

## **CBT per le psicosi in una cornice psicoanalitica**

*Michael Garrett e Douglas Turkington*

*SUNY Downstate Medical Center, Dipartimento di Psichiatria, Brooklyn, NY, Stati Uniti*

Alcuni clinici considerano la psicoterapia psicodinamica (PP) e la terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi (CBTp) come trattamenti con poco in comune. Viene qui presentato un modello integrato in cui la PP e la CBTp si adattano bene insieme, giocando ciascuna un ruolo essenziale con differenti modalità e in diversi punti nel corso del trattamento. Questo modello è stato sviluppato esaminando uno dei sintomi nucleari delle psicosi. Gli individui psicotici sembrano percepire come fatti reali del mondo esterno degli eventi che sono invece un riflesso dei propri processi mentali interni. Anziché fare esperienza di pensieri e sentimenti come un proprio vissuto, la persona "vede" o "sente" delle cose che sembrano accadere al di fuori di sé, come se si trattasse della "rappresentazione di cosa" della vita mentale. Prima che sia possibile fornire alla persona un'interpretazione psicodinamica del significato inconscio dei suoi sintomi psicotici, la "rappresentazione di cosa" della sua vita mentale dovrebbe essere in primo luogo riportata entro i confini del sé. La CBTp fornisce i mezzi tecnici per farlo. Una volta che la CBTp è stata d'aiuto nel ristabilire le connessioni tra l'esperienza psicotica e la vita emotiva interna del paziente, la prospettiva psicodinamica diventa poi progressivamente più importante. In questo modello il trattamento inizia con la CBTp che viene praticata in una cornice psicodinamica, segue poi una seconda fase di trattamento in cui la PP fornisce una risposta empatica alla vita mentale della persona, favorendo una soddisfacente esperienza di sé.

**Parole chiave:** Psicosi; Schizofrenia; Psicoterapia; Psicoanalisi; Delirio; Allucinazione

## Introduzione

Nel secolo scorso, la psicoanalisi ha prodotto ben pochi clinici in grado di lavorare con pazienti psicotici, ma mai un modello di trattamento che potesse essere implementato nelle strutture psichiatriche territoriali dove vengono invece visti la maggior parte dei pazienti psicotici cronici (Arieti, 1974; Stone, 1999; Willick, 2001). In altre parole, la psicoanalisi ha prodotto un numero limitato di Maserati, ma mai una berlina familiare che un qualunque clinico medio, con una formazione adeguata, potesse guidare. Nel frattempo, i clinici e i ricercatori ad orientamento cognitivo, in Gran Bretagna e altrove, hanno fatto progressi negli approcci cognitivo-comportamentali per la psicosi (CBTp) (Morrison, 2009; Tai e Turkington, 2009; Wykes, Steel, Everitt e Turner, 2008). Per quale motivo gli approcci psicodinamici hanno mostrato una crescita limitata mentre la CBTp ha continuato ad espandersi? La ragione non sta nel fatto che le idee psicoanalitiche siano irrilevanti per il trattamento delle psicosi. Piuttosto, la tecnica psicodinamica ha prestato troppa attenzione all'interpretazione dei processi mentali *inconsci* alla base delle psicosi, e troppa poca attenzione all'esperienza *cosciente* del sintomo psicotico, percepito come un evento del mondo esterno. Appare pertanto necessaria una revisione della tecnica psicodinamica.

Mentre la psicoanalisi classica, come trattamento sul lettino, non potrà mai essere praticata nella psichiatria dei servizi pubblici, la psicoanalisi come insieme di idee psicologiche ha invece molto da offrire. Una prospettiva psicodinamica promuove l'empatia, che aiuta a stabilire l'ingaggio iniziale e a sostenere poi l'alleanza terapeutica. Essa conferisce tatto e *timing* agli interventi di CBTp. La teoria psicoanalitica delle relazioni oggettuali appare estremamente utile nel comprendere il significato delle allucinazioni e dei deliri, degli stressors e dei traumi, e il modo in cui viene regolata l'autostima (Klein, 1935). Le competenze psicodinamiche del terapeuta sono essenziali nei trattamenti prolungati nel tempo. La CBTp e la psicoterapia psicodinamica (PP) dovrebbero essere messe insieme con modalità specifiche e in momenti specifici nel corso del trattamento. Descriveremo un modello integrato in cui la tecnica CBTp è collocata all'inizio del trattamento e definisce la struttura di base della fase iniziale della psicoterapia, mentre la psicoanalisi fornisce una cornice psicodinamica che conferisce al processo del trattamento

profondità nella comprensione emotiva, tatto e *timing*. Durante questa prima fase, la diretta interpretazione psicodinamica del significato inconscio dei sintomi psicotici è utile solo di rado, mentre può rivelarsi importante in fasi successive del trattamento, a seconda delle esigenze e delle capacità del paziente. Dopo un percorso di CBTp, segue una seconda fase di follow-up a lungo termine in cui le competenze psicodinamiche tradizionali sono di fondamentale importanza.

