

MARIA MIRELLA D'IPPOLITO*

**PSICOSI SCHIZOFRENICA A SINTOMI POSITIVI
E/O PSICOSI UNICA**

***SCHIZOPHRENIC PSYCHOSIS WITH POSITIVE SYMPTOMS
AND / OR UNIQUE PSYCHOSIS***

RIASSUNTO

L'autrice affronta, sulla base della situazione sperimentata dalla protagonista del libro Vincere Barbablù, ed effettuando moltissimi collegamenti, alcuni aspetti clinici della psicosi, alla luce della teoria della personalità e della teoria della terapia di C.R. Rogers e all'interno della visione di "psicosi unica" riproposta da B. Callieri. Affronta la lettura teorica di una psicosi schizofrenica a lieto fine, propone un messaggio salvifico di guarigione, la denuncia della gravità dei segreti e dei doppi messaggi, la ripetizione del negativo come necessità per imparare a superarlo al servizio della vita, un intervento combinato di una psichiatria dal volto umano con una psicoterapia rogersiana pura nel suo modo di essere.

“Nel '76 Carl Rogers denunciava la «disumanizzazione crescente della nostra cultura, nella quale non conta la persona ma la sua scheda perforata e il numero della sua tessera assistenziale». Ma già dieci anni prima i Gruppi d'Incontro andavano incontro a quel bisogno sempre crescente di relazioni umane spontanee e autentiche, di trovare un nuovo senso e significato alla propria esistenza.

... E in questo denso e prezioso contributo la D'Ippolito ci addita un sentiero ininterrotto (non alla Heidegger) verso il senso di appartenenza (sono parte di), il senso di partecipazione (entro in relazione autentica con gli altri), il senso di competenza (mi autoesprimo, so di poter fare). Questi inviti globali e a lungo termine sono il messaggio, empatico e simpatico, di una Mirella la cui presenza in me, suo lettore, non è categorizzabile”.

Dalla prefazione di Bruno Callieri al libro Vincere Barbablù

*Psicologa e psicoterapeuta di formazione junghiana e rogersiana. Dottore in Teorie e Pratiche dell'Antropologia.

SUMMARY

Taking as a starting point the situation experienced by the protagonist of the book Vincere Barbablù (Defeating Bluebeard) and making many different connections, the author tackles some clinical aspects of psychosis, in light of C.R. Rogers' theory of personality and therapy and the "unique psychosis" theory as re-envisioned by B. Callieri. She gives a theoretical interpretation of a case of schizophrenia with a happy ending, puts forward a message salvific of healing, denounces the seriousness of secrets and double messages, and repetition of the negative, as a need to learn to overcome it and promote life. Puts forward a combination of a type of psychiatry with a human face and a pure form of Rogers-inspired psychotherapy.

"In 1976 Carl Rogers denounced the «growing dehumanisation of our culture, in which it is not the person but his punch card and welfare card number that really count». Yet ten years before that, Encounter Groups were already faced with an ever-growing need for spontaneous and genuine human relations, in order to give a new sense and meaning to one's existence. ... In this intense and invaluable work D'Ippolito suggests to us an uninterrupted pathway (opposed to Heidegger's) towards a sense of belonging (I am part of), sense of participation (I really connect with others) and sense of proficiency (I express myself, I know I can). These global and long-term invitations are the message, at both an empathetic and sympathetic level, launched by Mirella, whose presence within me, her reader, cannot be categorised".
From Bruno Callieri's foreword to the book Vincere Barbablù (Defeating Bluebeard)

Uno degli aspetti della teoria di Rogers da ritenersi fondamentale riguarda i concetti di conoscenza soggettiva, oggettiva e interpersonale.

Rispetto alla conoscenza soggettiva Rogers afferma che «Un mezzo importante di conoscenza è rappresentato dalle ipotesi che sorgono nell'intimo di ciascuno di noi e che vengono poi controllate riferendole al fluire continuo dell'esperienza che si produce per la nostra interazione *soggettiva* con gli eventi del mondo interno ed esterno» (Rogers, 1963).

Addirittura la scienza più rigorosa, secondo Rogers, trae origine dalla conoscenza soggettiva e la conoscenza oggettiva non è altro che una identica conclusione soggettiva di più persone di un gruppo di riferimento, i cui membri empaticamente comunicano fra loro.

In ultimo la conoscenza interpersonale rappresenta l'utilizzo di tutti gli strumenti e di tutta la comprensione empatica per entrare in contatto con l'altro, entrare nel suo mondo più personale e significativo.

Queste concezioni della conoscenza possono richiamare alla mente il principio di indeterminazione di Heisenberg per cui addirittura nella fisica non si può prescindere dal ruolo dell'osservatore, principio alla base della teoria della scienza vista alla luce della teoria della relatività.

Anche dal punto di vista sistemico l'individuo forma un unico sistema aperto con l'ambiente che lo circonda e ancora una volta quindi l'osservatore non può prescindere da se stesso (Bertalanffy, 1969; Miller, 1978). Si approda così al superamento di una causalità lineare e al valore quindi della sincronicità (Jung, 1952) e delle concause (Gauld, Shotter, 1977).

In psicologia, ancor più che nelle altre discipline, ciò che si osserva è permeato dal mondo dell'osservatore: «Oggi noi siamo persuasi che per ogni campo del sapere esistono premesse psicologiche che svolgono un'influenza decisiva sulla scelta del materiale, il metodo di elaborazione, il genere di conclusioni, la formazione di ipotesi e teorie» (Jung, 1938).

Questa premessa sul valore della soggettività è indispensabile perché il presente scritto si basa su ipotesi, a livello embrionale, su alcuni aspetti clinici relativi alla psicosi schizofrenica a sintomi positivi derivanti dalla mia esperienza.

L'esordio psicotico nella psicosi schizofrenica con prevalenza di sintomi positivi – quando la psicosi non si è manifestata nell'infanzia o quando non ha avuto un decorso subdolo (e in questo caso in genere più caratterizzato da una sintomatologia negativa) – avviene all'improvviso e nella tarda adolescenza o nella prima giovinezza (Marcelli, Braconnier, 1983). È importante domandarsi e ipotizzare, sulla base della teoria della personalità di Rogers, di fronte a quale struttura di personalità siamo nella fase prepsicotica e, in seguito, in quella psicotica.

È possibile ipotizzare che nella personalità prepsicotica il Sé reale, o meglio il livello organismico del Sé¹, sia in contatto frammentato con il livello percepito del Sé² (d'ora in poi Sé percepito) con una struttura difensiva basata

¹ Il livello organismico o reale del Sé è legato alla nozione di «esperienza» che è da Rogers definita come «tutto ciò che costituisce lo psichismo nei suoi elementi sia consci sia inconsci in ogni determinato momento». In tale concetto sono comprese quindi le «esperienze simbolizzate», quelle «potenzialmente simbolizzabili» e quelle «non simbolizzabili». Ripetutamente Rogers si riferisce ai bisogni, alle emozioni, ai sentimenti, all'«esperienza vissuta» (Rogers, Kinget, 1965).

