

Società Italiana di Analisi Reichiana



*SCUOLA QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE
IN PSICOTERAPIA
2017*

TESI DI SPECIALIZZAZIONE

**Psicosi maniaco-depressiva:
evidenze cliniche e
trattamento analitico-reichiano**

Allievo:

Robert Brumărescu, Ph.D

Relatore:

dott. Genovino Ferri

INDICE

I. Introduzione.	<i>pag.</i> I
Capitolo 1. Psicosi maniaco - depressiva: evidenze psichiatriche	1
1.1 Temperamento e disturbi bipolari: quale legame?	
1.2 Epidemiologia	
1.3 Comorbidità	
1.4 Fattori di rischio	
1.5 Eziopatogenesi	
1.6 Decorso e prognosi della malattia	
1.7 Classificazione diagnostica	
1.7.1 Disturbo bipolare di tipo I (mania)	
1.7.2 Disturbo bipolare di tipo II (ipomania)	
1.7.3 Disturbo ciclotimico	
1.8 Diagnosi differenziale	
1.9 Farmacoterapia per i disturbi bipolari	
1.10 Terapie somatiche per il trattamento dei disturbi bipolari	
Capitolo 2. Parola alla Psicoanalisi	21
2.1 La lezione freudiana	
2.2 L'era della glaciazione: l'Altro dallo sguardo vuoto	
2.3 Sublimazione e integrazione degli oggetti parziali	
2.4 La psicoanalisi nel corpo, il corpo nella psicoanalisi	
2.4.1 Una separazione precoce	
2.5 Direzioni della cura	
2.5.1 Quale psicoterapia per la psicosi maniaco – depressiva?	
2.5.2 Considerazioni su transfert e contro-transfert	
2.5.3 Dal potere dell'interpretazione a una calda risonanza emotiva	
2.5.4 L'analista mindful	
2.5.5 Cosa resta del Nome del Padre?	
Capitolo 3. Morire per rinascere: il caso clinico di Lidia	46
3.1 Anamnesi in ottica analitico-psicodinamica	
3.2 Anamnesi patologica remota	
3.3 Anamnesi patologica prossima	

- 3.4 Anamnesi Socio-economica
- 3.5 Fissazioni prevalenti
- 3.6 Diagnosi dei tratti e passaggi prevalenti
- 3.7 Diagnosi dei livelli corporei periferici, aree centrali e cervelli evolutivi prevalenti
- 3.8 Eziopatogenesi frattalica prevalente
- 3.9 Analisi di scena e Diagnosi Relazionale
- 3.10 Diagnosi clinico-psicopatologica
 - 3.10.1 Diagnosi Funzionale in ottica analitico - reichiana
- 3.11 Diagnosi differenziale
- 3.12 Domande esplicite e implicite
- 3.13 Transfert di Stato, Tratto, Livello corporeo
- 3.14 Contro-transfert di Stato, Tratto, Livello corporeo
- 3.15 Stadio della Relazione analitico – terapeutica
- 3.16 Progetto analitico – corporeo
- 3.17 Validazione della Neghentropia nel tempo
- 3.18 Vegetoterapia Carattero - Analitica della relazione

4. Bibliografia

*Alla mia famiglia e a Susanna,
che sorridono alla mia crescita, emotiva e professionale*

*“Ogni mattina il mio stelo vorrebbe levarsi nel vento soffiato ebrietudine di vite,
ma qualcosa lo tiene a terra, una lunga pesante catena d’angoscia
che non si dissolve. [...] Ecco, sto qui in ginocchio
aspettando che un angelo mi sfiori leggermente con grazia,
e intanto accarezzo i miei piedi pallidi con le dita vogliose di amore”*
Alda Merini, 1951 - 1997

I. Introduzione

Cosa accomuna Virginia Wolf, Ernest Hemingway, Herman Hesse, Paulo Coelho e Alda Merini? Facile direte. Sono emeriti scrittori. Se alla lista addizioniamo leader politici come Churchill, pittori come Van Gogh o Gauguin e brillanti compositori come Schumann? Penserete, hanno scritto la storia. Non basta. Celebrità accomunate da un dono: trasformare il dolore, la sofferenza, la pazzia, in creatività, poesia. Tutti hanno lottato contro i sentori di una malattia invisibile, la melancolia. L’etimologia del termine malinconia o *melancolia* deriva dal greco e significa letteralmente *bile nera*. Con Ippocrate il carattere dell’uomo è determinato dalla combinazione di quattro umori: bile nera, bile gialla, flegma e sangue. Pertanto, nel linguaggio familiare, la melancolia assume le sembianze di uno stato d’animo, un misto di tristezza, inquietudine, malumore, insofferenza, uggia. Nella letteratura scientifica la melancolia, identificata con il termine *psicosi maniaco-depressiva*, indica uno stato patologico, simile alla depressione. Secondo stime dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza di questa malattia mentale tocca il 4% della popolazione adulta ma, può raggiungere il 6,5% se includiamo le forme minori e atipiche (*Angst, 1995*). I *disturbi affettivi bipolari*, classicamente denominati *psicosi maniaco-depressiva*, sono ritenuti una patologia grave e cronica che si manifesta con un’alternanza di periodi depressivi a fasi maniacali. Stando ai dati scientifici, i disturbi bipolari costituiscono una fonte rilevante di morbilità e mortalità, compromettendo significativamente la qualità di vita non solo di chi ne viene colpito ma, anche dei familiari. Considerevole anche l’impatto economico della malattia: ricoveri ospedalieri, risorse mediche, perdita di produttività, investono l’intera società (*Goetzel et al. 2003*). La malattia bipolare colpisce il sistema limbico, quello endocrino, nonché alcuni neurotrasmettitori (dopamina, serotonina, noradrenalina, acetilcolina). Tra i sintomi medici più comuni si annoverano: stanchezza, affaticamento, perdita dell’appetito e insonnia, irrequietezza motoria. Frequenti i deliri, le allucinazioni, gli episodi di aggressività, così come le idee suicidarie e l’ipersessualità.

Scopo di questa tesi è analizzare a trecentosessanta gradi la psicosi maniaco - depressiva sia nella letteratura psichiatrica che in quella psicoanalitica. Il lettore si accorge ben presto che molti degli approcci esistenzialisti o delle correnti psico - educazionali a tinte cognitive sono state volontariamente tralasciate. Non di certo per la loro validità scientifica ma, poco conformi all'interesse scientifico e agli obiettivi insiti in questo elaborato.

Il primo capitolo prende vita con un breve excursus storico nella psichiatria classica. Emil Kraepelin introduce – con il Trattato del 1899 - il concetto di psicosi maniaco – depressiva, confluito nella categoria diagnostica del DSM – 5 nei disturbi bipolari. Segue poi l'esplorazione del concetto di temperamento, carattere e personalità, sottolineando i legami con i disturbi dell'umore. In Koukopoulos (2006) rinveniamo una stretta correlazione tra temperamento e ciclicità maniaco - depressiva. Si narrano le statistiche epidemiologiche, i tassi di comorbidità, i fattori di rischio, nonché l'eziopatogenesi delle patologie dell'umore. Un dato su tutti: la prognosi della malattia si complica all'aumentare dell'età del paziente, specie superati i quaranta anni. Viene presentata una panoramica sulle classificazioni diagnostiche internazionali, esplorando la particolarità delle singole manifestazioni oltre-soglia. Le evidenze cliniche eleggono il litio come terapia d'élite nella stabilizzazione del tono umorale. Un crescente numero di studi supporta l'utilizzo della *light therapy* e della deprivazione del sonno nel trattamento della depressione bipolare. Pazienti esposti a crono-terapia - in aggiunta alla farmacoterapia – sperimentano una significativa riduzione dei sintomi depressivi entro quarantotto ore (Benedetti e Colombo 2012). La ridotta mole di pubblicazioni non compromette le speranze che la terapia elettroconvulsiva (tecnica di comprovata efficacia nella depressione unipolare), possa stabilizzare anche le manifestazioni bipolari.

Nel secondo capitolo la scena muta. Sul palcoscenico vengono convocati emeriti psicoanalisti: nella mania Karl Abraham rintraccia una regressione allo stadio sadico - anale, mentre Alfred Adler rinuncia a svelare i meccanismi psicopatologici insiti nella malattia, considerando piuttosto l'uomo nella sua totalità. I movimenti *transferali*, tesi a controllare l'oggetto del desiderio, specchiano la sofferenza, la disperazione del melancolico. “*L'apparente ipergenitalità del maniacale – scrive Otto Fenichel - poggia su una base orale e mira all'incorporazione di tutto [...]. Il paziente ha fame di nuovi oggetti ma, sembra se ne liberi anche molto rapidamente, li abbandona senza alcun rimorso*” (Fenichel, 1945, p. 115). Intuizione acuta, specie se consideriamo le abbuffate sessuali o le orgie alimentari, tipiche del soggetto maniacale. All'appello non può mancare il padre della Psicoanalisi, Sigmund Freud, ripreso ripetutamente nelle teorie lacaniane. In questa visione il gesto della *defenestrazione* appare l'espressione più pura del suicidio melancolico, un rifiuto assoluto

della vita (*Recalcati, 2016*). Nella tesi kleiniana la mania si configura come negazione della posizione depressiva, mentre con Reich il corpo trova collocazione sulla scena psicoanalitica. Il modello *neghentropico - sistemico* (*Ferri, Cimini, 2012*) autorizza la dislocazione della psicopatologia sulla freccia del tempo evolutivo. Nel taglio analitico reichiano l'endogenicità dell'oltre-soglia maniaco – depressivo risale a un *blocco intrauterino rimosso con copertura coatto-fallico-isterica*. “Una vulnerabilità temporale ai passaggi, sia di fase che di campo in un Sé a buona densità energetico – relazionale” (*Ferri, Cimini, 2012*). Una sorta di *svezzamento uterino precoce*, da intendersi come se i circuiti emozionali del Sé non fossero del tutto maturi, non in grado d'incontrare il tempo della separazione/approdo, scandito dalla nascita/parto. Emergono con chiarezza le direzioni della cura: il sentire corporeo precede *l'insight*. La *Vegetoterapia analitico – corporea* (*Embodiment Therapy*) contraddistingue il setting reichiano. La memoria implicita, legata a tempi intrauterini, viene risvegliata tramite specifici movimenti espressivi, denominati *acting* o *simulazioni incarnate* (*Ferri, 2017*). L'esplorazione dei lapsus, l'interpretazione di sogni e metafore completano il quadro. Compito dell'analista – così come lo stesso Kohut suggerisce – è realizzare un contesto relazionale empatico, emotivamente stabile, in cui il Sé del terapeuta accolga e ripari la ferita narcisistica del malato. Il potere dell'interpretazione simbolica sul contenuto inconscio del paziente lascia spazio a una *calda risonanza emotiva* (*Mitchell, 1995*). Nell'analista mindful, empatia e sintonizzazione vengono amplificati dall'attenzione fluttuante (*Bion, 1970*), mentre la *Psicoanalisi* - così come concepita da Freud - basata sulla nozione d'inconscio, transfert, pulsione, trauma, viene messa in discussione dalle moderne neuroscienze. Il secondo capitolo si chiude con un interrogativo: “Cosa resta del *Nome del Padre*, che rimane della scienza dell'inconscio?”

Con il capitolo terzo si entra nel vivo della clinica. Viene esposto il caso di una paziente di quarantacinque anni, affetta da psicosi maniaco – depressiva che intraprende un trattamento psicoterapeutico a orientamento analitico reichiano in setting ospedaliero. La dettagliata narrazione del caso, strutturata secondo il modello *neghentropico – sistemico* (*Ferri, 2017*), rivela i *segni incisi* (carattere) della protagonista, il *come* dei passaggi evolutivi, la coloritura delle relazioni oggettuali primarie, nonché il sapere intagliato nel corpo. Completano il quadro, un articolato progetto analitico – terapeutico e la *Vegetoterapia carattere - analitica della relazione* (*Ferri, 2017*).

Capitolo 1. Psicosi maniaco - depressiva: evidenze psichiatriche

Emil Kraepelin, pioniere della psichiatria, introduce – con il *Trattato di psichiatria (1899)* - il concetto di *psicosi maniaco - depressiva*, sindrome che, nella sua varietà, comprendeva la mania semplice, la melanconia, la follia periodica e alcune forme di demenza. Per la prima volta viene descritto - in maniera dettagliata - il decorso della malattia e, delimitati chiaramente i confini rispetto alla schizofrenia. Oltre all'evoluzione nosografica, una delle principali scoperte in merito alla psicosi maniaco - depressiva, risale al 1949, data in cui il ricercatore John Cade scopre le proprietà tranquillanti dei sali di litio e, successivamente, la psichiatra Mogens Schou dimostra la loro azione antimaniacale.

Nell'episodio maniacale, così come nella depressione, la sintomatologia risulta caratterizzata da:

- 1) un cambiamento d'umore (eccitazione);
- 2) un disturbo dei processi del pensiero, caratterizzato da fuga delle idee e contenuto gioioso;
- 3) un incremento della motilità.

Stabilire il *déchaînement* dell'episodio maniacale risulta tutt'altro che banale. Esternamente si osserva una persona vivace, allegra, logorroica. Il malato appare estroverso, attivo, predilige l'arte oratoria e le attività. Allo scatenamento maniacale l'allegra esuberanza risulta sproporzionata alle circostanze ambientali, talvolta inappropriata. Il tono dell'umore ben presto vacilla. Non mi riferisco all'alternarsi dei periodi depressivi ma, al fatto che l'euforia può mutare facilmente in irritazione, persino in collera e rabbia, specialmente quando il paziente vede che l'ambiente non risponde al suo entusiasmo o stenta a condividere le sue idee. I pensieri espressi conservano un'apparente legame. L'eloquio risulta accelerato, mentre la capacità di concentrazione diminuisce. Il linguaggio appare circostanziale e colmo di dettagli, non diretto a uno scopo o alla dimostrazione logica di un argomento. Nell'incessante logorrea emergono con preponderanza tipici giochi di parole. La tendenza alle associazioni conduce a ripetute unioni fonetiche di cui il malato si serve per compiere scherzi o giochi di parole. Qualunque idea, pur marginale, viene espressa. Ogni stimolo colpisce e distrae il maniaco. Siamo di fronte alla cosiddetta "*fuga delle idee*". La vacuità verbale ha uno scopo ben definito: mantenere un livello superficiale e brioso di euforia, sfuggendo a richiami depressivi. La mancanza d'inibizione del pensiero potrebbe facilitare – in alcuni casi - una certa tendenza artistica che, fatica a raggiungere risultati concreti per l'assenza di concentrazione. Alcuni studi presenti in letteratura mostrano come nel linguaggio del maniacale vi si riscontri un mutamento quantitativo nell'utilizzo di alcuni elementi del discorso:

- un aumento relativo dell'uso di pronomi e verbi;
- una diminuzione relativa nell'uso degli aggettivi e delle preposizioni

Il contenuto del pensiero rivela una elevata opinione di sé. Il paziente può vantarsi di essere molto ricco, un grande amatore, un attore famoso, un'ingente uomo d'affari. Negli episodi maniacali l'attività motoria subisce un notevole incremento: parlano, cantano, ballano, distruggono, spostano oggetti. Nonostante l'irrefrenabile attività i pazienti non avvertano la stanchezza: si evidenzia così una drastica riduzione di riposo e sonno notturno. Il malato tende alla perdita di peso dovuta alla diminuzione dell'appetito (non così grave come nella depressione). La pressione del sangue generalmente diminuisce, mentre le mestruazioni diventano irregolari. Le funzioni sessuali, sebbene appaiano aumentate negli stati ipomaniacali, in realtà, sono alterate.

Per svariati anni la psichiatria classica ha suddiviso la depressione in varie forme: alcune inglobate nelle patologie ansiose altre, come le manifestazioni maniacali, assimilate alla schizofrenia. Nella prima trattazione completa sulla psicosi maniaco – depressiva (*Trattato di psichiatria, 1899*) viene descritta l'alternanza ciclica degli episodi affettivi e degli “*stati misti*” (sovrapposizione di stati euforici e depressivi), che includono la *mania ansioso - depressiva*. Nella concezione kraepeliniana i disturbi dell'umore appartengono a un continuum in cui la depressione e la mania “pura” rappresentano gli estremi di uno spettro definito da tre dimensioni psicopatologiche: affettività, pensiero e volizione - psicomotricità. Il concetto di *stato misto*, introdotto da Kraepelin (1899), si riferisce a disturbi caratterizzati dalla coesistenza di aspetti contro - polari:

- stati maniacali con blocco psicomotorio (stupore maniacale);
- stati misti depressivi con eccitamento (eccitamento con depressione).

Kraepelin (1899) descrive sei forme di stato misto (con infinite miscele maniaco-depressive):

- 1- mania con furore;
- 2- eccitazione con depressione;
- 3- mania improduttiva o povera d'idee;
- 4- stupore maniaco;
- 5- depressione con fuga delle idee;
- 6- arresto maniaco.

Agli stati misti (co-presenza sincronica di manifestazioni depressive e maniacali) Kraepelin affianca i “*quadri misti*” - co-presenza di sintomi di opposta polarità, dovuta al loro rapido alternarsi - (minuti o qualche ora). In soggetti con familiarità per i *disturbi bipolari*, i quadri misti si manifestano nel decorso di una fase maniacale o depressiva oppure come episodi autonomi. Per comprendere meglio i disturbi bipolari (che sostituiscono il quadro della psicosi maniaco – depressiva) risulta funzionale, riferirsi al concetto di *temperamento*. Diverse ricerche mettono in luce come i *temperamenti affettivi* possano essere considerati validi marker biologici per identificare la vulnerabilità ai disturbi dell'umore. Il temperamento, considerato come “*la*

disposizione affettiva fondamentale e caratteristica di ogni persona, il tono emotivo di fondo” (Maina, 2003), racchiude in sé gli elementi ereditari e costituzionali, rappresentando la matrice biologica che contraddistingue l’individuo. Il temperamento possiede una matrice genetica che si manifesta sin dai primi anni di vita, la cui espressione è condizionata dai fattori ambientali e, può mutare soprattutto in epoca giovanile (Placidi, 1998). Al concetto di temperamento si aggiunge il *carattere*, definito come l’insieme dei tratti lungo la freccia del tempo - dal concepimento all’uscita edipica - (Ferri, 2017), volti a delineare la *personalità* (risultato dell’interazione tra fattori costituzionali e acquisiti). Torniamo al concetto di temperamento: esso regola la spinta all’iniziativa, caratterizza le risposte individuali e favorisce l’adozione di modelli comportamentali adeguati alle richieste ambientali, determinando stili differenti di reazione agli stimoli e livelli di reattività, slancio vitale nonché le strutturazioni cognitive.

1.1 Temperamento e disturbi bipolari: quale legame?

La disregolazione temperamentale costituisce il fondamento patologico dei disturbi affettivi e, una sua alterazione, riflette un’accentuata predisposizione a sviluppare un disturbo dell’umore. Akiskal (2003) postula un “continuum” psicopatologico tra temperamento e disturbi affettivi: da un lato le manifestazioni affettive sotto - soglia, le presentazioni sub-cliniche e i temperamenti, dall’altro le forme affettive più severe, come il disturbo bipolare I (DBI), la depressione maggiore e la depressione minore, il disturbo bipolare di tipo II e, altre patologie della sfera affettiva - non ancora riconosciuti ufficialmente - come il disturbo bipolare di tipo III e IV o la depressione agitata. In tempi recenti, Akiskal (2001) aggiunge ai temperamenti classici (depressivo, ipertimico, irritabile e ciclotimico) anche l’ansioso. Dati alla mano, i soggetti ciclotimici riportano disturbi di tipo ansioso, ansia di separazione, disregolazione della condotta alimentare (specie nelle donne) e, comportamenti impulsivi, aggressivi o antisociali nei ragazzi. Koukopoulos (2006) mostra una stretta correlazione tra temperamento e ciclicità della manifestazione del disturbo bipolare, così come tra temperamento e sequenza del ciclo maniaco-depressivo. In questi pazienti la sequenza del ciclo è rappresentata da: depressione – ipomania - intervallo. Nei pazienti bipolari di tipo II emerge un andamento temporale circolare e continuo. La base temperamentale prevalente risulta ipertimica o ciclotimica, mentre nei pazienti bipolari di tipo I, in cui prevale il ciclo mania – depressione - intervallo, si evidenzia un temperamento ipertimico, ricco di energia e iperattività ma, con maggiore stabilità dell’umore durante i periodi liberi. Indubbiamente, la complessità maggiore nella diagnosi di disturbo bipolare è collegata alle difficoltà nel riconoscere le fasi espansive attenuate. L’identificazione dell’ipomania risulta un punto nevralgico nella definizione dello spettro bipolare II, frequentemente sottostimata a causa di una raccolta anamnestica superficiale.

1.2 Epidemiologia

La prevalenza del disturbo bipolare nella popolazione generale è del 2% circa e, raggiunge il 6% se considerati anche i sottotipi di bipolarità. Approssimamene la metà dei soggetti con BP-I e BPS presenta un esordio prima dei 25 anni, mentre quelli con BP-II riportano un'età d'insorgenza leggermente più tardiva. L'età media di manifestazione del BP-I risulta 18,4 anni, del BP-II 20 anni, del BPS di 21,9.

1.3 Comorbidità

Il disturbo bipolare è tra le malattie psichiatriche con più alto tasso di comorbidità con altri disturbi mentali, specie con le patologie ansiose. Kraepelin (1921), parla di “*mania ansiosa*” e di “*depressione eccitata*”, caratterizzate da grande irrequietezza e, identifica l'ansia come una delle componenti di questa malattia. Tuttavia, attualmente, l'ansia non viene considerata un sintomo del disturbo bipolare, bensì una condizione di “comorbidità”. In ogni caso, la presenza di disturbi d'ansia complica il quadro clinico del disturbo bipolare, aggravandone la prognosi e condizionando il trattamento. Le forme “pure” – alternanza di quadri depressivi e maniacali – risultano rare: il disturbo bipolare si manifesta in associazione all'uso di sostanze, disturbi di personalità, discontrollo del comportamento alimentare, disregolazione del controllo degli impulsi.

I quadri ansiosi associati alle manifestazioni bipolari sono il disturbo ossessivo-compulsivo – DOC –, il disturbo di panico e la fobia sociale. Manifestazioni sintomatologiche, quali le reazioni ansiose, sono considerati epifenomeni del disturbo bipolare stesso e, pertanto, non dovrebbero essere diagnosticate e trattate a parte. Considerati gli alti tassi di comorbidità tra disturbo di panico e disturbo bipolare, molti Autori ipotizzano una diatesi genetica comune: considerato come entrambe le patologie siano caratterizzate da improvvise fluttuazioni dello stato affettivo, si suppone che il tratto genetico, o forse il singolo gene, responsabile di tale fenotipo, sia coinvolto nel metabolismo delle catecolamine (MacKinnon, 1998). Inoltre, un recente studio (D'Ambrosio, 2010) che esamina la correlazione tra temperamenti affettivi e disturbo ossessivo – compulsivo, mostra come il 19,2% dei pazienti con diagnosi di DOC presenti un *temperamento ciclotimico* dominante, considerato in letteratura una manifestazione premorbosa di bipolarità (*soft bipolar spectrum*). Allo stesso modo la presenza di disturbi d'ansia può influenzare l'abuso di sostanze e, incrementare il rischio di suicidio. Il disturbo bipolare è tra le patologie psichiatriche a più elevato rischio suicidiario: dati alla mano si stima che l'8-15% dei pazienti bipolari decedano in seguito a un tentativo di suicidio.