Perché integrare CBTp e PP? In primo luogo, un modello integrato che ampli la nostra comprensione teorica della patogenesi delle psicosi promette di darci una tecnica che funziona meglio. In secondo luogo, l'integrazione è importante poiché stimola l'interesse per i trattamenti psicologici delle psicosi. Ci sono molti clinici, formati in scuole psicodinamiche, che lavorano con malati mentali cronici ed il cui lavoro con i pazienti psicotici potrebbe essere migliorato grazie all'aggiunta di tecniche della CBTp. I clinici psicodinamici potrebbero non cercare un training CBTp poiché ritengono che sia in contrasto con la loro identità psicodinamica, e lo stesso vale per i clinici CBTp. I clinici CBTp, che non hanno familiarità con la letteratura psicoanalitica, potrebbero non riuscire ad utilizzare vantaggiosamente le idee psicoanalitiche per arricchire il proprio lavoro. Questo articolo cerca di mostrare che c'è un posto a tavola per tutti, dove ciascuno dovrebbe sedersi per unire le forze verso l'obiettivo comune di una migliore cura del paziente.

Sebbene siano già stati proposti altri approcci per integrare CBTp e PP (Hingley, 1997; Margison, 2005), svilupperemo un modello integrato esaminando un sintomo nucleare che si presenta spesso nella psicosi, ovvero la convinzione erronea che gli eventi che si verificano nella mente della persona si stiano invece verificando nel mondo esterno. Tutte le allucinazioni, gran parte dei deliri, e i sintomi psicotici come le idee di riferimento sono esempi di questo fenomeno. Sia i clinici CBTp che PP riconoscono la centralità di questo fenomeno dell' *interno-che-diventa-esterno*, ma lo chiamano con nomi diversi. Nel modello CBTp della psicosi di Garety (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001), un evento scatenante, in una persona biologicamente, psicologicamente o socialmente predisposta alla psicosi, porta a stress, ad un'alterazione fisiologica, ad una distorsione dei processi cognitivi e ad esperienze soggettive anomale. In questo modello, l'esperienza anomala in sé non costituisce la psicosi. Piuttosto, è la convinzione metapsicologica erronea che l'esperienza interiore si stia verificando nel mondo esterno che costituisce la psicosi. Dal punto di vista psicoanalitico, sebbene utilizzi il termine in modo diverso rispetto a Freud (1915), Marcus ha descritto l'esperienza di un pensiero o di un

sentimento come percezione esterna come una "rappresentazione di cosa" della vita mentale, vale a dire che la psiche si manifesta attraverso la percezione di cose nel mondo esterno (Marcus, 2003). Le "rappresentazioni di cosa" rappresentano una speciale modalità di pensiero per immagini. Per necessità difensiva, i pensieri vengono proiettati in rappresentazioni mentali di cose animate e inanimate, vissute come se fossero localizzate nel mondo esterno (Bion, 1957). La PP tradizionale tocca qui il suo limite, poiché non prevede una tecnica efficace per affrontare le "rappresentazioni di cosa" della vita mentale. La CBTp fornisce questa tecnica.

Prendiamo in considerazione un esempio dell'*interno-che-diventa-esterno*. Un uomo di quarant'anni si riteneva un fallimento dopo il suo primo episodio psicotico durante il servizio militare, convinzione aggravata dalla morte del suo fratello minore in un'omicidio collegato all'abuso di droghe. Il paziente si sentiva in colpa per non aver saputo guidare il fratello verso una vita migliore. Il paziente ha spiegato al suo medico di non aver mai lasciato casa sua perché si era reso conto, dal modo in cui i cani del quartiere lo guardavano, che potevano vedere attraverso i suoi vestiti in modo che il suo gracile corpo era esposto. Egli credeva che i cani si facessero beffe del suo fisico con il loro sguardo. Gli occhi del cane sono una "rappresentazione di cosa" della sua auto-recriminazione. In termini CBTp, il paziente ha formulato un giudizio metapsicologico sbagliato per cui esperisce come un'interazione con un cane quello che è piuttosto un pensiero autocritico. Nel linguaggio psicoanalitico della teoria delle relazioni oggettuali, la rappresentazione mentale del cane da parte del paziente corrisponde ad un oggetto interno, che è diventato il contenitore per proiettare l'odio che il paziente nutre verso se stesso (Klein, 1946). Quando il paziente si focalizza sul cane, la sua dolorosa autocritica scompare dalla sua esperienza soggettiva, per riapparire unicamente nella mente del cane. La sofferenza intrapsichica viene così trasformata in un problema interpersonale tra l'uomo e il cane. L'attacco o la fuga da un pericolo esterno diventa ora possibile. Per evitare il cane il paziente non esce di casa, e così facendo cerca di evitare il suo odio verso se stesso.

Nella PP lo psicoterapeuta segue le libere associazioni del paziente e cerca di identificare il contenuto mentale inconscio che dà luogo ai suoi sintomi. Per esempio, una paziente ansiosa, non-psicotica, era stata in grado di dire che non era riuscita a fare, per la sua ansia, una telefonata nonostante fosse importante per la sua attività lavorativa. A differenza del paziente psicotico, non vi era stata alcuna "rappresentazione di cosa" del suo conflitto: lei sapeva che il problema era nella

sua mente. Dopo che il significato inconscio della telefonata le era stato portato alla coscienza, la paziente si era mostrata in grado di farla. Anche nei casi in cui il collegamento tra il sintomo psicotico e le sue origini inconscie è abbastanza chiaro, come nel caso del cane beffardo, come mai l'interpretazione di questo collegamento psicodinamico appare raramente utile all'inizio del trattamento? La tecnica psicodinamica ha prestato troppa attenzione all'interpretazione dei processi mentali *inconsci* alla base della psicosi all'inizio del trattamento, e troppa poca attenzione alle "rappresentazioni di cosa" della vita mentale, esperienza *cosciente* del sintomo psicotico percepito come evento del mondo esterno. Prima che il significato psicodinamico di una "rappresentazione di cosa" psicotica possa essere interpretato psicodinamicamente, il trattamento dovrebbe riportare l'esperienza del paziente nel mondo interno dei pensieri e dei sentimenti. La CBTp fornisce i mezzi per farlo. In termini psicoanalitici, la CBTp fornisce *un massiccio rafforzamento dell'io osservante del paziente*, che permette al soggetto di prendere in considerazione delle spiegazioni alternative per le sue esperienze.