² Il livello percepito del Sé comprende tutto ciò che la persona percepisce di se stessa, i sentimenti che sente di provare, le motivazioni che ha la percezione di avere, i bisogni, le carenze, le mancanze che si accorge di nutrire, ecc. e sottilmente Rogers distingue tra «provare» come «nozione che rappresenta la versione-processo, la versione attiva di ciò che è stato descritto con il sostantivo “esperienza”» e «provare coscientemente», che significa «simbolizzare correttamente» (Rogers, Kinget, 1965). Questa impostazione, legata alla congruenza tra i tre livelli del Sé (vedi *infra*), si contrappone a quella fondata sulla dicotomia tra livello emozionale e livello cognitivo. La simbolizzazione viene qui considerata come una funzione

sulla intercezione³ estremamente rigida e non elastica, ma con delle griglie trasverso cui parti del Sé reale vengono percepite in modo frammentato. All'interno di questa griglia rigida un punto è più scuro degli altri, un nodo totalmente coperto in cui il passaggio tra il Sé reale e quello percepito è nullo: il nucleo psicotico.

Tra Sé percepito e livello ideale del Sé (d'ora in poi Sé ideale), sono all'opera una serie di distorsioni⁴ come altre difese al servizio della intercezione, per cui la persona ha la sensazione di avere un falso Sé, di non essere autentica, di recitare: «Mi sento molto più autentica ora, dopo le crisi psicotiche o anche durante benché provassi solo paura, piuttosto che prima» si evince dalla storia di Saturnia, la protagonista del libro *Vincere Barbablù* (D'Ippolito 2003/2010). E ancora: «Prima mi domandavo se la vita fosse una lotta o un teatro».

Il Sé ideale risulta essere nella personalità prepsicotica estremamente povero, ristretto, abbarbicato a poche illusioni o costrutti a grappolo rigidi e disfunzionali, di cui uno di fondo e originario è legato al nucleo psicotico; per esempio: «Io sono buono e tutto ciò che lo disconferma mi fa sbarellare»⁵.

Si può ipotizzare che in ogni individuo la struttura dei costrutti disfunzionali emotivo-cognitivi (Goleman, 1995) sia a grappolo e che all'origine ve ne siano pochissimi o addirittura uno solo che conduce.

Si potrebbe quindi rappresentare graficamente la struttura prepsicotica come nella Figura 1.

organismica legata alla necessità dell'«organismo» di garantire a se stesso la massima possibilità di realizzazione. In tale processo viene considerato centrale da Rogers il livello percepito del Sé (Rogers, 1947).

³ Per intercezione Rogers intende lo sconfessare, con diversi meccanismi di difesa, un'esperienza, al fine di neutralizzare ogni minaccia proveniente sia dall'esterno sia dal proprio universo interno (Rogers, Kinget, 1965).

⁴ Nella distorsione l'esperienza viene percepita ma ne viene falsificato il suo significato (Rogers, Kinget, 1965).

⁵ Dai lavori di Rogers riportati in bibliografia si rileva come, laddove esiste corrispondenza e congruenza tra i tre livelli del Sé, il centro di valutazione, in relazione anche alle proprie aspettative, i percetti e le regole morali, i criteri etici, ecc., risulta essere “interno”, e la “valutazione” fluida, flessibile, “realistica”. Viceversa, laddove esiste incongruenza.

Dice A – situazione clinica paucisintomatica riportata da Blankenburg (1971) – «È come se non avessi un punto di vista. Non posso affidarmi a me stessa. Non mi servirebbe sapere tutto, avrei bisogno soltanto di comprendere l'essenziale. È ben più importante potersi fondare sul proprio giudizio e trovare la pace! Io non posso essere metro di misura per me stessa».

Questo vissuto di fondo che sembra accomunare, alla luce di ciò che sono venuta dicendo, psicosi schizofrenica a sintomi positivi e psicosi paucisintomatiche, non può non farci abbracciare ciò che scrive Bruno Callieri (2008a): «... noi crediamo che si possano considerare i disturbi psichiatrici, non secondari, come epifenomeni di un'area affettiva *disturbata*, che può quindi manifestarsi con molteplici status, con alterazioni di entità cliniche anche molto distanti e riguardare aree psichiche differenti (coscienza, umore, ideazione, attenzione, volontà...). Questa nostra riflessione, forse un po' troppo perentoria, ci fa riecheggiare la questione antica della **psicosi unica** [grassetto mio], la *Einheit-Psychose*, che per alcuni aspetti ha trovato qualche conferma dalla teoria dei sintomi di base. Questione comunque antica, complessa e secondo noi sempre attuale; questione recentemente riproposta [...] con il riconoscimento di alcuni limiti che sembra presentare ormai una certa psicopatologia fondata su unità morbose ben distinte».

I confini con la realtà all'interno dei quali l'intero Sé dovrebbe essere contenuto sono labilissimi e retti da un Io pelle (Anzieu, 1985) quasi trasparente. Dice Vittorio Gallese (2011), tra gli scienziati di Parma che hanno scoperto i “neuroni specchio”, basi biologiche dell'empatia, e che definisce la stessa “simulazione incarnata” (Gallese, 2006) con emozioni visceromotorie e somatosensoriali: «Nella psicosi viene a mancare la tenuta del Sé corporeo del confine. Questo si è potuto vedere in alcune persone selezionate all'esordio psicotico in modo che l'influenza dei farmaci era relativa. È emersa una difficoltà a riconoscere l'immagine di proprie parti del corpo. Inoltre è emersa anche una correlazione tra la severità dei sintomi di base e l'ipoattivazione nelle aree cerebrali deputate al riconoscimento. C'è un vantaggio implicito a vedere mie parti del corpo in collegamento all'attivazione motoria di parti cerebrali. Ciò manca nella schizofrenia. Possiamo dire che l'intersoggettività è intercorporeità».

Bene riporta Gisela Pankow (1969, 1977), in riferimento alla psicosi – e ciò può esserci utile alla comprensione dei confini anche nella personalità prepsicotica – il vissuto di estraneazione del prigioniero in campo di concentramento. «Ciò che sosteneva molto spesso il prigioniero era questa facoltà unica di disadattamento alla situazione presente; la sua forza e la sua

resistenza arrivavano a divenire straordinarie perché nel momento in cui lo si scherniva [...] non era mai là dove era percosso, [...] il corpo era sacrificato, pronto a essere scartato [...]. Anche la tortura era superata. Così in questo clima straordinariamente trasfigurato, disincarnato, il corpo era negato. L'uomo può dunque rinnegare il corpo che è percosso e salvarsi in un altro mondo [una povera immagine, una preghiera, un segreto] per riuscire a resistere; si tratta della possibilità di un'altra maniera di essere, dell'accesso a un altro modo di esistere [...], una evasione in un altro modo di essere». Anche Bettelheim (1967) in relazione all'autismo fa riferimento alla «situazione estrema» del campo di concentrazione che lui stesso ha vissuto.

La possibilità di un tale vissuto di estraneazione in persone adulte in situazioni estreme, fino alla perdita totale del confine rappresentato dal corpo, può essere vista, laddove si instaura un potenziale di psicosi con origini antiche, come la mancata costruzione di tali confini. «L'autoidentità non è mai completamente stabilita prima del riconoscimento [...] dell'‘Io’, del ‘Tu’, dell'‘Esso’. La psicopatologia [nella schizofrenia] evidenzia il paradosso per cui la delimitazione dell'‘Io’ è allo stesso tempo troppo fluida e troppo rigida» (Bertalanffy, 1970). E proprio di origini arcaiche sembra trattarsi, e ciò crea la differenza con altre patologie.

È come se la paradossale costituzione dei confini, a un tempo troppo rigidi e troppo fluidi, tra le parti del Sé specularmente si riflettesse nei confini con il reale.

