DOPPIOZERO

Cancrini: le ferite delle schizofrenie

Nicolò Terminio

18 Novembre 2026

L'origine della follia. Prevenzione e cura dei disturbi schizofrenici di Luigi Cancrini immerge nel cammino di uno dei maggiori psichiatri e psicoterapeuti che hanno contraddistinto gli ultimi sessant'anni del mondo "psi" in Italia: un giovane medico si avvia alla carriera di psichiatra e incontra il mistero della follia, da cui si sente convocato in una sorta di missione che continuerà per tutta una vita. È questa vocazione terapeutica, del resto, a spingerlo ancora oggi a pronunciarsi e a battersi per scongiurare la deriva di un pensiero psichiatrico che sembra destinare i disturbi schizofrenici all'incurabilità, a una sorta di cronicizzazione accompagnata da un aiuto di tipo custodialistico. Sebbene i manicomi siano stati chiusi, resiste ancora un pensiero manicomiale che relega i disturbi schizofrenici ai margini della comprensibilità e della vita sociale.

La tesi teorico-clinica di Cancrini porta un po' di speranza e di metodo nell'ascolto e nella cura dei pazienti schizofrenici: le sue riflessioni riprendono un'intera tradizione psicopatologica che, con grande acume clinico, distingue la schizofrenia nelle sue differenti declinazioni fenomeniche. Si tratta di una distinzione cruciale per poter avanzare delle ipotesi sul possibile decorso dei sintomi schizofrenici. Inoltre, particolare attenzione è posta al significato relazionale dei vissuti psicopatologici dei pazienti schizofrenici: dietro ai deliri e alle allucinazioni, dietro alle stereotipie e ai ritiri autistici, è possibile cogliere una ferita relazionale che parla di una primissima fase dell'infanzia. Secondo Cancrini la cura delle schizofrenie non deve puntare solo alla risoluzione delle crisi sintomatiche, ma deve cercare di ricostruire e affrontare le condizioni storiche e relazionali che hanno causato la manifestazione dei sintomi. In questa prospettiva, che attinge alla tradizione psicoanalitica e a quella sistemico-relazionale, non bisogna considerare i fenomeni sintomatici come l'unico bersaglio della cura, altrimenti si accentuerebbe soltanto la gravità e verrebbe alimentato quel pregiudizio manicomiale che sposta ai margini della vita collettiva ciò che si presenta come assurdità, come follia fuori dal campo della ragione prestabilita. Nelle pieghe dei deragliamenti schizofrenici gli psichiatri e gli

psicoterapeuti, se istituiscono le condizioni adatte, possono leggere l'indice di una verità storica che attraversa l'esistenza del soggetto e del suo sistema familiare e relazionale. Parafrasando alcune riflessioni di Cancrini, potremmo dire che non esiste la schizofrenia dell'individuo, anche se la schizofrenia si manifesta attraverso la voce singolare di un soggetto. Ciò che chiamiamo schizofrenia porta con sé le impronte di un fallimento relazionale: non è dunque la predisposizione biologica a determinare la manifestazione dei sintomi schizofrenici, ma una ferita relazionale specifica di cui occorre occuparsi nella terapia. L'utilizzo dei farmaci non viene demonizzato, anzi l'introduzione dei neurolettici è evidenziata come un ingrediente fondamentale che ha consentito la calma necessaria per affrontare, insieme ai pazienti, gli inciampi evolutivi che, nella storia delle loro famiglie, si erano annidati come sorgenti di dolore e confusione. In alcuni casi i deliri e le allucinazioni, sebbene siano dei fenomeni clinici estremamente gravi che si presentano come assurdi ed estranianti, se vengono ricondotti a una verità storico-familiare allora possono essere superati; esiste infatti una forma di schizofrenia che si evolve per crisi e che non è inevitabilmente destinata a cronicizzarsi: ecco perché è importante che gli psichiatri e gli psicoterapeuti siano accorti nel distinguere il tipo di ferita che soggiace alla manifestazione dei sintomi.