Nel paragonare CBTp e PP potrebbe esserci d'aiuto la metafora di un vulcano. In un'eruzione vulcanica, la lava fusa (la psicosi) fuoriesce a causa della pressione di una camera sotterranea (i processi mentali inconsci). Dopo essersi raffreddata sulla superficie, si indurisce e diventa roccia (si cristallizza in un sintomo psicotico), e non dipende più direttamente dalla pressione della lava sottoterra. Dopo che l'inconscio si è cristallizzato in una "rappresentazione di cosa", la connessione con le sue origini inconscie viene effettivamente interrotta. Essa rappresenta quindi la memoria di una percezione, connessa ad altre memorie e percezioni, piuttosto che ad un pensiero o a un sentimento collegato al significato inconscio che potrebbe essere interpretato al paziente. Nelle psicosi, la percezione viene "contaminata" dai processi psicodinamici senza che il paziente sappia che ciò si sta verificando. Ma non si tratta solo di questo. Poiché nelle psicosi la capacità di pensiero logico è conservata (Kemp, Chua, McKenna, David, 1997), i pazienti utilizzano la logica per fare inferenze che collegano le sequenze di percezioni contaminate a deliri sistematizzati. I pazienti credono di fare affidamento sulla percezione e sulla logica per definire la realtà, come hanno sempre fatto in passato, il che è un aspetto particolarmente insidioso delle psicosi. L'interpretazione psicoanalitica cerca di attaccare il sintomo psicotico dal basso, interpretando le dinamiche inconscie sottostanti che hanno dato al sintomo la sua origine e la sua potenza. Questo metodo risulta tuttavia inefficace perché il sintomo risiede, da un punto di vista psicologico, nel

mondo esterno. La CBTp fornisce una tecnica per scomporre la "rappresentazione di cosa" delle psicosi dal livello superiore, nella coscienza (spazio percettivo in cui si è cristallizzata nella memoria) per ristabilire lentamente una connessione tra il sintomo psicotico e i processi mentali interni del paziente .

### **La terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi (CBTp)**

La terapia CBTp è una tra le numerose modalità utili nel trattamento delle psicosi, tra cui la terapia familiare, la terapia ambientale, la terapia di gruppo, e l'utilizzo responsabile di farmaci antipsicotici. Sono disponibili numerosi libri di testo che descrivono la CBTp dettagliatamente (Beck, Rector, Stolar e Grant, 2009; Chadwick, Birchwood, e Trower, 1996; Hagen, Turkington, Berge & Grawe 2010; Kingdon e Turkington 2005). Riporteremo qui un breve riassunto che mostra il modo in cui la CBTp fornisce una tecnica per riportare le "rappresentazioni di cosa" nuovamente entro i confini del sé. Vi sono tre modelli fondamentali che guidano la CBTp.

### ***Il Modello del Continuum (CM)***

L'approccio CBTp presuppone che la psicosi si collochi lungo il continuum della vita mentale normale. Per esempio, nella popolazione generale esiste un continuum di credenze. Una parte importante del dominio pubblico, non altrimenti considerato come malato di mente, crede nella trasmissione del pensiero, nei fantasmi, nel voodoo, e nella realtà del Diavolo, e non crede nell'evoluzione (Kingdon e Turkington, 1994). Esiste anche un continuum di percezioni. Il 5% della popolazione, non altrimenti diagnosticata come malata di mente, sente delle voci (van Os, Hanssen, Bijl, e Ravelli 2000). Tale continuum traduce la tecnica CBTp nel concetto di "normalizzazione" dei sintomi psicotici. Il terapeuta CBTp suggerisce al paziente che nella vita mentale di tutte le persone esistono delle analogie con la psicosi, compresa la mente del terapeuta. Per esempio, il terapeuta potrebbe rivelare che a volte sente qualcuno che chiama il suo nome quando non è presente nessuno, collegando questa allucinazione di vita quotidiana alle esperienze del paziente di sentire delle voci.

La "Normalizzazione" della psicosi e la *self-disclosure* contrastano nettamente con la neutralità del terapeuta nella PP, che mira a mantenere una distanza terapeutica. Il "Normalizzare" i sintomi

psicotici pone l'alleanza terapeutica su un piano più paritario. La "Normalizzazione" ha l'impatto pratico di ridurre in modo significativo lo stigma dell'etichetta della malattia mentale, che conduce alla possibilità di una conversazione in buona fede. In effetti, anziché dire al paziente "Lei ha la schizofrenia e io no", il terapeuta dice: "Tutti noi abbiamo un po' di quello che ha lei". In termini psicologici, la CBTp mette a punto una nuova tipologia di neutralità terapeutica, non in base al terapeuta come schermo bianco che si presta al transfert del paziente, ma alla neutralità sulla base di una comune umanità lungo un continuum di vita mentale, condivisa dal terapeuta e dal paziente. Il terapeuta CBTp viene incoraggiato ad essere informale, familiare, e ad operare una *self-disclosure* con cautela, in modo più reale rispetto a quanto accadrebbe nella PP. Va inoltre detto, nonostante le evidenti differenze nella tecnica, che la teoria psicoanalitica delle relazioni oggettuali assume un continuum tra la proiezione e la scissione primitiva viste nelle psicosi, e i processi mentali simili che si verificano in soggetti non psicotici nella vita quotidiana.

