

Oltre la Simbiosi: il ruolo dell'esclusione primitiva nelle Psicosi Schizofreniche. Il contributo di Zefiro Mellacqua sui disturbi schizofrenici

Antonella Liverano Psichiatra, Psicoterapeuta TSTA-P

Stando sulla piccola isola dell'intelletto, molti di noi tentano di capire il mare della vita, ma al massimo possono capire solo i relitti galleggianti, la flora e la fauna che sono gettati sulle spiagge. Usare un microscopio verbale e meccanico per osservare ciò che troviamo non ci aiuterà molto a sapere ciò che c'è oltre l'orizzonte o nel profondo. Perciò dobbiamo nuotare o immergerci anche se la prospettiva ci sgomenta.

(Berne, 1949, p.38)

Con piacere mi accingo a descrivere gli elaborati di Zefiro Mellacqua psichiatra e psicoterapeuta analista transazionale, sul trattamento delle Psicosi Schizofreniche.

In questa trattazione verranno presi in esame, inoltre, gli scritti originali di Berne e come, ancora oggi, le tecniche e le strategie berniane siano strumenti diagnostici che ci aiutano alla comprensione dei vissuti dei nostri pazienti.

I predetti scritti saranno approfonditi e ampliati attraverso una chiave contemporanea neuroscientifica della patologia mentale, traumatologica e relazionale.

A Mellacqua il merito dello studio della schizofrenia e di una nuova classificazione della stessa in chiave AT costruita anche con l'aiuto dei suoi pazienti.

Un modello di trattamento coniugato tra pratica e teoria che gli ha consentito, nel 2023, di ricevere il prestigioso premio dell'Associazione Internazionale di Analisi Transazionale ITAA: il Premio Eric Berne (EBMA - *Eric Berne Memorial Awards*).

Ho conosciuto Zefiro Mellacqua in una scuola di specializzazione in AT e, nel corso di alcune teorie che insegnavo, abbiamo più volte dibattuto sui concetti Berniani di Intuizione e di Psicosi. In quegli anni Mellacqua lavorava a Londra come *Associate Specialist* al *Lambeth Home Treatment Team*, un corpo sanitario che si occupa di curare i pazienti affetti da psicosi schizofrenica direttamente a domicilio. Per una *équipe* entrare “nella casa” del paziente permette di osservare come lo stesso si muove tra le mura domestiche e in particolare esplorare la complessa relazione con la famiglia. Nel corso del suo lavoro, Mellacqua ha iniziato a sviluppare il trattamento delle Psicosi Schizofreniche, supportato anche dal modello dell’AT Relazionale di Helena Hargaden e Charlotte Sills (2002) e da tante supervisioni effettuate per i suoi pazienti.

Nel 2014 pubblica un interessante articolo sul *Transactional Analysis Journal*, “Beyond symbiosis. The role of primal exclusion in schizophrenic psychosis” e ancora nel 2020 “When a mind breaks down: a brief history of efforts to understand schizophrenia”. Nel 2021 pubblica con la casa editrice Routledge il suo primo libro *The Naked Self*, tradotto e pubblicato da Armando editore nel 2023, *Il Sé Nudo, Analisi Transazionale delle Psicosi Schizofreniche*.

I suoi contributi aprono la strada verso un nuovo modo di concettualizzare la psicosi sia da un punto di vista della diagnosi, sia da un punto di vista terapeutico. Mellacqua parte dal superamento della simbiosi da cui prende il nome il suo primo articolo “Beyond symbiosis. The role of primal exclusion in schizophrenic psychosis”. Successivamente nella sua opera *Il Sé Nudo*, attraverso una descrizione di casi clinici, sviluppa un modello basato sul trauma (Stuthridge, 2006, 2012, 2015; Stuthridge & Sills, 2016) delle radici del disturbo psicotico ipotizzando un blocco evolutivo (Mahler, 1975) ancor prima della fase simbiotica, «una organizzazione egoica costituita da una molteplicità di stati pre-egoici e fusionali relativi a periodi molto precoci dello sviluppo, quando ancora non si è in grado di distinguere l’Io dal Tu» (2023, p.107).

Questa precocità del blocco evolutivo, per la natura subconscia, inconscia e presimbolica della maturazione dello stato dell’Io Bambino porta ad un approfondimento dell’opera berniana sulla psicosi (Berne, 1961) in cui veniva ipotizzata una esclusione del B2 su A2 e G2 (1961, cap. XIII).

Mellacqua, infatti riferisce i fenomeni dispercettivi, deliri e allucinazioni, allo stato dell’Io-Sé Bambino B2, (G1, A1 e B1), e stati pre-egoici (G0, A0 e B0). Da qui sviluppa le tipologie diagnostiche delle psicosi schizofreniche evidenziando due livelli di scissione, la verticale e l’orizzontale, che spiegherò nel corso di questo elaborato.

