

## **Qualche riflessione sulla “schizofrenia”**

Nel ripensare la questione della schizofrenia, sia in riferimento alla “Giornata di studio sulle Psicosi” organizzata dall’ALI Roma il 28 novembre 2015, sia in preparazione alla lettura del seminario III di J.Lacan (1955-56), prevista per il prossimo anno nell’ambito della nostra Associazione, ho cominciato ad avere una consapevolezza sempre crescente dell’estrema difficoltà di restituire a questa importante area psicopatologica la propria dignità concettuale, senza ridurla, come è successo negli anni, ad un involucro vuoto o ad un discorso frammentario, proprio come quello che spesso ci propongono alcuni dei nostri pazienti.

Insisto ancora sull’uso di questo termine, ossia quello di schizofrenia, cui spesso, anche in campo psicanalitico, si preferisce quello meno imbarazzante e più generico di psicosi, sia pure delirante, che però non rende ragione di molti aspetti della clinica che il più delle volte vengono relegati a dibattiti incentrati sulle differenze con i cosiddetti disturbi bipolari oppure sull’utilizzo di nuovi farmaci tendenti a limitare i periodi di ospedalizzazione dei malati (magari parlando di “zoccolo duro della psichiatria”, ossia quello che potremmo chiamare “l’insistenza del reale”).

Al riguardo vorrei fare solo qualche accenno ad una questione, quella relativa alla legge 180, che ormai, a distanza di trent’anni, non sembra più interessare né all’opinione pubblica, né agli addetti ai lavori, se non per i suoi ultimi epigoni rappresentati dalla recente legge di chiusura degli OPG (e/o relativa riconversione).

Non vorrei ricadere nei soliti luoghi comuni sulla mancata attuazione di una legge che di per sé sarebbe stata illuminata e suscettibile di chissà quali evoluzioni. Posso solo dire che ho avuto l’opportunità di sperimentarla sin dal suo avvio (nei primi anni ‘80), per quanto in un ambito territoriale limitato (una regione del centro Italia), anche se, in quanto legge nazionale, avrebbe dovuto comunque avere una valenza più generale.

Si tratta in ogni caso di un’iniziativa esclusivamente italiana, dato che in altri paesi (europei ed extraeuropei) in cui sono state realizzate esperienze similari (a cominciare da quelle delle comunità terapeutiche, soprattutto nel mondo anglosassone) non è stata mai contemplata la chiusura obbligatoria e totale delle strutture ospedaliere

psichiatriche, almeno in ambito pubblico. Non vorrei ora entrare in merito agli inevitabili ostacoli incontrati nell'operatività quotidiana sin dagli esordi, difficoltà che all'epoca si riusciva in parte a compensare con l'entusiasmo derivato dal partecipare ad un progetto così innovativo.

Vorrei solo aggiungere che tutta questa faticosa e spesso dolorosa operazione è stata resa possibile (almeno per alcuni aspetti) soprattutto grazie all'inventività ed all'impegno, al limite del volontariato, di operatori psichiatrici e di familiari dei pazienti, anche se a volte in ambiti diversi, quando non addirittura contrapposti.

Per concludere questa breve digressione, che però può essere utilizzata per inquadrare meglio l'ambito della nostra pratica clinica in Italia, potrei solo dire che, nonostante tutto, i pazienti esistono ancora, in quanto non aboliti per legge, e continuano ad offrirci i loro insegnamenti, al di là delle ideologie o delle variabilità legislative sulla loro sorte.

Per accennare ora al tema della confusione terminologica in campo psichiatrico ed alle sue diverse conseguenze vorrei citare un intervento cui mi è capitato di assistere durante un convegno organizzato nel 2014 all'ospedale Sainte-Anne di Parigi, a proposito dei disturbi bipolari (1). In questo caso, infatti, una studiosa di genetica sosteneva che non si era riusciti a dimostrare alcun tipo di specifica trasmissione ereditaria riguardo, appunto, i disturbi bipolari, nel cui ambito veniva catalogata una serie di situazioni comprensive di stati nevrotici e psicotici senza distinzione alcuna, per cui ci si è chiesti (una questione che in parte era anche all'origine del convegno medesimo) su chi e che cosa si stava ricercando la trasmissione ereditaria o genetica che dir si voglia (quando già nei lontani anni '50 si azzardavano ipotesi di "familiarità" nell'ambito di una forse meglio definita "psicosi maniaco-depressiva"...) )

Vorrei quindi riprendere il discorso iniziale, di cui avevamo già posto alcune premesse qualche anno fa, con l'aiuto di J.J.Tyszler, in occasione della sua conferenza a Roma sul tema della "schizofrenia". All'epoca ci eravamo chiesti se fosse ancora possibile utilizzare lo stesso significante "schizofrenia" nella psichiatria attuale e come potesse essere elaborato ulteriormente.

