggiamento “interpretativo”, tuttavia dietro alla prassi terapeutica qui proposta esiste una concezione sull’essere umano che valorizza in modo molto ampio gli aspetti psicodinamici profondi; le nostre osservazioni, consolidate nel corso del tempo e supportate dalla psicologia analitica (Jung 1908-1956, Perry 1974-1976), ci hanno portato a convincerci che nei costrutti deliranti siano espressi due ordini di fattori: da una parte la vicenda personale dell’individuo (spesso la più facile da riconoscere anche nel marasma della condizione acuta) con i suoi conflitti e le sue contraddizioni (problematiche familiari-relazionali, ambivalenze emotivo-affettive, condizioni di vita insostenibili), dall’altra la possibilità di scorgere attraverso il delirio quelle tematiche mitologiche che da sempre, più o meno immutate, accompagnano i momenti di grande significatività tipici dei periodi di passaggio storico-culturali, sia a livello personale che collettivo (Perry 1976); in sintesi, il delirio ripropone quelle tematiche che Jung definiva “archetipiche”.

Le nostre osservazioni ci hanno portato a categorizzare le produzioni presenti nei costrutti deliranti in quattro grandi tematiche:

- a) *Esperienza del centro*
- b) *Ritorno alle origini*
- c) *Conflitto tra gli opposti (Hieros gamos)*
- d) *Morte e resurrezione*

Tale classificazione è una sintesi e una reinterpretazione dei dieci punti proposti da Perry sullo stesso argomento (cfr. Perry 1976).

Proveremo adesso a chiarire qual è il senso psicologico di ciascuna delle quattro tematiche.

L’Esperienza del centro è presente quasi sempre nelle produzioni deliranti dell’esordio psicotico; che si tratti dell’onnipotenza tipica delle condizioni maniacali oppure delle cospirazioni persecutorie di cui si sente vittima il paranoico, nel vissuto psicotico l’individuo è sempre il protagonista di una vicenda di capitale importanza a volte per sé stesso, altre per questioni di respiro più ampio fino a raggiungere le sorti dell’intero universo. Un po’ come la visione antropocentrica inaugurata dal cattolicesimo, l’esperienza del *centro* riporta al centro assoluto della scena la vicenda esistenziale dell’uomo con i suoi tormenti interiori, il cui maggiore elemento costituente è il problema del senso della vita. Di seguito un paio di esempi clinici che possano aiutare a chiarire il concetto: es. 1) *“Ora che ne parliamo mi viene in mente l’immagine di un cerchio. Sentivo addensarsi intorno a me delle forze oscure, negative. Più le avvertivo, più cercavo di rifugiarmi dentro di me, verso il centro, e più andavo verso il centro, più il centro si stringeva intorno a me, come una spirale. Se non avessi preso i farmaci e non avessimo iniziato la terapia penso che mi sarei avvicinato ancora di più al centro e l’esplosione sarebbe stata ancora più forte”.* Es. 2) *“Una notte me ne andai in riva al mare... mi sentivo in pericolo e così intorno a me costruì un cerchio di pietre nella sabbia, lì dentro nessuno avrebbe potuto farmi*

del male, solo stando nel cerchio mi sarei potuta salvare. Ero convinta di essere al centro di una vicenda di grande importanza, e che fosse coinvolta una triade di personaggi, composta da Berlusconi, lady Diana e Madre Teresa di Calcutta, la rappresentazione delle forze del male”.