1.4 Fattori di rischio

- *Familiarità*: uno dei maggiori fattori di rischio legati ai disturbi affettivi è da imputare alla familiarità. Attualmente, non emergono con certezza le modalità attraverso cui avviene la trasmissione genetica, tuttavia, il DSM – 5 sottolinea come i familiari dei soggetti affetti da disturbo dell'umore abbiano un rischio di ammalarsi dieci volte superiore rispetto alla popolazione generale. Molto spesso all'interno della stessa famiglia coesistono forme unipolari con bipolarità.

- *Genere*: studi epidemiologici riferiscono come il sesso maschile tenda a manifestare sintomi associati al disturbo bipolare I, mentre le donne riportano una prevalenza maggiore del DP-II (Cvetković-Bosnjak, 1998; Hendrick et al., 2000). Il genere femminile è correlato a maggiori sintomi depressivi e alti tassi di comorbidità rispetto a quello maschile e, le donne affette dal disturbo, manifestano un rischio elevato di ricadute oltre-soglia nel peri-partum e durante la menopausa (Miller et al., 2014). Nell'uomo sono più frequenti gli episodi maniacali e la comorbidità con disturbi correlati a sostanze e patologie della condotta (Miguel et al., 2011; Nivoli et al., 2011). Le ricerche mostrano come le donne tendano a presentare una maggiore predisposizione allo sviluppo del disturbo bipolare, in quanto soggette ad alterazioni ormonali che si manifestano durante le fasi premenstruale e post partum (livelli MAO). Inoltre il genere femminile risulta maggiormente esposto a disfunzioni tiroidee, associate sia quadri depressivi che maniacali.

- *Età*: la depressione maggiore compare più frequentemente tra i 20 e i 50 anni (età media intorno ai 40 anni), con un picco nel 10% dei casi dopo i 60 anni. Nelle ultime generazioni è stato riscontrato un abbassamento dell'età d'insorgenza (< 20 anni), da imputare all'abuso di sostanze stupefacenti. I disturbi bipolari esordiscono più frequentemente tra i 15 e i 50 anni (età media intorno ai 30 anni). La ciclotimia e la distimia compaiono più precocemente degli altri disturbi: in infanzia e adolescenza o, nella primissima età adulta (15 - 30 anni).

- *Stato civile*: i disturbi bipolari si riscontrano più frequentemente tra i celibi, i nubili e i separati. Le cause potrebbero essere l'età così giovane d'insorgenza, oppure l'influenza negativa che la sintomatologia esercita sul rapporto di coppia o, al contrario il forte stress che la separazione dal partner causa nei soggetti predisposti.

- *Classe sociale*: i soggetti con disturbi dell'umore appartengono più frequentemente ai ceti più elevati. Sono più frequenti nei Paesi ad alto reddito rispetto a quelli meno sviluppati (1,4 versus 0,7%). Secondo alcuni Autori l'ascesa sociale sarebbe favorita da periodi ipomaniacali, protratti ma lievi, o da tratti temperamentali ipertimici che, aumentano le capacità lavorative. Secondo altri

sarebbe proprio lo stress sopportato per conquistare e mantenere condizioni più agiate a scatenare i disturbi dell'umore.

1.5 Eziopatogenesi

- *La componente genetica*

La componente ereditaria del disturbo bipolare risulta innegabile: la concordanza tra gemelli omozigoti varia dal 40 al 70%, con una ereditarietà che tocca punte del 90% (*Craddock e Sklar, 2013*). Numerosi studi sottolineano come il rischio di ammalarsi per un familiare di 1° grado di un paziente con depressione maggiore è del 2-10% e, del 8-18% per il disturbo bipolare (*Cassano, 2006*). L'imputato maggiore nel disturbo bipolare lo riveste il temperamento, componente ereditaria, già presente fin dalla primissima infanzia. Questo colora il tono di fondo dell'umore, i livelli di energia e l'intensità con cui si esprimono emozioni e sentimenti. Passo decisivo nello studio della componente genetica del disturbo bipolare si è realizzato con le ricerche sul *genome-wide (GWAS)*. Queste analisi permettono di riscontrare una sovrapposizione tra i disturbi dell'umore e altre patologie psichiatriche, specie la schizofrenia e la depressione maggiore. In disaccordo con i tradizionali schemi diagnostici, un recente GWAS suggerisce come il disturbo bipolare sia geneticamente più vicino alla schizofrenia (*Lee et al., 2013*). Altresì determinanti risultano le modificazioni *epigenetiche* che riflettono un'alterazione dell'espressione genica influenzata dagli eventi di vita che, potrebbero avere un ruolo significativo nelle diverse fasi del disturbo bipolare (*Vieira et al., 2011*).

- *La componente ambientale*

E' stato il padre della psichiatria, Kraepelin, a notare come il primo episodio maniacale o depressivo fosse spesso correlato a un evento esterno stressante, con un decorso indipendente dall'ambiente. Nei soggetti geneticamente predisposti, lo stress è ritenuto il fattore fondamentale nell'emergere della patologia. Perdite reali come lutto, separazioni, privazioni simboliche (cambiamenti di città, lavoro, abitazione), eventi aspecifici (incidenti, disastri naturali), così come accadimenti positivi (nascita di un figlio, promozione lavorativa, vincita di denaro) sono considerati fattori di scatenamento della patologia.

- *La componente neurochimica*

Gli studi pionieristici degli anni sessanta sostengono l'ipotesi *monoaminica* (*Burney e coll., 1965; Wong e coll., 2004*): la sua riduzione influenzerebbe la patologia depressiva, mentre nella mania si verificherebbe un aumento della concentrazione di 5-HT e NA a livello dei valli sinaptici del SNC. Anche la *dopamina* (DA) svolgerebbe un ruolo importante nei disturbi dell'umore: si ipotizza una

riduzione dell'attività dei recettori D1 nella depressione - ovvero i ricettori post-sinaptici – e, un aumento della trasmissione dopaminergica nella via mesolimbica, nella fase maniacale (*D'Aquila e coll., 1994*).

- *La componente neurofisiologica*

Nell'ultimo decennio, l'evoluzione delle tecniche di *neuroimaging*, permette di correlare i disturbi dell'umore ad alterazioni morfologiche e funzionali del sistema nervoso centrale (SNC). Si evidenzia come nel 26% dei soggetti – specie di sesso maschile - con disturbo bipolare I o con depressione psicotica, la TC e la RMN mostrano un aumento del rapporto ventricoli/encefalo, in aggiunta a una riduzione volumetrica del verme cerebellare. A loro volta, le tecniche PET evidenziano una riduzione del flusso ematico cerebrale, soprattutto nelle aree frontali, specie nei pazienti depressi.

- *La componente neurobiologica*

Dal punto di vista neurobiologico pare evidente che il disturbo bipolare sia associato a una disregolazione delle interazioni *glio-neuronali* e, ad anomalie negli elementi gliali piuttosto che nei neuroni (*Vostrikov et al., 2007*). Nello specifico, la *microglia* (principale difesa immunitaria del sistema nervoso centrale), risulta iperattiva nel disturbo bipolare (*Rajkowska et al., 2001*). Vari studi pongono poi l'accento sui processi infiammatori che, aumentano a livello periferico, sia in fase depressiva che maniacale, con un recupero almeno parziale in eutimia (*Munkholm et al., 2013*). Tali dati sono in linea anche con le variazioni dell'*asse ipotalamo – ipofisi - surrene* (HPA). Si è visto come il *sistema neuroendocrino* giochi un ruolo fondamentale nella regolazione dell'umore. Alcune di queste alterazioni possono essere attribuite a una *disfunzione serotoninergica* a livello del sistema nervoso centrale. In sintesi, i maggiori assi neuroendocrini interessati nei disturbi dell'umore sono l'adrenergico, il tiroideo e quello dell'ormone dell'accrescimento. Studi di neuroimaging – con risonanza magnetica nucleare (RMN) – mostrano come i pazienti con disturbo bipolare presentano *ipofisi* di volume significativamente ridotto rispetto ai controlli sani, mentre questa stessa differenza non si rileva nella depressione unipolare. Il ridotto volume ipofisario riflette caratteristiche disfunzioni dell'asse HPA. L'asse HPA risulta iperattivo nei disturbi dell'umore e, in particolare, il CRH gioca un ruolo fondamentale nella risposta allo stress, caratteristica delle manifestazioni depressive e maniacali.

1.6 Decorso e prognosi della malattia

L'evoluzione della sintomatologia maniaco-depressiva può - non di rado - sfociare nella schizofrenia, persino a distanza di molti anni dal ricovero. I criteri prognostici, basati solamente sulla sintomatologia manifesta, non consentono di effettuare una visione futuristica delle condizioni del malato, né tanto meno possono indicarci il grado della sua autonomia di vita. Si potrebbe dire che la prognosi è quasi sempre buona se riguarda l'episodio singolo ma, resta del tutto incerta per le ricadute. Tendenzialmente, a livello statistico, la prognosi si complica all'aumentare dell'età del malato, specie superati i 40 anni. Dopo tale range il 79% dei pazienti riporta un secondo attacco, il 63,5% un terzo e il 45% una quarta ricaduta. Va da sé che tanto più sono frequenti gli attacchi, tanto nefasta sarà la prognosi.

1.7 Classificazione diagnostica

La classificazione proposta dall'International Classification of Diseases (ICD - 10) della psicosi maniaco - depressiva o sindrome affettiva bipolare, tende a non coincidere con la suddivisione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM - 5). Per l'ICD - 10 si tratta di una sindrome caratterizzata da due o più episodi in cui il tono dell'umore del soggetto e i suoi livelli d'attività sono significativamente disturbati, con esaltazione del tono dell'umore e incremento dell'energia e dell'attività (*ipomania-mania*) e, in altre un abbassamento del tono dell'umore e una riduzione dell'energia e dell'attività (*depressione*). Ripetuti episodi ipomaniacali o maniacali possono essere classificati come bipolari. Gli episodi sono delimitati dal passaggio a un episodio di polarità opposta o di tipo misto, o da una remissione (fase di eutimia).

Il DSM - 5 propone una classificazione differente: per una diagnosi di *Disturbo bipolare tipo I* occorre uno o più episodi maniacali e, più episodi depressivi. Da escludere i disturbi dell'umore indotti da sostanze o dovuti a condizione medica generale. Per il *Disturbo bipolare tipo II* occorre uno o più episodi depressivi maggiori e, almeno un episodio ipomaniacale. Necessaria l'assenza di un episodio maniacale. Il DSM-5 non riconosce più l'episodio misto in se stesso, ma ha mantenuto la definizione di presenza di sintomi concomitanti (depressivi e maniacali): ad esempio episodio maniacale con sintomi misti o episodio depressivo con sintomi misti. In merito alla diagnosi, le linee guida internazionali (APA 2017) consigliano l'utilizzo d'interviste semi-strutturate (come la *SCID, First et al., 1996*) per minimizzare il rischio di sottodiagnosi del disturbo bipolare.

1.7.1 Disturbo bipolare di tipo I (Mania)

La caratteristica essenziale del disturbo bipolare di tipo I è un decorso clinico caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi maniacali o episodi misti; spesso i soggetti presentano anche uno o più episodi depressivi maggiori (*Pompili, 2016*). Un episodio maniacale può essere definito come un periodo in cui l'umore del soggetto è caratterizzato da espansione ed eccitazione, associato o meno a irritabilità, della durata di almeno 1 settimana (o di qualsiasi durata nei casi in cui è necessaria l'ospedalizzazione), in cui il paziente manifesta:

- autostima ipertrofica o grandiosità;
- diminuito bisogno di sonno (per es., si sente riposato dopo solo 3 ore di sonno);
- maggiore loquacità del solito, oppure spinta continua a parlare;
- fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente;
- distraibilità (cioè uno stato in cui l'attenzione è troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti);
- aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale);
- agitazione psicomotoria;
- eccessivo coinvolgimento in attività ludiche che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (per es., eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti in affari avventati) (*Pompili, 2016*).

A questi episodi possono alternarsi manifestazioni depressive in cui due dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti per un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento:

- umore depresso per la maggior parte del giorno;
- marcata diminuzione d'interesse o piacere per le attività;
- significativa perdita o aumento di peso;
- agitazione o rallentamento psicomotorio
- affaticabilità o mancanza di energia;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati;
- ridotta capacità di pensare o di concentrarsi
- ricorrente ideazione suicidaria con o senza un piano specifico (*Pompili, 2016*).

1.7.2 Disturbo bipolare di tipo II (Ipomania)

Il disturbo bipolare di tipo II è caratterizzato da un decorso clinico in cui sono riconoscibili uno o più episodi depressivi maggiori, accompagnati da almeno un episodio ipomaniacale. La compromissione del paziente può derivare dalla gravità dei singoli episodi depressivi maggiori o da un andamento cronico con manifestazioni imprevedibili di alterazione dell'umore e da un funzionamento interpersonale e lavorativo fluttuante. I criteri per definire un episodio ipomaniacale sono essenzialmente sovrapponibili a quelli che definiscono un episodio maniacale, ma se ne differenziano presentando una gravità minore: si parla infatti di un periodo definito di umore persistentemente elevato, espansivo o irritabile, che dura ininterrottamente per almeno 4 giorni, e che è chiaramente diverso dall'umore non depresso abituale. Gli individui con disturbo bipolare II possono considerare gli episodi ipomaniacali come non patologici, sebbene le altre persone possano essere turbate dal comportamento imprevedibile dell'individuo (*Pompili, 2016*).

1.7.3 Disturbo ciclotimico

Il disturbo ciclotimico è caratterizzato essenzialmente da un'alterazione dell'umore cronica, fluttuante, con periodi caratterizzati da sintomi ipomaniacali e numerosi sintomi depressivi. Le manifestazioni ipomaniacali sono insufficienti come numero, gravità, pervasività o durata per soddisfare pienamente i criteri indicativi di un episodio ipomaniacale, e i sintomi depressivi risultano insufficienti per agevolare i criteri indicativi di un episodio depressivo maggiore (*Pompili, 2016*).

1.8 Diagnosi differenziale

I sintomi che caratterizzano il disturbo bipolare sono spesso sovrapponibile ad altre patologie, per questo si rende necessaria un'attenzione particolare verso la diagnosi differenziale.

→ *Unipolare – Bipolare*: nel disturbo unipolare si tratta di episodi depressivi maggiori in mancanza di manifestazioni maniacali o ipomaniacali).

→ *Disturbo Schizoaffettivo*: deliri e allucinazioni incongrui all'umore non giustificano la diagnosi di sindrome schizoaffettiva, così come il verificarsi di un occasionale episodio schizoaffettivo non invalida la diagnosi life-time di sindrome bipolare.

→ *Disturbo di personalità Borderline*: chi soffre di questa patologia di personalità sperimenta emozioni e stati d'animo intensi che possono mutare rapidamente. Manifesta marcate difficoltà a calmarsi, specie se preda di emozioni.

→ *Epilessia psicomotoria*: l'eccitazione epilettica è impulsiva ma priva di euforia. Inoltre l'elettroencefalogramma condurrà facilmente alla diagnosi differenziale.

→ *Deliri tossici (o stati confusionali)*: la ricchezza delle allucinazioni sconnesse e la povertà delle percezioni esterne (o della reattività all'ambiente) condurranno a riconoscere il delirio.

→ *Eccitazione catatonica*: precede o segue lo stato catatonico. Le azioni sono meno finalistiche, più assurde e prive di ogni senso di colpa, l'umore risulta maggiormente incongruo e inappropriato così come si registra un aumento dell'ostilità diretta nei confronti dell'esterno.

Allo stesso tempo è importante verificare negli episodi maniacali o ipomaniacali la presenza di abuso di alcool, uso di sostanze o farmaci, patologie neurologiche (ad esempio sclerosi multipla) o altri disturbi fisici che possono contribuire all'insorgenza del disturbo affettivo o complicarne il trattamento. Infine, è necessario accertarsi di eventuali *comorbidità* con altri disturbi psichiatrici quali ansia, discontrollo del comportamento alimentare, patologie della personalità).

Fattori predisponenti statici legati al rischio suicidario (Pompili, 2016):

- recente lutto o divorzio
- disturbo dell'umore nel post partum (≤ 12 mesi dal parto)
- adolescenza/giovane età adulta o età anziana (> 70 anni)
- giovane età di esordio del disturbo bipolare (< 21 anni)
- giovane età al primo episodio depressivo maggiore (< 18 anni)
- una familiarità per suicidio (soprattutto nei parenti di primo grado)
- precedenti atti autolesivi
- isolamento sociale
- disoccupazione
- alcune professioni (dentisti, anestesisti, psichiatri)
- storia di abusi sessuali e/o maltrattamenti fisici nell'infanzia
- decorso a cicli rapidi

Fattori predisponenti dinamici legati al rischio suicidario (Pompili, 2016):

- gravità dell'episodio di malattia (presenza di sintomi psicotici)
- senso di disperazione
- Accesso a mezzi potenzialmente lesivi (es. armi)
- Comorbidità in Asse I (disturbi d'ansia o alimentari, abuso di sostanze, DPTS, dolore cronico)

- Tratti di personalità quali impulsività, bassa tolleranza alla frustrazione e gravi difficoltà nel creare relazioni affettive
- Pensieri persistenti di colpa, inadeguatezza, autosvalutazione
- Grave agitazione psicomotoria
- Diagnosi di disturbo bipolare II

1.9 Farmacoterapia per i disturbi bipolari

In termini generali, i medicinali maggiormente utilizzati sono il litio, gli anticonvulsivanti e gli antipsicotici atipici, perché dotati di azione stabilizzante per il tono dell'umore. Nel caso di episodi di depressione maggiore, anche gli antidepressivi possono giocare un ruolo importante ma, sempre accompagnati dagli stabilizzanti dell'umore, per evitare viraggi verso la fase eccitativa e per ridurre gli elementi eccitativi nell'ambito della depressione. Gli antidepressivi, tuttavia, non si adattano in maniera ottimale alla disforia di questi pazienti e, se non ben dosati, possono aumentare il rischio di recidive e di suicidio. Fra tutti i farmaci in commercio, il *litio* è quello che più si adatta alla gestione dei pazienti affetti da disturbo bipolare. Introdotto nel 1949, il litio ha rivoluzionato la terapia dei disturbi dell'umore. I risultati evidenziano come i pazienti in terapia con litio aderiscono meglio alla cura rispetto ai malati trattati con stabilizzanti dell'umore, antipsicotici, antidepressivi o benzodiazepine. Il litio ha anche dimostrato di essere il principale agente anti-suicidario (*Pompili, 2016*).

1.10 Terapie somatiche per il trattamento dei disturbi bipolari

→ *Light therapy e Deprivazione di sonno*

Un crescente numero di studi supporta l'utilizzo d'interventi cronoterapeutici quali la *light therapy* e la deprivazione di sonno per il trattamento della depressione bipolare (*Benedetti e Colombo 2012*). I pazienti che vengono sottoposti a cronoterapia in aggiunta alla terapia farmacologica possono sperimentare una significativa riduzione dei sintomi depressivi entro 48 ore. E' generalmente raccomandato impostare in terapia un agente antimaniacale prima dell'inizio delle deprivazione del sonno, poiché tale tecnica non è scevra dal rischio di switch maniacale (*Grunze et al., 2010*).

→ *Terapia elettroconvulsiva (ECT)*

La terapia elettroconvulsiva è una tecnica di comprovata efficacia nella depressione unipolare (*Uk ECT Review group 2003*). Non ci sono attualmente studi clinici rigorosamente controllati sull'ECT nelle forme depressive bipolari, tuttavia continuano a crescere le esperienze cliniche che suggeriscono come ECT sia efficace e sicura



nella depressione bipolare. Alcuni dati preliminari a supporto della sua efficacia nella depressione bipolare derivano da studi di confronto con antidepressivi triciclici e inibitori delle MAO, in cui la terapia elettroconvulsiva evidenzia una maggiore efficacia rispetto agli antidepressivi, sebbene non in tutti gli studi sia emersa una significatività statistica (*Loo et al., 2012*).

→ *Stimolazione elettrica del nervo vago*

Nell'uomo la stimolazione del nervo vago (VNS) cervicale sinistro viene effettuata per mezzo di un generatore bipolare d'impulsi che trasmette segnali attraverso un cavo elettrico a un elettrodo che avvolge il nervo vago a livello del collo. Ad oggi la VNS è stata principalmente utilizzata in pazienti con epilessia resistente, aprendo la via a ricerche su malati affetti da depressione resistente. I risultati risultano incoraggianti, con un miglioramento del tono dell'umore che si è mantenuto anche al follow-up a lungo termine (*Rush et al, 2000; Sackeim et al, 2001*). Sembra che la VNS aumenti la neurotrasmissione noradrenergica e serotoninergica centrale.

Capitolo 2. Parola alla Psicoanalisi

Contrariamente a quanto si possa pensare non fu Freud, bensì il suo allievo *Abraham*, a introdurre, nel 1912, la psicosi maniaco-depressiva nel campo della psicoanalisi. Abraham ebbe l'originale idea di paragonare la depressione melanconica al dolore. Mentre l'individuo "normale" o, per meglio dire, che non sfocia *nell'oltre-soglia* in seguito a un lutto, si interessa alla persona perduta, il malato depresso è tormentato da sensi di colpa. L'ostilità inconscia provata nei confronti dell'oggetto perduto viene rivolta contro di sé. L'Autore coglie un legame esclusivo, così come una somiglianza strutturale tra quella che definisce psicosi depressiva e la *nevrosi ossessiva*, in cui l'odio e l'amore interferiscono costantemente l'uno con l'altro, non permettendo alla libido di svilupparsi adeguatamente. Abraham suppone una regressione allo stadio ambivalente pregenitale della relazione oggettuale, cioè un ritorno a uno *stadio sadico-anale*. Il sadismo presente nella relazione ambivalente viene diretto contro l'oggetto d'amore incorporato. Il lavoro di Abraham sulla psicosi maniaco-depressiva è pionieristico, arrivando a postulare i fattori eziopatologici del disturbo:

- 1) un'iper-accettazione costituzionale ed ereditaria dell'erotismo orale;
- 2) una fissazione speciale della libido al livello orale;
- 3) una grave lesione al narcisismo infantile, determinata da delusioni affettive;
- 4) il verificarsi di questa delusione prima della risoluzione del complesso di Edipo;
- 5) il ripetersi della delusione primaria nella vita.

