

RESEARCH ARTICLE

# Psicopatologia e Psicoanalisi tra conoscenza, diagnosi e cura

Daniela Cantone<sup>1</sup>, Carmela Guerriera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Psicologia – Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli



**Citation**

Cantone D., Guerriera C. (2019).  
Psicopatologia e Psicoanalisi  
tra conoscenza, diagnosi e cura  
Phenomena Journal, 1, 37-43.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2019.1.28>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Daniela Cantone  
[daniela.cantone@unicampania.it](mailto:daniela.cantone@unicampania.it)

**Ricevuto:** 05 aprile 2019

**Accettato:** 17 aprile 2019

**Publicato:** 08 giugno 2019

ABSTRACT

The authors propose a psychoanalytic reading of the psychopathology, underlining the shift of the objective, knowledge and care, from the pathology to the subject that is the bearer and to the widening, in a horizontal way, to the dimension Intersubjective, and in a vertical and diachronic way, to that trans generational. The diagnosis is considered a necessary and important objective operation, which allows to reduce the individual complexity to constant and generalizable phenomena in an supra-individual dimension, however, support the authors, it must not prematurely saturating the cognitive process in its unfolding in the analytical relationship, understood the latter as a place of production of content and unconscious psychic forms and not only as a scenario of their manifestations. It is highlighted that psychoanalytic research, in particular in the field of childhood and adolescence, and in relation to severe manifestations of psychic suffering, has increasingly placed attention, even for the purpose of diagnostic evaluation, at the levels Primitive and undifferentiated psychic functioning and the dimensions of pre-mentality in the peri-natal and fetal life. The authors, supported by the most recent psychoanalytic literature on the topic of psychopathology as well as the therapeutic factors of the cure, also expose some thesis on the evaluation of the new manifestations of the psychic discomfort, which occur Often by the way of somatic or more generically as enigmatic “unbeing” in living as subjects in the world. At the same, the question is taken on these new clinical forms, if they are evidenced because of the changes in the evaluation instruments or whether they are objectively identifiable and classifiable.

KEYWORDS

**child psychoanalysis; psychological diagnosis, therapeutic factors.**

ABSTRACT IN ITALIANO

Le autrici propongono una lettura psicoanalitica della psicopatologia, sottolineando lo spostamento dell'obiettivo, della conoscenza e della cura, dalla patologia al soggetto che ne è portatore e all'ampliamento, in modo orizzontale, alla dimensione intersoggettiva e, in modo verticale e diacronico, a quella trans generazionale. La psicodiagnosi è considerata un'operazione di oggettivazione necessaria e importante, che consente di ridurre la complessità individuale a fenomeni costanti e generalizzabili in una dimensione sovra-individuale, tuttavia, sostengono le autrici, essa non deve saturare prematuramente il processo conoscitivo nel suo svolgersi nella relazione analitica, intesa quest'ultima come luogo di produzione di contenuti e di forme psichiche inconscie e non solo come scenario delle loro manifestazioni. Viene evidenziato come la ricerca psicoanalitica, in specie nel campo dell'infanzia e dell'adolescenza e in relazione a severe manifestazioni di sofferenza psichica, abbia posto sempre più l'attenzione, anche ai fini della valutazione psicodiagnostica, ai livelli primitivi e indifferenziati del funzionamento psichico e alle dimensioni del pre-mentale nella vita peri-natale e fetale. Le autrici, supportate dalla più recente letteratura psicoanalitica sul tema della psicopatologia, come anche dei fattori terapeutici della cura, espongono inoltre alcune tesi sulla valutazione delle nuove manifestazioni del disagio psichico, che si presentano spesso per la via del somatico o più genericamente come enigmatico “malessere” nel vivere come soggetti nel mondo. Contestualmente viene ripreso l'interrogativo su queste nuove forme cliniche, se esse si evidenzino a causa dei cambiamenti degli strumenti di valutazione o se esse siano oggettivamente identificabili e classificabili.