Procedendo, il tema del *Ritorno alle origini* può essere ben rappresentato da tutti quei contenuti in cui è presente una forte componente *regressivo-infantile*, quali il sentirsi tornati neonati, il desiderio di dormire tra mamma e papà anche se si è adulti, oppure la convinzione stessa di essere il *figlio di Dio*, condizione primigenia dell'uomo in senso religioso. Ne sono rappresentazioni anche le fantasie incestuose e di fusione fisica con la madre: tale tematica, che non va confusa con le interpretazioni edipiche, testimonierebbe il tentativo psicologico di recuperare le origini della propria vita. Secondo Perry, il senso di tale necessità sarebbe da intendere come una drammatizzazione della propria vicenda problematica originaria a scopo *elaborativo*, al fine dunque di superare un momento evolutivo in cui qualcosa di insormontabile si è imposto. Qualche esempio clinico: es. 3) *“In quel periodo avevo sempre in mente la parola ‘utero, utero, utero...’. Avevo davanti spesso l'immagine del cerchio, lo vedevo come un seno. Stavo sempre chiuso nella mia stanza e non volevo uscire. Hanno anche provato a tirarmi fuori con la forza... Un giorno mi affacciai al balcone e cominciai a gridare: datemi latte, datemi latte!...”*; es. 4) *“Quando sono scesa dall'aereo ho sentito un'esplosione di felicità, finalmente ero arrivata nella terra di mia madre. Mi sentivo come la principessa di un castello, Praga sembrava un regno incantato. In quei giorni avevo sempre il desiderio di fare l'amore con il mio fidanzato, anche davanti agli altri...”*.

Siamo giunti al *Conflitto tra gli opposti*, che può essere considerato come il cuore della rappresentazione simbolica della problematica psicotica, ovvero la dialettica operante tra le parti scisse più incisive, le dicotomizzazioni arcaiche tra *bene e male, buono e cattivo, giusto e ingiusto, divino e infernale*. L'esito di questo scontro-confronto, anche se espresso all'interno del delirio, può essere considerato un importante indicatore prognostico: il miglior risultato possibile non può essere la prevaricazione di un elemento sull'altro, neanche se fosse il bene a prevalere sul male, ma il riconoscimento della naturale compresenza degli opposti all'interno della dimensione psichica umana, la *coniunctio oppositorum (Hieros gamos)*. Ancora un esempio: es. 5) *“Ero una mina vagante, correvo, pensavo che mi inseguivano, sono andata in chiesa dicendo di essere il diavolo. Cambiavo subito idea. Pensavo che il mio cervello e quello di mio fratello fossero collegati. Avevo deliri tra il bene e il male... Pensavo di essere mio fratello, pensavo di averlo violentato (aprile 2013)”*.

Infine, il tema della *Morte* è quello maggiormente fonte di preoccupazione nella dimensione assistenziale. Ideazioni suicidarie, a volte associate ad agiti, sono spesso presenti nei pazienti sia all'esordio che in fase avanzata di malattia; se da una parte è doverosa tutta l'attenzione preventiva possibile verso tali questioni, si può comunque rintracciare anche in questa sfera una valenza simbolica del delirio: la ricerca della morte pare subentrare come una necessità imposta dal *profondo*, per esempio attraverso le voci imperative, per porre fine ad una determinata condizione. L'Io, in situazioni del genere, può ancora una volta *letteralizzare* il contenuto del messaggio interno e mettere seriamente a rischio la vita, ma se nel percorso di cura si riescono a rintracciare quelle questioni condizionanti e annichilenti da cui l'individuo si sente oppresso e a cui sente il profondo bisogno di liberarsi, allora anche il tema della *Rinascita* potrebbe acquistare

un suo significato, lasciando sperare per una prognosi favorevole. Su questo punto non sono stati riportati esempi, in quanto l'esperienza di ogni clinico conta a sufficienza circostanze simili. La concezione sul suicidio sopra riportata equivale in sintesi al pensiero di Hillman (Hillman 1965) sullo stesso argomento, così come espresso nel testo *Il suicidio e l'anima*, ovvero l'emersione delle necessità di abbandonare un vecchio modo di essere e di pervenire ad una rigenerata condizione del sé.