Nella tesi abrahmiana sulla psicosi depressiva il conflitto nucleare si situa nell'atteggiamento della libido in cui predomina l'odio. Quest'ultimo, ritenuto inaccettabile, viene rimosso e proiettato all'esterno, facendo sì che il depresso immagini di essere odiato dagli altri, convinzione questa sostenuta dal processo di razionalizzazione. In seguito alla rimozione del sadismo anale sorgono vissuti depressivi, angoscia tendenze masochistiche. Nella mania – sostiene Abraham – si evidenzia un ritorno del rimosso avvenuto durante la fase depressiva, che si manifesta nel momento in cui la rimozione non è più capace di resistere agli assalti degli istinti rimossi. Mentre nel lavoro del 1911 l'Autore interpreta la depressione come funzione della fissazione anale, nei contributi del 1916 e del 1924, riesaminando l'intera teoria, inserisce nello schema la fase sadico-orale, evidenziando un'ostilità propria della depressione, a tratti "cannibalesca". A più riprese Karl Abraham torna sui punti in comune tra nevrotico ossessivo e maniaco-depresso tuttavia, mentre nel primo prevalgono tendenze conservative, quali trattenere e dominare l'oggetto, nel maniaco-depresso, in cui gli impulsi sadico-anali sono accentuati, mira ad annientare, espellere l'oggetto d'amore. Per questo nel malato melanconico è prepotente l'ambivalenza d'amore: qualunque minima mancanza da parte dell'oggetto del desiderio provoca una violentissima ondata di odio, sotto cui soccombono i sentimenti amorevoli, fin troppo labili. Abraham suppone come all'interno della fase orale sia

possibile distinguere due momenti: il primo caratterizzato prevalentemente dall'attività del succhiare, definita pre-ambivalente, libero da conflitti; nel secondo, in cui prevale invece l'atto del mordere, è quello al quale regredisce la libido del melanconico, una volta avvenuta la perdita dell'oggetto e rappresenta l'inizio del conflitto di ambivalenza. In questo stadio prevalgono impulsi cannibaleschi e l'oggetto viene incorporato e quindi annientato.

Contrariamente a Karl Abraham, *Adler*, psichiatra e psicoanalista ebreo, noto per l'elaborazione della *teoria dell'inferiorità d'organo*, rinuncia a svelare i meccanismi psicopatologici della psicosi maniaco-depressiva, considerando piuttosto l'uomo nella sua totalità. In *Conoscenza dell'uomo* (1925) descrive due tratti della personalità (temperamento) depressiva, considerati predisposizionali allo sviluppo di un episodio melancolico: “*Essa – la melanconia – scrive Adler - si manifesterà quando l'esistenza dell'individuo incontrerà ostacoli di particolare difficoltà che richiedono decise assunzioni di responsabilità*” (Adler, 1925). E' una posizione piuttosto attuale, in linea con i clinici e i sostenitori dell'interazione tra i disturbi di asse I e quelli di asse II (tratti di personalità) nella risposta ai trattamenti. Pessimismo e tristezza: questi per Adler, i presupposti in ogni tipo di depressione. “*Sono soggetti che, - scrive Adler - pensano che le forze ostili, le avversità, trascurino gli altri per occuparsi esclusivamente di loro [...] è una fissazione persecutoria che potrebbe essere confusa con la modestia. Chi è triste si pone essenzialmente come accusatore: alla sua massima intensità la tristezza comporta sempre un certo grado di ostilità e un impulso di distruzione verso l'ambiente*” (1925). Per Adler, il depresso è essenzialmente affetto da un senso d'inferiorità, radicato nell'inconscio: “*[...] ciò che caratterizza il disturbo depressivo è la particolare modalità di reagire e di lottare con questo sentimento d'inferiorità, con il deficit: lotta fatta di ripiegamenti dolorosi e astensionistici con finalità accusatorie e punitive*” (1925). Interiorizzando le richieste opprimenti di adulti significativi, iperesigenti, scoraggianti o emotivamente assenti, il bambino finirà per perdere la fiducia nel mondo, percependolo come ostile e distaccato. Si rivela di notevole spessore l'intuizione adleriana della coloritura aggressiva nella melancolia, evidenziata dalla presenza d'impulsi omicidi e di sfumature di tratti paranoidi nell'atteggiamento del malato. Intuiamo facilmente queste sfumature nel *contro-transfert*, percependo il melancolico come aggressivo, ostile. I processi intrapsichici del malato lavorano per una compensazione del *Sé Ideale*: per questo il melancolico desidera essere il figlio prediletto, il più ammirato, il più forte perché più amato. Ma quando si evidenziano le coloriture aggressive, ostili, rivendicatrici del malato depresso? Proprio nella fase di esaltazione, di mania. Il melancolico ha fame di vendetta: la sua rabbia consegue al fallimento dei tentativi per raggiungere traguardi troppo ambiziosi - che dovrebbero compensare il grave deficit di autostima – da cui è afflitto. Nei movimenti *transferali e contro-transferali* si percepisce che la tristezza e la disperazione del malinconico sono tesi a

controllare l'altro, assicurandosi così il suo amore. In realtà finisce ben presto per accusarlo d'impotenza, incapacità, con risultati contrari ai suoi intenti inconsci. Il tema della *mananza, del debito*, emerge con forza nel malato melanconico, specie se privato dalle difese fobiche e ossessive.

Contrariamente a Karl Abraham, *Otto Fenichel*, psichiatra e psicoanalista austriaco, propone una prospettiva differente nell'ambito della comprensione delle dinamiche depressive: nella sua tesi, elemento centrale non è considerato tanto la perdita dell'oggetto amato bensì la privazione dell'autostima connessa al lutto. In *"Depressione e mania"* arriva a definire molti degli atteggiamenti depressivi "condensazioni di ingraziamento e aggressività" (*Fenichel, 1945, p. 90*), tipiche delle persone con una spiccata dipendenza e un tratto narcisistico. L'Autore nota come nella melanconia l'intera personalità del paziente sia invasa dalla coscienza morale, dal Super-Io, essendo l'Io completamente assoggettato all'ideale introiettato. Questo propone una valida spiegazione della profondità della regressione narcisistica, di gran lunga più consistente nelle depressioni psicotiche. L'eziopatogenesi analitica viene fatta risalire allo stadio dell'erotismo orale, mentre tra le lesioni del narcisismo infantile propone le esperienze di abbandono, solitudine, frustrazioni. Riprendendo il discorso sulla mania, Fenichel vi situa la rivincita narcisistica sull'oggetto andato perduto. Mentre nelle fasi di depressione, risalta l'ostilità dell'ambivalenza verso l'oggetto, nella mania si affaccia l'aspetto opposto, l'estremo amore verso se stessi. Colpisce un'evidenza clinica riscontrata dallo psicoanalista: *"L'apparente ipergenitalità del maniaco – scrive Fenichel - poggia su una base orale e mira all'incorporazione di tutti [...]. Il paziente ha fame di nuovi oggetti ma, sembra se ne liberi anche molto rapidamente e li abbandona senza alcun rimorso"* (*Fenichel, 1945, p. 115*). È un'intuizione acuta se consideriamo le abbuffate sessuali o le orgie bulimiche, tipiche del soggetto maniaco.

In *"Notes on Childhood Depression"* (1965), *Joseph Sandler*, psicoanalista inglese, considera lo stato depressivo, manifestazione basilare della reazione affettiva psico-biologica che, similmente all'angoscia, può divenire anormale quando si presenta in circostanze inappropriate, persiste per una durata eccessiva e quando il bambino è incapace di realizzare un adattamento adeguato al suo livello di sviluppo. L'aspetto essenziale della reazione depressiva consiste nella sensazione di perdita, nella deprivazione di uno stato ideale, o nell'incapacità di ottenere qualcosa ritenuto vitale all'integrità narcisistica.

Poco dopo, nel 1971, *Edith Jacobson*, psicoanalista statunitense, accostandosi allo studio delle depressioni da una prospettiva analitica dell'Io - sfociata poi nella psicoanalisi del Sé - si avvale di concetti quali "sentimenti di stabilità, di depressione e di euforia" che non considera stati

fondamentali dell'Io bensì “stati caratteristici di un equilibrio narcisistico normale o disturbato” (Jacobson, 1971, p. 207). Alla base di tutti gli stati depressivi vi sarebbe un conflitto fondamentale, narcisistico, scaturito dalla percezione della discrepanza tra l'immagine auspicata del Sé e, l'immagine fallimentare del Sé che provoca una caduta dell'autostima. È importante considerare questo Autore in quanto dedica molto impegno alla comprensione delle depressioni ciclotimiche. “La mancata o insufficiente separazione tra le rappresentazioni del Sé e le rappresentazioni degli oggetti, fa sì che il ciclotimico, fissato agli oggetti infantili, valuti se stesso e gli oggetti in base a criteri di valore arcaici che oscillano tra i poli assoluti della onnipotenza e della nulli-potenza” (Fornari, 1959, p. 215). L'Autore, inoltre, sottolinea la debolezza dell'Io di tali individui riscontrabile nell'intolleranza e nella bassa capacità di contenere le frustrazione, alla delusione, all'offesa. Uno dei meccanismi difensivi cardini messi in atto dal melanconico sarebbe il diniego. Un'iper-accenuazione dell'immagine narcisistica, associata al disinvestimento libidico verso l'oggetto d'amore provoca un concentrarsi di carica aggressiva sull'oggetto la quale, non può venir tollerata ed integrata, finendo per capovolgere la situazione e, ripristinando le condizioni iniziali, attraverso il meccanismo del diniego. Il quadro si chiude nel momento in cui l'aggressività diretta all'oggetto d'amore viene retroflessa ed indirizzata all'immagine di Sé.

La categoria psicopatologica della melanconia non è rintracciabile negli attuali manuali di patologia. Difatti, la melanconia sembra abbia fatto la stessa fine dell'*isteria*, inserita tra i disturbi dissociativi e quelli somatomorfi. Attualmente, specie nel DSM – 5 la melanconia è associata alla categoria diagnostica della *depressione maggiore*. Un limite di questa suddivisione è rappresentato dal fatto che non esiste una vera e propria distinzione tra depressione nevrotica, reattiva e, la figura clinica della *depressione psicotica*, per l'appunto la melanconia. Riprendendo la clinica psicoanalitica e, seguendo il pensiero di Freud nonché gli sviluppi apportati da Lacan, possiamo definire la melanconia come il “*trionfo dell'oggetto*”. Ma, se desideriamo accostarci alla figura della melanconia da una prospettiva analitica, è indispensabile far riferimento alla lezione freudiana.

2.1 La lezione freudiana

Lutto e melanconia (Freud, 1917) rappresenta il testo chiave per comprendere la clinica della melanconia. La tesi principe di Freud risulta sintetizzabile: nonostante una perdita, il melanconico rimane attaccato, ostinatamente, all'oggetto perduto a cui è legato, narcisisticamente, un investimento libidico del soggetto. Il melanconico resta così imprigionato, impantanato, nell'oggetto perduto, reale o simbolico che sia, senza svincolare la libido e investirla nuovamente su un altro oggetto. La libido, spiega Freud, ricade così sull'Io, portando all'identificazione con l'oggetto o la persona perduta. L'ombra dell'oggetto cadde così sull'Io (Freud, 1917). La carica

narcisistica riposta sull'oggetto dissipato segna nel melanconico un senso di svuotamento, una rottura con il mondo esterno e interno. Perdere l'oggetto significa dunque dissipare anche una parte di Sé. A questo punto potremmo chiederci cosa c'entri tutto questo con la mania? Ebbene, per Freud, la perdita, reale o simbolica che sia, può subire tre processi:

- il lavoro di lutto;
- il lavoro melanconico;
- la reazione maniacale.

Partiamo proprio da quest'ultima. La mania è concepita da Freud come una difesa patologica rispetto alla perdita subita. Questa tesi sembra essere in linea con le teorizzazioni di Melanie Klein, la quale, riscontra un processo di *negazionismo* nella reazione maniacale, il contrario opposto rispetto alla melanconia. Così, il maniaco, ostinatamente, nega la realtà, rigettando continuamente tramite l'euforia e l'eccitazione, la perdita traumatica subita. L'oggetto perduto è compulsivamente sostituito, ricercato, per negare il lutto. Shopping compulsivo, abbuffate di cibo o alcool, vere e proprie orgie sessuali, comportamenti facilmente riscontrabili negli stati di eccitazione ed euforia, assumo così un significato: la sostituzione dell'oggetto venuto a mancare. La simbolizzazione della perdita non avviene. La scelta del maniaco è su base narcisistica, si configura come l'anti-lavoro per eccellenza al processo di lutto. Rispetto alla mania, la melanconia si colloca agli opposti. La perdita trafigge il melanconico che non la rigetta, anzi, rimane schiacciato dall'ombra dell'oggetto perduto, profondamente ferito e addolorato. Se la mania è un anti-lavoro, per Freud, la melanconia è un lavoro di lutto. Qui vediamo il paradosso in Freud. Privo di vita, sfinito, ripiegato su se stesso, il melanconico svolge un lavoro, un processo sul lutto, lavoro che presto si rivela impossibile, in quanto il melanconico è alla ricerca di preservare internamente l'oggetto perduto. L'oggetto è trattenuto, la libido rimane ancorata lì, non è reinvestita su un altro oggetto. Il lavoro del lutto del melanconico sfocia in un triste esito: il soggetto, nel tentativo – delirante – di trovare un senso, un segno dell'oggetto perduto, ne resta imprigionato. Ecco pertanto il trionfo dell'oggetto sull'Io. Il lavoro sul lutto tenta di simbolizzare la perdita, sganciando la libido dall'oggetto e reinvestendolo nel mondo esterno. Per questo è possibile affermare che mania e melanconia siano due facce della stessa medaglia: entrambe le figure cliniche si oppongono al processo di simbolizzazione, sabotando così il lavoro del lutto. È possibile rintracciare nella melanconia un fenomeno elementare, comune, quello della *colpa*. Il sentimento di colpa, medesimo vissuto riscontrabile nella nevrosi ossessiva, risulta qui invadere il soggetto in senso assoluto. Non troviamo nella depressione psicotica un senso di colpa, classico nella nevrosi, bensì un vero e proprio sentimento d'iniquità che affligge in soggetto, nella sua esistenza. Il senso d'indegnità, del sentirmi niente, è un chiaro segnale dell'impotenza immaginaria, di un'insufficienza fallica. Ma, ciò che caratterizza e distingue la

depressione maggiore dall'area nevrotica, risiede nella certezza di essere una nullità. Nella clinica nevrotica il fallo può essere così riconquistato, nella melanconia questo non avviene. Vigè un postulato inamovibile e irreversibile d'indegnità (*Recalcati, 2016*). L'esistenza perde di senso, nulla ha più valore, un'ombra nera avvolge la realtà del soggetto melanconico. Questo distingue le due categorie cliniche della nevrosi e della psicosi, la certezza, il delirio, la non reversibilità. Giunti a questo punto è più facile comprendere la distinzione tra depressione nevrotica e quella psicotica. Nella prima, è il mondo a svuotarsi, nella seconda categoria clinica, è l'Io stesso che si svuota in quanto l'ombra dell'oggetto cade su di esso. L'Io – nella depressione psicotica – è sostituito dall'oggetto perso, non simbolizzato. Il mondo, di rimbalzo, si svuota di senso, frana sotto i piedi del melanconico, fissato com'è della libido riposta sull'oggetto perduto. Riprendendo una lezione fondamentale, ciò che non è simbolizzato adeguatamente – spiega Lacan – riappare nella realtà percettiva del soggetto sotto forma di allucinazioni e deliri. Questa la distinzione principe tra depressione nevrotica e psicotica (depressione maggiore). Il lavoro sul lutto, per una piena simbolizzazione e un'introyezione soggettiva della perdita, necessita di tempo adeguato (rinnegato nella reazione maniacale), esige il dolore psichico (in cui la libido si ritira dal mondo) e della memoria, per ripercorrere le tracce della persona che si è allontanata. Il lavoro sul lutto può dirsi concluso – afferma Freud – nel momento in cui la libido è sganciata dall'oggetto e nuovamente investita su altri oggetti della realtà esterna. Interessante da sottolineare come molti dei fenomeni di somatizzazione, specie se a seguito del lutto, siano tutt'altro che rari. Molti disturbi di natura corporea, ipocondriaci, che non trovano riscontro su base organica sono spesso considerabili equivalenti depressivi, vere e proprie cicatrici sul corpo del lavoro di lutto (*Grinberg, 1990*), detriti, oggetti bizzarri - direbbe Bion - resti di un lavoro di simbolizzazione che non può essere mai del tutto risolutivo.

2.2 L'era della glaciazione: l'Altro dallo sguardo vuoto

Chiamiamo sulla scena dei padri della psicoanalisi Lacan, in quanto portatore di una chiave di lettura interessante ai fini della comprensione dell'eziopatogenesi analitica della clinica della melanconia e, pertanto, della posizione maniacale. Per lo psicoanalista francese, quella del melanconico è un attaccamento estremo alla figura materna che, il soggetto non è in grado di mollare – per intraprendere il processo di simbolizzazione e soggettivazione - a causa di un padre o, una figura edipica, carente. L'adesione, l'iper-investimento libidico sul materno, comune non solo alla melanconia e alla psicosi ma, presente anche nelle tossicomanie, nell'anoressia, nelle somatizzazioni, simbolizzano proprio una fissazione pulsionale, una stagnazione libidica sulla figura materna. Non è affatto casuale che prima Freud, poi Lacan, accostino la figura clinica della melanconia all'anoressia. Dice Freud: “Perdita dell'appetito [...] per l'anoressica, quindi perdita

della libido. Così – prosegue Freud – non sarebbe inopportuno partire dall’idea che la melanconia consista nel lutto per la perdita della libido” (*Freud, 1895*). Anoressia e melanconia, due facce della stessa medaglia, almeno nella lezione freudiana. Entrambe accomunate da un rifiuto ostinato per la vita. Il suicidio anoressico nel rifiuto del cibo non sarebbe altro che il rifiuto della vita, così presente e manifesto anche nella melanconia, tramite acting out, agiti violentissimi, distruttivi, lesivi per la vita del soggetto, spesso, purtroppo, fatali. Proprio per tali motivi l’atto suicidario resta uno degli indici diagnostici più significativi della melanconia. Lacan rintraccia nel *gesto della defenestrazione* l’espressione più pura del suicidio melanconico, come rifiuto assoluto del mondo, della vita. Defenestrarsi significa letteralmente, saltare fuori, abbandonare la realtà, il mondo. Catapultarsi fuori dalla scena del mondo – scrive Recalcati – questo accade per il melanconico che, raramente sceglie la pistola, le lamette o i farmaci, bensì si lascia cade nel vuoto. Per Lacan dunque anoressia e melanconia sono esiti di fissazioni orali che si oppongono all’azione simbolica e soggettivante dello svezzamento (*Recalcati, 2016*). E’ interessante notare come per Lacan, la figura del paterno sia un vero e proprio perno, un crocevia per l’entrata del soggetto nel processo di simbolizzazione e soggettivazione. Con questo riscontriamo un’esaltazione del Padre da parte di Lacan, posizione agli opposti rispetto a quella di W. Reich, il quale, proprio nella figura paterna rintraccia l’essenza del totalitarismo. Il non simbolizzato materno, torna così nella vita reale del melanconico sotto forma di fenomeni elementari quali allucinazioni e deliri. Ma, a differenza della schizofrenia, in cui l’allucinazione frammenta il corpo, nella melanconia e nei suoi sviluppo maniacali, è la percezione delirante, ipocondriaca del corpo che, a differenza del nevrotico, ben simbolizzato dal malato immaginario di Molière, non si limita al timore per una malattia, bensì il delirio prende corpo, si fa corpo, portando a sensazioni e vissuti reali di decomposizione. Nelle trame di vita dei melanconici emerge con prepotenza il tema della morte, contattata da vicino a più riprese, spesso dovuta a lutti familiari, incidenti, traumi, perdite, aborti. Il narcisismo sembra qui fallire, non riuscire – nei melanconici – sopperire, sovrastare all’angoscia verso la morte. Allo stesso modo, dalle storie cliniche dei melanconici si evince – spesso – una figura materna fredda, distante, inamovibile, un Altro da Sé che non permette la trasmissione della vita, del desiderio. Non a caso Freud, in *Sintesi delle nevrosi di traslazione*, del 1905, associa l’Altro del melanconico all’era della glaciazione. Ma, tornando all’identità narcisistica che, nel melanconico fatica ad affacciarsi, osserviamo come l’Io del depresso non abbia mai incontrato lo sguardo dell’Altro, non abbia mai incontrato il tempo della soggettivazione, della simbolizzazione che, Lacan, nel *Seminario VIII* fa risalire allo stadio dello specchio. Quale sguardo, con quali occhi può il melanconico considerare il mondo, se non con gli occhi privi di calore, privi di vita, glaciali, dell’Altro che lo ha guardato ma, non visto, non riconosciuto? E’ per questo che nella clinica della melanconia, così come suggerito dallo stesso Lacan, il difetto principe risiede nella costituzione

dell'Ideale dell'Io che, prende vita solo dal desiderio e dalla linfa vitale dello sguardo dell'Altro da Sé. Risulta importante riprendere la tesi di Recalcati e, osservare come, specie nelle anoressie melanconiche, in cui deliri e allucinazioni prendono il sopravvento, l'Io Ideale del corpo magro - anoressico, in uno sforzo compensativo, si imponga sull'Ideale dell'Io, per l'appunto difettoso, disorganizzato. Asserzione semplice ma allo stesso tempo efficace che, nella clinica della melanconica si riscontra costantemente: lo sguardo materno non ha supportato l'aspetto narcisistico insito dell'Ideale dell'Io. Siamo di fronte allo sguardo vuoto, severo, onnipotente dell'Altro glaciale, del Super'Io che risucchia, ingurgita l'immagine narcisistica dell'Io melanconico. Per questo diversi autori psicoanalisti ma non solo, associano di frequente lo sguardo, gli occhi del melanconico a quelli della psicosi. Così come precedentemente proposto nella sezione dedicata alla clinica psichiatrica, ora, nella lettura analitica, è bene articolare una proposta di diagnosi differenziale tra la melanconia e la depressione nevrotica. Partiamo proprio da quest'ultima dove, il soggetto depresso si trova in una condizione di perdita, reale o simbolica essa sia, in cui l'identità fallico-narcisistica vacilla. Tuttavia, in queste condizioni, l'Io è in grado di attivare il lavoro del lutto, in grado di resinificare simbolicamente l'oggetto perduto. Lavoro del lutto che, nella melanconia psicotica non avviene. Proprio qui sta la diagnosi differenziale con la depressione nevrotica. La simbolizzazione non avviene, l'oggetto venuto a mancare resta incorporato al soggetto che può solo negarlo, come nel caso della mania oppure, distruggerlo, tramite il passaggio all'atto suicidario. Per questo, Lacan, definisce la melanconia un "suicidio dell'oggetto". Qui si apre un altro elemento decisivo per la clinica differenziale: la melanconia è avvolta da sentimento – costante – della colpa, dell'autoaccusa, dell'indegna di essere, sfociando, non di rado, nei deliri di autocommiserazione o auto-denigrazione. La natura delirante, la certezza inconfutabile, che segnala la linea di confine, di demarcazione, tra depressione nevrotica e melanconia psicotica. Nella posizione maniacale il melanconico rifiuta l'azione simbolica della rimozione, finendo per sopperire sotto la spinta della pulsione di morte. L'irrefrenabile desiderio di sostituzione dell'oggetto perduto, ben visibile nelle abbuffate alimentari, negli acquisti compulsivi, nelle orgie sessuali o nell'abuso di sostanze stupefacenti, segnala proprio la rinuncia al processo di rimozione, scivolando tra le braccia della pulsione di morte. In questo senso la mania – in Lacan – diversamente da Melanie Klein, non è una difesa dalla depressione né tanto meno dalla pulsione di morte, bensì una sua manifestazione, per l'appunto estrema. Concludendo, possiamo liberamente affermare come Lacan riconduca tutti i disturbi bipolari alla melanconia psicotica, considerando – sulle orme della teoria freudiana - un'oscillazione tra il ritiro autistico-regressivo (con isolamento sociale) e, iper-espansione dell'Io, fino al delirio di grandezza verificabile nelle fasi maniacali. Questa visione appare totalmente dissonante rispetto alle teorie kleiniane e bioniane, in cui la schizofrenia nasce da un deficit di strutturazione dell'Io.