PAROLE CHIAVE

**psicoanalisi infantile, psicodiagnosi, fattori terapeutici.**

## Introduzione

Il grande mutamento di paradigma introdotto dalla metapsicologia psicoanalitica freudiana ha comportato il passaggio da una classificazione nosografica della malattia mentale a una psicopatologia fondata sulla valutazione delle dimensioni della realtà psichica dell'individuo, attraverso l'analisi dell'Inconscio e il dispiegarsi del transfert e del controtransfert nel processo analitico. Lo spostamento dello sguardo analitico dalla patologia al soggetto che ne è portatore, si è ampliato altresì, in modo orizzontale, alla dimensione intersoggettiva, e, in modo verticale e diacronico, a quella transgenerazionale. Ma in che senso è intesa la conoscenza in tal modo prodotta? Oggetto teorico della psicoanalisi sono i fatti psichici; ma il dispositivo analitico della cura nel setting produce esso stesso "fatti" psichici inconsci, che si integrano con quelli di cui il soggetto è portatore. I contenuti di un'analisi sono, infatti, il frutto sia dell'incontro intersoggettivo analista-paziente sia della trasformazione di ciascun soggetto della relazione. Il soggetto, quindi, è sempre implicato nel metodo di ricerca del suo oggetto e la conoscenza psicoanalitica è inscindibile dal suo "farsi", dalla sua azione, mantenendo un approccio interrogativo di fronte all'essere umano che denuncia e nasconde allo stesso tempo, nel sintomo, una sofferenza psichica. Disposi alla comprensione e alla decodifica della comunicazione che si stabilisce tra gli inconsci dell'analista e del paziente nella loro relazione, non può, quindi, che risultare totalmente estraneo all'uso di categorie diagnostiche che non possano rendere conto della dimensione dinamica della relazione analitica. La ricerca psicoanalitica si è andata progressivamente sviluppando di pari passo e in interconnessione con quanto andava emergendo dal suo "laboratorio": la clinica, in specie in trattamenti intensivi e con pazienti affetti da psicopatologie severe, frutto di danni riconducibili, nella loro genesi, agli albori della vita psichica. In tal modo la ricerca si è posta interrogativi concernenti l'area del funzionamento primitivo della mente e i suoi fondamenti originari, i passaggi dall'indifferenziazione alla personalizzazione, le vicende di un soggetto nascente nell'intreccio dinamico con altri soggetti che lo precedono. I risultati che questo tipo d'indagine porta nel processo di conoscenza, di diagnosi e di cura, non sono considerati quali matrici invariabili del soggetto, come fossero una fotografia ingiallita degli inizi della sua vita psichica, bensì come alcuni fondamentali fattori sempre attivi nel soggetto, nella sua condizione di paziente, in una relazione analitica. Soggettiva non è l'idea che l'analista si fa del paziente, a partire dal primo incontro, o quella che il paziente si fa di sé intorno al suo disagio, bensì è un aggettivo che rimanda a un'esperienza inter-soggettiva a cui pervengono entrambi, che si costruisce soltanto ed esclusivamente nella relazione analitica, transferale e controtransferale, ai diversi incroci tra le diverse vie degli inconsci. Un ulteriore aspetto da tenere in conto nella valutazione diagnostica è comprendere quanto quelle manifestazioni di disturbo/disagio psichico rimandino a un quadro psicopatologico o piuttosto ad una crisi transitoria, un segnale di un crollo momentaneo del funzionamento o ancora una crisi di passaggio evolutivo.

## La valutazione delle dimensioni dello psichismo

Da quanto finora esposto, s'individua la necessità di pervenire ad una diagnosi che sia *funzionale*, che tenga conto della storia del soggetto e dell'impatto che su di lui hanno avuto alcune avvenimenti, specie quelli che si configurano come "passaggi" da una condizione di vita ad un'altra, e come "cesura" [1], che indica una scissione non patologica, o "clivaggio" [2], concetto che rimanda sia a un processo dissociativo sia a quello di discriminazione, rintracciabile nello sviluppo normale così come nella situazione analitica.

Come Freud, pensiamo che ci sia un continuum tra normalità e patologia, il che ci obbliga a valutare, ad esempio, nel considerare lo sviluppo psichico, come il soggetto affronta non il continuo, la *tappa* successiva, ma il *discreto*, l'inatteso, così come le separazioni, quelle insite nel processo di soggettivazione e necessarie alla nascita della mente e del pensare, e quelle che la vita gli riserva. È necessario interrogare la cesura, come suggerirebbero gli autori sopra citati. Dobbiamo muoverci in un'ottica di multifattorialità quando pensiamo, se non alle cause, alle origini della patologizzazione di uno sviluppo, di un'organizzazione psichica, pensare in termini di complessità dello psichismo.

Anche la psicoanalisi infantile e dell'adolescenza non sono di certo prive dell'esigenza di valutazione delle condizioni psichiche del paziente, del suo livello o modalità di funzionamento psichico, delle sue fantasie inconse, del grado d'integrazione dell'Io e della sua tenuta rispetto all'intensità e alla tipologia delle angosce, delle difese adottate per farvi fronte. A ciò si aggiunga, sempre come garanzia di libertà dalle classificazioni psicopatologiche, che i pazienti, bambini o adolescenti, si muovono nell'area di un potenziale sviluppo del proprio Sé, anche in presenza di fenomeni psicotici.