E l'importanza delle “regioni” o delle parti, con i relativi confini, sia nell'ambiente psicologico sia nell'ambito della persona, è stata molto sottolineata da Lewin (1936). Inoltre, anche la confusione rispetto al linguaggio, e rispetto ad altre caratteristiche della persona in situazione prepsicotica, in crisi acuta, o al ritorno dal delirio; anche la confusione rispetto all'isolamento, alla problematica intersoggettiva o all'investimento delirante sul cibo, richiamano Wittgenstein, per cui «i limiti del mio linguaggio significano i limiti del mio mondo»; richiamano la paralisi nel vissuto dentro-fuori.

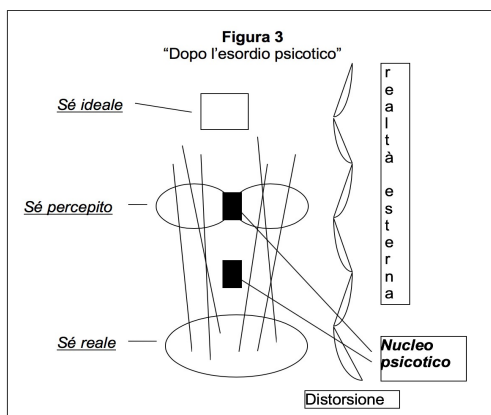
E la tematica dell'isolamento, la problematica di una separazione costruttiva può essere vista all'interno del disturbo del confine. Il terrore di essere fagocitati da un rapporto porta verso la fuga unilaterale da questo in una ricerca spasmodica di autonomia e indipendenza, in una autarchia che ha il sapore della freddezza e il colore della solitudine. «In tutti i rapporti sentivo questa paralisi: non posso vivere né con te né senza te, con te perché mi uccidi, senza di te perché muoio», lascia intuire Saturnia rispetto alla prima parte della

sua storia. «Gli schizofrenici vivono. Più ancora: amano, anzi, amano troppo» (Racamier, 1980). E qui richiamerei gli studi accennati di Vittorio Gallese.

Il panico continuo separazione-annichilimento è insopportabile e porta a reazioni di tipo autistico. È come se la fase di separazione-individuazione con il relativo riavvicinamento rassicurante, di cui la Mahler (1975) parla, e la relativa formazione della costanza dell'oggetto, non fosse mai stata elaborata, essendosi la situazione traumatica verificatasi prima o durante (vedi *infra*). Come se la dipendenza affettiva, annoverata tra le tossicodipendenze, enorme e divorante, fosse dalla persona con schizofrenia “risolta” con la paralisi. È fondamentale quindi, al momento della separazione in terapia, non solo elaborare a fondo questo momento, ma anche che la percezione profonda della decisione sia frutto di un Noi, di un Io e Tu, non mai unilaterale.

Vi è dunque una barriera a un tempo troppo rigida e troppo fluida tra Sé reale e Sé percepito specularmente a e dall'esterno.

Di fronte a un evento esterno minaccioso, o di fronte per esempio a fantasie sessuali dietro le pressioni interne ed esterne come in adolescenza, o a reali esperienze sessuali che danno a una tale struttura di personalità il senso di perdersi nell'altro, di sparire perché labili sono i confini, di perdere l'identità (Marcelli, Braconnier, 1983), o ancora di fronte a eventi realmente traumatizzanti (dice bene la Selvini Palazzoli, 1982 e 1988, che è vero che la persona con psicosi si vede perseguitata ma non è detto che una qualche persecuzione non ci sia realmente), la rigida intercezione, come una casa non costruita con criteri antisismici di fronte a un terremoto, va in frantumi, lasciando un tappo solo al livello del nucleo psicotico (Figura 3).



Si potrebbe dire che quasi la situazione traumatizzante originaria viene appositamente ricercata come tendenza attualizzante⁷ per tentare di superarla in altro modo; come spesso per esempio l'accoppiarsi di due partner avviene all'inizio sulla base delle caratteristiche negative dei propri genitori e dei propri fratelli, allo scopo di confrontarsi con il negativo nel presente, per superarlo con nuovi strumenti: una "moira", una necessità (ciò spiegherebbe perché le *prime* coppie si rompono, purtroppo spesso con l'esistenza di figli, le *seconde* sono più durature). È il senso della crisi, della "negatività" al servizio della vita come anche la Nuova Fisica oggi ci insegna (Capra, 1982; Prigogine, Stengers, 1979).

«Li – racconta Saturnia – iniziai a immaginare che sarei stata murata viva, che avrebbero lasciato solo una piccola finestra da cui tutti gli uomini con cui ero stata [...] sghignazzando mi avrebbero guardato morire».

Nella realtà era sparito qualcuno tra il gruppo dei suoi "persecutori". Temeva di sparire anche lei dopo tortura. Saturnia era convinta che i suoi "persecutori" le avrebbero tagliato i piedi e che l'avrebbero fatta camminare senza piedi sulla neve perché aveva accettato un paio di scarpe in regalo. La sera prima le avevano dato una minestra, che per lei era certamente una minestra con i vetri. Ne ebbe la conferma vedendo il sangue uscire a fiotti dalla vagina. Ripreso il contatto con la realtà, a fatica dovette ammettere che erano le mestruazioni. Il Sé reale allaga il Sé percepito tranne al livello del nucleo psicotico. Migliaia di sentimenti, sensazioni, emozioni invadono il Sé ideale che non ha alcuna struttura né tanto meno flessibilità per contenerli. In un lampo la coerenza del Sé è in crisi. «Mi sento nuda», riferisce di aver vissuto Saturnia al suo esordio psicotico nella sua prima crisi. Non si può non distorcere la realtà «perché alcuni delirano: delirano per continuare a esistere. Il delirio o la vita» (Racamier, 1980), (Figura 3).

«Chi sono io?» sperimenta ancora Saturnia. Ed è l'allucinazione. Ed è ancora la problematica dentro-fuori. «Cosa è necessario perché la percezione sia possibile? Primo, per essere in grado di percepire devo essere in grado di distinguere me stesso come una cosa distinta e che sta di fronte all'oggetto della percezione. [...] Le allucinazioni sono derivate da sorgenti interne di informazioni» (Sims, 1995).

⁷ Rogers individua come «ogni "organismo" sia animato da una tendenza», che definisce tendenza attualizzante, «a sviluppare tutte le proprie potenzialità e a svilupparle in modo da favorire la sua conservazione e il suo arricchimento» (Rogers, Kinget, 1965).

Secondo Blankenburg (1971), che, come riportato, affronta lo studio delle schizofrenie paucisintomatiche, i sintomi positivi possono essere visti come una difesa dietro cui si nasconde la mancanza di terreno basale, la rottura della fiducia, la mancanza di accordo tacito preverbale e pretematico (che richiama una conoscenza affettiva e non già rappresentativa) che ci accomuna al mondo e agli altri, la mancanza di ovvietà dell'esperienza, del già-sempre noto, del "va da sé", che riguarda il "che" e non il "come" del mondo, una perdita dello "stare". Ma anche, contemporaneamente, tale dimensione esistenziale può rappresentare una difesa dal delirio, dall'allucinazione, dalla perdita totale di coordinate della realtà nel caos, seppure con un significato adattivo, in una compresenza di opposti che agli estremi si confondono l'uno nell'altro. E qui si richiama il concetto di **psicosi unica** di Callieri.