Considerata la finalità di queste pagine, sarebbe estremamente dispersivo addentrarci oltre nel senso mitico-esistenziale di cui ognuno dei punti sopra riportati è intriso; al momento possiamo solo affermare che le persone che abbiamo seguito fino ad oggi con questo approccio hanno presentato nella quasi totalità dei casi almeno una o più delle tematiche mitologemiche sopra riportate. Premessa fondamentale è conquistare gradualmente la fiducia del paziente e porsi nei suoi confronti in maniera dialogica e accettante per favorire l'apertura del suo mondo interno e il nostro coinvolgimento in un'esperienza a volte inquietante, ma senza dubbio capace di riportarci all'intensità delle profondità della psiche umana. Purtroppo una delle maggiori difficoltà che la prassi da noi implementata ha incontrato è stata la ristrettezza dei tempi clinico-assistenziali che oramai nella sanità aziendalizzata sono sempre più condizionanti. Il tempo a disposizione e la pazienza sono fondamentali per ottenere il miglior risultato possibile, soprattutto perché il tempo speso oggi potrebbe rappresentare in futuro un guadagno su più ordini di fattori (a questo faremo accenno nelle conclusioni). Perché la dimensione clinica proposta possa realizzarsi, è quindi necessario che si verifichino le seguenti condizioni:

- Una presa in carico il più prossima possibile al periodo di esordio della sintomatologia psicotica.
- Una visione maggiormente umanizzante dei disturbi psicotici.
- Il recupero di una dimensione psichiatrica, psicologica e riabilitativa che sappia valorizzare anche quei saperi umanistici che attraverso la psicosi si manifestano.

Per ogni ulteriore approfondimento sull'argomento si rimanda alle produzioni di Perry.

Conclusioni

Alla luce di quanto fin qui argomentato è evidente che la nostra posizione clinico-scientifica si pone in maniera fortemente critica sia nei confronti di quell'approccio eccessivamente medicalizzante che negli ultimi anni sta caratterizzando la cura delle psicosi sia rispetto all'approccio psicoterapeutico che vede nel riconoscimento della propria condizione di malato psichico uno dei maggiori risultati possibili da ottenere con questo tipo di pazienti. All'inizio degli anni '60 W. Bion, recuperando l'interesse della psicoanalisi ortodossa per la cura della psicosi, affermava che l'analisi con gli schizofrenici doveva produrre come maggiore risultato auspicabile quello del riconoscimento e dell'accettazione della propria "follia" e che in questa presa di coscienza il paziente doveva essere lasciato il più possibile da solo (Bion 1961); questa era, per l'autore britannico, una forma di guarigione dalla schizofrenia. Ci sembra invece ancora particolarmente interessante e attuale quanto Jung scriveva già nel 1908: *"La pratica analitica conosce casi in cui è stato possibile riportare alla vita normale pazienti alla soglia della*

dementia praecox" e ancora, nel 1956, "sono passati circa cinquant'anni da quando, attraverso l'esperienza pratica, mi sono convinto della curabilità e guaribilità di disturbi schizofrenici", queste parole ci sono sempre state da guida in questi anni di lavoro.

Abbiamo dunque cercato di dimostrare che, nel percorso terapeutico, la sintomatologia psicotica necessita di essere tenuta nella massima considerazione perché questo aiuta significativamente il senso della cura che il paziente ne riceve (*integrazione della sintomatologia*). La psicologia analitica junghiana ci ha inoltre dimostrato che nella psicosi ciò che maggiormente viene compromesso è il funzionamento dell'Io o, per dirla con terminologia neuroscientifica, la condizione psicotica determina (ed è determinata da) un *default* dell'attività neuronale, ovvero delle connessioni sinaptiche a livello corticale, il cui ripristino rappresenta la condizione più importante perché si realizzi la remissione sintomatica (*ristrutturazione dell'Io*). Alla luce di quanto espresso, la farmacoterapia e la psicoterapia possono benissimo coesistere in tale unione di intenti, a condizione di non cadere nell'ansia e nella frenesia di ottenere il miglior risultato nel più breve tempo possibile, ma invece sostenendosi reciprocamente per il tempo necessario. Se queste premesse dovessero realizzarsi, come ci è capitato in qualche caso di constatare, il paziente potrebbe venir fuori dall'esperienza psicotica con una maggiore consapevolezza di sé, avendo avuto la possibilità di entrare in contatto con quelle parti di se stesso che non aveva avuto modo fino ad allora di riconoscere come tematiche esistenziali irrisolte proprie, che premevano dalle profondità della psiche per essere ascoltate ed affrontate (*riorganizzazione del Sé*). È ipotizzabile che, nella psicosi, l'involuzione dell'attività neurotrasmettitoriale e neuroconnessionale corticale osservata dagli studi delle neuroscienze riporti il funzionamento psichico a un livello più arcaico (sub-corticale). Tale condizione può rappresentare un substrato a partire dal quale è possibile ricostruire un nuovo sistema di significati. È quindi riconnettendo l'attività dell'Io, collocata a livello corticale, con gli strati più profondi del sistema sub-corticale (il quale si esprime verosimilmente con un codice rappresentazionale più arcaico rispetto a quello utilizzato dall'Io (Silverstein 2014), che potrebbero essere ottenuti in futuro risultati significativi nella cura delle psicosi. L'approccio psicoterapico proposto sembrerebbe favorire questo tipo di attività connettiva, cosa di cui lo stesso Perry era convinto: "L'unico termine che riesco a pensare per questa funzione è quello di 'creare connessioni', e si tratta di una funzione sostenuta dall'individuo e dal terapeuta insieme" (Perry 1974).