La questione di cui ci occupiamo, infatti, riguarda in particolare il rapporto tra psichiatria e psicanalisi, su cui abbiamo avuto modo di accennare in altre occasioni e che sta comunque al cuore della ricerca di Lacan, che ha esordito proprio con una tesi di laurea su un caso di psicosi delirante e che non ha mai dimenticato di far riferimento a questo tipo di clinica nel corso di tutto il suo insegnamento.

E' comunque vero che il termine "schizofrenia" ha rappresentato un nodo problematico nella teoria psicanalitica in genere sin dalle sue origini. Già lo stesso Freud, che pure non ha mai mostrato un atteggiamento antinosografico rispetto alla psichiatria dell'epoca, con il suo approccio all'inconscio cerca di introdurre un'importante innovazione che avrebbe poi contribuito anche a modificare le sue nozioni di base. La sua teorizzazione si riferisce quindi all'ambito psicopatologico, cercando di non alterare in maniera evidente le categorizzazioni diagnostiche fondamentali. Lo vediamo, per es., già nell'inquadramento dello stesso caso Schreber(2) che viene definito un "paranoico", mirando alla sua configurazione strutturale (come poi farà ancor di più J. Lacan)(3). Per Kraepelin, il cui discorso rimane soprattutto descrittivo ed in parte anche prognostico, si trattava di un caso di parafrenia. Per Bleuler, in forma analoga, si può parlare di un caso di schizofrenia, mentre per la psichiatria francese in generale si trattava di una psicosi allucinatoria cronica...

In questo panorama già abbastanza confuso Lacan avvia quindi la sua ricerca cercando di attenersi soprattutto all'area psicopatologica e assumendo, peraltro, una posizione critica rispetto alle nuove teorie antipsichiatriche dell'epoca :  
"l'antipsichiatria è un movimento il cui senso è la liberazione dello psichiatra, se posso esprimermi così. Ed è assolutamente sicuro che non prenderà questa direzione"  
(4)

Con la sua teoria della forclusione del Nome-del-Padre, che permette di differenziare la struttura nevrotica da quella psicotica, cerca temporaneamente di uscire dall'empasse tra nosografia classica e nuova psicopatologia, spostandosi più decisamente verso quest'ultima e facendo quindi della paranoia non tanto una sintomatologia ma il nucleo portante della psicosi.

Ma come muoversi nei meandri delle varie forme di psicosi unicamente sulla base di queste premesse ? E' sufficiente tener conto del concetto di "forclusione" oppure occorre considerare anche altri aspetti ? E' vero che il reale della clinica ci lascia spesso sprovvisti di "spiegazioni" facili, ma questo non deve impedirci di fare alcune notazioni. Al di là degli eccessi classificatori cui abbiamo assistito negli ultimi decenni di storia della psichiatria, possiamo trovare ancora qualche suggerimento nei grandi dibattiti nosografici che hanno animato i clinici del secolo scorso? C'è ancora qualcosa che ci può essere d'aiuto nel campo della psicopatologia?

A questo riguardo M. Czermak, attraverso i suoi scritti, tra cui in particolare "Patronymies"(5) ci ha offerto diversi spunti su cui proseguire questo tipo di ricerca, come vedremo più tardi.

Lacan quindi ha incentrato gran parte del suo interesse riguardo le psicosi soffermandosi in particolare su alcuni processi psicopatologici, come l'automatismo mentale, sulla scia di de Clérambault o su alcune forme cliniche, come il delirio di negazione nelle grandi sindromi melanconiche.

In seguito, in particolare con il contributo di Czermak, la psicanalisi ha cominciato anche ad indagare sul tema delle cosiddette "psicosi senza io", termine molto controverso che però ci permette di collegarci in parte alla questione della schizofrenia. E' stato poi anche affrontato il discusso tema del transfert nelle psicosi, se di questo si può parlare, permettendoci così di approcciare in maniera diversa alcune questioni di diagnosi differenziale che altrimenti rimarrebbero relegate nell'ambito dei confronti tra "quadri clinici" se non tra sequele di "disturbi".