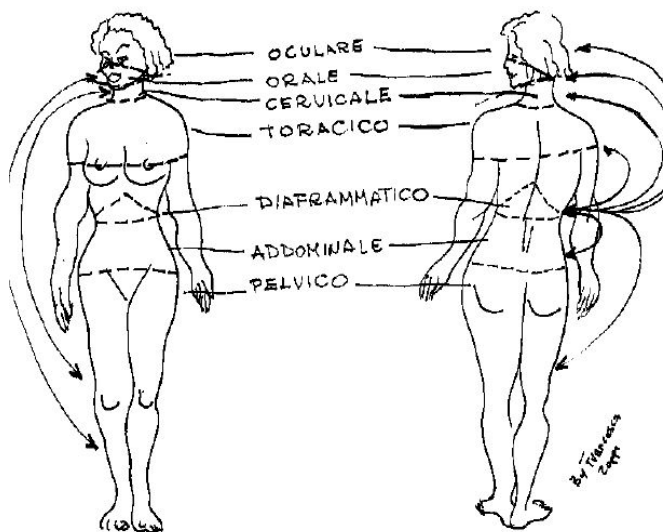
2.3 Sublimazione e integrazione degli oggetti parziali

Melanie Klein è ritenuta una delle più influenti psicoanaliste del diciannovesimo secolo, prima a far varcare la porta dell'inconscio anche ai bambini. Il suo interesse si sposa rapidamente dalla psicologia dell'Io alla riscoperta delle pulsioni dell'Es, elaborando una teoria clinica basata principalmente sulle fantasie intrapsichiche inconsce e, retrodatando al primo anno di vita le tappe evolutive della teoria classica freudiana. Dal punto di vista analitico il suo contributo più significativo che la Klein ha saputo proporre è quello di della doppia posizione, depressiva e schizoparanoide. Il concetto di posizione fa riferimento a una particolare relazione che il bambino instaura – nel processo di sviluppo – con l'oggetto, nonché specifiche angosce e meccanismi di difesa attivati. Il costrutto teorico di posizione è molto più flessibile delle tappe di sviluppo e dei concetti di fissazione e regressione a stadi precedenti, ponendosi come un vero e proprio frattale che, nel corso dell'esistenza si può manifestare su svariati livelli. Per la Klein, l'Io del bambino sin dai primissimi mesi di vita è esposto alle minacce di angoscia, nonché in balia delle pulsioni di vita e morte. Solo attraverso l'introiezione dell'oggetto totale, completo, non scisso, l'Io del bambino diverrà forte e strutturato. Da questo punto di vista è comprensibile l'odio che molti pazienti, specie borderline mostrano nei confronti di parti di Sé, indirizzabili – in verità – alla madre, per l'appunto, incorporata. Torniamo però alla melanconia. Per la Klein, la base della patologia risiede nel concetto di sadismo, secondo cui, l'Io del malato sarebbe invaso da angosce e meccanismi sadici tendenti a disintegrare gli oggetti buoni incorporati. Giunti a questo punto è interessante comprendere come la Klein proponga di contattare gli stati maniaco-depressivi non solo come quadri patologici, bensì come normali reazioni che il bambino sperimenta nel corso dello sviluppo, durante esperienze di perdita che, riattivano temporanee posizioni depressive. Per questo, nell'ottica kleiniana, la psicosi maniaco-depressiva è nient'altro che una riproposizione della posizione depressiva sperimentata dal bambino in tenera età, posizione non integrata, non incorporata o, per meglio dire, non sublimata. In realtà, paradossalmente, il lutto, la perdita di un oggetto reale o fantasmatico che sia, si mostra come un'enorme opportunità per l'Io, in quanto fornisce – mediante il processo di simbolizzazione – la possibilità di una maggiore strutturazione e integrazione di parti di Sé. In questo senso la posizione depressiva, giunta attorno i sei mesi – nella concezione kleiniana – non solo spazza via la posizione paranoide ma, si mostra come momento chiave nell'articolazione della personalità, normale o patologica che sia.

2.4 La psicoanalisi nel corpo, il corpo nella psicoanalisi

L'entrata del corpo nella psicoanalisi presuppone un salto quantico. Già Freud a suo tempo – si pensi alle isteriche di Charcot - tenta a più riprese di collocare il corpo nella psicoanalisi, trovando però, non poche difficoltà, fin tanto che decide di rinunciarvi e, si dirige verso una teoria puramente intrapsichica. È solamente con W. Reich, discepolo ribelle di Freud che, l'attenzione si sposta dall'analisi del sintomo all'analisi del carattere (individuazione di resistenze e difese), non solo psichiche ma, corporee. Il corpo non solo trova un suo spazio, un collocamento preciso all'interno della teoria psicoanalitica ma, assume il ruolo di protagonista, specie se consideriamo l'identità funzionale tra le funzioni biologiche o somatiche e quelle psicologiche. Con Reich, lo psicoanalista ribelle, siamo di fronte a un pensiero funzionale, olistico, integrato, che permette di superare la concezione meccanicistica e mistica, aprendo le porte verso la possibilità che sistemi differenti si trovino in connessione gli uni con gli altri. Il funzionalismo energetico, tanto caro allo psicoanalista ribelle, si presenta perfettamente in linea con le moderne scoperte della fisica quantistica, nonché della teoria dei sistemi, preannunciata dal biologo Bertalanffy a metà degli anni settanta. Il pensiero funzionale poggia sul costrutto di carattere, quali insieme di tratti che si formano a partire dalla vita intrauterina. La società – secondo Reich - tende a creare caratteri masochistici o sadici, mentre un “carattere ideale”, libero di pulsare e di esprimere la sua vitalità, senza repressioni, si manifesta solo nel *carattere genitale*, struttura caratteriale priva di corazza, in cui scorre liberamente l'energia vitale. La corazza permette un funzionamento adattivo del soggetto, tenendo sì a bada l'angoscia ma, allo stesso modo, privandolo di autenticità. Oggi, possiamo servirci del concetto di carattere genitale quale metafora per indicare uno stato di equilibrio e armonia tra i tre cervelli, quello rettile, emotivo (limbico) e cognitivo (corteccia prefrontale), proposti da MacLean (1970/1990). Una delle intuizioni più geniali di Reich, comprende il fatto che corpo e mente siano collegati e, nella moderna rilettura delle neuroscienze che, processi bottom – up e top - down si succedano nell'elaborazione delle informazioni. Attualmente, le moderne neuroscienze sottolineano come non mai l'importanza di recuperare il valore e la saggezza del corpo, portatore della nostra storia evolutiva. Ma il corpo necessita di una grammatica ben precisa. Lavorare sul corpo in modo caotico, senza un progetto mirato, sottovalutando i processi transferali e contro - transferali, ignorando il tempo interno e le fasi biologico/evolutive, può rivelarsi più controproducente di quanto si possa pensare. Per questo si necessita di una visione fresca, innovativa, un salto neghentropico di lettura che ridia la giusta collocazione del corpo sulla scena psicoanalitica. In questo senso un valido strumento guida è il modello *neghentropico - sistemico* (Ferri, Cimini, 2012) che, permette la legittima collocazione - sulla freccia del tempo - della psicopatologia. Nel modello neghentropico - sistemico lo sviluppo evolutivo è inteso quale *"progressione energetica di stati bio/fisiologici sempre più complessi, una crescita scandita da un gioco di separazione/approdo*

verso stati sempre più funzionali [...]” (Ferri, Cimini, 2012). Accanto ai concetti di crisi, separazione/approdo, troviamo il tempo. Lo scorrere delle lancette interne all'organismo ci riporta a fasi di sviluppo precedenti alla nascita: si finisce così per giungere al "big bang" della vita, alla fecondazione del Sé. Ogni fase, con il suo *come*, funge da *imprinting* per le fasi successive e, permette non solo la strutturazione dell'Io, ma la consapevolezza del Sé e della relazione con il mondo, l'Altro da Sé. Nel modello neghentropico - sistemico ogni fase è contraddistinta da una specifica dotazione energetica: il corredo energetico del Sé, andrà a impattare sui campi energetici esterni (Altro da Sé), portatori di coloriture emotive, affettive e cariche energetiche. Per ogni tempo interno risuonerà uno specifico livello corporeo, impregnato di colorazioni affettivo/emotive proprie. In quest'ottica, lo sviluppo finisce per essere visto come processo complesso, in cui ogni fase è caratterizzata da momenti di separazione/approdo, lungo un continuum distanziamento/avvicinamento all'Altro da Sé, che daranno origine ai *tratti caratteriali*. Ogni fase sarà così caratterizzata dal raggiungimento o meno di una specifica maturazione fisiologica, cognitiva, emotiva e affettiva. In una visione post - reichiana (bottom – up) è possibile riordinare sulla freccia neghentropica del tempo i livelli corporei relazionali (*si veda Immagine 2*), partendo dall'area ombelicale (prima grande bocca), l'area oro-labiale, il torace/braccia, il collo, il diaframma, il bacino/gambe e infine il livello degli occhi, comprensivo di orecchie e naso (Ferri, 2012)



[Immagine 2 – I livelli corporei post - reichiani]

Ogni fase evolutiva, portatrice della storia biologica e delle relazioni oggettuali parziali, potrà essere esplorata tramite specifiche attivazioni corporee, denominate *actings*. Le attivazioni o simulazioni incarnate daranno così spazio all'emergere dell'inconscio, depositato nella memoria procedurale corporea e nelle aree della corteccia prefrontale. Sarà compito della *Vegetoterapia analitico – corporea*, introdotta da Reich, elaborata da Ola Raknes, sistematizzata da Federico Navarro e, riorganizzata neghentropicamente dallo psichiatra

Genovino Ferri, esplorare la significatività psico-emozionale ed energetica del corpo. Trovata la giusta collazione del corpo all'interno della psicoanalisi, torniamo alla patologia melancolica e alla posizione maniacale. Rimanendo sul terreno analitico - corporeo, Lowen, psicoanalista e seguace di Reich, mette in evidenza la stretta relazione tra depressione e carattere orale. Analizzando la struttura psichica e quella corporea, Lowen propone delle coordinate precise per identificare il soggetto depresso. “*Tipicamente* – spiega il padre della bioenergetica – *l'individuo depresso pensa*

di essere stato defraudato dei suoi diritti, di non aver ricevuto il giusto amore, pertanto è invaso da sentimenti di ostilità e rabbia inespressa [...] facilmente rilevabili nelle tensioni del suo corpo, raggruppate nel cingolo scapolare e nel collo, mentre il diaframma appare piatto e contratto” (Lowen, 1985). La paura analitica che caratterizza il depresso – secondo Lowen – è il timore del rifiuto, di perdere l’oggetto d’amore. Il modello d’amore del depresso si rivela infantile, basato su bisogni e richieste narcisistiche, in cui pretende di essere amato e accettato. Per Lowen, l’Io del depresso tende a gonfiarsi, espandersi in concomitanza con i momenti di benessere ed eccitazione euforica (mania), spazzati via da momenti di disperazione e impotenza nelle fasi di depressione. Il modello dell’esaltazione e della caduta depressiva tende a presentarsi in maniera ciclica. La fase euforica è qui vista come un tentativo estremo di mantenere la fiducia in sé. Considerata in questa visione, la depressione emerge come fattore secondario rispetto alla mania. In opposizione a Fenichel, Lowen afferma come se riuscissimo a evitare l’esaltazione, il rigonfiamento dell’Io, anche la fase melanconica potrebbe essere scongiurata. E’ una posizione senz’altro curiosa, tenendo conto di quanto generalmente la tradizione psicoanalitica afferma, specie con Fenichel, che considera la depressione un fenomeno primario. Egli afferma: “Il carattere trionfante della mania nasce dalla liberazione di energia che era sino a quel punto incatenata nella lotta depressiva e che ora cerca di scaricarsi”. (1945, pp. 408-410). Lowen, per conto suo, aggiunge come la “*depressione non è una lotta ma, una diminuzione dei processi energetici e della formazione degli impulsi*” (1985, pp. 157). L’energia che sale verso l’estremità del capo, non riesce a scaricarsi – nella mania – nelle braccia (considerando il blocco muscolare sottostante), per cui sfocia nell’oralità e nella testa. In questo caso l’energia inverte la sua direzione, invece di dirigersi verso il basso ristagna nella parte degli occhi e del cervello, portando – nelle manifestazioni maniacali – a deliri e allucinazioni. Nell’esaltazione maniacale il carattere orale torna a uno stadio infantile quasi, scrive Lowen – *si protendesse verso il seno materno con la bocca. In questo stadio il suo corpo si abbandona al corpo materno e, il sentimento di unione con la madre è molto forte* (1985, pp. 157). Per questo, la logorrea, tipica delle fasi maniacali, in una prospettiva bioenergetica è considerata simbolicamente un movimento di suzione, tramite cui il carattere orale ricerca affetto e ammirazione, insomma, soddisfazioni narcisistiche. “*Parlando - scrive Lowen – il carattere orale esprime rabbia e aggressività, quasi che morda, definito sarcasmo mordace*” (1985, pp. 157). L’Io rigonfio del carattere orale - che si manifesta nella mania – corrisponde proprio a questa fase di sviluppo, in cui il bambino sperimenta il sentimento di onnipotenza e presunzione. Siamo di fronte a un Io infantile, poco strutturato che, in condizioni ambientali favorevoli fiorisce mentre, in caso di difficoltà, reagisce con irritabilità e intolleranza. Il principio di realtà è scarsamente sviluppato. I principi bioenergetici propongono pertanto due soluzioni per scongiurare la reazione depressiva di fronte alla perdita di un oggetto: da una parte il pianto, per sopperire alla delusione e al sentimento di

privazione, dall'altro l'ira, la collera, atta per superare l'ostacolo che si frappone tra desiderio e oggetto d'amore. Lowen, padre fondatore della bioenergetica, colloca sulla freccia del tempo la patologia depressiva, durante il primo anno d'età dello sviluppo del bambino, stadio che rispecchia per l'appunto il carattere orale. Lowen parla di un pasto insufficiente per il bambino, di una madre non sufficientemente capace di offrire amore e affetto al figlio, lasciandolo perennemente insoddisfatto. La nevrosi prende così origine non da un singolo evento traumatico bensì, da ripetute privazioni lungo l'arco di sviluppo. *“Un carattere orale – scrive Lowen – si sviluppa quando il desiderio della madre è represso prima che i bisogni orali siano soddisfatti. Ciò crea un conflitto inconscio fra la necessità da una parte e, la paura della delusione dall'altra”* (1985, pp. 160). Per questo l'Io del piccolo rinuncia alla richiesta conscia di altri appagamenti; la repressione della madre produce un bambino prematuramente indipendente. Per tali motivi nei ricordi o durante i sogni del carattere orale emergono con facilità sentimenti di abbandono e disperazione, sperimentati in tenera età. Se da una parte si riconosce l'acuità clinica dell'allievo di Reich, dall'altra si percepisce un inquadramento teorico non del tutto accurato nella trattazione della depressione e delle manifestazioni maniacali. Sembrerebbe che Lowen, parlando del carattere orale, della fissazione al primo anno di vita, di una madre poco amorevole e fisicamente distaccata, ci stia proponendo un quadro patologico discrepante, più vicino alle depressioni nevrotiche che alla melancolia. Per una diagnosi differenziale accurata si necessita d'inforcare la freccia neghentropica del tempo interno e iscrivere i segni incisi lungo lo sviluppo biologico e psichico del carattere.

2.4.1 Una separazione precoce

Biologia e natura, un intreccio inseparabile. A insegnarcelo è l'epigenetica. L'organismo non è mai un prodotto, un agglomerato di geni bensì, sono i fattori esterni, ambientali che agiscono sull'utero già dal concepimento. Persino le esperienze vissute dai genitori possono essere trasmesse ai figli, sino alla quarta generazione, tramite gli acidi nucleici che si trovano nella cellula. Il genoma passa così da una generazione all'altra, ma l'attivazione di un gene è in grado di modificare il comportamento. Stabilire dunque la personalità o meglio il carattere è impresa tutt'altro che banale: genetica, epigenetica, modalità di sviluppo dell'utero, accudimento nei primi due anni e le tappe biologiche di sviluppo successive, influenzano il divenire del Sé. Allo stesso modo è sorprendente osservare le omologie strutturali tra uomo e altre specie animali: i processi emotivi di base - indicati da Jaak Panksepp – *collera, ricerca, paura, desiderio sessuale, cura, sofferenza e gioco*, si sono strutturati nel corso dell'evoluzione ed emergono a livello biochimico nel mesencefalo, anche in altri mammiferi. Sarebbe proprio il *sistema di ricerca*, in quanto legato alla produzione di dopamina, il maggiore imputato sia della depressione che della mania. Ma torniamo al corpo. In una visione neghentropica - sistemica la qualità e la quantità delle impressioni determinanti lungo lo

sviluppo biologico, danno origine a *segni incisi*, atti a plasmare il Sé e, a definire i principali tratti caratteriali che lo costituiscono. La patologia può essere da eccesso o da difetto. La manifestazione patologica si mostra come *oltre-soglia* di tratto, derivante da un eccesso o difetto dei campi energetico - relazionali incontrati. Una simile concezione iscrive la psicopatologia lungo la freccia neghentropica del tempo, tenendo conto sia delle fasi biologiche maturative che, delle impressioni e dei vissuti relazionali ancorati al corpo. Nell'ambito della psicoanalisi reichiana la melancolia viene identificata come una costellazione di sintomi, correlati a un disturbo dell'umore, ritenuto determinante nella loro manifestazione. Agli occhi del clinico, il melancolico appare scoraggiato, deluso, pessimista, irritabile. Prova una paura indefinita, percepisce dolori fisici, l'angoscia lo trascina verso un progressivo ritiro sociale. Il pensiero si mostra in termini assoluti e dicotomico, l'imperativo del depresso è "debbo". La tristezza vitale, l'inibizione motoria, l'arresto del tempo interno così come deliri di rovina o autoaccusa, completano il quadro delle depressioni endogene, maggiori, radicate nel biologico. Proprio qui ci troviamo di fronte a un'importante spartiacque: da una parte la malattia melancolia – in cui i confini tra psiche e soma risultano caotici – dove la *colpa* colora i vissuti e anima i tempi interni, dall'altra la depressione nevrotica, su base psicogena, dovuta a un esaurimento del Sistema Nervoso Centrale. In un taglio analitico identifichiamo la melancolia con un "*abbassamento del livello di energia dell'organismo*" (Baker, 1973) che, si manifesta in un Sé a buona densità energetica. Parliamo di una relazione oggettuale primaria uterina a buona densità energetico - relazionale, ovvero ci troviamo di fronte a una "*vulnerabilità temporale ai passaggi, sia di fase che di campo*" (Ferri, Cimini, 2012). A seconda poi, che la caduta energetica impatti su un oggetto parziale - utero a bassa, media o alta densità, verranno espressi vissuti depressivi differenti, andando a colpire livelli corporei distinti (secondo livello oro-labiale per la depressione nevrotica, primo livello grande bocca, per la melancolia). In questa chiave si conferma l'endogenicità della depressione psicotica come "tempo intrauterino" (Ferri, Cimini, 2012). Nell'ottica analitico - reichiana la melancolia si configura come una separazione precoce da un altro da Sé (parto o svezzamento) mentre, la difettualità oro - labiale fa da imprinting per le depressioni nevrotiche (Ferri, Cimini, 2012). Nel modello neghentropico - sistemico delineato, la patologia depressiva può configurarsi come disturbo di stato (reazioni depressive del qui e ora, legate a variabili di adattamento ambientale) o, disturbi attuali - legati al tratto caratteriale - reattivi al lì e allora (in cui la struttura di personalità determina, oltre il *come* del vissuto, la stessa reazione patologica). I segni incisi, legati alla densità energetica della relazione oggettuale e al tempo biologico di maturazione, determinano la patologia depressiva nevrotica, se fissati al tratto oro-labiale o, in alternativa, se segnano il primo livello della grande bocca – area uterina – daranno origine alle manifestazioni melancoliche. Senza addentrarci particolarmente nella prima tipologia (esula dai nostri fini), per chiarezza diagnostica, riportiamo come la fissazione oro - labiale – dominata dalla richiesta –

implichi da una parte un blocco rimosso (correlato a uno svezzamento precoce), dall'altro un blocco insoddisfatto (fame di latte) (Ferri, Cimini, 2012). La distinzione blocco rimosso/insoddisfatto proposta da Baker, cara a Navarro e ristrutturata neghentropicamente da Ferri, consente una diagnostica differenziale tra il disturbo melancolico, di prima grande bocca (blocco rimosso) e, patologia borderline (blocco intrauterino insoddisfatto). Il disturbo di prima grande bocca può esprimersi mediante tre differenti polarità (bassa, alta o nella bipolarità), dando origine a quadri clinici differenziati. Nel caso della depressione maggiore, caratterizzata da tristezza vitale, inibizione motoria, arresto del tempo interno, ci troviamo di fronte a una caduta energetica che impatta su un Sé – altro da Sé a bassa polarità. Nel caso della reazione maniacale, con esaltazione del tono dell'umore, accelerazione del pensiero ed eccitamento frenetico, siamo di fronte a un'alta polarità. La terza configurazione del disturbo di prima grande bocca si manifesta nella bipolarità, in cui si alternano – o si manifestano in forma mista - aspetti sintomatologici delle precedenti polarità. Il blocco intrauterino rimosso – se collocato sulla freccia del tempo – risulta equivalente allo svezzamento precoce registrato in fase oro - labiale. Una sorta di “svezzamento uterino precoce”, da intendersi come se i circuiti emozionali del Sé non fossero del tutto maturi, non in grado d'incontrare il tempo della separazione/approdo, annunciato dal passaggio del parto. Continuando in una prospettiva analitico - reichiana, il blocco uterino rimosso, essendo ipertonico (buona densità energetico – relazionale) andrà facilmente incontro, nel corso della maturazione biologica, a coperture di tipo coatto o fallico - isteriche. Giunti a questo punto emerge con chiarezza non solo la diagnostica differenziale del disturbo depressivo nelle sue sfaccettature ma, traspaiono con linearità anche i marker eziopatologici. Le cofissazioni, correlate al *come* dello sviluppo sulla freccia del tempo evolutivo, si legano al blocco rimosso intrauterino e, configurano le tre polarità depressive. Una fissazione coatto – fallica dà origine alla depressione maggiore (bassa polarità), una fissazione fallico – isterica direziona verso la polarità alta, tipica della mania, la copresenza delle tre coperture articolerà le manifestazioni miste o bipolari (Ferri, Cimini, 2012).