Ciò che a oggi siamo in condizione di affermare, considerando che i casi da noi seguiti erano rappresentati sia da esordi psicotici che da ricadute, è che i casi seguiti dall'esordio hanno avuto una bassissima percentuale di ricadute, mentre quelli presi in carico in condizione di disturbo conclamato hanno significativamente ridotto gli episodi acuti e di conseguenza i ricoveri ospedalieri.

In conclusione, è alle parole di Perry che vogliamo affidare il senso del nostro lavoro, le quali hanno rappresentato per noi un punto di riferimento teorico e clinico: "Nello stato psicotico definito schizofrenia acuta l'individuo viene invaso da immagini simboliche che appartengono a una realtà soggettiva. Queste immagini, benché siano del tutto estranee alla realtà oggettiva, hanno un loro senso e non sono soltanto il prodotto casuale di un disturbo. È possibile bloccare questo tipo di ideazione attraverso una terapia farmacologica e in questo caso si può produrre una condizione di apparente normalità. Ma se invece di sopprimerla, si presta la dovuta

attenzione a questa particolare forma di attività mentale, l'individuo che si trova nello stato psicotico ne ha un'esperienza del tutto diversa, che trasforma radicalmente la natura stessa e la fenomenologia della psicosi... se nella situazione psicotica l'individuo si sente spaventosamente isolato, la sua chiusura in se stesso si farà ancora più profonda e crescerà il senso di malattia. Prestando attenzione alle immagini che provengono dalle profondità della psiche, si permette al processo di guarigione naturale di fare il suo corso. E per l'individuo è già un sollievo sapere di trovarsi in uno stato di coscienza alterato ma legittimo e che certi processi che si mettono in moto tendono a una riorganizzazione del Sé" (Perry 1976).

Riassunto

Parole chiave: psicologia analitica, psicoterapia delle psicosi, neuroscienze, delirio, io, sé

La pratica clinica riconosce nel ripristino dell'esame di realtà il massimo obiettivo possibile e/o auspicabile del trattamento delle psicosi. In casi di esordio psicotico un intervento esitato positivamente è rappresentato da quelle circostanze in cui il paziente riesca a recuperare lo *status quo ante* la fase acuta del disturbo; quest'ultima, per intenderci, è quella durante la quale i sintomi più rappresentativi, ovvero deliri ed allucinazioni, si manifestano determinando lo stato dissociativo; se per di più, nel momento del riordino dell'esame di realtà, si riuscisse a ottenere dal paziente una posizione critica rispetto alla fase acuta, quindi un riconoscimento del fatto che quello appena attraversato non è stato altro che un periodo di "alterazione del normale funzionamento neuro-psicologico", di "disturbo psicopatologico", in sintesi di "malattia mentale", allora il più desiderabile obiettivo terapeutico potrebbe ritenersi raggiunto, ed il personale sanitario potrebbe valutare come conclusa quella fase del disturbo, nella speranza che nuovi episodi non si manifestino in futuro e quindi che non si tratti di un caso di disturbo con una spinta processuale. In casi del genere, il che equivale a dire nella quasi totalità delle circostanze, la fase acuta è dunque concepita come una parentesi di malattia su cui si è cercato di intervenire in maniera quasi "chirurgica", alla stessa stregua di un intervento per l'asportazione di un tessuto canceroso. La nostra esperienza ci ha portato invece a credere che, se si presta un particolare ascolto alle produzioni psicotiche in fase di acuzie, il percorso terapeutico ne riceverà un grande beneficio evidenziando che, in sostegno alle consuete forme di cura, l'integrazione di una componente psicoterapica nel trattamento delle psicosi aiuta notevolmente ad alleviare la sofferenza, a dare un senso all'esperienza di malattia e, nei casi più fortunati, a diminuire significativamente le ricadute dissociative.