Il trattamento prevede un lavoro sul protocollo, Berne lo chiamava protocollo primario o livello tissutale dell’esperienza (1963, 1972). Cornell e Landache, lo nominano protocollo come esperienza

somatica non verbale (2007), e lo riferiscono alle prime fasi di organizzazione del copione, ovvero il primo contatto con l'Altro significativo. Per Mellacqua il protocollo va compreso, analizzato e tradotto poiché i contenuti che il paziente esprime, attraverso una comunicazione non verbale e verbale, sono sfumature di deliri e allucinazioni.

L'autore spiega l'importanza della supervisione del terapeuta che lavora con pazienti schizofrenici per dipanare il complesso vissuto relazionale-emotivo dello stesso, «prendendo in considerazione gli aspetti protocollari delle esperienze di vita del terapeuta e del paziente, così come emergono nel setting terapeutico» (2014, p. 24).

Cosa trasferisce il paziente sul terapeuta e come questi elabora i vissuti propri e del paziente?

Dalla lettura degli articoli e, soprattutto, del libro ho potuto constatare quanto il vissuto controtransferale, di cui parla Mellacqua, sia in linea con le sensazioni di tanti psicoterapeuti e psichiatri che lavorano nelle strutture psichiatriche pubbliche e negli studi privati.

Nel corso delle terapie con pazienti che presentano un disturbo psicotico/schizofrenico, spesso noi psicoterapeuti e psichiatri ci troviamo di fronte a momenti di stallo e di blocco; situazioni in cui ci sentiamo persi, confusi “come se” il contenuto “verbale e più spesso non verbale” che i pazienti elicitano nel corso delle sedute, ci ingabbi in una sorta di trappola, in un labirinto di ipotesi e ci avvolge in vissuti controtransferali di impotenza e confusione, di irritazione o di noia, di paura e terrore; talvolta, si è attraversati da immagini di violenza senza che ci siano dei dati reali a cui agganciare tutto ciò.

Berne in *Analisi Transazionale e Psicoterapia* (1961), le basi per la diagnosi e il trattamento delle psicosi, nominate da Lui stesso *Psicosi Funzionali* (cap. XIII pp.121-133,) ponendo l'accento sui movimenti dell'energia psichica in caduta libera sul Bambino che, a sua volta, detiene il Potere esecutivo e il Sé reale. In questo modo Berne spiegava come i contenuti deliranti e allucinatori fossero assoluti, acritici e universali poiché egosintonici nel Bambino, il quale, a sua volta, determinava l'esclusione del B2 nei confronti dell'A2 e G2 (B costante. Berne, 1961).

Berne considerava la capacità intuitiva del terapeuta come il mezzo per tradurre e comprendere i vissuti deliranti e le allucinazioni dei suoi pazienti. Anche Mellacqua (2023) considera l'intuizione la via per comprendere le immagini primarie (Berne, 1955/1992).

Nei suoi primi articoli “La natura dell'Intuizione” Berne (1949/1992) definiva «l'intuizione come la conoscenza basata sull'esperienza acquisita attraverso il contatto sensoriale con il paziente, senza che “chi intuisce” riesca a spiegare esattamente a se stesso come è pervenuto alle sue conclusioni» (Berne, 1992, p. 18).

Si tratta, di una sorta di funzione psicologica che trasmette percezioni in modo inconscio coadiuvata dalla capacità intuitiva del terapeuta di decodificare “le immagini primarie” (1955/1992, pp.71-97) osservabili nel non verbale del paziente, «un’immagine primaria è l’immagine di una relazione oggettuale infantile, ovvero dell’uso della funzione di una zona erogena per un’espressione sociale. Un giudizio primario è il concetto (corretto o errato) delle potenzialità della relazione oggettuale rappresentata dall’immagine. Nell’adulto normale né l’immagine primaria né il giudizio primario diventano coscienti. Può, invece, diventare cosciente un derivato più o meno lontano che qui viene chiamato intuizione», (Berne, 1992, p. 71).

Nel paziente nevrotico, a causa della natura traumatica degli eventi, le immagini primarie attivate, contributo della relazione oggettuale, suscitano grande ansia e disperazione, poiché l’investimento di carica è difficile da controllare.

Se il controllo è solo parziale, l’immagine rischia di irrompere, e occorre mettere in atto speciali meccanismi psichici per affrontare l’emergenza; i cosiddetti meccanismi di difesa di tipo secondario (Klein, 1952b, 1957).

Nei casi marginali, quando le immagini arrivano alla coscienza, la carica di disperazione e di angoscia di morte è così potente che la persona per placare queste sensazioni utilizza meccanismi di difesa di tipo primario come la scissione, la negazione, l’identificazione proiettiva (Klein, 1957; Kernberg, 2006).

Nelle psicosi, il livello di angoscia supera la difesa primaria e allora la persona trasforma il “ricordo pre-simbolico patologico” in ossessioni, disturbi di depersonalizzazione, derealizzazione, disturbi del pensiero e delle percezioni, così che potrà salvarsi espellendo le immagini patologicamente energizzate mascherandole e riducendo così l’intensità della sua lotta.