2.5 Direzioni della cura

Intraprendere un'analisi è cosa assai delicata: un viaggio nel tempo interno che attraversa i ricordi remoti e le fantasie bizzarre. L'analisi integra, amplia il percorso di psicoterapia. Propone chiavi di lettura della realtà differenti dai vecchi modelli in cui cadiamo intrappolati, fornisce il sostegno per una crescita personale, per un senso di Sé più ampio, verso l'autenticità. Consapevolezza e autenticità, così potrebbe essere sintetizzata un'analisi. La terapia vede il malato come oggetto di cure, l'analisi si basa su uno scambio interpersonale, tra analista e analizzato, dove il primo si *prende cura dell'altro*. Il percorso si basa sulla fiducia e sulla relazione con lo specialista verso cui, spesso, si nutre sentimenti ambivalenti, contrastanti. Si passa dall'idealizzazione alla rabbia, dalla

svalutazione, all'innamoramento. Le emozioni, i sentimenti che si provano non sono altro che la riproposizione di vecchi schemi affettivi, vissuti spesso all'interno della famiglia d'origine. Compito dell'analista è proprio quello di far luce sui fantasmi, mostrare le resistenze caratteriali che limitano il modo di relazionarsi con l'ambiente e con le altre persone. Il mondo globalizzato di oggi spinge verso una velocità frenetica, prestazioni efficienti, lasciando poco spazio al contatto con i vissuti. Tante emozioni e pochi sentimenti. L'anestesia emozionale del mondo digitale dimentica la persona, costituita da corpo e mente, da emozioni e sentimenti, da paure e fantasmi. Compito dell'analista è quello di aggiornare il tempo passato, risvegliare l'interesse del paziente verso i tratti del suo carattere, per esplorarne l'origine e analizzarne, assieme, il significato. L'analista mostra i legami tra carattere e sintomi. Isolato - il tratto caratteriale alla base del sintomo - il paziente se ne vuole sbarazzare. "La via diretta verso i conflitti infantili irrisolti - scrive Reich - passa per *l'analisi delle resistenze caratteriali*" (Reich, 1945). La regola aurea - proposta dall'analista ribelle - è quella d'isolare la resistenza cardine, un po' come procede Freud nell'analisi del sintomo, mostrando al paziente i collegamenti tra carattere e sintomatologia manifesta. Ma carattere significa anche corpo. Le antiche esperienze infantili, succedutesi durante le tappe di sviluppo biologico, segnano il linguaggio non verbale, la memoria implicita, plasmano il corpo. I livelli del corpo finiscono per irrigidirsi, creando una vera e propria corazza muscolare. Comprendere il linguaggio del corpo, attribuirgli un senso, esplorarne le sensazioni fisiche e associarle alle emozioni è compito prettamente *dell'analista reichiano*. Un percorso di analisi reichiana privilegia il tempo del sentire sul tempo del capire, del comprendere. Il sentire è prettamente corporeo, deriva dalle sensazioni fisiche, dai vissuti e dalle associazioni, segue poi la significazione. La memoria, specie quella più antica, risalente alle prime esperienze intrauterine, viene risvegliata tramite specifici movimenti espressivi, denominati *actings*. Sulla base della storia individuale del paziente, l'analista propone *attivazioni corporee* ben definite, attraverso cui, in modo progressivo, si esplorano i livelli corporei e i vissuti emozionali legati a tempi lontani. Questi movimenti espressivi o *simulazioni incarnate* (Ferri, 2017) riaccolgono il lì e allora con il qui e ora, collegano l'inconscio alla realtà. L'analista reichiano pone particolare attenzione al "come" gli *actings* vengono espressi, chiedendo all'analizzato associazioni, immagini e sensazioni fisiche. Nell'analisi reichiana, oltre al corpo, si esplorano i lapsus, si interpretano i sogni, si analizzano le metafore e le fantasie liberatorie. Così procedendo si ricongiunge il corpo alla mente e il sentire al capire.

2.5.1 Quale psicoterapia per la psicosi maniaco - depressiva?

Veniamo ora al cuore della nostra tesi: “Per il trattamento delle psicosi maniaco – depressive, scrive *Abraham*, l’unica terapia razionale da usarsi è la psicoanalisi, riuscendo questa a superare l’ostacolo della estrema difficoltà con cui tali pazienti, assorbiti completamente dal loro mondo interno, riescono a stabilire un transfert. L’analisi dovrebbe essere iniziata durante un periodo libero, non potendosi essa svolgere né con pazienti melanconici gravemente inibiti né con i malati maniacali disattenti” (*Abraham, 1911, p. 46*). L’Autore considera questi pazienti difficilmente accessibili e influenzabili, per questo, la terapia dovrebbe proporsi di superare gli impulsi regressivi della libido, per realizzare una progressione della libido fino all’amore oggettuale completo e all’organizzazione genitale. Sulla stessa lunghezza d’onda sembra trovarsi *Fenichel*, il quale mette in guardia - nell’analisi con i pazienti maniaco - depressivi - da tre specifici tipi di difficoltà:

- 1) la profondità della fissazione orale;
- 2) la scarsa possibilità di stabilire un transfert a causa della natura narcisistica della malattia;
- 3) l’inaccessibilità all’influenza analitica da parte del paziente grave, dovuta alla dissoluzione dell’Io.

Per tale motivo Fenichel consiglia d'intraprendere la terapia psichica con questa tipologia di pazienti durante gli intervalli liberi. “Per il trattamento del carattere orale (che ricordiamo essere da molti Autori psicoanalitici ricondotto alla melancolia), l’unica soluzione - scrive *Lowen* - è la cura analitica da una parte, che analizzi le resistenze caratteriali e, dall’altra, la terapia fisica, che ridia solidità e forza alle gambe, scaricando l’energia verso il basso e sciogliendo le tensioni nelle braccia, nelle spalle e, permettendo l’apertura della gola per un maggiore assorbimento di ossigeno” (*Lowen, 1986*). Il processo analitico richiede che il malato depresso prenda coscienza dei blocchi corporei, così come dei relativi vissuti di abbandono sperimentati nel primo anno di vita, mentre nelle fasi maniacali, l’Io dovrebbe essere lentamente sgonfiato, percuotendo il lettino e facendo emergere rabbia e frustrazione.

Quello compiuto da Alexander Lowen, sulle orme di Reich, è senz’altro uno sforzo considerevole, che tenta di riagganciare il corpo alla psicoanalisi. Non basta. Si percepisce manchi qualcosa: innanzitutto la corretta collocazione del corpo sulla freccia del tempo biologico e, di conseguenza, una diagnosi accurata della patologia. La *diagnosi* in ottica reichiana deriva da un processo articolato. Il modello neghentropico – sistemico individua la diagnosi analitico - caratteriale di tratto, quella clinica con quella corporea di livello interessato e, quella relazionale (*Ferri, 2013*). L’analisi del carattere permette di leggere il tratto che esprime il sintomo, “è una lettura meta”. Il salto è considerevole: da un focus sintomatico alla comprensione del tratto caratteriale, che si

esprime con un *sopra – soglia*. L'evoluzione di questo pensiero sfocia in un modello clinico che riconosce nella *diagnosi del carattere della relazione* un punto focale. Sulla scena del *setting*, entrano in gioco sia i tratti dell'analizzato che dell'analista. Ciò implica – ma lo approfondiamo in seguito - un discorso più articolato sul *transfert e controtransfert* che, risultano essere prodotti non solo psichici ma, anche corporei, una *mente di tratto incarnata* (Ferri, 2017). Il lavoro psicanalitico richiama costantemente la consapevolezza della propria posizione nel setting e nella relazione con l'Altro. Se poniamo attenzione alla diagnosi di tratto, è necessario domandarsi quale livello corporeo del paziente si trova in *oltre - soglia* e di quale tempo passato ci parla la sua sintomatologia presente? A differenza dei modelli psicoanalitici fin'ora interrogati – che collocano la psicosi maniaco - depressiva su un'oralità difettuale, deficitaria (Abraham, Fenichel, Lacan, Lowen, etc), l'analisi reichiana identifica la malattia bipolare con un *disturbo depressivo di prima grande bocca* che interessa il primo livello corporeo - addome - (in una visione bottom – up), con successive co-fissazioni di tipo coatto e/o fallico e/o isterico, maturate durante le tappe biologico-relazionali di sviluppo. Non si è di fronte a un terreno intrauterino a bassa densità energetico – relazionale (in tale caso parleremmo di *disturbo borderline*), bensì di un *blocco rimosso* a livello intrauterino da “parto precoce”. Il Sé non si trovava nelle condizioni energetico – emozionali ideali per affrontare un processo di separazione/approdo. Questo *segno inciso*, con lo scorrere del tempo biologico, risuonerà poi sugli altri *come* delle separazioni/approdo. Sintetizzando: la psicosi maniaco-depressiva, o disturbo bipolare appartiene a un tratto uterino – sensibile ai passaggi/separazioni - con co-fissazioni nelle fase coatta e/o fallico e/o isterico, ognuna con aspetti sintomatologici propri. Per *tratto* si intende un pacchetto di schemi relazioni propri di un tempo passato che si ripresentano a livelli superiori, con la medesima matrice. Ogni tratto trova una connotazione specifica nella storia della persona ed emerge da precise fasi biologiche di sviluppo, riscontrabili nei livelli corporei. Nei sette livelli corporei reichiani troviamo la storia delle relazioni con l'Altro da Sé. Ogni livello corporeo richiama emozioni e ricordi specifici, attivabili mediante una precisa e ben strutturata metodologia, la *Vegetoterapia analitico – caratteriale* (Navarro, 2000). Tale metodo consente il riequilibrio neurovegetativo, in un processo che va dal *sentire* al *capire*. Completano il processo di cura i significati emozionali degli *actings*, i contenuti delle associazioni libere o dei sogni, per gli adulti, o del gioco, per i bambini. In questa prospettiva individuiamo nel setting un vero e proprio *linguaggio – meta, una danza dei tratti*, che poggiano sulle *domande implicite di tratto* che paziente e analista portano. Il fine dell'analisi non si esplica nella ricerca di una verità storica assoluta, bensì nei significati emotivi richiamati dalle relazioni oggettuali parziali di fase. Nel ripercorre lo sviluppo biologico – relazionale, il paziente può rivivere eventuali conflitti ma, con l'aiuto dell'analista ha la possibilità di raggiungere una maggiore integrazione psichica, sviluppare inedite qualità mentali, far luce su macchie cieche.

2.5.2 Considerazioni su transfert e contro-transfert

Il lavoro di analisi implica l'accessibilità al mondo interno del paziente. Di fronte a patologie particolarmente gravi come i disturbi dell'umore, i processi transferali e controtransferali possono apparire complicati. Volendo sintetizzare il *transfert* appare come una proiezione dell'analizzato sull'analista, a valenza positiva (*transfert* positivo), con connotazioni di stima, affetto, amore, oppure a connotazione negativa (*transfert* negativo) - quando le emozioni messe in gioco sono per lo più di competitività, invidia, gelosia, aggressività. A questa *traslazione*, l'analista reagisce con un controtransfert, ossia sentimenti, emozioni e pensieri, suscitati dal paziente, sui singoli livelli corporei. Collegato ai processi transferali vi si trova in concetto di *resistenza*. Risultante dal conflitto tra impulsi dell'Es e forze dell'Io - la resistenza - cela il *transfert* negativo. Il monito di Reich è chiaro: aggirare la resistenza, focalizzandosi sui sintomi, porta il processo terapeutico su un binario morto - "*la nevrosi stessa è contenuta nella resistenza*" (Reich, 1945). Dietro una mancanza di puntualità, assenza di associazioni, diffidenza analitica, potrebbe nascondersi una resistenza latente, manifestazione di conflitti infantili irrisolti. Intuizioni illuminanti, tuttavia impregnate di un'ossessiva tendenza allo smascheramento del *transfert* negativo, un'indagine spasmodica alla ricerca di sentimenti arcaici di odio (Mannella, 2014). La lettura di Reich sembra nascondere un vizio di fondo: la confusione tra il suo contro-transfert (negativo?) e, le macchie cieche del paziente. "L'analista - scrive Lacan - *sembiante dell'Altro da Sé* (aggiungo Io), permette al soggetto di vedere l'eterogeneità tra il campo pulsionale e il campo narcisistico che attraversa strutturalmente il soggetto. Ma questa oscillazione deve essere calcolata bene. Non può essere troppo violenta. Non deve essere uno smascheramento. Un soggetto arriva a integrare le parti più scabrose di sé lentamente [...]" (Lacan, 1975). La relazione analitica, affinché risulti neghentropica, necessita di una *visione meta*, su se stessi, sul paziente e sulla scena. In merito al contro-transfert, Lowen, aggiunge: "Il terapeuta deve assumere un atteggiamento accettante che rassicuri il paziente del fatto che non verrà abbandonato - così come fece la madre - permettendogli di lamentarsi per le delusioni subite ma, ancorandosi alla realtà". Il processo analitico - così come lo stesso Kohut suggerisce - dovrà da una parte far luce sulle resistenze del paziente e dall'altra costruire un'alleanza, un contesto relazionale empatico, emotivamente stabile, in cui il Sé dell'analista accolga e ripari la ferita narcisistica del malato. A questo riguardo Kohut (1980) sottolinea come l'analista debba costantemente rafforzare l'*onnipotenza*, il narcisismo del malinconico e, solo successivamente, affrontare le resistenze. "L'accettazione incondizionata dell'analista sarà la fonte di gratificazione per il malinconico che, avrà così la possibilità di perdonare se stesso per essere stato - un tempo - debole, per non aver raggiunto la perfezione tanto ambita, rinunciando alla ricerca spasmodica, ossessiva di mete fittizie di appagamento e amore" (Kohut, 1980). Da evitare in questa fase della terapia le *interpretazioni* sulle mete fittizie compensatorie - "*Sei depresso perché*

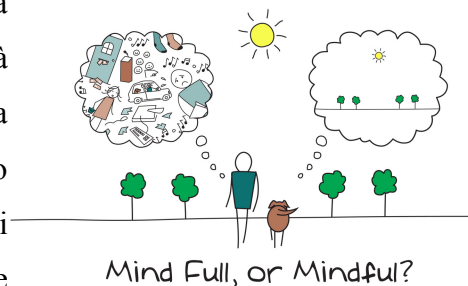
vuoi essere onnipotente!”, perché minacciose all’alleanza (riproducono vissuti di rifiuto e di colpa non ancora elaborabili). L’incontro con l’analista darà vita a nuove identificazioni, favorendo non la regressione del paziente, bensì lo sviluppo del suo potenziale, del Sé reale. Durante il processo terapeutico – il malato - sarà incoraggiato e sensibilizzato a sopportare le piccole perdite della vita, dandone una connotazione simbolica. Tali modificazioni porteranno il malinconico a toccare con mano, sentire l’angoscia e il senso di solitudine, risalendo verso un Io più forte. È comune nella stanza di analisi osservare come questi pazienti esigano, contemporaneamente, di essere amati e ribellarsi. “La chiave – suggerisce Gabbard – risiede nella capacità di tolleranza dell’analista nei confronti dei sentimenti di rabbia, frustrazione e impotenza. Questo fungerà da modello mentale – schema relazionale – per il paziente” (Gabbard, 1994). Sintonia e cooperazione, questa la meta perpetua dell’analista reichiano.

2.5.3 Dal potere dell’interpretazione a una calda risonanza emotiva

La psicoanalista Jacobson indirizza la nostra attenzione verso le difficoltà tecniche create dal transfert nei pazienti gravemente depressi. L’Autrice non condivide la tendenza analitica a incontrare quotidianamente i pazienti gravemente depressi, osservando come la qualità emotiva delle risposte dell’analista abbia una maggiore rilevanza rispetto alla quantità delle sedute. L’Analista sottolinea come “Vi deve essere un continuo, sottile e intimo legame fra il terapeuta e il paziente depresso” (Jacobson, 1971, p. 335). Questi pazienti necessitano di “spontaneità e flessibilità idonee al loro livello di umore, una calda comprensione, da non confondere con gentilezza eccessiva, comprensione, rassicurazione” (*ibidem*, p. 336). Mediante l’ausilio dell’interpretazione di transfert l’analista aiuta il paziente a identificare le rappresentazioni implicite di se stesso e degli altri, soggiacenti ai modelli interpersonali disfunzionali. Il melancolico viene incoraggiato attivamente a discutere ed esplorare i suoi sentimenti riguardo al terapeuta e, a chiedersi quali siano i vissuti dell’analista nei suoi riguardi. Il fine è aiutare il paziente a perlustrare i segni incisi del suo carattere - nella relazione con il terapeuta - stabilendo connessioni e tracciando parallelismi fuori dalla stanza di terapia. Nell’analisi reichiana lo scopo principale di una interpretazione di transfert non è quello di giungere a un insight; piuttosto, ingaggiare, rendere parte attiva il paziente nel processo di chiarimento del funzionamento della sua mente. È una prospettiva clinica per certi versi analoga a quella della Jacobson, la quale – nel trattamento dei malati psichici gravi - non pone l’accento sul potere dell’interpretazione corretta né sul contenuto delle parole dell’analista, bensì sul ruolo cruciale della *risonanza emotiva* (Mitchell, Black, 1995).

2.5.4 L'analista "mindful"

Empatia e sintonizzazione: questa la chiave per una buona relazione terapeutica. Non solo tecnica. Le qualità personali dello specialista incidono sul successo della cura. Ma, come incrementare le capacità relazionali dello psicoterapeuta? Come accrescere la sua abilità di sintonizzazione sugli stati emotivi e mentali, come



promuovere l'empatia verso il paziente? Partiamo da una premessa: la relazione, in terapia, è fondamentale, aldilà del modello o delle tecniche utilizzate (Roth e Fonagy, 2005). Le neuroscienze possono aiutarci a capire: gli studi di *neuroimaging* evidenziano come la mente può dormire, sognare, emozionarsi, concentrarsi, oppure essere mindful (Kabat-Zinn, 2003). La meditazione mindfulness permette di coltivare uno stato di coscienza e apertura mentale, che abbracci il momento presente, senza ruminazioni sul passato o inutili infuturazioni. Sviluppare una mente mindful significa abbracciare la curiosità, l'accettazione incondizionata. Il motore pulsante della terapia è la sintonizzazione (Siegel, 2007). Studi sperimentali mostrano come i circuiti neurali impiegati nella sintonizzazione del proprio Sé corrispondano alle aree corticali attivate durante la mindfulness (Siegel, 2007). La sintonizzazione interpersonale poggia sul circuito neurologico dei neuroni specchio (Gallese, Eagle, e Migone, 2007). Attraverso questo sistema l'osservatore simula – riproduce in termini di connessioni neurali - le emozioni o le espressioni della persona che ha di fronte. La qualità o meglio l'abilità di rimanere focalizzati sul presente si rivela fondamentale nel processo di terapia. Sullivan (1953) definisce la psicoanalisi come la capacità di osservare se stessi, l'altro e il processo. Ebbene la mindfulness sviluppa proprio queste attitudini: osservare se stessi, dirigere l'attenzione verso il corpo e la mente, avere piena consapevolezza del paziente e coscienza del processo di terapia in corso. L'abilità dell'analista risiede nel prendere coscienza dei propri tratti caratteriali, della propria storia evolutiva, della freccia del tempo che ha scandito la sua esistenza, posizionandosi al livello più neghentropico per il paziente e per la relazione, costituita nel setting. Incontrare la neghentropia, rendere la relazione terapeutica neghentropica (Ferri, Cimini, 2012) per smuovere, mutare, allentare le morse che attanagliano i tratti caratteriali dell'analizzato. La mindfulness sembra muoversi proprio in questa direzione: l'analista non rimane in balia delle reazioni contro-transferali, sia perché si suppone abbia intrapreso un'analisi personale, sia perché è consapevole dei propri stati mentali, resta lucido e centrato nel momento presente, possedendo una mente mindful. Uno dei propulsori, della benzina che anima l'analisi è la sintonizzazione (Siegel, 2007). Sintonizzarsi con l'altro è un prerequisito base per la relazione. Il concetto di sintonizzazione deriva dalla letteratura neurobiologica, per descrivere il modo in cui una persona si focalizza sui propri e altrui stati mentali e sulla connessione con l'altro. "Ciò che si prova verso il paziente, verrà