Ciò che veramente si è, invade, travasa, erompe direttamente nel Sé ideale fino allora tenuto insieme con puntelli, senza che il nucleo psicotico, con tutto ciò che porta con sé e contiene, venga percepito. Si ha una rottura dei confini labili e rigidi che parzialmente determinavano le parti: è il caos interno che in modo speculare viene letto e proiettato all'esterno con la distorsione di cui è artefice l'attività inconscia del nucleo psicotico. «Cosa è giusto e cosa è sbagliato?» si chiedeva Saturnia. E ancora la paralisi. Se non mangiava era cattiva e sarebbe stata torturata, se mangiava sarebbe stata avvelenata.

Per mantenere la coerenza del Sé le parti del Sé reale prima percepite in modo frammentario vengono proiettate all'esterno; la realtà viene stravolta, negata, usata per difendere il Sé minacciato.

Il pensiero automatico agisce da solo, pilotato dal nucleo psicotico, senza coscienza né autoriflessione. La persona con psicosi non ha più difese per sé, tranne che per il nucleo psicotico, e tende a disprezzarle negli altri, ad andare allo sbaraglio; al contrario di chi evita, ti sfida, tende a non rispettare i propri tempi, ha fretta, anche se, a ragione, si sente più autentica.

È come se una scheggia impazzita portasse la persona a scontrarsi-confrontarsi con ciò che possa ricreare la situazione traumatica originaria per imparare finalmente ad affrontarla. Quindi anche ciò che appare disfunzionale può avere un senso attualizzante per la realizzazione futura delle piene potenzialità della persona stessa. A tal proposito anche Modell (1990) parla di «funzione biologica della ripetizione», di «coazione a ripetere come tentativo di raggiungere una "padronanza attiva"», sovrapponendo al tema della regressione quello della «riattualizzazione simbolica».

La realtà traumatica così ricreata o, nel peggiore dei casi, la fantasia, la necessità di confronto con una realtà traumatica similare, spacca le dighe rigide,

quindi più fragili, dell'intercezione. Anche la distorsione precedente, la precedente narrativa personale vanno in frantumi.

È significativo che Freud sottolinei come caratteristica importante della schizofrenia «l'incapacità di rendere inconscie le cose», mentre Jung, sei anni prima della rottura con Freud, individua come i deliri, le allucinazioni e altri sintomi schizofrenici siano dovuti a un complesso autoctono, cioè a un gruppo di idee che per la loro carica emotiva patologica erano state rimosse dalla coscienza e mantenevano un'esistenza più o meno indipendente (Arieti, 1970). Possiamo ritrovare qui da un lato il crollo delle difese e la distruzione di qualsiasi barriera, benché a un tempo rigida e fluida, dall'altro il nucleo psicotico simile a un tappo di incomunicabilità tra Sé percepito e Sé reale.

Quale l'origine di tale nucleo psicotico?

«Tutti generalmente sono d'accordo nell'affermare che le esperienze della prima infanzia hanno una parte essenziale nello sviluppo della schizofrenia. Sullivan affermava che il danno subito dai rapporti interpersonali tra madre e bambino è di grande importanza nello sviluppo della schizofrenia» (Goldstein, 1970). Soprattutto la schizofrenia con prevalenza di sintomi positivi è stata correlata con una grave disgregazione dell'ambiente familiare originario. «Nella vasta letteratura sulla psicoterapia della schizofrenia, vi è chiaro consenso nel ritenere che un precoce disturbo tra il neonato e la figura materna sia un fattore eziologico significativo nei pazienti schizofrenici» (Gabbard, 1994) anche se ciò interagisce con «i potenziali genetici di un comportamento schizofrenico [che] sono altamente specifici e in qualche modo associati a una fondamentale deficienza di integrazione. Clinicamente è particolarmente importante il fatto che le variabili [...] di questa deficienza sembrino dipendere dal tipo e dal grado delle reazioni difensive costituzionali che possono essere mobilitate contro la vulnerabilità genospecifica di fronte alle esperienze stressanti» (Kallman, 1970).

Più in particolare, con Rogers possiamo dire che all'origine fu la minaccia esterna per qualche sentimento poi negato. Si ipotizza che ciò avvenne in un tempo antico, precoce nell'ontogenesi della persona, probabilmente in un periodo preverbale e primitivo, quando il bambino ancora agisce i sentimenti. Con violenza fu negato un comportamento e con esso il sentimento che lo dettava. Esprime il pensiero bioenergetico (Rispoli, 1998): «L'unitarietà tra mentale e corporeo [...] è ben evidenziata nei bambini [...]. Il

bambino sente ed esprime le sue emozioni con tutto il corpo, partecipa *interamente* a un'esperienza, fin dalle primissime fasi della vita».

Se tale negazione poi è carica di proiezioni, di non detti della madre, o del genitore, a se stesso, non detti legati a non risolti in cui «tutto ciò può essere fatto risalire ai vincoli [...] di ciascun genitore con la rispettiva famiglia di origine» (Ackerman, 1970), il divieto è ancora più spaventoso.

«Nella prima infanzia il bambino rivive gli stati d'animo altrui prima che il suo sviluppo permetta una determinazione conoscitiva del significato [spesso non conosciuto neanche dal mittente], benché egli sia profondamente colpito da questa esperienza» (Spiegel, 1970). Sullivan afferma che quando gli atti o persino l'esistenza stessa del bambino determinano una disapprovazione ansiosa totale da parte dei genitori, il bambino è esposto a una grave catastrofe psichica. Egli sperimenta un'angoscia così opprimente che le linee di confine del Sé sono eliminate.

Nella mia esperienza non sempre quando c'è un segreto, un non detto, un doppio messaggio, un tabù, c'è una psicosi, ma quasi sempre dietro una psicosi c'è un segreto. Su questo aspetto Watzlawick et al. (1967), ha ben sottolineato come la "schizofrenia" è spesso l'*unica* reazione possibile ad un contesto di comunicazione assurdo e insostenibile.

Ciò che venne negato, rifiutato, reciso fu un sentimento agito in un comportamento, poiché il bimbo piccolo i sentimenti li agisce (De Ajuriaguerra, Marcelli, 1982): esprimere il sentimento attraverso il comportamento è una capacità filogeneticamente precedente all'uomo e dal punto di vista ontogenetico antecedente all'uso del linguaggio. «Una cosa che non posso fare non la posso neanche sentire» scopre Saturnia di sé a trentatré anni.

E l'esempio di Rogers e Kinget (1965) sulla nascita di un fratellino e dei sentimenti di rivalità che comporta, su quanto sia importante che tali sentimenti siano accolti e venga dato loro diritto di cittadinanza, che siano accettati, senza che questo significhi approvare eventuali comportamenti pericolosi che possono provocare, è chiarificatore, e tanto più lo è quanto la differenza d'età fra fratelli è poca. Gordon (1970), allievo di Rogers, e Satir (1988) sottolineano che è fondamentale da un lato impedire comportamenti distruttivi con messaggi di autorivelazione dei propri sentimenti, dall'altro far sentire il bambino accettato con tutti i suoi sentimenti: vanno differenziati i due momenti.

E la minaccia del divieto puro in una età precoce, in cui la dipendenza da chi ha il reale potere di vita o di morte è totale, può rappresentare l'esperienza più terrificante dell'esistenza, carica di senso di morte, di paura della morte

fisica, soprattutto se accompagnata dall'angoscia di castrazione, definita da Freud più spaventosa dell'angoscia di morte, dovuta all'amputazione di una parte di sé.