L’esclusione, quindi, è strettamente connessa alla pervasività delle immagini primarie. Essa difende la persona dai contenuti del G2 e impedisce un buon uso dell’Adulto; si manifesta «con un atteggiamento stereotipato, prevedibile, mantenuto in modo costante e il più a lungo possibile in ogni situazione di pericolo. Il Genitore costante, il Bambino costante e l’Adulto costante risultano tutti in primo luogo da un’esclusione difensiva degli altri due aspetti complementari» (Berne 1961, p. 33). L’esclusione, infatti, non è mai totale, ma riguarda specificamente alcuni contenuti (Holloway, 1977), ha funzione difensiva (repressione, negazione) e riguarda soprattutto l’aspetto funzionale.

Va a Berne il merito di aver gettato le basi per lo studio delle Psicosi Schizofreniche; le sue riflessioni circa la diagnosi e il trattamento hanno stimolato altri autori ad approfondire l’argomento.

Mellacqua, nei suoi scritti, (2014, 2023) cita Novellino, (1990, 1998, 2004) e Novellino & Moiso, (1990), i quali hanno considerato i conflitti intrapsichici tra stati dell’Io somato-affettivi primitivi, alla base delle Psicosi schizofreniche. Questi conflitti tra stati dell’Io sono stati spiegati per la presenza di

impasse di secondo grado (G1/B1) o, terzo grado (G0/B0) da ritenere responsabili dell'arresto dello sviluppo o delle fissazioni dell'ego, e della regressione del Sé (Mellor, 1980), (Fig. 1).

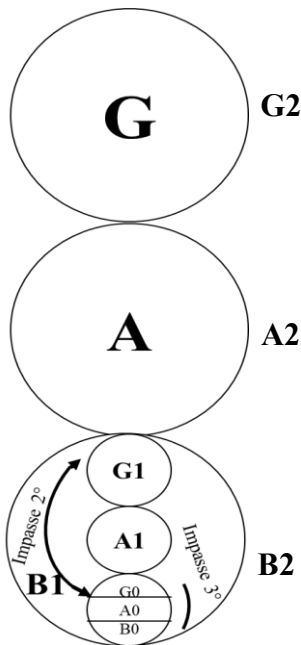


Fig. 1: modello della schizofrenia basato sul conflitto intrapsichico rivisto da Mellacqua (2014, p.4)

I contributi di Berne (1961,1966), di Moiso e Novellino (1990) e soprattutto l'apporto dell'AT relazionale di Hargaden e Sills (2001, 2002, 2003), hanno permesso al collega Mellacqua di sviluppare un procedimento diagnostico delle Psicosi Schizofreniche, osservando il paziente schizofrenico da una prospettiva diversa: l'esclusione del Genitore a partire dalla struttura degli stati dell'Io-Sé Bambino B2, (G1, A1 e B1), e stati pre-egoici B1, (G0, A0 e B0). L'esclusione determina un deficit esteso ed estremamente debilitante nella struttura, causata da rapporti precoci e pre-egoici non sintonizzati e traumatici tra bambino e madre/padre e/o qualsiasi altro *caregiver* che abbia avuto un ruolo genitoriale nella vita individuale (G2 – G1 – G0).

Ciò è congruente con quanto scritto da Berne (1961, p.121), «la situazione del Genitore varia ed è una forte determinante della forma specifica della psicosi».

Mellacqua in linea con Hargaden e Sills (2001, 2002, 2003) considera lo stato dell'Io Bambino come il Sé, costituito da una molteplicità di stati pre-egoici fusionali primitivi dove non c'è ancora la distinzione io-tu o me-altro da me.

Milner (1952) lo chiama *stato di indistinzione Me – Non Me*, Winnicot (1960) *Non esiste un bambino*, Bion (1967) *coincidenza in O*, Neri (1990) *fusionalità* e Falci (2012) *interscambio di stati soggettivi*.

Da un punto di vista evolutivo ci troviamo in una fase primordiale simbiotico-fusionale che Winnicot (1949) descrive come psiche-soma, la forma più primitiva della vita mentale, presente sin dalla nascita e caratterizzata dal connubio tra la psiche, ovvero le richieste affettive e gli stimoli sensoriali e il corpo la vita del bambino, il soma.

Bowlby (1988) pone l'accento sulla madre e/o *caregiver* come protagonista del dialogo con il figlio come regolatrice del comportamento dando il permesso che sia il bambino a dirigere poiché è lei che modifica il proprio comportamento in riflesso alle richieste del figlio; la madre, o chi ne fa le veci, assume, quindi, la funzione di sintonizzazione della relazione con il bimbo (Erskine, 2001, 2016).

Schore (2003, p. 168) chiama questo processo Sincronia Affettiva «il bambino conduce e la madre lo segue, dove ciascuno crea uno stato psicofisiologico interno simile a quello del partner».