A nostro parere, la psicoanalisi infantile può godere della libertà dai rigidi inquadramenti diagnostici, per la natura dell'oggetto psichico e dei soggetti in fieri con i quali lavora, così come la psicoanalisi di gruppo; entrambe le psicoanalisi, che siano di marca anglosassone o sud americana o francese, sostengono la necessità della tolleranza sia del dubbio sia dell'insaturo. "Da questi sviluppi teorici è derivato l'allargamento degli orizzonti della clinica e della tecnica verso le psicopatologie infantili e le psicosi e, attualmente, verso nuove forme di disagio e di sofferenza che sembrano sempre più radicarsi nell'indifferenziazione originaria sé-oggetto." [3, p.204]. Si registrano cambiamenti nella tipologia dei fenomeni psicopatologici, correlati anche a mutamenti antropologici e sociali, che sfuggono a classificazioni generali, non pronte ad essere "aggiornate" con la stessa rapidità e con una sufficiente flessibilità alle necessarie revisioni.

Una sfida alla clinica ci proviene attualmente dai casi, emergenti già dal ventesimo secolo, in cui risulta compromessa, a livelli differenti, la capacità di rappresentazione e simbolizzazione; si tratta di forme psicopatologiche non ascrivibili alle categorie classiche delle psiconevrosi né delle psicosi, e che sembrano piuttosto rimandare alle "nevrosi attuali". È quanto rileva Lowenkron [4] nella sua accurata disamina sulle

teorie psicoanalitiche che s'interrogano sulla valutazione delle nuove manifestazioni del disagio psichico, le quali si presentano spesso per la via del somatico o più genericamente come enigmatico "malessere" nel vivere come soggetti nel mondo. L'autrice individua essenzialmente due filoni teorici psicoanalitici che propongono una spiegazione della diffusione di tali casi: l'uno li ascrive sostanzialmente a un mutamento di paradigma, per cui si definirebbero oggi, ad esempio, come depressioni alcune forme diverse dell'isteria [5]; l'altro invece li interpreta come nuove psicopatologie, le "nuove malattie dell'anima" [6]. Ugualmente difficili da valutare sono i casi in cui si rileva un'inibizione della spinta alla conoscenza, di sé e dell'altro, alla quale M. Klein attribuiva una natura pulsionale, definendola appunto *pulsione epistemofilica* [7] e che nell'infante assume come primo oggetto il corpo materno e i suoi contenuti, e poi la coppia parentale e tutti gli altri "oggetti" del mondo relazionale del bambino. È innegabile l'importanza di questa pulsione per la costruzione dell'identità e lo sviluppo della sessualità e del pensiero simbolico, che non ritroviamo in alcuni pazienti adolescenti, nativi digitali, alle prese con ripetuti fallimenti dei tentativi di riempire il vuoto angoscioso dell'ignoto e dell'assenza di un vero oggetto, che sia attraente e che possa quindi essere investito libidicamente. Il clinico dovrà ritrovare in ogni processo terapeutico innanzitutto la propria curiosità epistemofilica, verso questi pazienti che sembrano non essere interessati a conoscere l'altro e a farsi conoscere, e provare così a fare breccia nella loro indifferenza e attivare un'alleanza per la cura.

Sono profondamente mutati anche gli scenari istituzionali (ci riferiamo alle istituzioni sanitarie) rifondate nella loro struttura organizzativa e anche negli obiettivi di prevenzione e cura della salute mentale. Non ci si meraviglia, quindi, che nella clinica, anche quella psicoanalitica, ci s'interrogchi sui propri strumenti interpretativi delle "nuove realtà" e sui dispositivi di cura, pur tenendo costanti le funzioni fondamentali dei suoi modelli.

L. Grinberg, D., Sor, E. Tabak de Bianchedi [8] descrivono le varie funzioni del modello nella concezione bioniana: "...il modello rende possibile trovare la corrispondenza tra i problemi specifici presentati dai pazienti e il corpo principale della teoria psicoanalitica. [...] Il modello si costruisce con elementi connessi con l'esperienza sensoriale, e permette di stabilire un ponte fra i fatti osservati nella clinica e la teoria o le teorie astratte con cui l'analista si accosta ad essi. [...] Il modello usato dall'analista dovrà essere tale che gli permetta di giungere a un'interpretazione dei fatti che si presentano per essere esaminati. [...] Partendo dal materiale del paziente, l'analista deve stabilire perché questi lo stia producendo e quale debba essere l'interpretazione corretta. [...] Il modello pone in risalto due gruppi di idee: quelle connesse con il materiale del paziente e quelle legate al corpo della teoria psicoanalitica". (pp. 40-41).