Con Rogers e Gordon, Barbara Williams e Virginia Satir possiamo dire che non esistono sentimenti buoni o cattivi, esistono sentimenti e basta, come le dita delle mani e dei piedi. Come esempio l'invidia, sentimento primario e giudicato negativamente anche dalla Klein (1957) che lo individuò all'origine nell'infante: tale sentimento è negato anche culturalmente (basti pensare all'invidia di Lucifero), e se negato erompe senza essere percepito, ma c'è, è incistato, potenzialmente quindi può divenire pericoloso.

Bene diceva Jung: «Abbiamo fatto male a non unire il diavolo alla Trinità per farne una Quaternità, da questa divisione è venuto fuori tutto il male del mondo». Non poter sentire determinati sentimenti considerati “negativi”, come l'invidia, impedisce l'integrazione e il vivere il dolore della mancanza da cui deriva, e soprattutto non ne consente l'elaborazione: in parte per sviluppare la capacità di sofferenza della frustrazione e della mancanza, in parte per avviare il processo di *trasformazione* dell'energia distruttiva in energia costruttiva.

E il tema affrontato da Rogers e Kinget è ancora fondamentale: non si è mai parlato abbastanza in psicologia dei rapporti fra fratelli, delle differenze di rango, delle ambivalenze come intimità-fusione e rivalità (Cigoli, Scabini, 1996). Ancor meno si è parlato delle proiezioni dei genitori sui figli. Quanti genitori prediligono un figlio perché proiettano (ignari) su di lui se stessi ed esprimono ambivalenze con doppi messaggi o messaggi misti verso gli altri figli che rappresentano una proiezione della propria fratria.

Così come troppo si è parlato dell'attrazione dei figli per il genitore dell'altro sesso e troppo poco dell'inverso, l'attrazione del genitore per i figli dell'altro sesso, ancora una volta con troppi doppi messaggi, messaggi misti.

E proprio di forti messaggi misti si tratta, del cosiddetto doppio legame, diverso a livello verbale e a livello analogico, della «disparità, “divergenza” tra affettività verbalizzata e il tono affettivo che il bambino avverte per empatia» (Spiegel, 1970). E alla base, ripeto, c'è quasi sempre un segreto familiare (Watzlawick *et alii*, 1967 e Selvini Palazzoli, 1988). «*A priori* proprio del mondo della vita significa [...] anche *a priori* biografico» (Blankenburg, 1971). E «un genitore o anche entrambi i genitori possono essere incapaci della profonda lealtà emotiva che è invece necessaria» (Ackerman, 1970).

Nelle famiglie con un membro con psicosi si ha una inversione genitori-figli per cui i genitori soddisfano i loro bisogni con i figli che diventano

genitori; si hanno manipolazioni a livello più grave che nelle famiglie della persona con nevrosi ed è massiccia la proiezione.

Una delle cose più gravi della manipolazione, legata anche al segreto familiare, è che si può arrivare a negare la realtà: viene detta una cosa quando conviene e l'opposto quando non conviene. Le proiezioni portano a dare le colpe agli altri perché, se si prendessero su di sé, la struttura della personalità dei singoli membri non reggerebbe.

Come poter intervenire? Il trattamento combinato è di elezione

Saturnia racconta che nei primi due ricoveri la portarono in un ospedale dove c'erano medici amici dei suoi "persecutori", contrari agli psicofarmaci, che si improvvisavano terapeuti. Il delirio continuò per giorni e giorni. Quando in un'altra clinica più seria le diedero gli psicofarmaci, anche se non voleva prenderli, poté tornare dal delirio, pur entrando in una fortissima depressione.

L'intervento farmacologico non deve essere né troppo forte da obnubilare la persona né troppo debole da non farla tornare dal delirio.

E, tornata, come questa testimonianza ci dice, la persona entra e attraversa una fase di depressione molto dura, la "depressione di uscita". Ma è ora in contatto con i sentimenti in modo cosciente. Anche se con grande dolore e con gravi rischi, è possibile lavorare psicologicamente sui significati dei sentimenti e dei sintomi. La depressione permette, pur nella sofferenza, la riflessione, l'elaborazione.

Questa opportunità viene invece in parte negata dall'uso dell'elettroshock: «C'è sempre qualche disturbo della memoria dopo una terapia elettroconvulsivante» (Sims, 1995). Troppe persone che lo hanno ricevuto, tornati, non ricordavano più i deliri, avevano vuoti di memoria, e invece i deliri, le allucinazioni ricordate con coscienza di malattia sono materiale prezioso per lavorare sul piano psicoterapico: là è il significato, che solo la persona conosce.

«Studi di controllo ben progettati hanno ampiamente dimostrato che i farmaci antipsicotici sono altamente efficaci nel trattamento dei sintomi positivi della schizofrenia» (Gabbard, 1994).

Occorre dunque un intervento per stabilire il contatto, una delle sei proposizioni⁸, in questo caso indicatore di trattabilità, che Rogers pone alla base

⁸ Scrive Rogers: «Una modificazione costruttiva della personalità si verifica quando sono presenti e sussistono per un certo periodo le seguenti condizioni 1. Due persone sono in contatto psicologico. 2. La prima, che chiameremo il cliente, è in uno stato di incongruenza, di vulnerabilità o di ansia. 3. La seconda

della terapia. L'altro elemento fondamentale è l'accettazione positiva incondizionata della persona con i suoi deliri, la sua storia, la sua narrativa. «Lo schizofrenico [...] presenta caratteristici schemi individuali nel suo modo di procedere concreto che rivelano l'influenza delle idee, dei sentimenti ecc. del paziente» (Goldstein, 1970). Farson (1996), psicologo rogersiano, ha molto lavorato sui paradossi e sulla complessità, e quale maggiore complessità e maggiore paradosso insito nella frase di Rogers «Solo se mi accetto come sono posso cambiare»?

L'accettazione è quindi elemento fondante, di fronte al mutismo che può essere il terrore della concretizzazione di una cosa detta oltre che pensata; o di fronte alla paralisi che può essere il frutto di paure di persecuzione, di terrori fantastici.

Il pensiero magico, il pensiero concreto, l'identità accettata sulla base di identici predicati anziché identici soggetti, la perdita della denotazione e la parola con le sue caratteristiche spesso considerate identiche all'oggetto (D'Ippolito *et alii*, 1996), o le associazioni basate su simboli esperienziali, spiegano spesso e il comportamento "bizzarro" e il mutismo psicotico. La persona con psicosi sente con il pensiero e pensa con le sensazioni.

«Ero paralizzata», racconta Saturnia in riferimento alle sue crisi. Lo psichiatra chiamato dai suoi "persecutori" la interrogava; lei taceva in modo assoluto: «Qualsiasi cosa avessi detto poteva essere usata contro di me». Fu definita catatonica e, visto il periodo di "adattamento" alla realtà precedente alla prima crisi, borderline. Più tardi nella sua storia si parlò più volte di schizofrenia, forse sotto forma di "bouffée deliranti acute" forse grazie agli psicofarmaci. Ancora, nelle crisi acute, era sicura che la televisione parlasse di lei e si comportava di conseguenza.

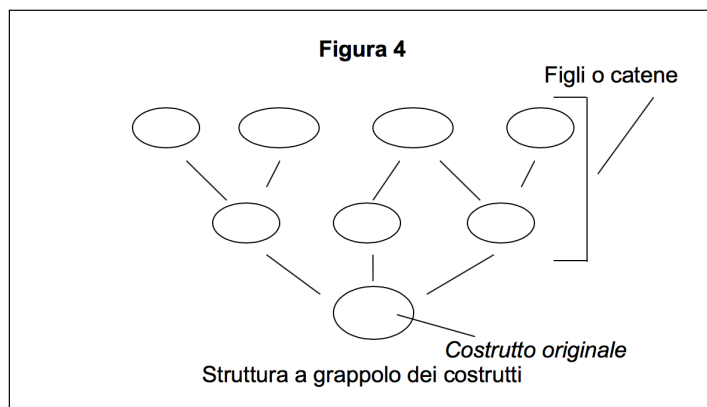
La persona tornata dal delirio ci permette di lavorare lottando contro la propria fretta.