### ***Il Modello di Vulnerabilità allo Stress (SVM)***

Lo Stress Vulnerability Model (SVM) è un modello aperto che sostiene che la psicosi risulti da un'interazione  $3 \times 3$  di elementi multipli, in cui uno stress biologico, psicologico, o sociale interagisce con una vulnerabilità biologica, psicologica o sociale, portando alla psicosi. In questo modello, una persona con un'elevata vulnerabilità genetica potrebbe ammalarsi in seguito allo stress della vita quotidiana (Zubin & Spring, 1977). Una persona senza vulnerabilità biologica potrebbe invece ammalarsi in risposta ad uno stress traumatico, come uno scontro armato, il bullismo, o l'abuso sessuale (Read & Ross, 2003). Lo SVM viene immediatamente compreso dalla maggior parte dei pazienti, e aiuta il paziente nel cominciare a pensare all'interfaccia tra gli eventi esterni e la sua mente. Tienari e collaboratori (2004) hanno fornito evidenze empiriche per lo SVM in uno studio sulle adozioni. I soggetti adottati con un'elevata vulnerabilità genetica alla psicosi presentavano un'incidenza dell'1,5% di schizofrenia (leggermente superiore rispetto all'incidenza dell'1% nella popolazione generale) quando erano stati cresciuti in un ambiente familiare sano. I soggetti adottati con la stessa elevata vulnerabilità genetica mostravano invece un'incidenza del 13% di schizofrenia quando erano stati cresciuti in un ambiente familiare disturbato.

### ***Il modello A-B-C***

Il terzo modello utilizzato nella CBTp è il cosiddetto Modello A-B-C, (Chadwick, Birchwood e Trower, 1996), anch'esso facilmente comprensibile dalla maggior parte dei pazienti. In questo modello, la "A" è un evento attivante, la "B" è la credenza associata a quell'evento, e la "C" è la conseguenza emotiva o comportamentale di questa credenza. Il terapeuta CBTp tenta di mostrare al paziente psicotico che la sua angoscia circa l'evento attivante "A" risulta non solo dall'evento in sé, ma è mediata dalle sue convinzioni circa il significato e il senso personale di quell'evento. Per esempio, un paziente che sente una voce che gli dice "Fai attenzione!" ("A") potrebbe trovare la voce più o meno angosciante a seconda che egli ritenga che la voce stia esprimendo una minaccia oppure una preoccupazione ("B"). Lo stesso sguardo da parte di uno sconosciuto ("A") potrebbe essere interpretato come una curiosità positiva oppure come un'intenzione malevola, a seconda della convinzione del paziente sul significato di "A". Il terapeuta potrebbe dire: "Se le sue convinzioni sul significato delle sue esperienze sono corrette, la sua angoscia è comprensibile. Se c'è un'altra spiegazione per le sue esperienze, allora alcune delle sue sofferenze potrebbero essere non necessarie. È nel suo stesso interesse cercare di esaminare attentamente le sue convinzioni e le eventuali spiegazioni alternative possibili, per vedere se può esistere qualche altro punto di vista. Esploriamolo insieme e vediamo cosa troviamo".

A differenza del clinico PP, che si pone come interprete di ciò che il paziente non può osservare (l'inconscio del paziente), l'intento del terapeuta CBTp è quello di indagare le esperienze coscienti di cui il paziente è ben consapevole. Il terapeuta si pone verso il paziente come un collaboratore in questa ricerca, per effettuare insieme un esame scientifico delle sue "rappresentazioni di cosa" all'interno della sua vita psichica. In termini psicoanalitici, la CBTp fornisce *un massiccio rafforzamento dell'io osservante del paziente*, in una progressione ben strutturata di steps, e una speciale "cassetta degli attrezzi" di tecniche, in cui Watson e Crick esaminano i dati, seduti fianco a fianco nel laboratorio, a differenza di Freud, che interpreta l'inconscio di Dora stando seduto dietro il divano (Freud, 1905).

Una CBTp tipica per il trattamento delle psicosi potrebbe articolarsi come segue:

- (1) *Engagement*. Il terapeuta elicitava nel paziente la descrizione delle sue esperienze angoscianti, che possono includere deliri, allucinazioni, e periodi della vita in cui il paziente si è sentito vittima di alcuni persecutori (o dell'istituzione di salute mentale). Il



terapeuta cerca di articolare il trattamento in base al disagio del paziente piuttosto che alla categorizzazione diagnostica dei suoi sintomi. Gli obiettivi del trattamento sono connessi alla riduzione del disagio del paziente. Il terapeuta CBTp tenta di "normalizzare" le esperienze anomale che si possono verificare in condizioni di forte stress. Introducendo il CM e lo SVM egli permette ai pazienti di poter essere onesti, senza la paura di dover ammettere di essere portatori di un'etichetta stigmatizzante.