PSYCHOSIS: INTEGRATION OF THE SYMPTOMATOLOGY, RESTRUCTURING OF THE EGO, REORGANIZATION OF THE SELF

Abstract

Key words: analytical psychology, psychotherapy of psychosis, neurosciences, delusion, ego, self

Clinical practice identifies the reactivation of reality testing as the most achievable and desirable aim in the healthcare-specialised treatment of psychosis. In summary, in the cases of psychotic onset and similar scenarios, a positive intervention is represented by those circumstances in which the patient is able to regain his *status quo ante* the acute phase of the disorder. This phase, just to be clear, is the one throughout which the most representative symptoms, such as delusions and hallucinations, arise determining the dissociative state. In addition, if during the reorganization of reality testing the patient is able to have a

critical position relating to his acute state, and thus, an acknowledgement that what he has gone through was just a period of “alteration of the normal neuropsychological functioning” or a “psychopathological disorder”, synthesisable as the concept of “mental disease”, then the most desirable therapeutic aim can be considered achieved. At that point, the healthcare staff will be able to deem that phase as being over, with the hope that no further episode occurs in the future, which would indicate a non-chronic development. In these circumstances, the acute phase is seen as a brief interval throughout which we have dealt with the disease in a sort of surgical way, as is with the removal of a cancerous tissue.

Our experience, gathered over a ten-year period of clinical practice, has led us to believe that, if we listen and pay attention to the psychotic contents in the acute and non-acute phases, the therapeutic pathway may obtain benefits. This highlights the potential of the integration of a psychotherapeutic component and medical care as a way to alleviate the various forms of suffering, in addition to the usual treatments of psychosis. The integration also gives meaning to the personal experience of disease and, in the more opportune cases, reduces the dissociative relapses significantly.