Si è ipotizzato che tutti i costrutti emotivo-cognitivi, le illusioni disfunzionali sono come figli e catene del primo o dei primi pochissimi costrutti originari.

Per esempio: «Devo andare bene a scuola, devo amare i miei fratelli, devo essere ubbidiente, devo mangiare, devo leggere, devo...» sono figli del

persona, che chiameremo il terapeuta, è in uno stato di congruenza: è cioè, nella relazione, liberamente e profondamente se stesso. 4. Il terapeuta prova dei sentimenti di considerazione positiva incondizionata nei confronti del cliente. 5. Il terapeuta prova una comprensione empatica del sistema di riferimento interno del cliente e si sforza di comunicare al cliente questa esperienza. 6. Si verifica una comunicazione, almeno parziale, della comprensione empatica e della considerazione positiva incondizionata del terapeuta per il cliente» (Rogers, 1957).

più generale: «Essere bravo è la stessa cosa che essere buono» e più in profondità: «Devo essere buono pena la morte fisica» (Figura 4).



Qualsiasi lavoro sui costrutti successivi non può bastare. La persona con psicosi ti sfida a risalire a quello originario. E qui la congruenza è fondamentale: queste persone hanno le antenne per i doppi messaggi, per i messaggi misti. Ma si può guarire (D'Ippolito, Nardini, 2010).

Addirittura è possibile ipotizzare che il *continuum* tra “malattia” e “salute” non sia una linea ma un cerchio: vicino alla “salute” abbiamo da un lato le nevrosi, dall’altro le psicosi con sintomi positivi. Lontano le psicosi con sintomi negativi, le nevrosi gravi, i borderline e i disturbi di personalità, più lontano ancora la psicopatia (Figura 5). «La sofferenza psicotica è tra le peggiori, soprattutto perché difficilmente riesce a farsi capire. Ma [...] esiste negli schizofrenici una forza, una potenza, oserei dire un’abilità, che troppo spesso neppure immaginiamo. [...] Gli schizofrenici sono malati con un *Io forte*» (Racamier, 1980).

La persona con schizofrenia a sintomi positivi non può tornare indietro a un falso sé con atteggiamenti nevrotici e difese di tipo borderline, può solo andare avanti, se bene aiutata, verso la guarigione. Dalla testimonianza di Jamison in *Una mente inquieta* (1995) appare che anche la psicosi maniaco-depressiva può raggiungere una guarigione, e in questa testimonianza la persona dichiara di essere stata ben aiutata, non a caso da un trattamento combinato. Accennando ora alla psicosi maniaco-depressiva, amo ancora richiamare la **psicosi unica** di cui parla Callieri.

Lentamente la persona imparerà a farsi carico delle proprie responsabilità, a vedere i problemi soggettivizzati, poiché con Anna Freud (1965) possiamo dire che da bambini l'ambiente è dominante, ma crescendo, lentamente, l'ago si sposta giungendo a rendere l'individuo parte-guida (Olivetti Belardinelli, 1978) del proprio sistema.

«Il cambiamento del sé precede e non segue il recupero del materiale negato o rimosso» (Rogers, 1951). E per questo obiettivo non tanto il rimando empatico è utile, nella fase acuta, con la persona con psicosi, poiché può venire frainteso («Mi legge nel pensiero»). Semmai l'empatia può essere tradotta a livello corporeo, fino alla ripetizione dei gesti, come ci ha insegnato Prouty, della scuola di Rogers. «Tra gli psicoterapeuti coloro che sono esperti nella comunicazione non verbale hanno un particolare successo con i malati gravi, e soltanto quando il paziente riesce a controllare, con il loro aiuto, semplici funzioni retroattive nel modo non verbale, è probabile che lo scambio verbale possa migliorare» (Ruesch, 1970).

Dunque l'empatia come modo di *stare con*, anche e forse soprattutto in silenzio, con l'ascolto forse quasi prevalentemente passivo, e la congruenza, e, ancora, soprattutto l'accettazione: accettare la persona così come è, con il suo delirio, seguirla nel suo delirio, essendo tuttavia ben certi, con la congruenza, di dove si è per non perdersi in una *folie à deux*, arrivare fino alla trasparenza e dire alla persona sinceramente dove si è.

Racconta ancora Saturnia, che dopo un lungo periodo di analisi, l'analista che l'aveva seguita aveva chiuso la terapia, sostenendo che doveva farcela da sola, anche nei momenti difficili. Nella nuova clinica era paralizzata sul letto. Non c'erano persecutori, certamente risultato del lavoro fatto. Non c'erano cappuccini avvelenati [allucinazioni cenestesiche]. Non c'erano coltelli [allucinazioni visive] nelle mani di loschi figure. Il negativo non era più fuori di lei, ma dentro di lei: «Io sono il diavolo». Ma il primo impatto fu ancora la paralisi, il mutismo. Un medico con tenerezza le poneva domande. Avrebbe voluto parlare, ma non lo fece: avrebbe tradito l'analista aumentando la sua colpa.

Dopo tutto "infanzia" etimologicamente significa "mancanza della parola", e quanto maieuticamente riemergerà dall'infanzia!

Quando la persona rientra dal delirio, spesso grazie ai farmaci, e ti dice «Forse io pensavo che...» allora le tre condizioni di Rogers, l'accettazione positiva incondizionata, l'empatia nella sua completezza, la congruenza, legate fra loro, appaiono necessarie e sufficienti. L'empatia e il rimando empatico nel senso rogersiano del termine e non già nel senso spesso stravolto con

l'introduzione di domande cosiddette empatiche frutto di bisogni dell'ascoltatore: «Il porre domande con l'intensità e l'insistenza di un interrogatorio è uno degli strumenti di distruzione» (Spiegel, 1970). Così, anche altri approcci come l'associazione libera volontaria, la terapia della Gestalt, lo Psicodramma, poiché tendono a ridurre le “funzioni coscienti dell'Io”, già di per sé meno forti, sembrano controindicate in questi casi. Nonché l'interpretazione che non lascia alla persona trovare da sé il senso e il significato. Parlando della persona con schizofrenia, Goldstein (1970) scrive: «Il paziente [...] resiste talvolta violentemente se si toccano i suoi conflitti [...] perché egli li conosce [...]. Se vogliamo stabilire un contatto con il paziente [...] dobbiamo procedere [...] in modo diretto, considerando accuratamente le idee, i desideri, le tendenze ecc. del paziente». E qui risulta fondamentale la **fiducia** nella tendenza attualizzante, la tendenza all'attualizzazione di Sé di cui parla Rogers e base fondante di tutto il suo pensiero (vedi nota 7).