- (2) *Timeline.* Il terapeuta prende in considerazione la storia longitudinale del paziente, sottolineando gli eventi significativi lungo una linea temporale, inclusa la prima volta in cui si è manifestata la psicosi. La registrazione di questa storia, in modo lineare e su un pezzo di carta, inizia a stabilire delle connessioni tra gli eventi precipitanti e le esperienze dolorose, situati vicini e in prossimità visiva sulla pagina, prima di stabilire delle vere e proprie connessioni psicologiche man mano che il trattamento progredisce. Questo esercizio costituisce spesso la prima volta in cui il paziente tenta di dare un senso alla sua vita in una modalità differente rispetto a quella delirante.
- (3) *Formulazione iniziale.* Il terapeuta sviluppa una prima formulazione dei fattori che hanno determinato e che tuttora sostengono la psicosi, e può offrire una semplice riformulazione iniziale che ponga le esperienze psicotiche nel contesto personale del paziente, utilizzando lo SVM. Quest'operazione inizia a ricollegare le credenze deliranti, insite nelle "rappresentazioni di cosa" esterne, con gli eventi mentali interni. Una formulazione iniziale semplice potrebbe essere come quella che segue: "Si trovava in condizioni di forte stress dopo la morte di sua madre. Se ho capito bene, ha cominciato a sentire delle voci poco dopo che lei era morta".
- (4) *Coping.* Senza contestare le convinzioni deliranti del paziente, il terapeuta esplora i tentativi del paziente di far fronte alle sue situazioni, e offre delle strategie di coping aggiuntive. Ciò rafforza l'alleanza terapeutica, e sposta il *locus of control* in direzione del paziente. Quest'ultimo impara che nel momento in cui le esperienze dolorose sembrano nascere al di fuori di sé, esse non sono comunque del tutto al di fuori della propria influenza. L'idea che altre persone abbiano avuto delle esperienze simili, e che le abbiano affrontate in modi diversi, sposta l'attenzione dal mondo privato e autoreferenziale del paziente per inserirlo in una comunità più ampia. Imparare ciò che

sperimentano gli altri e il modo in cui fanno fronte alle avversità implementa lo spirito di sperimentazione della CBTp.

- (5) *Modello A-B-C delle esperienze psicotiche.* Il terapeuta e il paziente intraprendono una collaborazione volta a ricercare le esperienze dolorose del paziente, a partire dallo stress ("C") che segue le credenze, andando a ritroso verso la "A" (l'evento), e poi verso la "B" (le credenze). Il terapeuta può iniziare con una sequenza semplice che non sia collegata al nucleo delirante del paziente, per insegnargli il modello A-B-C prima di avvicinarsi alla sua "rappresentazione di cosa" nucleare, attorno alla quale si è cristallizzata la psicosi. Nella psicosi, la "A" e la "B" sono spesso sovrapposte. La credenza del paziente sul significato di un evento, infatti, non viene considerata separatamente rispetto alla sua stessa manifestazione. Il terapeuta CBTp tenta quindi di separare gli eventi attivanti dalla credenza del paziente su di essi, di modo che queste credenze possano essere poi analizzate separatamente. Per esempio, un paziente riferiva di aver notato molti segnali all'interno del suo quartiere del fatto che lui fosse sotto sorveglianza della polizia. Ripercorrendo la storia delle sue credenze, il paziente aveva poi spiegato che quest'idea era sorta, per la prima volta, dopo aver visto un oggetto che era parzialmente nascosto dietro a una tenda alla finestra di un vicino. Possiamo ora analizzare il delirio nel modello A-B-C: il vedere l'oggetto alla finestra del vicino è la "A". Analizzando le prove che aveva a disposizione, il paziente aveva ammesso di non aver mai avuto una chiara vista dell'oggetto. La sua credenza che l'oggetto fosse una telecamera di sorveglianza poteva ora essere considerata come una conclusione tratta dal ricordo di un'esperienza visiva poco chiara, piuttosto che da un dato di fatto. Diventava dunque possibile per il terapeuta mostrare al paziente che la sua errata interpretazione iniziale della "A" alla finestra si era ripetuta in seguito molte volte, rinforzando la sua credenza di essere sotto sorveglianza. Durante il workshop CBTp, paziente e terapeuta lavorano insieme come co-investigatori, utilizzando una varietà di strumenti strutturati per esplorare delle spiegazioni alternative delle varie "A" che hanno portato alle varie "B", che a loro volta hanno portato ad una conseguente angoscia "C". Questi strumenti comprendono, ma non sono limitati, a:

- a) Una serie di domande periferiche dettagliate. "Che cosa ha provato esattamente?"