Se questo processo fallisce per un disequilibrio-malfunzionamento della diade madre-figlio entro nove mesi (Schore, 2003), si può dare origine a psicosi, prima della comparsa del senso di vergogna che compare nel periodo preverbale quando si instaura la consapevolezza dell'altro, del sentire lo sguardo dell'altro e quindi della consapevolezza di essere osservato e di osservare.

La mancata sintonizzazione madre-figlio non permette la funzione mediatrice e di bonifica che opera l'emisfero sinistro della madre con il destro del figlio e ciò non favorisce un buon sviluppo dell'emisfero sinistro del bambino (Fisher, 2017, 2021, 2024). Il bambino, quindi, si trova esule e solo con le funzioni intuitive e affettivo-sensoriali senza l'aiuto di controllo e contenimento ad opera dell'emisfero sinistro.

La ricerca neuro-scientifica attualmente si sta focalizzando su come l'individuo percepisca la realtà, su come vengono operate le percezioni. Calamandrei (2016, pp.120-121) pone l'attenzione «sulla percezione come proto-metafora immaginativa e di aspettativa sul mondo esterno al fine di giungere a simulare internamente ciò che ci sta accadendo o che ci accadrebbe se compissimo una certa azione». A tal uopo Rovelli (2020, p.190) dice «la maggior parte dei segnali parte dal cervello verso gli occhi...il cervello si aspetta di veder qualcosa sulla base di quanto è successo prima o quanto sa».

In conseguenza di ciò, il futuro adulto non sarà in grado di comprendere cosa stia accadendo perché non ha memoria di come gli sia stato spiegato e bonificato dalla mamma nel corso della sua maturazione infantile (Fisher, 2017). Il cervello destro è solo e non potendo essere contenuto dal cervello razionale, attiva la sua immaginazione e paura verso l'esterno e costruisce distorsioni del pensiero, i deliri, e delle percezioni, le allucinazioni.

Affinché il bambino possa sviluppare uno stato di equilibrio interno, è necessario che i suoi segnali emotivi siano rispecchiati in modo abbastanza accurato e coerente da una figura di attaccamento (Jurist, Slade, Bergner, 2008; Siegel, 2020). Solo in questo caso il bambino supererà la fase simbiotica (Mahler, 1975), altrimenti sosterrà nella simbiosi, in uno stato di indistinzione *Me-non Me* (Milner, 1987). L'espressione sintomatica del processo fusionale è l'angoscia, l'ansia della perdita di Sé, della propria individualità. Ciò produce ansie claustrofobiche, derealizzazione e depersonalizzazione.

Ritornando al modello delle Psicosi Schizofreniche, il contributo di Mellacqua (2014, 2020, 2023) è a livello della struttura degli stati dell'Io. Egli afferma che se il blocco evolutivo riguarda strutturalmente stati pre-egoici fusionali primitivi, dove non c'è ancora la distinzione io-tu o me-altro da me, allora dobbiamo considerare la struttura degli stati dell'Io di 2° e, nelle forme più gravi della schizofrenia, di 3° ordine; pertanto, lo stato psicotico può essere rappresentato non solo da un Bambino esclusore frammentario (B2) che esclude lo stato dell'Io Genitore (G2; Berne, 1961), nonché il G1 e il materiale somatico-affettivo proveniente dal Bambino nel Bambino (B1), (Fig. 2). Questo nuovo modo di concepire la Schizofrenia porta, quindi al superamento del pensiero berniano rispetto alla diagnosi delle Psicosi Funzionali (1961), e alla visione del conflitto in chiave di impasse di Moiso e Novellino (1990).

La pervasività della esclusione e la tipologia dei traumi a cui è stato sottoposto il paziente sin dalla nascita e, direi anche nella vita intrauterina (Mancia, 2007), determina, inoltre, la tipologia della forma di Psicosi schizofrenica. Se osserviamo il grafico della Fig. 2, la mancata evoluzione del B2 e delle sue sub strutture non permette uno sviluppo adeguato dell'Adulto che risulta non integrato; in termini di funzione manca la capacità di riflettere (Fonagy et al., 2002) e osservare i dati di realtà.