Particolare attenzione quindi ancora va data all'accettazione, basata sulla fiducia: «Ti accetto ora, ma ti accettavo anche prima, quando deliravi; ti accetto come sei, come persona intera, ascolto i tuoi deliri, la risposta è dentro di te, tu meglio di me sai». «In un certo senso, in realtà, la persona stessa è il messaggio» (Spiegel, 1970). L'accettazione del messaggio, qualsiasi esso sia, è l'accettazione della persona stessa. «Come la trama e l'ordito, la forma [il delirio] e il contenuto [del delirio stesso] sono distinti ma inestricabilmente legati l'uno all'altra. [...] Molti autori sostengono che ogni delirio possa essere compreso se si conosce abbastanza della vita del paziente. [...] I deliri riflettono, nel loro contenuto, i suoi [della persona con psicosi] interessi predominanti e le sue preoccupazioni» (Sims, 1995).

Sentendosi accettata, la persona impara ad accettarsi, la minaccia di morte si affievolisce, poi lentamente scompare: la persona può finalmente sentire di più e allargare, relativizzare, rendere flessibili i suoi costrutti, il Sé ideale. La capacità di astrazione, fluttuante e non completamente assente nella psicosi come anche i sintomi di isolamento, affonda le sue radici nel pensiero concreto da cui deriva, nell'esperienza diretta cui si possa accedere; il generale nasce dal particolare, la coscienza dall'inconscio (Jung, Neumann), la teoria dalla pratica concreta. «Le categorie tipiche della vita mentale più sviluppata [...] si sono sviluppate da un *continuum* percettivo-concettuale-motivazionale rappresentato dalla percezione “paleologica” dei bambini, dei primitivi e degli schizofrenici» (Bertalanffy, 1970).

«Io posso lasciar-essere qualche cosa soltanto se, indipendentemente da quel che ogni volta faccio, io affermo il mio “stare”. Ciò è possibile soltanto se

mi lascio essere me stesso, se io mi accetto» (Blankenburg, 1971). Ma «tra l'io e il Noi esiste manifestamente una relazione dialettica di reciproco potenziamento» (Blankenburg, 1971). «Del resto il risvegliarsi dei ricordi, [il risentire], per mezzo della libera associazione più che causa del progresso terapeutico ne è una conseguenza» (Goldstein, 1970). E di risentire si tratta: «Sono proprio rimasta indietro, voglio dire anche nel sentire e in tutto ciò che va insieme a questo. Non ho familiarità con la situazione perché non la sento. La condivisione con altri di una specie di sentimento di mondo, questo mi manca», dice A., situazione clinica riportata da Blankenburg. E «gli atteggiamenti del terapeuta [...] spesso [sono] più importanti del contenuto» (Goldstein, 1970).

«Noi consideriamo la comunione [medico-paziente] come il presupposto per ogni trattamento che voglia riuscire perché, in questa situazione, abbiamo a che fare con l'esperienza di una delle cose fondamentali dell'esistenza umana, la possibilità di comprendersi e accettarsi l'un l'altro» (Goldstein, 1970).

Una volta aiutata la persona a uscire dalla propria psicosi, quand'anche e talvolta proprio con l'accettazione di un sostegno farmacologico di riferimento, la persona ha la sensazione di possedere un tesoro ai limiti consapevoli dell'accettazione anche del mistero.

Per tutte le psicosi possiamo forse dire con Goldstein (1970) «I problemi [...] sono comuni più o meno a tutti gli esseri umani [...], per quanto diversi possano essere i sintomi per mezzo dei quali sono riconoscibili [...]. Quando desideriamo comprendere un fenomeno, un suo aspetto estremo spesso ne dimostra la struttura con particolare chiarezza».

In chiusura di questo saggio risulta centrale il riferimento ai temi ampiamente affrontati da tempo da Bruno Callieri: la reciprocità, l'interrelazione, la dimensione dialogica medico-paziente, l'incontro Io-Tu (1999a; 2007). Egli dice «La reciprocità [...] dovrebbe propriamente intendersi come aspetto costitutivo e momento costituente dell'azione psicoterapeutica, nelle diverse situazioni psico(pato)logiche» (1999b). Parla (2008b) del «recupero dell'*alter* celato nell'*alienus*» e cita Eraclito: «la trama nascosta è più forte di quella visibile».

Di più. Callieri scrive: «Parlare d'amore e in termini d'amore può certamente suonar scandalo alle orecchie sia del medico che del filosofo, sia del naturalista che del metafisico. Ma è un rischio che oggi val la pena di correre» (1984).

Infine, alla presentazione del libro *Inconscio: Madre e Matrigna* (D'Ippolito, 2009) Callieri ha dichiarato: «... [la] psicoterapia delle psicosi.

Ecco un termine che forse adesso, nella mia tarda età, mi azzardo a prospettare, sempre con il timore di essere temerario ...» «... l'ispirazione rogersiana ... cioè una impostazione di tipo aperto, una relazionalità che non è destinata alla radicale sconfitta, ma potrebbe essere destinata anche – diciamo pure una parola un po' pesante – a una specie di vittoria, ... a un'illuminazione della scena ...» (Callieri, 2009; D'Ippolito, 2015).

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman N.W. (1970). Psicoterapia della famiglia, in S. Arieti (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Anzieu D. (1985). *Le Moi-peau*, Paris: Bordas (trad. it. L'Io-pelle, Roma: Borla, 1987).
- Arieti S. (1970). La schizofrenia. Sintomatologia, psicodinamica e meccanismi formali, in S. Arieti (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Bertalanffy L. von (1969). *General System Theory*, New York: Braziller (trad. it. Teoria generale dei sistemi, Milano: Mondadori, 1983).
- Bertalanffy L. von (1970). Teoria generale del sistema e psichiatria, in S. Arieti (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Bettelheim B. (1967). *The Empty Fortress*, New York: The Macmillan Company (trad. it. La fortezza vuota, Milano: Garzanti, 1976).
- Blankenburg W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag (trad. it. La perdita dell'evidenza naturale, Milano: R. Cortina, 1998).
- Callieri B. (1984). La fenomenologia dell'incontro: il noi tra l'homo natura e l'homo cultura, in C. Cazzullo e C. Sini, *Fenomenologia; filosofia e psichiatria*, Milano: Masson.
- Callieri B. (1999a). Non è più il tempo dell'io ma del noi, *Attualità in Logoterapia*, 1, (1), 11-19.
- Callieri B. (1999b). Appunti per una psicoterapia della reciprocità, *Attualità in psicologia*, XIV, (2), 149-154.
- Callieri B. (2007). L'ambiguo transito tra psichiatra e psicoterapeuta: la relazione interpersonale, *Giornale storico del Centro Studi di Psicologia e Letteratura*, 3, (5), 119-129.
- Callieri B., Maci C. (2008a). La paranoia tra eidos e pathos. Il problema dell'Endon e del Reattivo nella paranoia, in *Paranoia, passione e ragione*, Roma: Anicia.
- Callieri B., Maci C. (2008b). *Paranoia, passione e ragione*, Roma: Anicia.
- Callieri B. (2009). Presentazione del libro "Inconscio: Madre e Matrigna – L'archetipo della Grande Madre ed il suo carattere elementare" di M.M. D'Ippolito, Libreria