- b) Accordarsi per non ricorrere subito al giudizio. "Vediamo come va a finire la nostra indagine".
  - c) Valutazione del valore effettivo delle evidenze.
  - d) Valutazione del rischio di sviluppare delle credenze.
  - e) Individuazione dei *bias* cognitivi, come il saltare alle conclusioni e il pensiero autoreferenziale.
  - f) Esperimenti di esame di realtà per affrontare i deliri.
  - g) Informazioni aggiuntive per aumentare la conoscenza del mondo reale.
  - h) Tecniche di coping aggiuntive.
  - i) Assegnazione di compiti a casa.
  - j) Concatenamento di inferenze. "Se questa convinzione si rivelasse falsa, cosa vorrebbe dire per lei?"
  - k) Interventi "Schema-based" (che si sovrappongono con la fantasia inconscia).
- (6) *Mettere in discussione le credenze e riformulare il proprio racconto personale.* Sulla base delle prove raccolte con il modello A-B-C, il terapeuta inizia con prudenza ad affrontare le credenze del paziente, offrendo una formulazione alternativa alle sue credenze deliranti. In termini psicoanalitici, il terapeuta aiuta il paziente a riportare le "rappresentazioni di cosa" della vita mentale dal mondo esterno entro i confini del sé. La figura 1 illustra questo processo. Una volta che il sintomo psicotico viene riportato alla coscienza come percezione di una "rappresentazione di cosa", le connessioni con l'inconscio si attenuano. Lo SVM permette a paziente e terapeuta di riportare l'esperienza del paziente all'interno del sé, offrendo delle spiegazioni alternative. Sono possibili quattro livelli di riformulazione, ognuno dei quali riporta gli eventi della vita mentale ad un livello più profondo dentro il sé:
- (6.1) *Riformulazione della Vulnerabilità allo Stress* (Figura 1, 1). A seconda delle capacità del paziente, questa riformulazione può essere limitata, riportando l'esperienza solo al confine tra il sé e il mondo esterno. Il paziente giunge a comprendere che le esperienze angoscianti possono essere contingenti a degli eventi del mondo esterno, ma hanno comunque un'origine interna, vale a dire che sono scatenate dallo stress. Il terapeuta non deve spiegare perché un evento particolare sia

stressante, o il perché il sintomo psicotico abbia assunto quella forma in particolare. "E così sembra che lei abbia iniziato a sentire delle voci nel momento in cui era così preoccupato di perdere la sua casa da non riuscire a dormire per giorni". Questo livello di riformulazione è quasi sempre possibile.

(6.2) *Riformulazione del Bias Cognitivo* (Figura 1, 2). Questa spiegazione alternativa opera una riformulazione più profonda all'interno dei confini del sé, permettendo al paziente di esaminare la relazione tra cognizioni interne, credenze ed eventi esterni. Il paziente può apprendere a riconoscere i suoi bias cognitivi, come per esempio il saltare alle conclusioni o il mostrare un pensiero autoreferenziale, che aiuta il paziente a fare un'operazione di "catch it/check it/change it" (letteralmente, "afferrare/verificare/modificare" un concetto), riconoscendo che tale pensiero possa essere vittima di un bias, mettendolo poi alla prova e modificandolo. "La sua convinzione che le persone sul bus la stiano osservando in modo critico sembra essere un esempio di questo bias, che spesso la porta a saltare alle conclusioni, di cui abbiamo discusso. Così come ha detto nella nostra ultima seduta, 'Non si tratta sempre di me'." Questo tipo di riformulazione è spesso possibile.

(6.3) *Interpretazione Psicodinamica* (figura 1, 3). Questa spiegazione amplia la riformulazione includendo gli elementi emotivi che contribuiscono inconsciamente alla costruzione del sintomo psicotico. Se la CBTp riesce a riportare la "rappresentazione di cosa" nella mente del paziente, la connessione tra il sintomo e l'inconscio può essere quindi ristabilita ed interpretata. "Dopo essere stata sessualmente abusata, ha creduto di non valere molto. Abbiamo scoperto, attraverso la nostra indagine, che le voci che la criticano e che le dicono che non vale niente non sono tutte delle autorità potenti come lei credeva un tempo, bensì un modo in cui ha fatto esperienza dei suoi pensieri autocritici. Quando era sotto l'influenza di queste voci negative, le era difficile vedere le sue qualità positive. Adesso, ha cominciato a ricostruire la sua vita. Ha iniziato il suo percorso verso la guarigione". Questo livello di riformulazione è possibile, a volte, verso la fine della fase iniziale del trattamento, quando la "rappresentazione di

cosa" è stata riportata nel sé. Invece di un racconto delirante, composto da una sequenza di eventi esterni autoreferenziali estremamente salienti, il paziente sviluppa una narrazione personale, radicata nella sua storia di vita e legata ai fattori psicologici alla base del sintomo psicotico.

(6.4) *Riformulazione Bio-Psico-Sociale* (Figura 1, 4). Questa riformulazione del delirio comprende l'intera gamma delle dimensioni biologica, psicologica e sociale della persona. "Lo stress di essere immigrato in questo paese, in combinazione con i geni del suo albero genealogico, l'ha portata ad udire delle voci che davano espressione a molte delle sue peggiori ansie e dei suoi dubbi su sé stesso." Questo livello di formulazione è possibile, a volte, in una fase avanzata del trattamento. Si veda Garrett (2010) per una descrizione dettagliata del trattamento di una paziente che sentiva delle "voci" che predicavano che le persone sarebbero morte, in cui il trattamento, approfondito grazie ad una formulazione bio-psico-sociale completa, collegava le "voci" al dolore per la perdita del suo matrimonio, alla morte dei suoi genitori, alla sua malattia e mortalità, e alla crescente infermità del suo amato cane.

(7) *Mantenimento e "Sedute di Richiamo"*. Alcuni pazienti possono diventare capaci di utilizzare in modo generalizzato quello che hanno appreso grazie al trattamento CBTp e quindi a riconoscere le future occorrenze di sintomi psicotici con una minima assistenza da parte del terapeuta, mentre altri richiedono l'aiuto del terapeuta nell'effettuare una revisione periodica delle nuove esperienze. Una volta che il paziente ha appreso il modello A-B-C e lo ha applicato con successo ai sintomi passati, esso sarà più facile da applicare ai sintomi ricorrenti.