In effetti, soprattutto dopo Freud, nel campo della psicopatologia le teorie psicanalitiche si sono moltiplicate, spesso in contrasto tra loro, lasciando quindi alla clinica in campo psichiatrico il ricorso alla nosografia più o meno tradizionale o, magari, fintamente innovativa, comunque anch'essa controversa e maltrattata, sino ad arrivare ai suoi epigoni con le ultime edizioni del DSM. Proprio a proposito di quest'ultimo, che negli anni ha subito anch'esso ripetuti rimaneggiamenti, magari, come nell'ultima edizione, anche riducendo la serie dei "disturbi" da classificare come "patologici" (perché spesso si tratta proprio di un elenco di disturbi) e che

comunque comporta inevitabili conseguenze soprattutto sul piano medico legale, ci si può chiedere se non rappresenti in ogni caso esso stesso il sintomo di qualcosa.

A tale riguardo, almeno per quanto si riferisce alla mia esperienza in ambito psichiatrico pubblico, una difficoltà di non poco conto può derivare proprio dalla babele terminologica che caratterizza i diversi orientamenti formativi di chi pratica questo tipo di clinica, soprattutto nei servizi territoriali. Così capita di ricorrere alle categorie diagnostiche codificate (per es. l'ICDIX, affini a quelle del DSM) quasi unicamente per fini statistici o epidemiologici (con tutte le possibili conseguenze del caso), mentre nella pratica quotidiana, che comunque presuppone una certa intesa sul da farsi, soprattutto per i casi più complessi, si cerca spesso di trovare una mediazione linguistica che giustifichi in qualche modo un determinato intervento, sia farmacologico, sia psicoterapeutico, ecc., dato che questo può implicare diverse figure professionali. Si è trattato quindi anche qui, come per tutta la psichiatria cosiddetta "territoriale", di associazioni poco ortodosse di terminologie diverse che facessero comunque riferimento ad una clinica che si presentava ai nostri occhi spesso nelle più svariate fasi delle sue manifestazioni (non sempre all'esordio, ma a volte dopo percorsi già avviati o conclusi, per essere poi ripresi o ridefiniti nuovamente, ecc.). Si potrebbe dire che la legge 180, forse proprio in virtù delle sue enormi carenze normative e applicative, ha avuto anche come conseguenza quella di indurre la ricerca di nuovi significanti d'uso clinico, sicuramente più di quanto possa aver realizzato l'ultimo dei manuali DSM.

Di fronte ad un caso di psicosi (per voler rimanere in questo ambito) il problema della diagnosi non è quindi affatto secondario rispetto all'operatività del clinico che non può limitarsi solo a descrivere i "disturbi" ed a collocarli nella loro dimensione spazio-temporale, ma deve per lo meno ipotizzare in che ambito può muoversi rispetto a quella situazione. Quale diagnosi, quindi, e quale psicopatologia? E' possibile dire, alla luce degli insegnamenti di Lacan, che si può utilizzare un certo tipo di transfert, se di questo si può parlare, per orientarsi anche in ambito diagnostico?

A questo riguardo mi è sembrato interessante quanto proposto da L. Sciara nel corso delle Giornate di studio sul transfert nelle psicosi (6) quando si interroga su una

possibile soggettivazione in corso di cura secondo diverse forme di psicosi, ossia, per es., nelle paranoie, nelle schizofrenie o nelle psicosi maniaco-depressive. La clinica può così riservarci delle sorprese, perché là dove l'attività delirante ci appare più cristallizzata, proprio quindi dove troviamo una maggiore consistenza dell'io, il lavoro di elaborazione si presenta quasi inesistente, così come quando ci troviamo di fronte alle fasi feconde di una psicosi passionale. In alcuni casi, invece, di pazienti più "deficitari, magari schizofrenici un po' malmessi,... senza un delirio costituito,...incessantemente interpellati dall'ipocondria del loro corpo",<sup>(6)</sup> possiamo anche pensare a qualche modalità di elaborazione che passi, per es., oltre che attraverso una terapia farmacologica, comunque necessaria, anche per un'attività di scrittura che consenta un qualche tipo di lavoro sulla parola, così come avviene all'interno di alcuni Servizi territoriali. Secondo Sciara, comunque, in questi casi la componente di automaticità linguistica, che caratterizza strutturalmente le psicosi, rimane prevalente, ponendoci quindi nuovi interrogativi al riguardo.

Per ritornare ancora sulla questione relativa alla diagnosi di schizofrenia, possiamo aggiungere che la tematica introdotta dalla nosografia Kraepeliniana che ne considera oltre alla sintomatologia anche il decorso nel tempo (compresa quindi una prognosi tendenzialmente poco favorevole soprattutto per i suoi aspetti degenerativi o comunque orientati ad una forma di cronicizzazione) è stata generalmente assunta come modello di riferimento anche per le classificazioni più recenti in campo psichiatrico, fatto salvo il subentrare di un certo facile ottimismo sugli aspetti prognostici (in particolare per l'utilizzo di nuovi psicofarmaci e svariate "tecniche" psicologiche e riabilitative).