Bibliografia

- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington D.C. and London, England. Tr. it. *DSM-IV TR Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali*. Masson, Milano 2001.
- Bion W (1967). *Second Thoughts (Select Papers of Psychoanalysis)*, Meinemann, London. Tr. it. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando editore, Roma, 2009.
- Birchwood M, Spencer E (1999). Psicoterapie per la Schizofrenia: una review. In M. May e N. Sartorius (a cura di) (1999). *Schizophrenia*, John Wiley & sons LTD, Baffins Lane Chichester. Tr. it. *Schizofrenia*, pp. 159-222. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2001.
- Boisen AT (1971). *The exploration of the Inner World*. University of Pennsylvania Press.
- Di Forti M, Iyegbe C, Sallis H, Kolliakou A, Falcone MA, Paparelli A, Sirianni M, La Cascia C, Stilo SA, Marques TR, Handley R, Mondelli V, Dazzan P, Pariante C, David AS, Morgan C, Powell J, Murray RM (2012). Confirmation that the AKT1 (rs2494732) Genotype influences the Risk of Psychosis in Cannabis Users. *Biological psychiatry* 72, 811-816.
- Eliade M (1949). *Le Mythe de l'éternel Retour – Archètypes et répétition*, Librairie Gallimard, Paris. Tr. it. *Il mito dell'eterno ritorno*. Edizioni Borla, Roma 2010.
- Freud A (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien. Tr. it. *L'io e i meccanismi di difesa*. Giunti, Firenze 2012.
- Freud S, Jung CG (1906-1913). *The Freud/Jung letters: The correspondence between Sigmund Freud and C.G. Jung*. Edited by William McGuire, Princeton University Press. Tr. it. *Lettere tra Freud e Jung*. Boringhieri, Torino, 1990.
- Freud S (1911). *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)*. Fisher Verlag, Frankfurt am Main. Tr. it. Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber). *Opere*, vol. VI. Boringhieri, Torino 1976.
- Gabbard GO (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Fourth Edition, American Psychiatric Press, Inc. Tr. it. *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano, 2007.
- Grivois H (1999). *Naitre a la Folie*. Institut Synthelabo pour le progrès da la connaissance, Le Plessis-Robinson, France. Tr. it. *Nascere alla Follia, Un approccio agli Esordi Psicotici*. Ed. Ma.Gi. srl, 2002.
- Hillman J (1965). *Suicide and the Soul*, James Hillman, All right reserved. Tr. it. *Il suicidio e l'Anima*, Adelphi, Milano 2010.
- Hillman J (1985). *On Paranoia*, Eranos Jahrbuch, LIV. Tr. it. *La vana fuga dagli dei*, Adelphi, Milano 1991.
- Jung CG (1907-1959). *Psychogenese der Geisteskrankheiten*. Walter Verlag, Olten. Tr. it. *Psicogenesi delle malattie mentali*, *Opere*, vol. III, Boringhieri, Torino 1971.
- Jung CG (1912). *Symbole del Wandlung: Analyse des Vorspiels zu einer Schizophrenie*, Patmos Verlag GmbH

- & Co. KG, Walter Verlag, Dusseldorf. Tr. it. Simboli della trasformazione, *Opere*, vol. V, Boringhieri, Torino 1970.
- Lieberman R (2008). *Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. and Landon U.K. Tr. it. *Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2012.
- McWilliams N (1994). *Psychoanalytic Diagnosis, Understanding personality Structure in the Clinical Process*. The Guilford Press – New York, London. Tr. it. *La diagnosi psicoanalitica*. Astrolabio, Roma 1999.
- Neumann E (1949). *Ursprungsgeschichte des Bewusstseins*, Rascher Verlag, Zurich. Tr. it. *Storia delle origini della coscienza*. Astrolabio, Roma 1978.
- Perry JW (1976). *Roots of Renewal in Myth and Madness*. Jossey-Bass, Inc., Publishers, San Francisco. Tr. it. *Le radici del rinnovamento nel mito e nella malattia mentale*. Liguori Ed., Napoli 1976.
- Perry JW (1974). *The Far Side of Madness*. Prentice Hall Inc. Tr. it. *La dimensione nascosta della follia*. Liguori Ed., Napoli 1980.
- Perry JW (1953). *The Self in psychotic process, its symbolization in schizophrenia*, foreword by C.G. Jung. University of California Press, Berkeley and Los Angeles.
- Rossi Monti M, Stanghellini G (a cura di) (1999). *Psicopatologia della schizofrenia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Silverstein SM (2014). Jung's views on causes and treatments of schizophrenia in light of current trends in cognitive neuroscience and psychotherapy research, I. Aetiology and phenomenology. *Journal of Analytical Psychology* 59, 98-129.
- Silverstein SM (2014). Jung's views on causes and treatments of schizophrenia in light of current trends in cognitive neuroscience and psychotherapy research, II Psychological research and treatment. *Journal of Analytical Psychology* 59, 263-283.

Fulvio Marchese*, Caterina La Cascia**, Alessandro Bruno***, Daniele La Barbera**

*U.O. di Psichiatria – A.O.U.P. P. Giaccone Palermo, psicologo analista CIPA

**Dipartimento di Biomedicina sperimentale e Neuroscienze Cliniche Università degli Studi di Palermo

***Warneford Hospital, Oxford Foundation Trust

Corrispondenza

Fulvio Marchese
fulviomarchese@inwind.it

Daniele La Barbera
daniele.labarbera@unipa.it