[Inserire Figura 1]

Figura 1. T, Evento traumatico con ricordi e fantasie ad esso associati. P, il sintomo psicotico intrude nella coscienza sotto forma di "rappresentazione di cosa", esperita nel mondo esterno e scissa dalle sue origini inconse. Ritorno del sintomo psicotico all'interno dei confini del sé. 1,

Modello di vulnerabilità allo stress. 2, Bias cognitivi. 3, Interpretazioni psicodinamiche. 4, Modello bio-psico-sociale.

### **Il ruolo essenziale della psicodinamica**

Oltre a interpretare il significato psicologico dei principali sintomi psicotici in una riformulazione dell'esperienza del paziente, una prospettiva psicodinamica fornisce anche il tatto e il *timing* per gli interventi CBTp durante il trattamento. Prendiamo in considerazione un esempio dell'intreccio tra le tecniche CBT e l'ascolto psicodinamico. Un uomo psicotico era stato abusato da bambino. Sua madre faceva spesso uso di eroina per via endovenosa di fronte a lui. Dopo la morte di sua madre il paziente aveva conservato i suoi vestiti e la siringa di vetro che lei utilizzava per iniettarsi l'eroina. A volte sentiva la voce di sua madre morta e la vedeva nel suo appartamento. Poi si vestiva con l'abbigliamento di lei e si guardava allo specchio, idealizzando il suo aspetto. "Le uniche volte in cui mi sento bene sono quando mi vesto come lei. E poi mi sento bello". A volte si spogliava, si pugnalava alle braccia e alle gambe con la siringa di sua madre, prelevandosi del sangue, e poi se lo spruzzava sul corpo, a volte ri-iniettandoselo nell'uretra. Dopo il trattamento farmacologico questi episodi erano diminuiti, ma non cessati. Dopo diverse sedute di CBTp focalizzate sulle modalità per affrontare la voce senza farsi del male, il paziente aveva portato la siringa di sua madre al terapeuta in un sacchetto di plastica, e gli aveva detto: "Voglio che la butti via". Dal punto di vista psicoanalitico delle relazioni oggettuali, quando si vestiva con gli abiti di sua madre la sua rappresentazione mentale di sé confluiva in una rappresentazione mentale idealizzata di una madre "bella" e amorevole, che non aveva mai avuto. La siringa era un prezioso amuleto utilizzato in un rituale di ricongiungimento con sua madre, pieno di nostalgia, di rabbia e di auto-distruttività. Il terapeuta aveva poi detto "Questa siringa era uno dei beni di sua madre. È stato un ricordo di lei per molti anni. La prenderò e getterò via l'ago, ma terrò la siringa fino al momento in cui saremo sicuri di essere pronti a lasciarla andare". Nella seduta successiva il paziente aveva riportato dei ripensamenti sul gesto compiuto, ma alla fine aveva detto che voleva che fosse il terapeuta ad occuparsene. Una comprensione psicodinamica del significato conflittuale della siringa ha portato il terapeuta a procedere con cautela, per preparare il paziente ad una

sostituzione dell'oggetto. Il terapeuta gli aveva chiesto se fossero esistiti dei ricordi positivi di sua madre che avrebbero potuto sostituire la siringa. Il paziente aveva risposto che ce n'era uno. All'età di 10 anni, sua madre gli aveva comprato un microscopio per Natale. Egli aveva poi portato il microscopio nella seduta successiva, in cui insieme al terapeuta aveva riattualizzato quel ricordo positivo della madre (Gaag & Korrelboom, 2010).

Una volta che la CBTp ha riportato le "rappresentazioni di cosa" all'interno del sé, il lavoro del terapeuta può dirsi completato? Solo se il terapeuta non si è posto in una prospettiva a lungo termine. Anche quando la CBTp breve ha avuto successo, i pazienti hanno bisogno di cure continuative. La PP imposta una cornice di trattamento e prepara intellettualmente ed emotivamente il terapeuta a porsi in una prospettiva a lungo termine. In questa fase successiva del trattamento le competenze psicodinamiche svolgono un ruolo centrale. La PP offre un'area in cui il sé del paziente può essere coltivato nel tempo (Lysaker & Lysaker, 2008). In una sequenza ripetuta più e più volte, seduta dopo seduta, il terapeuta psicodinamico mette in parole ciò che il paziente pensa e prova, e in questo modo fornisce una risposta empatica all'esistenza del paziente come persona. "La vedo!" È il motivo sullo sfondo. Consideriamo un breve esempio di questa tipologia di risposta empatica. Una donna con due figli adolescenti aveva avuto un episodio psicotico dopo aver scoperto che il marito le era stato infedele. Era arrivata a credere che il suo parroco fosse innamorato di lei, e che Dio volesse che loro due si sposassero. A lei e alla sua famiglia era stato detto che era "schizofrenica" ed "erotomane". Un ciclo di CBTp l'aveva convinta rapidamente che la sua convinzione sul pastore era probabilmente sbagliata, ma c'era una cosa di cui era rimasta convinta. "Io non ho la schizofrenia!". Suo marito aveva usato l'etichetta "schizofrenia" per metterle contro i figli e ottenere l'affidamento esclusivo. Ogni volta che lei aveva detto o fatto qualcosa che non era conforme alla volontà di lui, il marito aveva etichettato la sua assertività come un sintomo di "schizofrenia". La sua diagnosi era diventata quindi uno strumento di abuso<sup>1</sup> e lei era pronta a resistere a tutti i costi a questa etichetta, pur di riuscire a conservare qualche traccia di autostima. Quando il terapeuta aveva trasposto quello che la paziente provava in parole, con semplicità, lei aveva pianto, esprimendo la sua gratitudine per il fatto di essere stata compresa.