Rispetto ai tempi di Freud, invece, la problematica già controversa della sua psicopatologia ha finito più facilmente per arenarsi in un pantano di teorie, quando non ne ha cercato di riemergere appigliandosi alle stesse categorizzazioni, spesso incentrate anche sugli effetti dei trattamenti.

A proposito di psicopatologia ancora M. Czermak, nel suo testo "Passioni dell'oggetto" <sup>(7)</sup>, ci conduce in pieno in questa tematica, così come proposta da Lacan, soprattutto riguardo la sua ipotesi di differenziazione tra schizofrenia e paranoia. L'autore quindi scrive che nel seminario su "Le psicosi" (1955-56) Lacan:

“metteva a confronto la schizofrenia con la paranoia in cui si esemplificavano due poli delle psicosi : quello in cui il Simbolico diviene Reale e quello in cui prevale la dimensione dell’io dell’Immaginario. Ora è la dimensione egoica, immaginaria, ossia quella che fonda la personalità, che ha permesso di dire a Lacan : la paranoia è la personalità”. Tuttavia, continua Czermak- “questa non è il solo polo immaginario delle psicosi. Queste stesse ne comportano uno costituito da un aspetto particolare, in cui la dimensione dell’io sembrerebbe veramente assente. Insomma,-conclude l’autore-“ certe psicosi sarebbero fatte di un Immaginario senza io”.

In questo caso la questione viene inquadrata da Czermak nell’ambito delle “parafrenie confabulanti” o “deliri d’immaginazione”, ma il campo potrebbe essere ampliato anche ad altre forme di psicosi.

Così nel suo testo “Patronymies” (5) lo stesso Czermak ci propone una tematica altrettanto controversa come quella presentata da un caso di “delirio senza interpretazione”, in cui vediamo l’autore indagare sulle basi stesse di un meccanismo tipico delle psicosi nelle sue forme paranoiche, proprio in un caso in cui quest’aspetto pare vacillare nelle sue fondamenta medesime, sollevando quindi ulteriori questioni su cui indagare.

Così ancora sulle diverse tematiche psicopatologiche la psicanalisi lacaniana ha spesso guardato con rispettosa attenzione ai clinici del passato, ricavandone interessanti contributi per una ricerca che non si è ancora esaurita. Un esempio ne è lo stesso tema dell’automatismo mentale di de Clérambault, ( oggi tornato in parte alla ribalta anche nei più recenti lavori sui cosiddetti “ esordi” nelle psicosi ) o anche la tanto negletta sindrome di Cotard che può offrirci ancora spunti interessanti sulle caratteristiche dell’oggetto nella clinica psicanalitica in generale.

Recentemente mi è capitato di leggere un articolo nel sito dell’ALI in cui Michèl Dokhan Csergo, nell’ambito di alcuni interventi dedicati alla psicosi infantile, ha riproposto un lavoro sulla “macchina influenzatrice negli schizofrenici” di V. Tausk, psichiatra vissuto all’inizio del secolo scorso e orbitato in ambito freudiano (8). Il suo testo si concentra sulle idee di influenzamento e di telepatia che riscontriamo proprio

in alcune forme di schizofrenia e che all'epoca sono state anche occasione di un vivace dibattito tra Freud e Jung.

Il meccanismo descritto da Tausk, ci dice Dokhan, si può delineare in tre fasi: “La prima (sentimento d’alterazione) è un’esperienza di trasformazione delle idee o del corpo. Nella seconda domina invece il sentimento di “alienazione”, in cui quindi “la trasformazione corporea o ideica arriva ad un punto tale che il paziente non si riconosce più (“non sono più io”). La terza è un’interpretazione proiettiva di quest’alienazione in termini di persecuzione :”non sono più io, è l’altro che mi ha cambiato”. E’ così che Tausk parla quindi di “influenza telepatica”.

Le osservazioni di Tausk si concentrano in questo caso su alcuni aspetti somatici del meccanismo di alienazione e influenzamento, riportandoci quindi, continua Dokhan, anche ad alcune notazioni di Lacan sulla schizofrenia a proposito della sua definizione al riguardo nel seminario “L’Etourdit” , ossia : “lo schizofrenico è colui che non ha un discorso per tenere insieme i suoi organi in funzione” (8).

Ecco quindi un ulteriore apporto rispetto a quello che ha cercato di sviluppare Lacan su questo tema, ossia l’ambito del registro corporeo.