D'Ippolito M.M. *Psicosi schizofrenica a sintomi positivi e/o psicosi unica*

L'Argonauta, 24 marzo 2009,

http://www.alpesitalia.it/foto/articoli/206997_1_doc3.pdf

- Capra F. (1982). *The Turning Point*, New York: Simon and Schuster (trad. it. Il punto di svolta, Milano: Feltrinelli, 1984).
- Cigoli V., Scabini E. (1996). *Sentimenti e sistemi*, Milano: R. Cortina.
- De Ajuriaguerra J., Marcelli D. (1982). *Abrégé de Psychopathologie de l'enfant*, Paris: Masson (trad. it. Psicopatologia del bambino, Milano: Masson, 1984).
- D'Ippolito M.M. (1996). Il pensiero, in M.M. D'Ippolito *et al.*, *Guida all'esame di stato per psicologi*, Roma: Edizioni Kappa.
- D'Ippolito M.M. (2009). *Inconscio: Madre e Matrigna – L'archetipo della Grande Madre ed il suo carattere elementare*, Roma: Alpes Italia.
- D'Ippolito M.M. (2003/2010). *Vincere Barbablù - Se si può uscire dalla "schizofrenia" forse si può uscire da qualsiasi disturbo*, Roma: Alpes Italia.
- D'Ippolito M.M., Nardini A.N. (2010). *Il concetto di guarigione. La costante e la relatività in psicoterapia*, Roma: Alpes Italia.
- D'Ippolito M.M. (2015). *A dialogo con Bruno Callieri*, Roma: Alpes Italia.
- Farson R. (1996). *Management of Absurd*, New York: Simon & Schuster.
- Freud A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood*, New York: International University Press (trad. it. Normalità e patologia nel bambino, Milano: Feltrinelli, 1969).
- Gabbard G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice – The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press (trad. it. Psichiatria psicodinamica - Nuova edizione basata sul DSM-IV, Milano: R. Cortina, 1995).
- Gallese V., Migone P., Eagle M.N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoterapia e scienze umane*, XI (3), 543-580.
- Gallese V. (2011). Corpo ed azione nell'esperienza autistica dell'esistenza: neuroscienze e psicopatologia. Intervento alle XII Giornate Psichiatriche Ascolane: "Essere e intersoggettività. L'intersoggettività dell'essere". <http://www.psychiatryonline.it>
- Gauld A., Shotter J. (1977). *Human Action and its Psychological Investigation*, London: Routledge & Kegan Paul (trad. it. L'azione umana, Roma: Città Nuova, 1983).
- Goldstein K. (1970). L'indirizzo organismico, in S. Arieti (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Goleman D. (1995). *Emotional Intelligence*, New York: Bantam Books (trad. it. Intelligenza emotiva, Milano: Rizzoli, 1997).
- Gordon T. (1970). *Parent Effectiveness Training*, New York: New American Library (trad. it. Genitori efficaci, Molfetta (BA): La Meridiana, 1994).
- Jamison K.R. (1995). *An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness*, New York: Knopf (trad. it. Una mente inquieta, Milano: Longanesi, 1996).

- Jung C.G. (1938). Die psychologischen Aspekte des Mutterarchetypus, in *Eranos-Jahrbuch 1938*, Zürich: Rhein-Verlag (trad. it. Gli aspetti psicologici dell'archetipo della Madre, in Opere 9*, Torino: Bollati Boringhieri, 1980).
- Jung C.G. (1952). Synchronizität als ein Prinzip akausaler Zusammenhänge, in *Naturerklärung und Psyche*, vol. IV, Zürich: Rascher (trad. it. La sincronicità come principio di nessi acausali, in Opere 8, Torino: Bollati Boringhieri, 1978).
- Kallman F.J. (1970). Genetica delle malattie mentali, in S. Arieti (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Klein M. (1957). *Envy and Gratitude. A Study of Unconscious Sources*, London: Tavistock Publications (trad. it. Invidia e gratitudine, Firenze: Martinelli, 1969).
- Lewin K. (1936). *Principles of Topological Psychology*, New York: McGraw-Hill Book Company (trad. it. Principi di Psicologia topologica, Firenze: Organizzazioni Speciali, 1961).
- Mahler M.S., Pine F., Bergman A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant Symbiosis and Individuation*, New York: Basic Books (trad. it. La nascita psicologica del bambino, Torino: Bollati Boringhieri, 1978).
- Marcelli D., Braconnier A. (1983). *Psychopathologie de l'adolescent*, Paris: Masson (trad. it. Psicopatologia dell'adolescente, Milano: Masson, 1985).
- Miller J.G. (1978). *La teoria generale dei sistemi viventi*, Milano: Franco Angeli (versione originale 1965).
- Modell A.H. (1990). *Other Times, Other Realities. Toward a Theory of Psychoanalytic Treatment*, Cambridge Usa: Harvard University Press (trad. it. Per una teoria del trattamento psicoanalitico, Milano: R. Cortina, 1994).
- Olivetti Belardinelli M. (1978). *La costruzione della realtà*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Pankow G. (1969). *L'homme et sa psychose*, Paris: Aubier-Montaigne (trad. it. L'uomo e la sua psicosi, Milano: Feltrinelli, 1977).
- Pankow G. (1977). *Structure familiale et psychose*, Paris: Aubier-Montaigne (trad. it. Struttura familiare e psicosi, Milano: Feltrinelli, 1979).
- Prigogine I., Stengers I. (1979). *La Nouvelle Alliance - Metamorphose de la science*, Paris: Gallimard (trad. it. La Nuova Alleanza - Metamorfosi della scienza, Torino: Einaudi, 1981).
- Racamier P.C. (1980). *Les schizophrènes*, Paris: Payot (trad. it. Gli schizofrenici, Milano: R. Cortina, 1983).
- Reda M.A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Rispoli L. (1998). La psicoterapia corporea e il suo sviluppo funzionale, in L. Cionini (a cura di), *Psicoterapie. Modelli a confronto*, Roma: Carocci.
- Rogers C.R. (1947). Some Observations on the Organisation of Personality, *American Psychologist*, 2, 358-368.

- Rogers C.R. (1951). *The Client-Centered Therapy*, Boston: Houghton Mifflin (trad. it. *Terapia centrata sul cliente*, Firenze: La Nuova Italia, 1997).
- Rogers C.R. (1957). A Theory of Therapy Personality and Interpersonal Relationship as Developed in The Client-Centered Fromwork, in S Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science*, New York: McGraw Hill (trad. it. Le condizioni necessarie e sufficienti per una modificazione terapeutica della personalità, in *La terapia centrata sul cliente*, Firenze: Martinelli, 1970).
- Rogers C.R. (1963). Comunicazione presentata al simposio su Behaviorism and Phenomenology: Contrasting Bases for Modern Psychology tenuto nella Rice University, Houston Texas (trad. it. Verso una scienza della persona, in *La terapia centrata sul cliente*, cit.).
- Rogers C.R., Kinget M. (1965). *Psychothérapie et relations humaines*, Luvain: Editions Nauwelaerts (trad. it. Psicoterapia e relazioni umane, Torino: Bollati Boringhieri, 1970).
- Ruesch J. (1970). Teoria generale della comunicazione in psichiatria, in S. Arieti (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Satir V. (1988). *The New Peoplemaking*, Palo Alto California: Science & Behavior (trad. it. In famiglia... Come va?, Aqui Terme: Impressioni grafiche, 2000).
- Selvini Palazzoli M. et alii (1982). *I giochi psicotici nella famiglia*, Milano: R. Cortina.
- Selvini Palazzoli M. et alii (1988). *Paradosso e controparadosso*, Milano: Feltrinelli.
- Sims A. (1995). *Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology*, London: W.B. Saunders Company Ltd (trad. it. Introduzione alla psicopatologia descrittiva, Milano: R. Cortina, 1997).
- Spiegel R. (1970). Problemi specifici della comunicazione nei disturbi psichiatrici, in S. Arieti (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Watzlawick P., Beavin G.H., Jackson D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*, New York: Norton (trad. it. Pragmatica della comunicazione umana, Roma: Astrolabio, 1971).