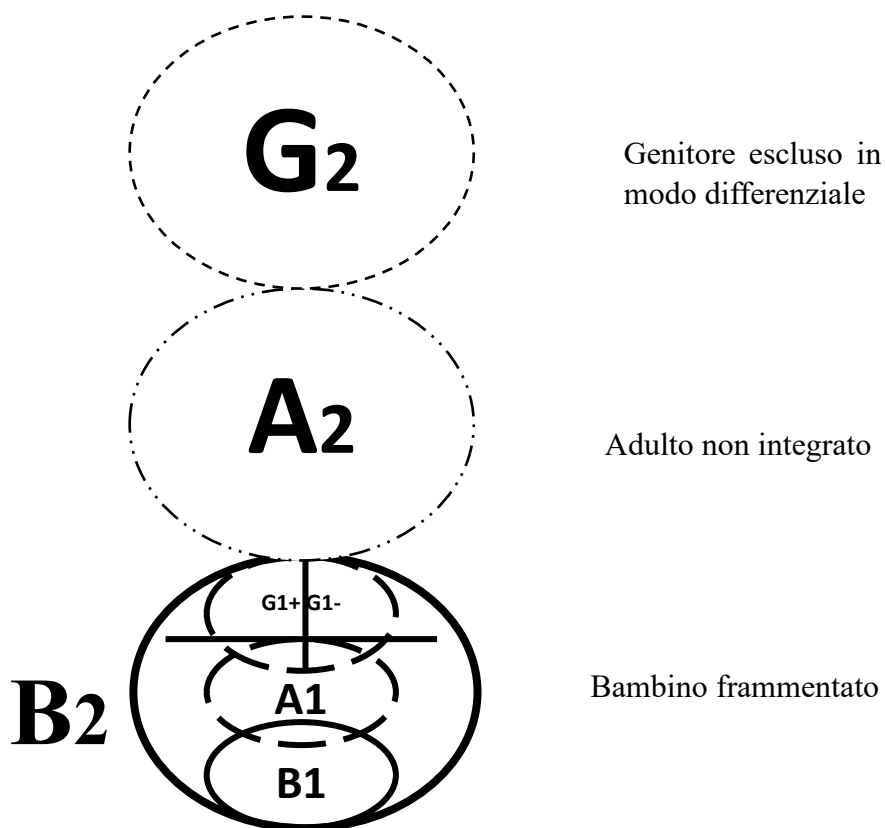


Fig. 2: da Mellacqua, (2014, p. 9) la struttura fondamentale della schizofrenia attiva

Mellacqua (2023) presenta due organizzazioni di base: le Psicosi Paranoide e le Psicosi Schizoide. Egli, per spiegarne la tipologia e la forma, riprende una citazione di Berne sull'esclusione (1961, p. 55), «l'esclusione è come un vetro unidirezionale»: il vetro, in questo caso, sta a significare una sorta di oggetto che si frappone alla realtà del paziente, una sorta di nebbia fitta, coprente, fredda, pervasiva che avvolge il paziente confondendolo.

Entrambe le forme presentano da un punto di vista eziopatogenetico due tipologie di esperienze traumatiche: le paranoiche, esperienze precoci di abusi, (violenza fisica, sessuale, psicologica); le schizoide esperienze di incuria, caos familiare, adozioni difficili, genitori psichiatrici, vagabondaggio, cambi frequenti di residenza). In entrambe le forme elemento fondamentale è la pervasività e precocità del trauma.

Nella Psicosi Paranoide è presente nel B₂ una esclusione del G₁; sebbene le esclusioni dei Genitori primari non sono mai totali, tuttavia tendono ad essere strutturalmente pervasive. Esse rispecchiano relazioni oggettuali interne poco sviluppate, evolutivamente bloccate, non integrate che si manifestano separate le une dalle altre in G₁+ e G₁-, (citata da Mellacqua come scissione verticale), per mantenere il senso complessivo del sé emergente (B₁ e A₁) al sicuro dall'annichilimento

(Hargaden & Sills, 2002, 2003). Questa scissione verticale è un tipo di dissociazione che presenta un particolare modello di alternanza. Si ricollega direttamente alla scissione nel senso della Klein (1975) di “bipolarità” (buono-cattivo) o nel senso di Berne di stati dell'Io opposti (Fata madrina - Strega madre in Berne 1972, p. 134) e generalmente comporta un drammatico cambiamento o spostamento dello stato degli affetti, comprese le esperienze del sé e le aspettative dell'altro.

In termini proiettivi, il paziente mediante una identificazione proiettiva (meccanismo di difesa primario, Kernberg 1975, 2006) proietta sull'altro, ad esempio il terapeuta, aspetti aggressivi paranoici.

L'esempio che segue è esaustivo di questo processo proiettivo:

Una paziente arrivata a studio cinque minuti prima dell'orario stabilito e invitata ad aspettarmi in sala di attesa, quando entrò nella mia stanza mi disse: *“Ma tu sei arrabbiata con me? Io penso che ti ho fatto qualcosa. Tu ce l'hai con me!”* ed io le risposi: *“Grazie che mi stai facendo questa confidenza. Non sono arrabbiata con te. Ti ho semplicemente fatta accomodare in sala perché sei arrivata prima. Brava che mi dici subito i tuoi pensieri, così possiamo parlarne!”*. La paziente affetta da schizofrenia paranoide presenta una storia di abusi di violenza da parte di entrambi i genitori e di messa in discussione del suo pensare e agire e, talvolta, ridefinisce i dati di realtà attivando deliri di persecuzione che l'allontanano da una angoscia primordiale di “non esistenza”.