## Conclusioni

"La diagnosi è un'operazione di oggettivazione necessaria e importante, che consente di ridurre la complessità individuale a fenomeni costanti e generalizzabili in una di-

mensione sovra-individuale, tuttavia essa non deve saturare prematuramente il processo conoscitivo” [3, p. 206]. È indiscutibile la necessità di indicatori, di parametri, per la valutazione diagnostica e per orientarsi nella direzione della cura; ciò avviene rintracciando la struttura ed il funzionamento sottostanti i sintomi del paziente, il livello di integrazione del suo Io, le strategie difensive che il paziente mette in atto per far fronte ai suoi conflitti, la tipologia degli oggetti interni e il modello di relazione oggettuali, la capacità di contatto con la realtà interna ed esterna. La valutazione della trattabilità di un paziente può giovare anche degli “assi organizzativi” proposti da Green [9] quali la sessualità, l’Io, il Super-Io, e le forme di disorganizzazione derivanti dalla distruttività orientata verso l’esterno, così come dalla distruttività rivolta verso l’interno, rintracciabili in forme severe di narcisismo negativo e di masochismo primario, sempre più diffuse. Tutto ciò, mantenendo comunque, sempre, l’attenzione su quanto egregiamente espresso da Mareike Wolf-Fédida: “Una classificazione che non permette al paziente di esprimersi, di avere davanti a sé il tempo per cercare le proprie parole, per cercarsi, è inevitabilmente una censura della clinica. È qui che bisognerà essere attenti affinché la classificazione non censuri la clinica rendendola impossibile, invece di facilitarla” [10, p. 97]. D’altra parte, è proprio dell’approccio psicoanalitico concepire la valutazione diagnostica come un processo che si svolge lungo un continuum che va dal primo contatto con il paziente, o con i suoi genitori, nel caso di bambini e adolescenti, e che procede nel corso del trattamento, giungendo a definirsi come quadro compiuto verso la conclusione del percorso. Il tempo della valutazione può tuttavia essere molto breve, come nelle situazioni, anche queste sempre più frequenti, di interventi terapeutici dove la contrazione temporale è decisa da pazienti che ricercano solo una risoluzione rapida di un sintomo o il riconoscimento del loro essere “ammalati”, senza darsi la possibilità di una cura. Pensiamo che vivere una relazione terapeutica, connotata dal transfert ma anche dal carattere di nuova relazione, abbia per il paziente un potenziale trasformativo della propria condizione psichica nella direzione della salute [11, 12, 13], in quanto conferisce pensabilità alla intera esperienza del soggetto, e diviene pensabile e intellegibile anche per il terapeuta [14]. In quest’ottica, ma allargando lo sguardo anche al mondo relazionale esterno in cui il soggetto è immerso, la psicoanalisi può darsi anche un obiettivo di prevenzione del disagio psichico e di intervento nel sociale, non dimenticando tuttavia che si può parlare di “analisi” solo per gli interventi che rispettino le condizioni indicate da S. Freud e il significato insito nella parola “cura” psicoanalitica. Bleger, a tal proposito, seguendo il pensiero freudiano, ci ha fornito una chiara definizione di cura: “Cura significa [...] modifica in senso favorevole di sofferenze e/o organizzazioni patologiche” e continua ponendo in un rapporto di similitudine la cura con l’apprendimento, intendendo quest’ultimo come: “...una modifica della personalità sulla base dell’esperienza. [...] In psicoanalisi l’esperienza è ciò che è vissuto come relazione transferale e l’apprendimento è strettamente collegato con l’insight” [15, p.300]. Si guarda all’inconscio del soggetto analizzante, anzi agli inconsci, che prendono forma nel presente della seduta analitica e nella relazione interspichica, transferale e

controtransferale, tra analista e analizzante, in una prospettiva che è al tempo stesso ricostruttiva e costruttiva. Non si tratta di risalire al passato infantile per rintracciare le ragioni del suo essere quel soggetto del presente, per “spiegare” la sua dimensione intrapsichica come fosse, in modo deterministico e statico, la risultante di ciò che è stato, di ciò che l’ha preceduto. Il processo di soggettivazione è infatti un’appropriazione dinamica, una personalizzazione, di ciò che ci precede, dei fantasmi anticipatori genitoriali, ad esempio, e ciò inizia molto presto, sin dalla prima infanzia. L’analisi si pone il compito di consentire all’analizzante di trasformare il proprio passato in storia, di conferire per la prima volta o riconferire significato, pensabilità, rappresentabilità al suo passato, di poter creare dei ricordi, in un movimento continuo tra ciò che ritorna e ciò che si crea. E, tuttavia, non bisogna dimenticare che alcune tracce si sottraggono alla significazione, alla trasformazione, come conseguenza di alcune situazioni traumatiche, ad esempio, così come nei casi in cui prevale l’azione della pulsione di morte, allora la cura dovrà assumere ancora di più l’obiettivo di consentire una trasformazione della dimensione intrapsichica, diremmo dell’economia psichica, del soggetto.