sperimentato a sua volta” (*Stern, 1985*). Questo principio, per quanto elementare, è stato osservato nelle relazioni tra madri e figli: la sintonizzazione tra loro richiedeva una lettura accurata da parte del genitore dello stato in cui si trova il bambino, la capacità della madre di comunicare con lui e l’abilità dell’infante di riconoscere il suo stato in relazione al genitore (*Beebe, 2004*). Se consideriamo pertanto la sintonizzazione come una qualità imprescindibile dell’analista, è necessario sapere che per sintonizzarsi nella relazione, il terapeuta necessita per primo di essere in contatto, centrato, sintonizzato con se stesso. Studi EEG mostrano come i circuiti neurali impiegati nella sintonizzazione del proprio Sé corrispondano alle aree corticali attivate durante la mindfulness (*Siegel, 2007*). Allo stesso modo, una buona percezione di se stessi correla positivamente con un attaccamento sicuro (*Bowlby, 1988; Winnicott, 1969*). La mindfulness può essere vista come una forma di attaccamento sicuro al proprio Sé. Il concetto di sintonizzazione interpersonale si sovrappone a quello di accettazione incondizionata, proposto da Carl Roger (*1957*). Il processo si basa su aspetti botton-up, dal corpo verso la mente: secondo la *Teoria polivagale di Porges*, il sistema nervoso valuta gli stimoli, gli input ambientali e orienta – stimolando la muscolatura – la risposta cognitiva. Ma che cosa avviene, realmente, nella stanza di analisi? Che cosa permette il cambiamento, come si smussano i tratti caratteriali del paziente, come si leniscono i sintomi, il malessere dell’analizzato? Le moderne terapie sembrano inclini a sostenere la qualità della relazione nel setting, l’esperienza emozionale – relazionale correttiva (*Alexander e French, 1946*) che si sviluppa sul lettino. Così, quando il terapeuta contiene (*holding*) il paziente, quando resta attento, focalizzato al momento presente e sintonizzato, il paziente, nel tempo muta, elabora nuovi pattern relazionali, cambiando le lenti con cui guarda il mondo, gli altri e se stessi. Quale posto per l’empatia? Secondo Siegel (*2007*) la meditazione mindfulness sviluppa anche l’empatia. Essere empatici nella relazione terapeutica significa prestare continua attenzione all’altro e a Sé, captare i segnali del paziente, regolando di volta in volta la giusta distanza o vicinanza, proprio come farebbe una madre con il proprio infante (*Sander, 1962*). Che cosa rende pertanto la relazione neghentropica? Una buona alleanza terapeutica, fondata su empatia e sintonizzazione – qualità indispensabile dell’analista. Durante le analisi, spesso interminabili perché impantanate, si affacciano momenti di stallo in cui la relazione annaspa. Sono momenti critici sia per l’alleanza terapeutica che per il proseguo dell’analisi. Smuovere la relazione, uscire dallo stallo, recuperare fratture interpersonali, rotture della sintonizzazione, può avvenire solo se il terapeuta manifesta consapevolezza di sé, dell’altro e della relazione. Si tratta dunque di proporre un nuovo contributo allo sviluppo dell’analisi caratteriale della relazione (*Ferri, Cimini, 2012*) mediante la mindfulness. Seguendo la strada aperta dalla simulazione incarnata, per osmosi, anche il paziente avvertirà un soffio diverso. Potrà così a sua volta modificare e incrementare la sintonizzazione con il proprio Sé, esportando l’accettazione incondizionata della propria storia evolutiva aldilà del setting, nelle

relazioni che lo attendono nel mondo. L'utilizzo del setting – e delle regole che lo costituiscono – la stanza, il lettino, il tempo della seduta, creano uno stato psichico di contenimento, holding, concetto sviluppato dalle osservazioni cliniche di Winnicott (1969). Lo stesso Kohut (1971) riconosce – all'interno della terapia – uno stato in cui il paziente interiorizza aspetti, qualità, tratti provenienti dall'analista. Così il paziente, interiorizzando l'empatia espressa dal terapeuta, sviluppa la capacità di riflettere, accettare e contenere le proprie emozioni e bisogni (Siegel, 2007). Ovvero il terapeuta costruisce reti neurali nella corteccia prefrontale del paziente, permettendogli così di regolare le emozioni, attenuare la paura, non reagire alle avversità. Come sostenuto da Freud (1912/1958, pp. 109-120), "l'attenzione dell'analista deve rimanere fluttuante", mentre Bion (1970) enfatizza la capacità del terapeuta di entrare in seduta senza desiderio né memoria, seguendo semplicemente il momento presente e la dimensione onirica, qualità in linea con le componenti essenziali della mindfulness. La pratica mindfulness è stata ampiamente introdotta nella psicoterapia – si veda la terapia dialettica comportamentale (Linehan, 1993), la terapia basata sull'accettazione (Hayes, 2003), e la terapia cognitivo comportamentale basata sulla mindfulness. Perché non utilizzarla tra un paziente e l'altro? Esercizi semplici quali sintonizzarsi sul respiro, percepire il corpo e lo stato mentale in cui ci si trova, alcuni validi suggerimenti, prima di aprire la porta al paziente. Per riprendere una celebre frase di Gandhi: *“Dobbiamo essere il cambiamento che sogniamo”*.

2.5.5 Cosa resta del Nome del Padre?

Da decenni ormai, in psicoanalisi ma non solo, vige una regola: l'inconscio è la scoperta principe di Freud. In realtà, come afferma lo stesso Pierre Janet, si ritrova già in filosofia e letteratura a partire dal quarto secolo, persino menzionato da Boccaccio. A metà dell'Ottocento psichiatri come Wilhem Griesinger e Hanry Maudsley utilizzano il termine *“inconscio”* per riferirsi alla sede generativa dei processi psicologici. Lo stesso Pierre Janet, prima ancora di Freud, utilizza il termine *sub-inconscio* per descrivere i processi mentali non raggiungibili alla coscienza che, non finiscono nel rimosso, bensì momentaneamente non accessibili. Maurilio Orbecchi, psichiatra, in *“Biologia dell'anima”* (2017) arriva persino a sostenere che il vero fondatore della psicologia del profondo sia Charles Darwin. Seguendo le ipotesi di Orbecchi, Freud avrebbe solo descritto *“a suo modo”* l'inconscio, attribuendoli caratteristiche semplicistiche quali aggressività e impulsi sessuali. Eppure, la psicoanalisi - così come concepita da Freud - è una dottrina psico-biologica, basata su nozioni quali inconscio, transfert, contro-transfert, sessualità, pulsione, trauma, concetti dimenticati dai modelli post-freudiani. Giunti a questo, urge un interrogativo: *“Cosa resta del Nome del Padre, che rimane della scienza dell'inconscio? Sembra che oggi si scriva una nuova pagina della psicoanalisi. I ricercatori attuali arrivano persino a negare la concezione evoluzionistica di Freud. La costituzione del Sé non ricapitola quello della specie, né tanto meno esiste il concetto di ripetizione: la memoria*

non è ereditabile. L'epigenetica non modifica i geni, ma la loro attivazione, la costruzione delle basi neurali. I geni si modificano solo attraverso mutazioni casuali, radiazioni, composti chimici, ma non di certo per opera della memoria umana. Ciò che si ereditano invece, sono le strutture psicobiologiche che formano i mattoni del comportamento, dell'affettività e della memoria. Freud era convinto che il bambino si trovasse a ripetere le fasi di sviluppo sorte durante l'evoluzione. Lo stesso concetto di *fasi sessuali* sembrerebbe preso a prestito dal biologo Ernst Haeckel, il quale considerava nella storia dell'evoluzione umana, la fase orale come la prima a manifestarsi, seguita poi da quella sessuale. Durissime le critiche mosse dal biologo evoluzionista Jay Gould, secondo cui le teorie di Freud sarebbero "*pura fantasia, prive di fondatezza e totalmente false*". Freud sembra scivolare su un concetto semplice che le neuroscienze spiegano in modo chiaro: le emozioni di base non possono essere ricondotte solo alla sessualità, in quanto fanno uso di mediatori chimici differenti dagli ormoni sessuali. La stessa *teoria della rimozione* - alla base della costruzione dell'inconscio - affronta oggi diverse controversie. Freud ne rivendica la scoperta ma, anche in questo caso, i fatti, tendono a smentirlo. Prima di lui lo psichiatra Griesinger lo aveva utilizzato nelle sue opere. Ancora più forte - nel processo sull'attribuzione di paternità - risulta la secca smentita da parte delle neuroscienze del concetto di rimozione. Le esperienze più importanti per il bambino si attuano dal concepimento ai primi due anni, quando esiste solo una memoria corporea, implicita. Quella autobiografica si forma dai tre anni in poi. Se gli eventi non possono essere ricordati, non sono neanche rimossi. Sono le emozioni collegate ai ricordi che rimangono depositate nell'amigdala che, legandosi a parti sensoriali o motorie, danno origine a disturbi psicosomatici o problematiche di natura psichica. Non si tratta dunque di ricordi rimossi che agiscono mediante l'inconscio. I ricordi - sostiene Antonio Damasio - sono una co-costruzione, una narrazione, influenzata dal qui e ora. La stessa *libera associazione*, cavallo di battaglia degli psicoanalisti, così libera non sarebbe, perché influenzata dalle aspettative dell'analista in seduta. La soluzione alla psicopatologia non risiede nel ricordare il rimosso ma, come le stesse neuroscienze affettive affermano, nell'alleggerire le emozioni legate agli eventi traumatici. Il passato è dunque presente non in qualche misterioso angolo chiamato inconscio bensì, nella memoria emozionale e relazionale, di cui non abbiamo piena consapevolezza. Nel quadro delineato sembra logico interrogarsi sull'*interpretazione*, il bisturi dello psicoanalista. Se i ricordi emotivi viaggiano su reti neurali differenti rispetto alla memoria episodica - che si sviluppa dai tre anni - quale funzione riveste l'interpretazione psicoanalitica, se, come detto, gran parte del carattere si forma dal concepimento ai due anni? Sostenere un uso della simbologia, ovvero che qualcosa sia il semblante di altro, risulta del tutto fuoristrada. La funzione del terapeuta dovrebbe essere quella di ricostruire la memoria relazionale, ristrutturare i ricordi emotivi, non proporre cannibalesche interpretazioni legate a misteriose spinte sessuali o aggressive. È fondamentale che il terapeuta abbia ben chiaro

anche i limiti della psicoterapia: ristrutturare la personalità è impresa tutt'altro che facile e, nonostante innumerevoli anni di sedute settimanali, non sempre il risultato è garantito. “La parte profonda del nucleo del Sé – afferma Orbecchi - è scolpita nei sistemi sottocorticali della linea mediana, collocati nel tronco encefalico superiore, luogo difficilmente accessibile. Nessuna psicoterapia, purtroppo, oggi, è in grado d'impedire alla memoria emozionale di farsi sentire e, nonostante l'empatia, la relazione e la costruzione di nuove connessioni neurali – plasticità cerebrale – il risultato è sempre in dubbio” (Orbecchi, 2017). Un punto sembra centrale e pare accomuni tutte le forme di psicoterapia: *l'alleanza terapeutica*. Il cuore del cambiamento non risiede nella comprensione dei lapsus o nello svelare il contenuto latente dei sogni, più semplicemente - come sostiene il neuropsicologo Allan Schore - “nella maturazione del *cervello destro*, sistema non verbale, non linguistico” (Schore, 2008). Concludendo, “il cambiamento terapeutico non avviene grazie al recupero del rimosso ma, attraverso l'esperienza di Sé in rapporto all'altro” (Fonagy, 2001).

Capitolo 3. Morire per rinascere: il caso clinico di Lidia

Il materiale clinico è stato raccolto nel corso di un trattamento psicoterapeutico a orientamento *analitico reichiano*, estratto dall'analisi di una paziente di 45 anni, con diagnosi clinica di psicosi maniaco-depressiva, a un anno e otto mesi dall'inizio della terapia. Alla presentazione della paziente e all'inquadramento diagnostico segue, la descrizione dell'evoluzione del processo e della relazione analitica. Nella presentazione del materiale clinico, oltre a una visione globale della storia clinica della paziente, vengono analizzati i processi transferali – anche corporei – emersi nella cura, il progetto terapeutico analitico – corporeo, in una cornice teorica fondata sulla *psicoanalisi reichiana*.

Il setting utilizzato si basava su incontri a cadenza settimanale realizzati all'interno degli ambulatori di una struttura sanitaria, con una posizione vis- a- vi. Il paziente accede al servizio mediante il pagamento di un ticket, valido per un ciclo di otto sedute di psicoterapia, rinnovabili.

3.1 Anamnesi in ottica analitico-psicodinamica

Lidia (*nome di fantasia*) è una donna di 45 anni nata e cresciuta a Roma. Diplomata magistrale con il massimo dei voti, lavora come tecnico di laboratorio informatico presso un istituto professionale. Il padre, diploma media superiore, affetto da demenza sensile, è deceduto per tumore all'età di 85 anni. Ha lavorato come impiegato. La paziente (da adesso pz.) lo descrive come una persona *“calma, buona e un gran lavoratore”*. *“Da quando non c'è più mi manca tanto”*. (la pz. piange spesso al ricordo del padre). Secondo quanto riferito dalla pz. il padre avrebbe sofferto di periodi di depressione, mai trattati farmacologicamente o con altra terapia. La madre, diploma media superiore, 77 anni, casalinga, è in buona salute. E' descritta dalla pz. come *“impulsiva, agitata, rompipalle”*. Da giovane avrebbe sofferto di ansia generalizzata, trattata con barbiturici. Il fratello maggiore della pz. ha 62 anni, maturità scientifica, svolge attività in ambito imprenditoriale. E' in buona salute. La pz. riporta di avere un ottimo rapporto con lui, definendolo un sostituto del padre. Il secondogenito, 57 anni, diplomato, attualmente inoccupato, avrebbe tentato più volte il suicidio con ingestione di farmaci, trattato farmacologicamente per un disturbo dell'umore, meglio specificato, *Disturbo Bipolare I*. Il rapporto con la pz. è conflittuale a causa di problemi economici e di eredità. La pz. riferisce una familiarità per il disturbo bipolare, legato alla sorella della nonna materna. Dopo svariate avventure amorose (il numero preciso non viene segnalato), la pz. convive, tra alti e bassi, per 7 anni con un uomo. Nel contempo, frequenta altre persone, decidendo così di interrompere definitivamente la relazione.

Lidia è nata da una gravidanza portata a termine con fatica dalla madre, a causa di minacce d'aborto scaturite tra il 4° e il 6° mese, legate a incompetenza uterina (collo dell'utero debole). Per questo motivo ha trascorso diversi mesi allattata. A detta della pz. la gravidanza sarebbe stata desiderata, specie da parte del padre, il quale aspettava da tempo una bambina. Il parto è avvenuto con un taglio cesareo, per ovviare a eventuali complicazioni mediche. L'allattamento al seno è avvenuto per 3-4 mesi. La pz. non riferisce anomalie nello sviluppo psicofisiologico. Il primo mestruo a 12 anni, seguito da cicli irregolari e dolorosi. Lidia ha vissuto un'*infanzia* difficile, riferisce di essere stata una bambina chiusa, apatica, che non mostrava interesse verso gli altri bambini e poco coinvolta nei giochi sociali. E' costretta ad assistere a continui litigi tra i genitori, che sfoceranno nella separazione, quando la pz. ha sei anni. Durante uno dei litigi, all'età di 4 anni, Lidia si allontana volontariamente di casa, ricordando che in quel periodo era molto ansiosa e impaurita per la possibile perdita dei genitori. Gli anni delle elementari non trascorrono serenamente: i genitori agiscono pressioni verso la bambina, chiedendole in modo insistente con chi volesse rimanere una volta separati. Lei si sentiva impotente, impaurita e ansiosa. Lidia si definisce una bambina *infelice* non solo a causa della situazione familiare, ma anche perché derisa e oggetto di scherzi da parte dei compagni di scuola. Lei ricorda di essere stata timida e incapace di reagire. *L'adolescenza* è segnata da un evento traumatico nella vita di Lidia. All'età di 15 anni si innamora di un ragazzo più grande di lei, con cui inizia una relazione sentimentale e con cui, all'età di 16 anni, resta incinta. La sua famiglia e il fidanzato non prendono bene la notizia e in seguito a numerose pressioni, Lidia decide per l'aborto. Lo ricorda come un momento scioccante della sua vita, derisa e criticata più volte dalle suore, nella clinica in cui viene ricoverata. L'unico a starle vicino sia fisicamente che emotivamente è il padre. All'aborto segue un periodo di relativo benessere, descritto dalla paziente come pieno di energia, vitalizzante e felice. *“Mi sentivo rinata”*. In prossimità della maggiore età, la pz. assorbe molto stress, dovuto principalmente allo studio, finendo per sentirsi *abbattuta, spenta, sfiduciata*. Così, all'età di 18 anni, tenta il suicidio, cercando di tuffarsi dalla finestra di casa. A salvarla è il padre che, è l'unico a assistere alla scena. A seguito dell'episodio, il padre decide di portarla da uno psichiatra, il quale considera la sintomatologia riportata da Lidia ascrivibile a un episodio depressivo – reattivo, dovuto a stress. Prescrive trattamento farmacologico a base di antidepressivi. Gli anni del liceo trascorrono tra alti e bassi, segnati da continue liti con i genitori e con i compagni di scuola. *“Non avevo amici, così come non ho amici ora. Questo perché le persone sono false, mi usano, lo hanno sempre fatto, fanno i loro comodi, poi mi girano le spalle”*. Dopo la maturità la pz. riferisce un'interesse verso il teatro, che la porta a impegnarsi nella recitazione e a frequentare il mondo dello spettacolo. In questo periodo inizia l'uso di cannabis e alcoolici. Riferisce diverse avventure sentimentali, coloriti da rapporti sessuali, spesso non programmati. All'età di 22 anni perde il padre, malato di tumore. La reazione alla perdita è di profondo dolore: tutt'ora Lidia sembra

non sia riuscita a elaborare del tutto il lutto. Dall'età di 26 anni lavora come tecnico di laboratorio, senza particolare entusiasmo verso le mansioni richieste. Riporta attualmente una relazione sentimentale, verso cui però non nutre particolare interesse. A lavoro ha un rapporto conflittuale con i colleghi, i quali, a sua detta, vorrebbero sfruttarla e manipolarla continuamente. Non riesce a coltivare amicizie in quanto, a sua detta, nessuno delle persone che le stanno accanto sono sincere: *“Si rivelano tutti opportunisti, mi girano le spalle e, poi non capisco perché dovrei essere io quella che li cerca. Se non mi faccio sentire io, anche una telefonata, nulla, nessuno si ricorda di me”*. L'unico rapporto, seppur turbolento, Lidia lo mantiene con la madre, la quale, la chiama praticamente ogni giorno, criticando le sue scelte di vita. Attualmente ha un rapporto superficiale con il fratello maggiore, nonostante riferisca di volergli molto bene, mentre ha tagliato qualsiasi contatto con il fratello minore (a causa di diverbi legati all'ereditarietà lasciata dal padre).

3.2 Anamnesi patologica remota

L'esordio psicopatologico viene fatto risalire in prossimità della maggiore età, periodo di vita in cui la pz. assorbe molto stress, dovuto principalmente allo studio, finendo per sentirsi *abbattuta, spenta, sfiduciata*. Così, all'età di 18 anni, tenta il suicidio, cercando di tuffarsi dalla finestra di casa. A salvarla è il padre che, è l'unico ad assistere alla scena. A seguito dell'episodio, il padre decide di portarla da uno psichiatra, il quale considera la sintomatologia riportata da Lidia ascrivibile a un quadro *depressivo – reattivo*, dovuto a stress. Prescrive trattamento farmacologico a base di antidepressivi.

All'età di 21 anni, a seguito di assunzione d'ingente quantità di cannabis, la pz. manifesta sintomatologia di natura psicotica, colorita da *deliri di persecuzione, allucinazioni visive e crisi pantoclastica*. *“Sentivo un impulso irrefrenabile a rompere qualsiasi cosa mi capitasse davanti agli occhi, mi sentivo agitata, angosciata e pensavo che il ragazzo con cui convivevo (lo stesso con cui rimase incinta), mi volesse far del male. Ho poi pensato che il mio ragazzo, in accordo con mio fratello minore, mi spiassero con delle telecamere, sparse in ogni punto della casa”*. La pz. scappa di casa e rimane per strada per circa 5-6 giorni, senza che i familiari sappiano nulla di lei. Viene poi trasportata in ospedale e sottoposta a un trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Viene dimessa con diagnosi di *Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze*. Segue terapia farmacologica con antipsicotici e stabilizzanti dell'umore.

La pz. riferisce un periodo di circa 6 mesi di relativo benessere, seguito, all'età di 22 anni da un ricovero volontario in clinica psichiatrica, a seguito di sintomatologia depressiva, con rallentamento psicomotorio, anedonia, astenia, abulia, sensazione di vuoto, tristezza continua e ansia libera. In

questo periodo la pz. riferisce un'ingente calo ponderale (10/15 kg in pochi mesi). Ricorda momenti di rabbia alternati a pianti incontrollabili e, sotto consiglio della famiglia decide per il ricovero. Proprio in questa fase di vita Lidia, perde la sua “guida”, il padre a cui tanto è legata. La pz. si sottopone in clinica a cura elettroconvulsiva, con benefici a breve e medio termine. Viene dimessa dalla clinica con diagnosi di *Disturbo Depressivo Maggiore*, e le viene prescritta una terapia farmacologica che non ricorda.

La cura sembra giovarle e per circa 4 anni riferisce un relativo benessere dal punto di vista dell'umore, nonostante permangano difficoltà sul piano relazionale e sociale nella sua vita. In concomitanza con l'incarico lavorativo, a seguito di un periodo di prolungato stress, riferisce agitazione interna, attività fisica intensa ed episodi bulimici. Inizia a mettere in atto attività sessuale promiscua e abusa di alcolici. In cura farmacologica riesce a controllare gli episodi, senza un beneficio reale dal punto di vista dell'umore, il quale permane sub-espanso.

All'età di 30, a seguito di continui litigi sul posto di lavoro, tenta di tagliarsi i polsi. Trovata in casa dalla madre in pieno stato confusionale, viene portata al PS e ricoverata in SPDC. L'umore manifestato era deflesso, con pensieri di morte, insonnia, agitazione psicomotoria, ansia interna e deliri di persecuzione (la pz. sosteneva che uno dei colleghi le volesse far del male). In questo periodo Lidia riferisce un protratto abuso di alcool e cannabinoidi. Viene dimessa con diagnosi di *Disturbo Bipolare Tipo 1*. Segue una cura a base di stabilizzatori dell'umore, antipsicotici atipici e ansiolitici, con un relativo benessere.

All'età di 36 anni la pz. tenta di togliersi la vita defenestrandosi. Riporta numerose fratture e traumi di diversa natura. Resta ricoverata in ospedale per più di un mese. Non ricorda eventi particolari in quel periodo della vita che possano aver influenzato negativamente sul quadro clinico, ma asserisce una significativa deflessione del tono dell'umore e pensieri suicidari. Viene dimessa dall'SPDC e confermata la diagnosi di *Disturbo Bipolare 1 in comorbidità con Disturbi dell'alimentazione*. Viene prescritta terapia farmacologica su base di antidepressivi e stabilizzanti dell'umore.

Terapia farmacologica assunta nel corso degli anni:

- Abilify fino a 10 mg
- Depakin CH fino a 1000 mg
- Carbolithium 600 mg
- Invega 3 mg
- Tegretol fino a 800 mg

- Lamictal 100 mg
- Marvel 100 mg

3.3 Anamnesi patologica prossima

Lidia è attualmente seguita farmacologicamente presso l'Ambulatorio Disturbi dell'Umore di un Ospedale di Roma e viene segnalata - dopo aver effettuato un corso di *psico-educazione* - dallo psichiatra curante per intraprendere un percorso di *psicoterapia individuale* in ambito ospedaliero. Al momento del primo colloquio psicologico la pz. riferisce episodi di *Binge eating*, *tristezza*, *sentimenti di rabbia e solitudine*. Tende a evitare situazioni sociali in quanto si sente giudicata negativamente e non compresa dai suoi amici. La cartella clinica della pz. riporta una diagnosi di *Disturbo Bipolare I* in comorbidità a *Disturbi della condotta alimentare*. La pz. riporta *sintomatologia fisica e psichica, che precede il ciclo mestruale, classificabile come "Sindrome premestruale"*. In merito alle patologie somatiche, la pz. riferisce diabete tipo 2, ipertensione, ipotiroidismo (trattato con Eutirox). Non riferisce di avere riportato traumi cranici o convulsioni. L'alvo è irregolare e stitico. Non vengono riferite allergie.