Nelle psicosi schizoidi (forma simplex, disorganizzata o ebfrenica, catatonica), afferma Mellacqua, oltre ad una esclusione del G1, che trattiene in sé i precipitati di relazioni notevolmente disfunzionali, di genitori non presenti, affettivamente freddi, non interessati e spesso psichiatrici, si osserva la scissione orizzontale (Fig. 2), ovvero la separazione del G1 dall' A1 dal B1.

La scissione orizzontale sembrerebbe simile al meccanismo di difesa della rimozione (Freud, 1912, 1917a, 1917b, 1920), nel senso che alcune informazioni esperienziali non sono rese disponibili alla consapevolezza degli stati dell'Io Adulto (A1-A2). La scissione orizzontale qui descritta è un tipo di dissociazione patologica essenzialmente distinta dalla rimozione freudiana, la quale consiste nel tenere i pensieri inconsci fuori dalla consapevolezza per mantenere la coesione dell'Io-Sé. Si tratterebbe di una strategia più primitiva che il Sé emergente, B1, (Hargaden e Sills, 2002, 2003) utilizzerebbe per far fronte a relazioni oggettuali e pre-oggettuali traumatiche molto precoci e persistenti (G1) senza essere in grado di articolare e risolvere il trauma subito.

Cosa succede quando c'è una scissione orizzontale?

Mentre nelle Psicosi Paranoiche il paziente risponde al terapeuta proiettando parti scisse di sé sull'asse svalutazione-idealizzazione, nelle Psicosi Schizoidi il paziente, proprio per la mancanza del supporto del G1 e del A1, mostra confusione e talvolta quello che noi psichiatri nominiamo “stupor”, ovvero uno stato di rallentamento o torpore dell'attività ideativa, con distacco dalla realtà esterna e assenza della motilità volontaria, con presenza di movimenti stereotipati e riduzione dei normali movimenti di cambio di posizione.

In termini interpersonali il paziente non vede l'altro, non ha cognizione dell'esterno che viene vissuto in modo caotico e confuso. Riporto una citazione di Mellacqua (2023, p. 118), esplicitativa della sofferenza di questi pazienti: «la soluzione estrema a questa frammentazione psicotica è in questo caso il nascondimento del proprio Sé alla luce dell'Altro – è proprio questo il significato esistenziale dell'alienazione schizofrenica- nella speranza che sia l'Altro a cercarci e infine trovarci».

Ed è l'Altro/Terapeuta che, lentamente, “*lo cercherà e lo troverà*”, e, nell'ipotesi più fortunata, lo aiuterà a decodificare quei molteplici frammenti di Sé nascosti in una nebbia contenente vissuti deliranti e allucinatori. Il terapeuta diventa, quindi, il traduttore dei contenuti deliranti.

Infine in *Il Sé Nudo* (2023, cap. 4,7) Mellacqua spiega la difficile relazione terapeuta-paziente alla luce della dinamica transfert-controtransfert. Egli, attraverso esempi di suoi pazienti mette a nudo personali aspetti controtransferali che ci spiegano la complessità della relazione con il paziente psicotico.

Nelle Psicosi/Schizofreniche Paranoiche, il paziente, nel corso del processo terapeutico, proietta aspetti scissi persecutori (G1-) o idealizzati (G1+) mediante il meccanismo di difesa della identificazione proiettiva; in sostanza il paziente vive l'altro, compreso il terapeuta, come un genitore buono o cattivo. Il movimento transferale porta ad attacchi psicologici, verbali e/o fisici, comportamento aggressivo, o di intenso vissuto idealizzato verso il terapeuta. Di contro la reazione del terapeuta varia a seconda dello stimolo e si attiva una contro-identificazione proiettiva cioè un controtransfert in risposta alle identificazioni proiettive del paziente. È un sentimento del terapeuta in termini di attacco alla propria integrità, «vissuto come una paralisi mortifera, una sorta di infezione psichica che rischia di estendersi in modo sistemico contaminando l'Io del terapeuta» (2023, p. 148). Talvolta si manifesta, soprattutto a seguito di ripetuti attacchi da parte del paziente, un progressivo distanziamento che, in termini emotivi, comporta freddezza e rigidità del terapeuta.

Il lavoro del terapeuta sarà quello di interrompere la contro-identificazione mediante un contenimento dei propri vissuti emotivi dall'odio verso il paziente (Winnicott, 1975, p. 234-245), all'estasi di essere profondamente capito e accettato come genitore buono dal paziente.

Questo movimento, che a parole sembra semplice, implica un lavoro da parte del terapeuta di analisi personale e supervisione costante sui pazienti e porta, successivamente a bonificare i contenuti del paziente (Chess & Thomas, 1984) sia con restituzioni delicate ed empatiche del processo, sia attraverso una ironia dove il terapeuta spiega le difficoltà di comunicazione e di comprensione dei vissuti della coppia terapeuta-paziente, sia attraverso l'utilizzo di intuizioni verbalizzate al paziente nel corso della comprensione di un processo disfunzionale, (per una maggiore comprensione si consiglia al lettore di leggere il cap. 7 de *Il Sé Nudo*). Mellacqua lo chiama co-induzione emozionale, in cui il terapeuta, funge come una sorta di resistenza interna atta a favorire il dispiegarsi di molteplici frammenti dell'Io che via via si manifestano come processi di scissione del tipo verticale. Che significa? Il terapeuta dapprima accoglie le proiezioni del paziente, poi contiene i vissuti personali che sono stati provocati dalle proiezioni di esso e, infine glieli porge in modo ridotto di intensità.