Cura e conoscenza, nella cornice di modelli e teorie, continuamente devono poter coniugarsi per dar vita ad un’attività del pensare e dell’elaborare, che le sviluppi e le trasformi; è già a tale processo in sé che possiamo assegnare una valenza terapeutica. È altresì necessario il confronto con altre professionalità impegnate nelle relazioni di cura, evitando in tal modo anche il rischio di una chiusura della coppia analista-paziente in situazioni idealizzate così come una visione iper-soggettiva e rigida da parte dell’analista, che in tal modo nega la realtà dinamica della psiche. Il gruppo di intervizione, la discussione dei casi in equipe, svolgono anch’essi, come è noto, un ruolo importante sia nella diagnosi che nella cura, specie in casi clinici in cui l’uso massivo di scissioni, proiezioni e *identificazioni proiettive* [16], come avviene nelle psicosi, può compromettere la capacità pensante del curante e con essa la stessa cura. Vorremmo concludere con una citazione di Kaës che racchiude il senso del compito che ci attende in qualità di clinici psicoanalisti. “Il rapporto tra disagio del mondo moderno e disturbi psichici non è solo un’interrogazione per la psicoanalisi, è anche una problematica della psicoanalisi” [17, p.91] e chiarisce che il problema si sostanzia in interrogativi epistemologici: “...in che misura siamo attenti ai processi e a configurazioni nuovi perché i nostri strumenti si sono trasformati? O possiamo senz’altra precauzione ammettere che tali cambiamenti sono oggettivamente identificabili?” [17, nota n.12, p.91]. Proseguire nella ricerca per poter individuare le possibili risposte a questo tipo di quesiti, costituisce un presupposto necessario sia alla valutazione dei fenomeni clinici sia alla maggiore efficacia della cura.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bion, W.R. (1977). Caesura. In: Bion, W. R., & Corrao, F. (1981). *Il cambiamento catastrofico: la griglia: caesura: seminari brasiliani: intervista*. Torino: Loescher.
2. Bleger, J. (1964). Studio della parte psicotica della personalità. In *Simbiosi e ambiguità: studio psicoanalitico* (pp. 1000-1079). Armando.

3. Cantone, D., & Guerriera, C. (2013). *Il "bicchiere della staffa": ancora qualche considerazione sui processi valutativi*. In: Guerriera, C. (a cura di) *op. cit.*
4. Lowenkron, A.M. (2004). Sulla clinica psicoanalitica attuale: nuovi sintomi o nuove patologie? *Rivista di Psicoanalisi*, 50:1169-1186.
5. Roudinesco, E. (2000). *Perché la psicoanalisi?* Roma: Editori Riuniti.
6. Kristeva, J. (1998). *Le nuove malattie dell'anima*. Roma: Borla.
7. Klein, M. (1928). I primi stadi del conflitto edipico. *Scritti 1921-1958*.
8. Grinberg, L., Sor, D., Tabak De Bianchedi, E. (1991). *Introduzione al pensiero di Bion*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1993.
9. Green, A. (2002). *Idee per una psicoanalisi contemporanea*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2004.
10. Wolf-Fédida, M. (2015). La classificazione: una censura della clinica? In *Notes per la psicoanalisi. Violenze della classificazione, n° 6, Biblink editori, Roma, 2015*.
11. Pine, F. (1998). *Diversity and direction in psychoanalytic technique*. Yale University Press.
12. Pulver, S. E. (1992). *Psychic change: Insight or relationship?*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 199-206.
13. Gabbard, G.O. (2005), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, 2007.
14. Bollas, C. (1987). *L'ombra dell'oggetto*. Roma: Borla, 1989.
15. Bleger, J. (1966). *Criteri di cura e obiettivi della psicoanalisi*. In *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. trad. It. seconda edizione. Bari: Edizioni La Meridiana, 2011.
16. Klein, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. *Scritti 1921-1958*, Torino: Boringhieri, 1978.
17. Kaës R. (2012). *Il malessere*. Roma: Borla, 2013.