Terapia farmacologica attuale:

- Depakin CH 500 1+0+1
- Topamax 25 mg 1+0+1
- Carbolithium 450 0+0+1
- Rivotril 20 gtt a bisogno

Lidia accede al primo colloquio psicologico con un abbigliamento trascurato. Appare sovrappeso, nonostante l'altezza. La mimica facciale appare ipomimica. Mostra fin dalle prime battute una certa dose d'irrequietezza motoria, con movimenti continui degli arti. Le spalle sono curve, la voce tremante. Emerge una difficoltà a sostenere il contatto oculare e un elevato controllo e misurazione dell'eloquio. Non emergono disturbi della memoria, né tanto meno dell'attenzione. In alcune fasi del colloquio il pensiero mostra una tendenza alla tangenzialità e una povertà di eloquio con un'augmentata latenza di risposta, se stimolata da domande. Non emergono disturbi del contenuto del pensiero o della percezione. Emerge una quota moderata di ansia libera. La pz. posiziona di fronte a sé la borsa, quasi a coprirla per metà del viso. Le faccio notare la cosa, dicendole che preferirei poterle vedere il viso per intero. Tendenzialmente diffidente nella prima parte del colloquio, Lidia si limita a rispondere alle mie domande, mostrando poca fiducia verso il percorso di psicoterapia che vorrebbe intraprendere. Le segnalo l'incoerenza mostrata tra aspettative e motivazione: *"Ne ho provate tante a oggi, per quello che sono sfiduciata e non so più che fare."*

Vorrei solo stare bene, ma non ci riesco. Non so se qualcuno o qualcosa riuscirà mai ad aiutarmi”.

A questo punto scoppia in lacrime. Nonostante le difficoltà iniziali del colloquio, a fine seduta, la pz. riferisce di sentirsi leggermente più sollevata rispetto all’inizio. Nel primo colloquio mi limito a focalizzarmi sui sintomi che la pz. riferisce, sui suoi interessi e sulla carriera lavorativa. Lidia mi dice di non essere contenta del suo lavoro, avrebbe voluto qualcosa di più dalla vita, e di non avere particolari interessi, se non quelli di fumare, mangiare e guardare la tv. Spronata, ammette un interesse verso il teatro, il cinema e la musica, in particolare quella rock. Proprio la musica sarà un argomento importante per gli sviluppi della terapia e per fondare una buona alleanza terapeutica. Concludo la seduta comunicando la mia presa in carico: “Se sei d’accordo, possiamo intraprendere un percorso di psicoterapia, per smuovere - assieme - quelle risorse che ti appartengono, per emergere dal fondo del pozzo nero in cui ti trovi, dove il futuro è senza speranza”. La paziente accetta la mia proposta e iniziamo il percorso.

3.4 Anamnesi Socio-economica

Dai colloqui clinici effettuati con la pz. si evince un temperamento ciclotimico/irritabile, associato a umore instabile. La pz. riferisce oscillazioni stagionali (abbassamento dell’umore in primavera-estate, con miglioramenti in autunno-inverno). Si riscontrano oscillazioni circadiane, con relativo benessere alla sera. Il sonno risulta discontinuo durante la notte, con 5 – 6 ore di riposo. La pz. riferisce di essere sovrappeso (90 kg per 172 cm di altezza). All’età di 20 anni sarebbe andata incontro a numerosi periodi di restrizione alimentare e attività fisica intensa (diverse ore al giorno), arrivando a pesare 50 kg. Sono seguite oscillazioni ponderali. La pz. fa uso di nicotina, beve 4 caffè al giorno e assume regolarmente alcool (2-3 birre nel weekend). Avrebbe fatto un uso importante di cannabis tra i 20 e i 24 anni, finendo diverse volte in ospedale. La pz. si definisce cattolica non praticante. Indagata sulle caratteristiche di personalità, la pz. si autodefinisce “*calma, tranquilla, attiva*”. Le piace leggere romanzi d’amore e ascolta musica rock, “*che nessuno conosce e solo a me piace*”. Nonostante il lavoro a tempo indeterminato, riferisce una condizione economica non particolare agiata.

3.5 Fissazioni prevalenti

I segni incisi dalle densità energetiche, così come le relazioni oggettuali con l’Altro da Sé, lungo la freccia neghentropica del tempo biologico, palesano le fissazioni prevalenti, avvenute nella storia della persona. Ripercorrendo la storia evolutiva dal big-bang della fecondazione alla fase genito-oculare, troviamo i seguenti *segni incisi* (carattere):

- gravidanza desiderata, specie da parte del padre, dopo i primi due maschi avuti;
- minacce d’aborto tra il 4° e il 6° mese;

- parto cesareo;
- allattamento 3-4 mesi;
- 4 anni scappa di casa a causa dei conflitti in famiglia;
- alla scuola elementare è oggetto di scherzi e fatica a integrarsi;
- 16 anni resta incinta e decide per l'aborto;
- 18 anni tenta il suicidio provando a defenestrarsi, il padre la salva;
- 21 anni abuso sostanze e alcool, manifestazione psicotica, ricovero TSO;
- 22 anni perdita del padre, sintomatologia depressiva, ingente calo ponderale, terapia elettroconvulsiva;
- 26 anni abuso sostanze stupefacenti e attività sessuale promiscua;
- 30 anni tenta di tagliarsi i polsi, ricoverata in SPDC;
- 36 anni tenta il suicidio defenestrandosi, ricoverata con svariate fratture multiple;
- 40 anni abbuffate alimentari.

3.6 Diagnosi dei tratti e passaggi prevalenti

Il carattere (segno inciso) si forma dai tratti prevalenti e dal *come* dei passaggi da una fase di sviluppo biologica all'altra. L'incontro relazione con gli oggetti interiorizzati avviene dall'attraversamento da un primo campo materno, a un secondo campo famiglia, a un terzo campo sociale, per finire al quarto e quinto campo relazionale. Dalla storia biologico-evolutiva di Lidia, definiamo un primo tratto intrauterino con una buona densità energetico-relazionale. Allo stesso modo troviamo un blocco rimosso nella fase oro-labiale, verosimilmente, frattale dell'allarme per minacce d'aborto in gravidanza tra il 4° e il 6° mese, nonché il parto cesareo, avvenuto momento di separazione/approdo. Sulla freccia del tempo evolutivo troviamo poi delle co-fissazioni di tipo coatto e fallico-isterico. Nella storia di Lidia, l'affacciarsi alla vita, il nascere, appare particolarmente difficoltoso. La nascita/parto, allarmata inizialmente in gravidanza, avviene con una separazione brusca, meccanica, indotta dall'esterno. La separazione del feto dalla madre avviene in uno stato del Sé allarmato, probabilmente non emotivamente pronto alla nascita. Madre e figlia iscrivono nel loro corpo, nel loro carattere questo passaggio, mantenendo (come vedremo in seguito) uno contatto ravvicinato per tutta la vita, ma conflittuale. È un segno inciso, un passaggio evolutivo che segna letteralmente il carattere e la relazione del Sé con l'Altro da Sé e con il mondo. Lo "svezzamento intrauterino" precoce si ripropone con buona probabilità in fase oro-labiale, definendo non solo l'uscita dal I campo relazionale e l'entrata nel campo famiglia ma, colorando le successive separazioni/incontri avvenuti nella vita di Lidia (pensiamo alle relazioni sentimentali turbolenti, alla delusione che sperimenta nella relazione con l'Altro da Sé, arrivando persino ad esserne terrorizzata, minacciata). L'entrata nel complesso edipico appare su una scena coniugale

particolarmente conflittuale. Il leader di coppia sembra essere il padre, ma la scena edipica risulta altamente affollata, specie se si pensa ai due fratelli più grandi di Lidia. Vedremo poi come il fratello maggiore, alla morte del padre della pz. prenderà la scena. La pubertà è segnata dai momenti di passaggio/approdo antecedenti: affacciarsi alla vita, entrare nella relazione con il mondo, rimane un movimento difficile per Lidia.

3.7 Diagnosi dei livelli corporei periferici, aree centrali e cervelli evolutivi prevalenti

Le relazioni oggettuali – prima ancora di sedimentarsi nel sistema nervoso centrale – passano per la periferia del corpo, attraversano la memoria implicita, tracciando i circuiti neurali e, di conseguenza, i cervelli evolutivi prevalenti. Lidia porta con sé il dolore, l’allarme, la minacciosità scalfita nel corpo, presente fin dal tempo intrauterino. Affacciarsi alla vita, mostrarsi per quella che è realmente, esaltare il Vero Sé le risulta difficoltoso. Per difendersi il suo corpo ha costruito una barriera (il sovrappeso, l’adipe) che da una parte la protegge, la tiene al caldo, al sicuro, le fa quasi sperimentare un utero avvolgente ma dall’altra, la separa dalle relazioni, dal contatto emozionale, dalla vita. Lo percepisco subito, appena incontro Lidia in seduta: quella borsa poggiata sul tavolo, un po' a coprirle, a mascherarle il viso, gli occhi, specchi dell’anima, un po' e definire confini relazionali chiari. Il livello della prima grande bocca, dell’immensa oralità, si associa al secondo livello oro-labiale. Il cibo, un caldo nutrimento. Un rapporto ambivalente, di odio e amore, simbolo anche della relazione con il materno. Nella terapia percepisco che il livello corporeo che prevale nella nostra relazione, specie durante i primi colloqui, è il segmento addominale, assieme a un cervello limbico allarmato, spaventato, ma desideroso di contatto con la vita, di nutrirsi di relazioni. L’allarme uterino è segnato nell’amigdala, così come la paura di essere abbandonata dai genitori nel giro del cingolo anteriore.

3.8 Eziopatogenesi frattalica prevalente

Per frattale si intende uno schema, un pacchetto energetico-relazionale che si ripropone a più livelli nel corso della vita. Nella storia evolutiva di Lidia il frattale prevalente risulta il tema dell’*inclusione* nel mondo, di affacciarsi alle emozioni della vita. L’eziopatogenesi frattalica è collocabile al tempo interno intrauterino, quel tempo allarmato, in cui Lidia sperimenta la paura della morte (minacce d’aborto), quasi come a dire “ per vivere, per affacciarmi sulla scena del mondo, devo contattare il terrore della morte, per nascere, devo prima sperimentare la fine”. È un frattale, quello della morte che si propone costantemente nella storia di vita di Lidia, pensiamo all’aborto a sedici anni, ai tentativi di suicidio (di cui due per defenestrazione) e la perdita del padre, non del tutto elaborata nel simbolico. È un frattale che probabilmente segna, determina persino le manifestazioni psicopatologiche oltre-soglia di Lidia. Le reazioni maniacali che troviamo nella

storia clinica di Lidia sono probabilmente dovuti da una parte alla co-fissazioni bipolare, succedutesi al blocco rimosso uterino e, allo stesso tempo rifiuto del lavoro sul lutto, del processo di significazione e simbolizzazione, una negazione delle perdite subite. L'atto suicidario poi, è l'emblema del dolore, della perdita, della paura di vivere. Lacan rintraccia nel *gesto della defenestrazione* l'espressione più pura del suicidio melanconico, come rifiuto assoluto del mondo, della vita. Defenestrarsi significa letteralmente, saltare fuori, abbandonare la realtà, il mondo. "Catapultarsi fuori dalla scena del mondo – scrive Recalacati – questo accade per il melanconico che, raramente sceglie la pistola, le lamette o i farmaci, bensì si lascia cadere nel vuoto" (Recalacati, 2016).

3.9 Analisi di scena e Diagnosi Relazionale

L'analisi di scena consente di allargare lo sguardo, l'osservazione, per fare luce sul campo relazionale esterno. In analisi reichiana si rappresentano graficamente le relazioni familiari, individuando così il leader di coppia, posizioni up e down, schemi relazioni simmetrici o di alleanza. Alla pz. viene chiesto di tracciare con delle linee (da un minimo di una a un massimo di tre) la sua percezione delle relazioni famigliari. Lidia sceglie di rappresentare la famiglia attuale.

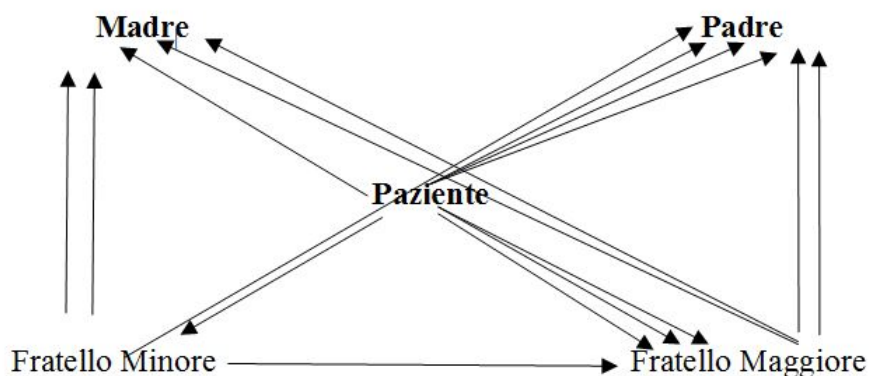


Immagine 4. Mappa familiare di Lidia

In questo caso la pz. colloca se stessa al centro del grafico e traccia rispettivamente: 3 linee con il padre, e con il fratello maggiore, così come una con il fratello minore e con la madre. Il leader di coppia è verosimilmente il padre, tuttavia anche la madre riceve 5 linee dirette dai familiari. Si percepisce una stratta alleanza tra Lidia, il fratello e il padre e, dall'altra tra il fratello minore e la madre. Palese poi la relazione simmetrica tra i coniugi, così come tra Lidia e il secondogenito.

3.10 Diagnosi clinico-psicopatologica

Situando le manifestazioni clinico-patologiche di Lidia su un piano puramente categoriale, ci serviamo del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM – 5) e dell'ICD – 10 per porre diagnosi: l'umore espanso e irritabile, la diminuzione del sonno, l'incrementarsi della loquacità, la fuga di idee, le manifestazioni psicotiche ci portano verso una diagnosi di disturbo bipolare 1, caratterizzato da episodi maniacali e seguito da episodi ipomaniacali e/o depressivi. Nello specifico gli episodi maniacali si verificavano a cicli rapidi, con caratteristiche melancoliche e, una moderata quota d'ansia persistente. Le caratteristiche psicotiche mostrate negli episodi maniacali apparivano congrui all'umore (ricordiamo deliri su tematiche di sospettosità, dubbi sull'autenticità dei familiari e paranoia). Tenendo conto del fatto che gli episodi dell'umore si sono manifestati costantemente dai diciotto anni in poi, dalla storia clinica di Lidia si riscontra inoltre un andamento stagionale, con un netto peggioramento ai cambi stagionali, specie in autunno-inverno. Il disturbo bipolare 1, nonostante condizione *lifetime*, si presenta attualmente in remissione completa, ossia non vengono colti segni o sintomi significativi dell'alterazione dell'umore. La gravità attuale del disturbo può segnalarsi come lieve. In comorbidità al disturbo bipolare 1 poniamo diagnosi di Disturbo disforico premestruale (secondo i sintomi riferiti dalla pz), così come Binge-eating dovuto a episodi di abbuffate che si verificano per più di una volta la settimana, da oltre tre mesi a questa parte. La gravità degli episodi alimentari è ascrivibile alla dicitura del DSM – 5 “moderata”, con una media di 4-7 a settimana.

Per riassumere:

→ *Diagnosi categoriale DSM - 5*

- Disturbo Bipolare 1 (in remissione completa) + Disturbo disforico premestruale + Disturbo da Binge-eating moderato

→ *Diagnosi ICD-10*

Disturbo affettivo bipolare attualmente in remissione + Disturbo disforico premestruale + Disturbo da alimentazione incontrollata

3.10.1 Diagnosi Funzionale in ottica analitico-reichiana

In analisi reichiana la sintomatologia psicopatologica è espressione di un *oltre-soglia* di tratto ed essendo informata alla diagnosi funzionale (*Ferri e Cimini, 2012*), necessità di alcuni interrogativi:

- quale senso intelligente ci rivela il sintomo?
- quale economia sostiene?
- quale esito ci indica?
- come si rapporta al lì e allora, al qui e ora? (*Ferri e Cimini, 2012*),

Dall'attenta osservazioni dei segni incisi (carattere) che hanno scolpito il corpo di Lidia, ci troviamo di fronte a un *Disturbo depressivo di Prima Grande Bocca con co-fissazioni coatto – fallico – isterica*. Trattasi di un blocco rimosso intrauterino – da parto precoce – analogo allo svezzamento orale prematuro. Le co-fissazioni spiegano il meccanismo della bipolarità umorale nella storia clinica di Lidia. La densità energetico – relazionale dell'utero, così come una forte carica energetica e componente narcisistico – mascohistica primaria, fonda il Sé di Lidia, orientando la diagnosi funzionale. Le abbuffate alimentari, sessuali, etc, rinvenute nella storia clinica della pz., sono manifestazioni psicopatologiche legate alla polarità alta (*mania*), ovvero, tentativi entropici (dettati dalla copertura fallico – isterica) di risalita energetica. Per questo inquadrriamo le manifestazioni maniacali come un tentativo estremo, esasperato, di affacciarsi alla vita, di contattare la paura della morte per risalire neghentropicamente. Per tale ragione mi sento di leggere le *abbuffate* (di qualunque tipo esse siano), come tentativi di colmare un vuoto antico, lasciato nel primo livello corporeo, l'addome, dovuto a una separazione allarmata, difficile, a un'uscita difficoltosa e dolorosa verso la vita. I periodi bui, di depressione, possono leggersi come tentativi di tornare nell'utero, contattare il terrore della morte, per poi azzardare una risalita sugli occhi, livello difficilmente raggiungibile per Lidia, a causa delle successive co-fissazioni. Eppure vedremo come la psicoterapia abbia fatto evolvere neghentropicamente i suoi segni incisi.

3.11 Diagnosi differenziale

La diagnostica funzionale deve interrogarsi sul tempo evolutivo della manifestazione *oltre-soglia*, per escludere altre patologie. La buona densità energetico-relazione del Sé con l'Altro da Sé/oggetto parziale utero, ci fa escludere una diagnosi di disturbo borderline. Nel caso di Lidia Non si tratta di un blocco insoddisfatto intrauterino, bensì di un parto prematuro (da intendersi non in senso cronologico, bensì sulla base dei tempi interni al Sé), di un *blocco rimosso a livello intrauterino*. Allo stesso modo escludiamo una depressione esogena, da blocco orale insoddisfatto per intenderci, in quanto la manifestazione patologica è ascrivibile a un tempo antecedente, a una difficoltà di separazione/approdo, o come la psichiatria classica insegna, a depressioni endogene, melancoliche. L'imprinting per l'oltre-soglia non è avvenuto nella fase oro-labiale (nonostante il blocco rimosso in fase intrauterina abbia colorito il successivo svezzamento). Il clinico potrebbe essere tratto in inganno dalla paura, dalla rabbia e da una aggressività mordace-rivendicativa (*Ferri, Cimini, 2002*). Nel caso di Lidia trattasi di una riproposizione del frattale che ha segnato la storia evolutiva intrauterina.

3.12 Domande esplicite e implicite

L'analista reichiano pone particolare attenzione sia alle domande esplicite, verbalizzate dal paziente che a quelle implicite, che emergono dal *fantasma* clinico. Le domande implicite custodiscono i segni incisi, la storia, in quanto stratificate nelle *menti di tratto* (Ferri, 2017), depositate nella memoria implicita. A livello esplicito Lidia - nonostante appaia sfiduciata nei confronti delle relazioni sociali e diffidente dall'esprimere i suoi sentimenti - vorrebbe migliorare la sua vita, senza avere in mente come potrebbe fare.

Le chiedo: cosa ti aspetti dalla psicoterapia?

Lidia: come un momento per scaricarmi, un percorso in cui venga ascoltata e capita, in cui realmente qualcuno si interessi a me. Vorrei essere più felice, stare meglio emotivamente, smettere con i farmaci e dimagrire. Sono sovrappeso e non riesco a calare di un grammo, nonostante gli sforzi compiuti.

Cosa mi domanda (attraverso il transfert) Lidia? Cosa chiede all'Altro da Sé? Attraverso le abbuffate alimentari Lidia rifiuta l'Altro che è percepito come ingovernabile, richiedente (si pensi alla madre pressante). Ingurgitare ingenti quantità di cibo senza controllo è per Lidia un tentativo di mantenersi lontano dall'aggressività, di non contattarla. Il corpo grasso rifiuta la sessualità, è una protezione sia interna che esterna. L'adipe tiene a bada le emozioni. La domanda implicita del qui e ora di Lidia è palesare il corpo, esporlo, mostrarlo come sintomo per richiedere di essere vista, accettata, amata, compresa. È una richiesta orale, da blocco rimosso che, tuttavia poggia su una separazione troppo veloce, eccessivamente precoce, in un tempo antecedente però, quello uterino. Le manifestazioni psicopatologiche di Lidia fanno di allarme, minacciosità, parlano di un un utero oppressivo, non includente, espulsivo, che l'ha gettata – prematuramente – nella vita. I suoi sintomi parlano anche di un eccesso di secondo campo, un padre che su di lei ha riposto ingenti dosi di narcisismo, intrappolandola – probabilmente - in un progetto narcisistico-masochistico. Da qui derivano le sue co-fissazioni fallico-isteriche.

3.13 Transfert di Stato, Tratto, Livello corporeo

Nella stanza di analisi si palesano meccanismi transferali, espressività delle relazioni oggettuali, dei livelli corporei e delle menti incarnate di tratto che li esprimono (Ferri, 2017). Lidia si affaccia sulla scena del mondo con un elevato grado di diffidenza, sospettosità e cautela che non presenta solo nelle relazioni interpersonali ma, anche nei miei confronti. La pz. si mostra corazzata, in guardia, poco incline a esprimere vissuti e stati d'animo. Tuttavia vuole mettermi alla prova, tenta di vedere quanto io possa accettarla. È un transfert che proviene dal tratto intrauterino (allarmato), da un I° campo/utero non includente, da un'aggressività orale non del tutto espressa. I livelli corporei

transferali attivi in Lidia sono il I livello della grande bocca (addome) e il II° livello della bocca. Da ricordare infine il peso del progetto masochistico sia primario che secondario che porta con sé, così come la componente narcisistico-isterica, collocabile al livello del collo.