Cancrini riconduce i disturbi schizofrenici a due tipi di ferite che interessano i primi due compiti evolutivi che ogni essere umano dovrebbe superare, anche se la possibilità di questo superamento non è garantita né dalla natura né dalla cultura.



La prima ferita riguarda le fasi iniziali dello sviluppo in cui il soggetto, grazie alla relazione con l'Altro, dovrebbe imparare a distinguere il Sé dal non Sé e a collocare le sue emozioni all'interno dei limiti temporali e spaziali che le cure dell'Altro gli permettono di sperimentare. Le schizofrenie più gravi, e con un decorso clinico non favorevole, mostrano una regressione del soggetto a questo primo livello di funzionamento e i sintomi manifestano la difficoltà (o

impossibilità) del soggetto ad andare oltre una condizione in cui si sente allagato dalle emozioni, rimanendo impantanato in una comunicazione amorfa che esclude l'Altro invece che invocarlo come interlocutore in grado di partecipare al suo vissuto. Nelle crisi psicotiche più gravi i pazienti schizofrenici rivivono questa prima ferita relazionale e inciampano in un funzionamento che li riporta a non saper distinguere il mondo interno dal mondo esterno e a non saper collocare la veemenza delle emozioni in una cornice relazionale e spazio-temporale. Sono preziose le pagine in cui Cancrini riprende la tradizione psicoanalitica di Melanie Klein e di altri analisti della Scuola inglese, tra cui spicca in modo particolare Winnicott, per mostrare quanto sia fondamentale prevenire gli sviluppi psicopatologici rivolgendo la massima attenzione a quelle situazioni sociali e relazionali in cui i bambini e i loro sistemi familiari possono inciampare. A proposito della prevenzione (sociale) Winnicott auspicava che i pediatri potessero integrare nel loro lavoro clinico le chiavi di lettura della psicoanalisi. Nelle prime fasi dello sviluppo vengono infatti costruiti i presupposti evolutivi delle forme psicopatologiche, ma anche le potenzialità creative che prendono corpo nel corso delle fasi successive della vita. Risulta allora fondamentale istituire dei dispositivi e delle reti sociali in grado di sostenere e intercettare le famiglie negli eventuali momenti di crisi in modo che possano dare spazio alle loro risorse invece che alle difese patologiche che si attivano automaticamente quando le persone si sentono sopraffatte o minacciate dai compiti evolutivi e sociali a cui sono esposte nelle inevitabili transizioni della vita. Da questo punto di vista la schizofrenia non è una tara biologica che viene trasmessa di generazione in generazione e non è neanche un sintomo che si prepara nell'arco di tre generazioni e che colpirà il paziente designato attraverso un destino tragico. Bisogna concepire la cura della schizofrenia senza cercare la cosiddetta madre schizofrenogena, pensando piuttosto che l'impasse, di cui i sintomi schizofrenici sono espressione, è il frutto di un inciampo relazionale e quindi la causa non va rintracciata nell'effetto devastante che l'incuria materna avrebbe avuto sul vissuto del piccolo essere umano. Cancrini libera l'intervento terapeutico da un impianto accusatorio in cui i genitori sarebbero la causa che colpisce in modo lineare lo sviluppo psicopatologico dei figli. La proposta di Cancrini valorizza un approccio terapeutico e sociale che coinvolge i familiari del paziente in un'ottica collaborativa. E ciò risulta decisivo quando nella cura ci si occupa del secondo tipo di ferita che attraversa ed esprime la crisi del paziente psicotico.