Nel caso delle Psicosi Schizoidi, cioè, forme di psicosi evolutivamente precedenti alla fase simbiotica (Mahler, 1975) più gravi rispetto alla Psicosi Paranoiche (catatonici, ebefrenici o indifferenziati, e tipi simplex), Mellacqua afferma che sembra esserci un'assenza di transfert verso il terapeuta. Il collega lo considera un indicatore fenomenologico dello storico deficit relazionale tra l'individuo e le sue figure genitoriali, che poi diventa strutturale nella personalità dei soggetti psicotici in linea con le posizioni bambino vuoto/genitore non coinvolto descritto da Stuthridge (2006).

Questo particolare transfert, chiamato da Mellacqua transfert corporeo, è dinamicamente rappresentato dal distacco dissociativo del paziente dalle relazioni reali con gli altri (incluso il terapeuta) e l'ambiente esterno, che si esplica attraverso la scissione orizzontale del G1 (Fig.2). In questo modo il paziente è privo di precipitati mnestici introiettati nel G1, pertanto il B1 è lasciato solo con i suoi bisogni primari (G0, A0, B0). La natura schizoide di questo tipo di transfert, quindi, diventa clinicamente evidente nella crescente preoccupazione del paziente per le sensazioni corporee.

Questo stato somatico-affettivo carico di paura all'interno del B1 del paziente è quindi essenzialmente preverbale e intimamente correlato a una precoce esperienza di auto-frammentazione non verbale e annientamento.

Questi processi schizoidi, che hanno il corpo (deliri somatici: ad es. il fegato che si marmorizza, il sangue che diventa pietra e così via) come scena delle loro rappresentazioni, innescano anche quello che può essere ulteriormente descritto come transfert somatico, simile al processo di identificazione proiettiva (Klein, 1975; Ogden, 1982) e transfert trasformazionale (Hargaden & Sills, 2002).

Di conseguenza, il terapeuta, sviluppa un controtransfert somatico, nel quale, la lettura del processo terapeutico, si fa essenzialmente sui vissuti corporei controtransferali del terapeuta e la successiva traduzione e restituzione di questi al paziente.

Conclusioni

Ritengo il lavoro di Mellacqua ricco di spunti e approfondimenti teorici. Mellacqua con abile maestria ci ha introdotto nel mondo della Psicosi Schizofrenica proponendo una teoria e classificazione nuova di esse.

È questo, un lavoro lento e lungo perché ripropone una ri-nascita del paziente attraverso la relazione terapeutica.

È un'accettazione dapprima della fusione e simbiosi terapeutica che porterà alla crescita psicologica dell'individuo.

È un percorso di maturazione e crescita anche del terapeuta che si troverà a decodificare i propri vissuti senza spaventarsi della violenza del suo sentire.

È un viaggio verso una crescita co-creata terapeuta-paziente.

Bibliografia

Berne, E. (1961). *Analisi Transazionale e psicoterapia*. Roma: Astrolabio, 1971.

Berne, E. (1963). *La Struttura e le dinamiche delle organizzazioni e dei gruppi*, (a cura di Novellino, M.). Milano: FrancoAngeli, 2018.

Berne, E. (1966). *Principi di terapia di gruppo*. Roma: Astrolabio, 1986.

Berne, E. (1972). *Ciao! ... e poi?*. Milano: Bompiani, 1979.

Berne E. (1992). *Intuizione e Stati dell'Io*. (a cura di Novellino, M.). Roma: Astrolabio.

Bion, W. R. (1967). *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1973.

Bowlby, J. (1988). *A Sicure Base*. London: Routledge (trad. it.: *Una base sicura*. Milano: Cortina, 1989).

Calamandrei, S. (2016). *L'identità creativa: Psicoanalisi e neuroscienze del pensiero simbolico e metaforico*. Milano: FrancoAngeli.

Chess S., Thomas A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders: From infancy to early adult Life*. New York: Brunner/Mazel.

Cornell, W.F., Landache, M. (2007). Why Body Psychotherapy? A Conversation. *Transactional Analysis Journal* 37(4), pp. 256-262.

Erskine, R. (2001). The schizoid process. *Transactional Analysis Journal*, 31, pp. 4-6.

Erskine, R. (2016). *L'analisi transazionale nella psicoterapia contemporanea*. Roma: LAS, 2018.

Falci, A. (2012). *Dissociazione Scissione Rimozione*. Milano: FrancoAngeli.