---

<sup>1</sup> Nel testo originale, letteralmente "omicidio dell'anima". Espressione talora utilizzata nella lingua originale per indicare delle situazioni di deprivazione e abuso infantile.

La PP è costituita da un insieme di innumerevoli momenti di questo tipo tra paziente e terapeuta. Fornendo un ambiente di *holding* in cui il paziente può chiarire i suoi pensieri e sentimenti, il terapeuta tenta di aiutarlo a diventare una persona più funzionale e più individuata. Così come la CBTp offre degli strumenti particolari, anche l'approccio psicodinamico offre degli strumenti specifici per realizzare gli obiettivi di questa fase del trattamento (Lotterman, 1996). Senza l'esplorazione dei pensieri e dei sentimenti fornita dalla PP, la CBTp da sola rischierebbe di lasciare il paziente in un mondo mentale con meno bias cognitivi ma con delle possibilità di crescita emotiva non realizzate. Un ultimo avvertimento. Sebbene i rapporti a lungo termine con i pazienti psicotici siano senza dubbio di grande valore, come mostrato in precedenza, i risultati del trattamento possono essere tuttavia limitati se il paziente rimane chiuso ermeticamente, in balia delle "rappresentazioni di cosa" che bloccano l'accesso alla vita interiore.

### **Conclusioni**

Un approccio psicodinamico non fornisce i mezzi tecnici sufficienti per riportare le "rappresentazioni di cosa" nel regno del pensiero e del sentimento, dove i sintomi possono essere risolti grazie all'interpretazione psicodinamica. La CBTp fornisce questa tecnica. I terapeuti psicodinamici che apprendono la CBTp conseguiranno degli strumenti essenziali per realizzare questo compito, e i terapeuti CBTp che familiarizzeranno con le idee psicoanalitiche otterranno un maggiore tatto e timing, e miglioreranno il loro lavoro con i pazienti sia nella fase iniziale che in quella più estesa del trattamento. C'è un posto a tavola per tutti, e ciascuna di queste tradizioni psicoterapeutiche può dare un contributo importante alla cura del paziente psicotico.



### **Riferimenti bibliografici**

- Arieti, S. (1974). *Interpretation of schizophrenia*. New York, NY: Basic Books.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia cognitive theory, research, and therapy*. New York, Guilford Press.
- Bion, W.R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 266–275.
- Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices, and paranoia*. Chichester: Wiley.
- Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of hysteria. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London, Hogarth Press, vol 7, pp. 1–122.
- Freud, S. (1915). The unconscious. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London, Hogarth Press, vol. 14, pp. 159–215.
- Gaag, M. v. d. & Korrelboom, K. (2010). Competitive memory training. In F. Laroi & A. Aleman (Eds.), *Hallucinations a guide to treatment and management*. New York, NY: Oxford University Press.
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189–195.
- Garrett, M. (2010). “Normalizing” the voice hearing experience: The continuum between auditory hallucinations and ordinary mental life. In F. Laroi & A. Aleman (Eds.), *Hallucinations a guide to treatment and management*. New York, NY: Oxford University Press.
- Hagen, R., Turkington, D., Berge, T., & Gråwe, R. (eds) (2010). *CBT for psychosis: A symptom-based approach*. London: Routledge.
- Hingley, S.M. (1997). Psychodynamic perspectives on psychosis and psychotherapy. I: Theory. *British Journal of Medical Psychology*, 70(Pt 4), 301–312.
- Kemp, R., Chua, S., McKenna, P. & David, A. (1997). Reasoning and delusions. *British Journal of Psychiatry*, 170, 398–405.
- Kingdon, D.G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York, NY: Guilford Press.

- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145–174.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–119.
- Lotterman, A. (1996). *Specific techniques for the psychotherapy of schizophrenia*. Madison, WI: International Universities Press.
- Lysaker, P.H., & Lysaker, J.T. (2008). *Schizophrenia and the fate of the self*. New York, NY: Oxford University Press.
- Marcus, E.R. (2003). *Psychosis and near psychosis ego function, symbol structure, treatment*. Madison, WI: International Universities Press.
- Margison, F. (2005). Integrating approaches to psychotherapy in psychosis. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 39(11–12), 972–981.
- Morrison, A.P. (2009). Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: Good for nothing or fit for purpose? *Psychosis: Psychological, Social, and Integrative Approaches*, 1(2), 103–112.
- Read, J., & Ross, C.A. (2003). Psychological trauma and psychosis: Another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 247–268.
- Rietkerk, T., Boks, M.P., et al. (2008). The genetics of symptom dimensions of schizophrenia: Review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 102(1–3), 197–205.
- Shi, J., Gershon, E.S., et al. (2008). Genetic associations with schizophrenia: Meta-analyses of 12 candidate genes. *Schizophrenia Research*, 104(1–3), 96–107.
- Stone, M.H. (1999). The history of the psychoanalytic treatment of schizophrenia. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 27(4), 583–601.
- Tai, S., & Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865–873.
- Tienari, P., Wynne, L.C., Sorri, A., Lahti, I., Laksy, K., Moring, J., Nieminen, P., Wahlberg, K.E. (2004). Genotype–environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Longterm follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry*, 184, 216–222.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45(1–2), 11–20.

- Willick, M.S. (2001). Psychoanalysis and schizophrenia: A cautionary tale. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49(1), 27–56.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523–537.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126.