La seconda ferita relazionale è determinata dal mancato sviluppo della capacità di percepire l'Altro come collegato al Sé, riconoscendone le intenzioni e le emozioni. Il compito evolutivo che viene compromesso nella seconda ferita riguarda la capacità del bambino e della bambina di reagire alle emozioni della

madre e di accorgersi che sono collegate a quello che fa. In questa fase il soggetto inizia a sentirsi partecipe di una dinamica relazionale in cui può suscitare piacere o dispiacere nell'Altro. La reazione dell'Altro ai moti affettivi e aggressivi del soggetto risulta fondamentale perché è grazie a un'accoglienza amorevole e contenitiva che ci si può assumere la responsabilità, ed eventualmente la colpa, degli effetti che le azioni provocano nell'Altro. Se questa accoglienza e questo contenimento non sono sufficienti, allora il bambino e la bambina rischiano di considerare le sue urgenze affettive e aggressive in senso eccessivamente distruttivo, fino al punto da sviluppare una persecutorietà di base per le possibili ritorsioni che potrebbe subire da parte dell'Altro. Le angosce del soggetto collegate a questa seconda ferita generano una forma di sospettosità che rischia di infiammare il confronto con le nuove ambientazioni di vita. In questi casi l'esordio delle crisi psicotiche è collegato alle fasi di svincolo dalla relazione con l'Altro e all'incontro con una dimensione estranea: sono situazioni in cui le angosce persecutorie e la sospettosità di base vengono amplificate fino al punto da risultare insopportabili. In questi frangenti la certezza del delirio e/o i commenti delle voci allucinatorie diventano l'unica via di uscita per restituire senso e coerenza ai presagi persecutori che provengono da una realtà ignota e indecifrabile.

L'orientamento teorico-clinico di Cancrini deriva anche dalla sua lunghissima esperienza come terapeuta e supervisore coinvolto nelle istituzioni dedicate all'ascolto dei bambini e alla cura delle infanzie infelici. L'intreccio metodologico tra comprensione psicodinamica e intervento sistemico-familiare, declinato in senso collaborativo, orienta l'approccio terapeutico nella cura delle schizofrenie che riguardano tanto la prima quanto la seconda ferita, così come le condizioni miste in cui le due ferite si sovrappongono. In ciascuno di questi casi il trattamento cerca di attraversare in modo nuovo gli snodi storici e i problemi esistenziali aperti dalle crisi psicotiche. Nella cura ciò che risulta centrale è il tempo e la sensibilità di ascolto che il clinico è disposto a dedicare ai pazienti che incontra. Non è in gioco una questione etica e metodologica che interessa solo il singolo terapeuta, questa battaglia tocca le corde profonde dell'atteggiamento che un'intera società rivolge alla sofferenza mentale e di conseguenza al modo di costruire i legami sociali. In diversi passaggi della sua riflessione Cancrini – che appartiene a quella tradizione di maestri della psicopatologia che considerano la schizofrenia e le altre forme di psicosi non come disturbi da aggiustare, ma come esperienze che manifestano l'essenza relazionale degli esseri umani – collega la dimensione clinica e quella politica e continua a interrogarsi, a volte con toni più speranzosi, altre con amara disillusione, sulle possibilità di introdurre nell'organizzazione dei servizi di salute mentale dei principi e delle prassi che

siano in grado di valorizzare le verità singolari che attraversano le storie dei pazienti e delle loro famiglie, senza ridurle a un unico fascio di comportamenti considerati assurdi o pericolosi. L'atteggiamento con cui ci rivolgiamo alle psicosi rivela il modo in cui vogliamo costruire i legami sociali: segregare la follia dentro le mura del pensiero manicomiale non produce solo un effetto sui pazienti che vengono isolati, è un atto che ricade sulla mente di chi pensa di proteggersi dalla follia escludendola. La storia della psichiatria, che è interna alla storia della società e di cui ne riflette le logiche, mostra che ogni atto di esclusione della follia conduce fatalmente quelli che lo compiono a perdere la loro stessa umanità. Il messaggio di Cancrini è molto chiaro, da un lato ci esorta a sperare e dall'altro ci presenta un monito da non dimenticare: lì dove troviamo la ferità da cui prende origine la follia, troviamo anche ciò che fa sorgere l'umanità di ciascuno di noi e delle società in cui viviamo.

In copertina fotografia di Marek Piwnicki - Unsplash.

Se continuiamo a tenere vivo questo spazio è grazie a te. Anche un solo euro per noi significa molto.
Torna presto a leggerci e SOSTIENI DOPPIOZERO