Fisher, J. (2017). *Guarire la frammentazione del Sé*. Milano: Cortina.

- Fisher, J. (2021). *Trasformare l'eredità del trauma*. Milano: Mimesis.
- Fisher, J. (2022). *Trasformare l'eredità del trauma. Flip Chart*. Milano: Cortina, 2024.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Cortina, 2005.
- Freud, S., (1912). *Dinamica della traslazione*. In *Tecniche della psicoanalisi*. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud, S., (1917a). Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti 1915-1917. In *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1989.
- Freud, S., (1917b). Una difficoltà della psicoanalisi. In *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1989.
- Freud, S., (1920). L'Io e l'Es e altri scritti. In *Opere*, vol.9. Torino: Boringhieri,1989.
- Hargaden, H. & Sills, C. (2001). Deconfusion of the Child ego state. *Transactional Analysis Journal*, 31, pp. 55-70.
- Hargaden, H. & Sills, C. (2002). *Analisi Transazionale. Una prospettiva relazionale*. Torino: Ananke, 2012.
- Hargaden, H. & Sills, C. (2003). Who am I for you? The Child ego state and transferential domain. In *Ego states. Key concepts in transactional analysis: Contemporary views*, eds. Sills & Hargaden, pp. 185-200. London: Worth Publishing.
- Holloway, W.H. (1977). Transactional Analysis: An integrative view. In G. Barnes (Ed.), *Transactional Analysis after Eric Berne*. New York: Harper's College. (Tr. it. *Analisi transazionale: un punto di vista integrativo*, in *Gestalt e Analisi Transazionale, Vol. I*. Roma: LAS, 1981, 112-192).
- Jurist, E. L., Slade, A., & Bergner, S. (2008). *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Kernberg, O. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Kernberg, O. (2006). *Psicoterapia psicodinamica dei disturbi di personalità: un approccio basato sulle relazioni oggettuali*. Roma: Fioriti, 2011.
- Klein, M. (1952b). Le origini della traslazione. In *Scritti*. pp. 526-535. Torino: Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Firenze: Giunti, 2012.
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Mancia, M. (2007). *Psicoanalisi e neuroscienze*. Berlino: Springer Verlag.
- Mellacqua, Z. (2014). Beyond Symbiosis: The Role of Primal Exclusions in Schizophrenic Psychosis. *Transactional Analysis Journal*, 44(1), pp. 8–30.
- Mellacqua, Z. (2020). When a mind breaks down: a brief history of efforts to understand

- schizophrenia. *Transactional Analysis Journal*, 50(2), pp.117-129.
- Mellacqua, Z. (2023). *Il Sé Nudo. Analisi Transazionale delle Psicosi Schizofreniche*. Roma: Armando.
- Mellor, K. (1980). Impasses. *Transactional Analysis Journal*, 10, pp. 213-220.
- Milner, M. (1952). Il ruolo dell'illusione nella formazione del simbolo. In *La follia rimossa delle persone sane*. Roma: Borla, 1992.
- Milner, M. (1987). *La follia rimossa delle persone sane*. Roma: Borla, 1992.
- Neri, C. et al. (1990). *Fusionalità: scritti di psicoanalisi clinica*. Roma: Borla.
- Novellino, M. (1990), Unconscious communication and interpretation *Transactional Analysis Journal*, 20(3), 168-172.
- Novellino, M. (1998), *L'approccio clinico dell'analisi transazionale*, Milano: FrancoAngeli.
- Novellino, M. (2004), *Psicoanalisi Transazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Novellino, M. & Moiso, C. (1990). The psychodynamic approach to transactional analysis. *Transactional Analysis Journal* 20, pp. 187-192.
- Ogden, T. H. (1991). *La identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Roma: Astrolabio, 1994.
- Rovelli, C. (2020). *Helgoland*. Milano: Adelphi.
- Siegel, D. J., Payne Bryson, T. (2020). *Esserci. Come la presenza dei genitori influisce sullo sviluppo dei bambini*. Milano: Cortina.
- Schore, A. N. (2003). *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Roma: Astrolabio, 2008.
- Stuthridge, J. (2006). Inside out: A transactional analysis model of trauma. *Transactional Analysis Journal*, 36, pp. 270-283.
- Stuthridge, J. (2012). Traversing the fault lines: Trauma and enactment. *Transactional Analysis Journal*, 42, pp. 238-251.
- Stuthridge, J. (2015). Games, enactment, and countertransference. *Transactional Analysis Journal*, 45, pp.104-116.
- Stuthridge, J. & Sills, C. (2016). Psychological games and intersubjective processes. In *Transactional Analysis in contemporary psychotherapy*, eds. Erskine, pp. 185-208. London: Karnac.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in counter-transference. *Int. J. Psychoanalysis*, 30, pp 69-75. (Tr. It. L'odio nel contro transfert, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi* Firenze: Giunti, 2017).
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *Internal Journal of Psychoanalysis*. 41, pp. 585-595.