3.14 Controtransfert di Stato, Tratto, Livello corporeo

Le reazioni contro-transferali dell'analista nei confronti del malato si rivelano una preziosa risorsa da utilizzare nel trattamento di cura, terreno fertile per un setting neghentropico. Nella relazione con Lidia mi percepisco – specie nei primi incontri - infastidito dal suo comportamento, quasi volesse farmi un piacere a parlare. Percepisco allo stesso tempo anche la sensibilità, la diffidenza e la sua tristezza. Penso che è normale che si ponga con un atteggiamento cauto nei miei confronti, considerati gli eventi negativi che hanno scandito la sua vita. Vedo davanti a me una persona senza desiderio, senza spinta per la vita, anestetizzata nei sentimenti. Provo una tenerezza infinita nei suoi confronti. Penso che da qualche parte potrò trovare una scintilla che riaccenda la sua speranza, la voglia di vivere. In seduta – corporalmente – sento d'incontrarla con il III° livello collo, ma anche con il IV° torace/braccia, in un abbraccio affettuoso e accettante. Gli occhi VII livello (in una visione bottom-up) sono intensi, caldi e includenti. Un punto luminoso nel mondo che possa permetterle di affacciarsi alla vita.

3.15 Stadio della Relazione Analitico-terapeutica

L'accoppiamento strutturale avvenuto nel setting tra me e Lidia, basato su un incontro tra itercorporeità e intersoggettività (*Ferri, 2017*) ha permesso l'evolversi neghentropico della relazione di cura. Oggetto di ascolto nel setting sono state le libere associazioni, i sogni, le fantasie liberatorie, le manifestazioni transferali. Il processo terapeutico stesso ha visto un susseguirsi di stadi, un'evoluzione sulla freccia del tempo neghentropica. Continui posizionamenti transferali e riposizionamenti contro-transferali hanno permesso a Lidia di prendere consapevolezza dei suoi segni incisi, dei tratti caratteriali prevalenti, delle fissazioni sul tempo biologico-relazionale. In modo tale da non essere più oggetto passivo della vita, ma protagonista di scelte.

3.16 Progetto analitico – corporeo

Sulla base della storia biologico-biografica di Lidia è stato cucito un progetto analitico-terapeutico ad hoc, intercettando campi di espansione neghentropica. La pz. trova in me un II campo accettante ma allo stesso tempo strutturante. Cerco di accoglierla ma allo stesso tempo di accompagnarla fuori, affacciarsi alla vita. È un'occasione preziosa per Lidia. Può finalmente sperimentare un utero caldo e accettante, che rispetti i tempi del suo Sé per nascere, non un parto precoce. La mia figura strutturante le permette di trovare un secondo campo non richiedente, che non le chiede di scegliere

tra lo stare con la mamma o con il papà. Lidia sperimenta così la possibilità del “No”, rivolto alla madre. La mia posizione si mantiene come punto fermo e luminoso nella sua vita, che l’accompagna e non le permette di destrutturarsi. Lidia può finalmente esprimere la sua assertività, contattare l’aggressività legata ai temi abbandonici ma, allo stesso tempo imparare l’assertività, risorsa con cui andare nel mondo per incontrare gli altri. Ho cercato di proporle un modello di equilibrio (che potesse regolare anche i suoi sbalzi d’umore) che oscilli tra l’affermazione di Sé e la separazione dall’Altro, legato alla paura di perdere l’oggetto d’amore. È stato un percorso di cura che ha aiutato Lidia a gestire diversamente i momenti di passaggio, separazioni (anche sentimentali) non più impregnate di allarme. La terapia le ha permesso di respirare a pieno torace, di affacciarsi e dire “No” neghentropici alla vita. Lidia ha mollato il senso di colpa per la morte del padre e ha preso consapevolezza del progetto narcisistico primario e secondario che poggiava sulle sue spalle. In una parola si è riappropriata della vita.

Il processo terapeutico avrebbe potuto sicuramente intercettare correnti neghentropiche maggiori se nel setting fosse stato possibile inserire delle *attivazioni incarnate* (*Embodiment Therapy, Brumărescu, 2017*), per oltrepassare le simulazioni corporee disfunzionali (*Ferri, 2017*). Un progetto terapeutico – analitico contempla l’utilizzo di specifici movimenti corporei, denominati *actings*, organizzati sulla freccia del tempo attraverso la metodologia della Vegetoterapia Carattero - Analitica (*Navarro, 1980*).

La prima simulazione incarnata da proporre è il *Punto fisso luminoso*. L’analizzato si trova disteso in posizione supina con le gambe flesse e le braccia lungo i fianchi. I piedi sono ben poggiati sul lettino fra loro paralleli. L’analista siede alle sue spalle, con una lucina perpendicolarmente ai suoi occhi, a una distanza di circa 15-20 cm. Il paziente guardare la lucina per circa 15 minuti. Successivamente si chiedono sensazioni, emozioni, pensieri e/o immagini. È un lavoro che sollecita le aree della corteccia pre-frontale. È un *acting* che permette di trovare il proprio Io, individuarsi. È un punto luminoso nel mondo che permette di affacciarsi alla vita, di uscire dal pozzo nero della depressione. È un’attivazione incarnata che richiama tematiche di separazione – individuazione. La convergenza sul punto luminoso è un *acting* che richiama le tematiche della *"giusta distanza o della perdita dei confini"* tra il Sé e l’Altro da Sé (*Ferri, 2017*). Trattasi di un’attivazione incarnata che richiama l’Individuazione-Separazione dall’Altro in fase oro-labiale, a indicare una sopraggiunta piramidaltà e l’arrivo di una progressiva muscolarità volontaria striata. Il punto fisso luminoso, in termini kleiniani, rende possibile il passaggio dalla posizione schizo - paranoide a quella depressiva. “Gli *actings* formano, informano e riformano la Mente Incarnata Enattiva e di Tratto, incrementano la cognizione e il sentire, determinando una maggiore intelligenza della Mente e della Soggettività

del Sé” (Ferri, 2017). È un acting neghentropico per Lidia, che potrebbe risvegliare tematiche a sfondo persecutorio. Qualsiasi associazione sarà oggetto di analisi e riportato alla soggettività dell’analizzato. È un movimento incarnato che stimola non solo la corteccia pre-frontale ma anche l’azione dopaminergica legata all’azione, all’affacciarsi sulla scena della vita. Analiticamente la lucina può far scoprire a Lidia che esiste un Altro da Sé che la guarda, la osserva e non necessariamente dovrà essere persecutorio. L’acting può assumere anche valenza esplorativa, per individuare quale mente di tratto, quali schemi relazionali il paziente ci porta in seduta. “Gli acting sono ascensori frattalici del tempo interno e nel setting, la loro fermata nella stazione di stadio appropriata, risente anche del contro-transfert dell’analista (Ferri, 2017).

Naso – cielo a oggetto stabile:

Trattasi di un’attivazione incarnata che permette di trovare se stessi in presenza dell’Altro da Sé. Così come nell’acting del punto fermo luminoso, il paziente è invitato a percepire le sensazioni, le emozioni e immagini/pensieri che tendono a svilupparsi durante il movimento dalla punta del proprio naso alla luce posta sopra la sua glabella. La proposizione dell’acting è accompagnato dal Contro-transfert di tratto appropriato, permettendo così la giusta cornice intercorporea-intersoggettiva (Ferri, 2017). Analiticamente, il *naso – cielo* permette di esplorare e correggere pattern relazionali difettuali appartenenti al passato, che non hanno permesso lo svezzarsi – individuarsi.

Naso – cielo a oggetto in movimento:

A differenza dell’acting precedente, il naso – cielo a oggetto in movimento, vede l’avvicinarsi della luce verso la punta delle narici del paziente. È un movimento che esplora e analizza i processi di convergenza – accomodazione. Trattasi di un’attivazione incarnata che richiama la relazione oggettuale primaria, permettendo di distinguersi e separarsi dall’Altro da Sé. Questo acting risulta particolarmente adatto alla tematiche di separazione/approdo – nascita/individuazione. Il naso – cielo appartiene al tempo evolutivo della fase oro-labiale, secondo livello - bocca. Proprio su questo tempo analitico sono segnati i pattern relazionali e simbolici legati alla fase di allattamento e del momento del passaggio – svezzamento. È un acting che può far emergere domande implicite legate a tempi evolutivi antecedenti, pre – soggettivi. L’allontanarsi della luce può richiamare temi abbandonici con risonanze sul I livello della grande bocca, riportando a stati d’angoscia segnati nel tempo del corpo. Il campo visivo e i processi di convergenza – accomodazione possono essere esplorati anche mediante l’attivazione del singolo occhio, coprendo con il palmo della mano la visione dell’altro. È un acting che agisce indirettamente anche sul terzo livello – collo e sul IV livello – torace. Il movimento di convergenza e accomodamento verso la luce dispiega il collo,

alleggerendolo dal peso di disarmonie super – egoiche. Il torace si libera dall'oppressione narcisistica del collo e riprende la sua espansione neghentropica. Si nota così come ogni acting rappresenti una fotografia di stato, di stadio e di tratto della persona. L'enorme potenzialità della Vegetoterapia analitico – caratteriale, o terapia incarnata (*Embodiment Therapy, Brumărescu, 2017*) risiede nell'attivazione delle vie cortico – spinali, nel tessere nuove relazioni simboliche, connettere neuroni afferenti al mondo affettivo, limbico con livelli organizzativi superiori, neopalliali.

Giunti a questo punto, il progetto terapeutico - corporeo stimola acting affermativi, energetici, che riportino Lidia su una posizione assertiva ma, consapevole e centrata su di Sé (per merito del lavoro sugli occhi). Il *lavoro sul collo* permette il recupero della dimensione aggressiva, di movimento verso il mondo. La paziente, in posizione supina, gambe distese, i piedi a martello, alza il collo dal lettino per guardare le dita. È un acting utile a dispiegare la parte posteriore del collo così come i muscoli trapezi. Questa attivazione incarnata permette di recuperare l'aggressività inespressa, liberando il torace. Attraverso lo sforzo dei muscoli sternocleidomastoidei colleghiamo la zona cervicale con il quarto livello reichiano. Con l'obiettivo di permettere a Lidia di affacciarsi alla vita, lavoriamo ancora sull'azione dopaminergica legata al movimento: proponiamo l'acting della *Respirazione con Io e mani piatte (Ferri, 2017)*. Sul finale di ogni processo espiratorio si associa l'espressione della parola "Io" accompagnata dal battito dei palmi delle mani sul lettino. E' un acting che coinvolge l'affermatività toracica, attraverso la respirazione e il movimento. A completare la dimensione dopaminergica legata all'azione proponiamo *Aprire e chiudere le mani*, simulazione incarnata adatta all'equilibrio tra il prendere e il dare, tra l'energia centrifuga e centripeta. Il movimento delle mani rafforza e riflette la tonicità del torace e del terzo livello – collo.

Calci e "No": questa attivazione incarnata agisce sul livello delle pelvi e del bacino. Il paziente allunga le gambe sul lettino e, senza piegare le ginocchia, scalcia verso il soffitto, esprimendo il "No". Le gambe ricadono poi passivamente sul lettino. Ai quindici minuti di acting segue la verbalizzazione delle sensazioni, emozioni e pensieri/associazioni emersi durante i movimenti. Questa specifica attivazione incarnata permette a Lidia di scaricare la paura iscritta nel bacino, scacciando un Super-Io incombente, a tratti persecutorio. La paura della castrazione simbolica, della paura del giudizio (spesso sconfinante nella persecutorietà) può essere alleggerita. Scalcia permette a Lidia di sciogliere le tensioni accumulate nei muscoli dorsali, dove ristagna l'aggressività negativa verso il mondo (*Navarro, 1980*). Nelle verbalizzazioni compaiono ricordi negativi legati all'autorità repressiva, o di piacere, come a scalcia persone o situazioni opprimenti.

A complemento nel processo analitico, esploriamo il mondo energetico – relazionale intrauterino mediante specifici acting che coinvolgono le orecchie. Sono attivazioni incarnate complesse che richiamano memorie implicite e i rispettivi neuromediatrici, segnati e presenti nelle stazioni di quel tempo biografico della persona (Ferri, 2017). *Mani sulle orecchie* evoca processi transferali e contro-transferali delicati, impregnati di emozioni e campi energetico – relazionali significativi.

Proponiamo per 15 minuti *Mani a conchiglia sulle orecchie*. L'analizzato, steso sul lettino, ginocchia flesse, piedi ben poggiati, braccia distese lungo il busto, occhi chiusi. L'analista, seduto dietro la sua testa, pone le mani a conchiglia (concave) sulle orecchie della persona (incluso il padiglione auricolare). È un acting che appartiene allo stadio intrauterino, al tempo delle fasi intrauterine. Va inteso come richiamo “frattalico dell'inclusione, del dentro” (Ferri, 2017). Tenendo conto della storia evolutiva di Lidia questa attivazione incarnata può raggiungere tempi relazionali antichi. Sulla sua superficie, il padiglione auricolare sembra essere portatore d'innervazione degli organi e degli apparati, come a disegnare un feto. L'orecchio, inoltre, raccoglie i battiti primitivi così come il sentire dell'ambiente liquido (Ferri, 2017). È un acting che permette di contattare emozioni lontane, vissuti intrauterini colorati dalla relazione oggettuale primaria, classificabile sui livelli di densità energetico-relazionali. A questo tempo evolutivo risalgono le manifestazioni oltre-soglia della psicosi, della melancolia, dei disturbi bipolari, borderline e patologie claustrofobiche. L'acting è uno schema – movimento a fondamento ontofilogenetico, che esplora, analizza e ripara blocchi, ipo o iper tonici. L'oltre-soglia di Lidia segnala un blocco intrauterino rimosso con coperture coatto-fallico-isteriche. L'obiettivo del lavoro sul corpo, del processo analitico-terapeutico che si sviluppa nella *Embodiment Therapy*, risulta il ripristino dell'eutono, il riequilibrio della bilancia “vago-simpatico” del sistema neurovegetativo. Saranno le sensazioni di piacere provate durante l'acting a segnalare il riequilibrio del blocco, a indicare un mutamento di tratto.

L'attivazione incarnata delle mani a conchiglia risulta propedeutico all'esplorazione del delicato momento del parto. Per questo tempo evolutivo proponiamo *Mani piatte sul padiglione auricolare*. L'analizzato è sdraiato sul lettino, ginocchia flesse, piedi ben poggiati, braccia distese lungo il busto, occhi chiusi. L'analista, seduto dietro la sua testa, pone le mani piatte sulle sue orecchie. Trattasi di un'attivazione incarnata che appartiene al tempo analitico del profondo, proprio del passaggio sul canale del parto (Ferri, 2017). Sulle orme dei segni incisi questo acting può richiamare in Lidia tematiche di separazione/nascita/parto così come un allarme di oppressione, un ingabbiamento nel progetto materno e familiare con sfondi masochistici. Tenendo conto della risonanze emotive che questa attivazione incarnata suscita nell'analizzato, si mostra necessaria una cornice intersoggettiva altamente definita e adattata, per permettere il dialogo-accoppiamento strutturale fra i tratti del paziente e quelli dell'analista.

3.17 Validazione della Neghentropia nel tempo

La relazione terapeutica con Linda si è via via sempre più evoluta. I primi otto incontri, utilizzati fondamentalmente per la raccolta anamnestica (funzionale al processo diagnostico) e l'instaurazione di un'alleanza terapeutica, sono diventati sedici, ventiquattro, trentadue e così ancora, sino a un anno e otto mesi di terapia. Durante gli incontri terapeutici ho avuto modo di approfondire le relazioni interpersonali, lo stile comunicativo presente in famiglia, nonché valutato le risorse interne ed esterne. Nel corso dei colloqui è emersa una modalità di pensiero inflessibile e dicotomica: paura di sbagliare, tendenza a valutare eventi e vissuti senza una coloritura emotiva, sospettosità e diffidenza nei confronti delle persone. Punto nevralgico è stato quello del contattare la rabbia che Lidia nutre verso la madre e il fratello minore, così come dolore e la tristezza per la perdita della figura paterna. A lungo abbiamo avuto modo di confrontarci sui tormenti, le paure, il sentimento di smarrimento e sfiducia, segnati dall'aborto a sedici anni. Momenti di benessere e sconforto, irritabilità, si susseguono ciclicamente durante il percorso di cura. Lidia impara a gestire meglio le fasi difficili, le conflittualità, trovando in me una figura accettante, non giudicante. Lidia sperimenta così la possibilità di un altro *come* nelle relazioni. I suoi modelli interpersonali disfunzionali trovano origine nelle fasi evolutive della sua vita e a piccole dosi, impara a distanziarsene. Per un'istantanea sull'oltre-soglia, poco prima della conclusione della terapia, Lidia riferisce un benessere soggettivo pari a 73% (in una scala matematica 0-100). La sintomatologia alimentare risulta (anche da misurazioni oggettive) decisamente migliorata, così come l'umore che, appare indiscutibilmente più stabile rispetto all'inizio della cura.

3.18 Vegetoterapia Carattero-Analitica della Relazione

A conclusione del progetto analitico-terapeutico cucito sui segni incisi di Lidia, è funzionale ricordare come la Vegetoterapia analitico – caratteriale, risorsa preziosa nelle mani dell'analista (da utilizzare con la giusta appropriatezza e sostenibilità di contatto) mostri dei limiti. Densificare una relazione oggettuale primaria nella finestra biologica del tempo intrauterino può risultare un'impresa tutt'altro che facile. A fare la differenza – oltre alla lettura del carattere – il nutrimento affettivo e relazionale dell'analista, colorito della consapevolezza dei processi transferali intercorporei e dalle dinamiche intersoggettive, in una parola: Analisi del carattere della Relazione (Ferri, 2017). Per una cornice analitico-terapeutica appropriata risulta di estrema importanza proporre – in sede di supervisione - simulazioni incarnate anche per l'analista, atte a contattare livelli di neghentropia maggiori nel setting. Il primo acting a cui potrei sottopormi in supervisione è la *Rotazione degli occhi*. Questa tipologia di attivazione rappresenta la funzionalità totale dello sguardo. Ruotare gli occhi implica la piena consapevolezza dello spazio e del tempo: tradotto analiticamente è tornare costantemente al qui e ora della relazione analitica. Solamente l'uomo tra i

mammiferi è in grado di ruotare intenzionalmente gli occhi. Questo acting collega i tempi – passati, presenti e futuri – dell’analista. Lo sguardo all’indietro simboleggia gli accadimenti antichi, quello frontale, il futuro, mentre i movimenti laterali rappresentano il presente (*Navarro, 1980*). La rotazione degli occhi amplifica lo sguardo sulla scena, crea nuove connessioni neurali nelle aree pre-frontali. Trattasi di un’introiezione spazio - tempo nel campo di coscienza (*Navarro, 1980*).

A complemento di una visione superiore nel setting, onde intercettare campi energetici maggiormente funzionali (neghentropici), mi sottoporrei all’acting della *Medusa*. Sdraiato sul lettino con le gambe flesse e congiunte, piedi poggiati sul lettino, occhi aperti, inspiro a fondo. L’espirazione è accompagnata dalla vocalizzazione "A". Le spalle si abbassano, le pelvi si sollevano dal lettino, le gambe si aprono a compasso. Il ciclo respiratorio riprende con la chiusura delle ginocchia e l’inspirazione. Questo acting agisce direttamente sul diaframma (“muscolo emotivo” implicato nelle componenti respiratorie), alleviando o - per meglio dire - alleggerendo il campo da vissuti ansiogeni. Questa attivazione corporea libera l’analista da eventuali vissuti masochistici, sovente richiamati nel corso del trattamento.

4. Bibliografia

Adler, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano 1954

Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. *Bipolar II with and without cyclothymic temperament: the "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity*. J Affect Disord 2003;73:49-57.

Alexander, FG., French, TM., *Psychoanalytic psychotherapy: Principles and application*. New York, NY: Ronald, 1946

Ammaniti, M., Gallese, V., *La nascita dell'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano, 2014

American Psychiatric Association, *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder*; Am J Psychiatry 151 (2017)

Beebe, B. (2004). *Faces in relation: A case study*. Psychoanalytic Dialogues, 14(1), 1–51.

Backer, E., F. L'uomo nella trappola. Astrolabio Ubaldini ed., 1978

Bion, W. R. (1970), *Attention and interpretation*. London, England: Tavistock.

Bowlby, J. (1988), *A secure base: Parent– child attachment and healthy human development*. London, England: Routledge.

D'Ambrosio V, Albert U, Bogetto F, et al. *Obsessive-compulsive disorder and cyclothymic temperament: an exploration of clinical features*. J Affect Disord 2010;127:295-9.

Ferri, G., Cimini, G. (2012), *Psicopatologia e carattere*. Roma: Alpes

Freud, S. (1958), Recommendations to physicians practicing psycho-analysis. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 12 (pp. 109–120)*. London, England: Hogarth Press. (Original work published 1912)

Gabbard, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria*

psicodinamica, Cortina, Milano 1995

Gallese, V., Eagle, M. E., Migone, P. *Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations*. Journal of the American Psychoanalytic Association 2007, 55(1), 131–176

Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, et al. *Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer*. J Clin Psychiatry 2003;64:331-5.

Hayes, S., Wilson, K. *Acceptance and commitment psychotherapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press, 1999

Kabat-Zinn, J. *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*. Clinical Psychology: Science and Practice 2003, 10(2), 144–156.

KOHUT, H. (1971), *The analysis of the self*. New York, NY: International University Press.

Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, et al. *Endogenous and exogenous cyclicality and temperament in bipolar disorder: review, new data and hypotheses*. J Affect Disord 2006;96:165-75.

Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del Sé*. Boringhieri, Torino 1980

Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: E&S Livingstone 1921.

Linehan, M. M. *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press, 2003

MacKinnon DF, Xu J, McMahon FJ, et al. *Bipolar disorder and panic disorder in families: an analysis of chromosome 18 data*. Am J Psychiatry 1998;155:829-31.

Maina G, Forner F, Rosso G, et al. *Caratteristiche temperamentali in un campione di 80 pazienti depressi*. Giorn Ital Psicopat 2003;9:157-62.

Orbecchi. M, *Biologia dell'anima*, Bollati Boringhieri, 2017

Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, et al. *A prospective study of stability and change over 2 years of affective temperaments in 14-18-year-old Italian high school students*. *J Affect Disord* 1998; 51:199-208.

Pozzi G, Janiri L, Ferro FM, Maccallini A, De Bonis C, Maussier ML et al. *Is catatonia a separate nosological entity related to affective disorders? Psychopathological observations and biological correlates in seven clinical cases*. *Eur J Psychiatry* 1998; 12:32-4.

Raison CL, Miller AH. *When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders*. *Am J Psychiatry* 2003;160:1554-65.

Roth, A., Fonagy, P. *What works for whom: A critical review of psychotherapy research (2nd ed.)*. London, England: Guilford Press, 2005

Sander, L. W. *Issues in early mother-child interaction*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1962; 1, 141-166.

Siegel, D. J. *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York, NY: Norton, 2007

Stern, D. N. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books, 1985

Sullivan, H. S. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: Norton, 1953

Winnicott, D. W. *The use of an object*. *International Journal of Psychoanalysis*, 1969; 50, 711-716.