Rimane infine un pò più problematica, almeno rimanendo in campo psicanalitico, la questione della “dissociazione”, così ampiamente e accuratamente documentata soprattutto nell’opera di Bleuler “Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie”(9). Riguardo quest’ultimo tema, che è stato ampiamente utilizzato anche nella clinica psichiatrica e psicanalitica più recente, la psicanalisi lacaniana si è posta invece in maniera diversa, magari accostandola a fenomeni come l’automatismo mentale o le allucinazioni. Anche su questi aspetti, però, si potrebbero forse avviare nuove ipotesi di ricerca.

Sempre a proposito del testo di Bleuler possiamo trovare un altro apporto interessante da parte di Claude Dorgeuille (10) che in uno dei suoi scritti tratto dal convegno sul tema “I Corpi”del 1991 si chiede se possa esistere un immaginario che non sia del corpo, e successivamente, nell’affrontare la questione del corpo “nella sua dimensione di reale” ci riporta un’osservazione tratta dallo stesso Bleuler sul “parassitismo mimico” nella schizofrenia, sintomo non troppo frequentemente

rilevabile, ma presente in alcuni contesti. Si tratta di “espressioni mimiche paradossali “ o di “movimenti anormali della muscolatura bucco-facciale”, così come troviamo descritti nel manuale di H.Ey (11). Dorgeuille ne sottolinea il carattere di estraneità e il fatto che questi movimenti interessano soprattutto le labbra, più che gli occhi o quant’altro, non essendo comunque riproducibili da parte dell’interlocutore che pure li può osservare durante il colloquio con il malato. L’autore li confronta con la tecnica usata dai violinisti o dai cantanti nella respirazione, in cui non c’è un preciso riferimento anatomico, ma sono utilizzati “sia dei gruppi muscolari, sia delle parti del muscolo stesso”. La differenza che qui Dorgeuille ipotizza è che, per quanto riguarda gli schizofrenici, si tratta di movimenti che “seguono l’immagine anatomica reale”. Questo fa sì che noi ci troviamo di fronte ad un fenomeno che implica “una messa in gioco del corpo reale da parte del soggetto...” Ma poi l’autore si chiede se questo comporti o meno una dimensione immaginaria.

Dorgeuille, quindi, in questo caso, a partire dall’analisi di un movimento atipico presente nella schizofrenia, ma già descritto da Bleuler nel suo testo del 1911, ci pone di fronte a nuovi interrogativi sulle caratteristiche dell’immaginario in questa stessa situazione clinica.

Con questo mio breve excursus spero di aver offerto qualche spunto di riflessione su una tematica così ampia e complessa che continua ad implicarci anche nella nostra difficile pratica quotidiana e che nel corso dei prossimi organizzati dalla nostra Associazione avremo forse modo di approfondire ulteriormente.

Note Bibliografiche :

- 1) “Bipolaire? Vous avez dit bipolaire ?”- 11-12 ottobre 2014 – Centro ospedaliero Sainte-Anne- Parigi-
- 2) Freud : “Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del Presidente Schreber)- 1911- Ed. Bollati- Boringhieri.

- 3) J.Lacan : libro III- “Le psicosi” (1955-1956)- Ed. Einaudi 1985.
- 4) J.Lacan : “Io parlo ai muri”- (1971-72)- Ed Astrolabio 1985.
- 5) M. Czermak : “Patronymies”- Ed. Masson , Paris, 1998.
- 6) L.Sciara : “La question du “sujet” psychotique”- Journées d’etudes 14, 15, 16 octobre 2011- Paris- :”Conditions enjeux et actualité de la question du transfert dans les psychoses”
- 7) M. Czermak : “Passions de l’objet”- cap.9 :” Sur un problème de nosographie des psychoses”- Ed. Association freudienne internationale- Paris, 1996.
- 8) Michèle Dokhan Csergo: “Victor Tausk et la métapsychologie : à propos de l’Appareil à influencer des schizophrènes”- Journées d’etude sur le psychose de l’enfant-E.P.E.P., Paris 21/01/2015.
- 9) E.Bleuler : “Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie”- Ed. La Nuova Italia Scientifica”- Roma- 1985.
- 10)C. Dorgeuille : “Textes et confidences”- collection du Discours Psychanalytique- Ed. ALI ,Paris, 2010.
- 11)H. Ey : ”Manuale di psichiatria” – Ed. Masson Italia, Milano- 1977.

Roma , 4/7/2017

Dr.ssa Patrizia Piunti

Medico chirurgo

Specialista in neuropsichiatria infantile

Già Responsabile di un Centro di salute mentale (Roma)

Psicanalista ALI

