

Per una psicologia del patologico

di Adolfo Pazzagli*, Paola Benvenuti**

La psicologia clinica rappresenta in un certo senso un'evoluzione rispetto a quella disciplina precedentemente chiamata "psicologia medica", intesa come ambito scientifico che individua le manifestazioni di patologia mentale che si possono osservare nel funzionamento complessivo dell'uomo e riconducibile essenzialmente alla psichiatria. La psicologia clinica, inoltre, si rapporta alla psicologia generale come quel punto di vista che accentua, nell'accesso all'indagine psicologica, l'interesse per la patologia: si può sostenere che la psicologia clinica muove dal patologico per inserirlo nel normale, mentre la psicologia generale muove dalla normalità per assumere il patologico come ampliamento del suo campo di ricerca. Seguendo questa impostazione, dunque, la psicologia clinica ha per oggetto non solo la conoscenza del funzionamento mentale, ma anche il paziente nelle sue modalità patologiche e normali di esistere. La psicologia clinica intesa in questo senso trova le sue radici in particolare nella psicoanalisi e nella psicologia fenomenologica, impostazioni teoriche che hanno ambedue rinnovato la concezione del patologico e del normale.

La psicoanalisi costituisce un modello concettuale del funzionamento psichico (Freud, 1922) che utilizza un procedimento di indagine di fatti psichici cui sarebbe pressoché impossibile accedere. La dimensione inconscia è prevalente rispetto alla coscienza nell'attività mentale di ogni soggetto e i fenomeni psichici sono concepiti come un gioco di forze, come espressione di tendenze orientate verso una finalità che possono operare insieme o l'una contro l'altra, in una concezione dinamica dei fatti psichici. Essa è anche un metodo terapeutico per il trattamento dei disturbi nevrotici e rappresenta una serie di conoscenze psicologiche acquisite attraverso l'analisi dei processi psichici inconsci che convergono in una nuova disciplina scientifica.

La psicologia fenomenologica ha costituito un importante indirizzo di analisi psicologica che riprendeva, attraverso il movimento fenomenologico, la contrapposizione all'impostazione positivista e organicista della mente. Essa ha rappresentato una riproposizione della problematica della soggettività che era stata oscurata a favore delle scienze della natura. Molto schematicamente si tratta di una psicologia che adotta come elementi costitutivi della sua identità il fatto di essere un metodo per descrivere e comprendere le esperienze psicologiche e psicopatologiche basandosi sulla capacità di analizzare i fenomeni della coscienza nel loro apparire, sulla capacità empatica di immedesimarsi nell'esperienza dell'altro e sul principio della "sospensione volontaria e temporanea del giudizio" (epochè), cioè del "mettere fra parentesi" le nostre conoscenze acquisite sul mondo che ci circonda con l'intento di comprendere l'essenza dell'altro. Un ruolo fondamentale è attribuito alla coscienza in quanto capacità di percepire ed esprimere le esperienze soggettive: oggetto della psicopatologia è l'accadere psichico reale e cosciente, come ha detto Jaspers (1913). Quindi la psicopatologia fenomenologica si propone di comprendere le esperienze umane come categorie conoscitive, di conoscere la particolari modalità di esperienza e di espressione della persona e di conoscere il rapporto che la persona intrattiene con se stessa e col mondo (Rossi Monti, 2001).

Minkowski, nel 1947, distingueva la psichiatria dalla psicologia clinica e considerava la psichiatria come ogni altra branca della medicina. Essa studia lo svolgimento temporale dei fatti clinici subordinandoli, per quanto possibile, al rapporto causa-effetto. Per fare questo, si serve di sintomi che descrive e classifica come le idee deliranti, le allucinazioni, le turbe della coscienza, dell'affettività.... includendo necessariamente una psicopatologia, che corrisponde ai fini che la psichiatria persegue (patogenesi, etiologia, diagnosi, evoluzione, prognosi...), ed è inoltre subordinata alla psicologia nel senso che il "pathos" è ricondotto, come in generale nella medicina, ad una deviazione, ad una deformazione, ad una insufficienza di una funzione o di una facoltà; in

* Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche - Università degli Studi di Firenze, Italia

** Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche - Università degli Studi di Firenze, Italia.

altri termini, ad una malattia. Una tale psicopatologia non trascura le differenze che esistono fra le inconsistenti idee di grandezza di un maniaco e quelle fondate sull'ipertrofia dell'io di un paranoico o quelle di uno schizofrenico individuabili per il loro carattere discordante, ma così facendo non cambia di carattere. Questo metodo descrittivo-clinico è sufficiente ai fini che la psichiatria persegue ed essa può, senza particolari inconvenienti, accontentarsene.

Tra le manifestazioni psicopatologiche, il fenomeno delirio si impone per il carattere di "mistero" che lo caratterizza. Di fronte al delirio possiamo invocare un disturbo del giudizio, ma come può un essere umano affermare con certezza un'idea così falsa, contro ogni evidenza, contro tutto ciò che in ogni momento gli dà una smentita flagrante? In questa convinzione delirante si trova certamente "altro" che un semplice disturbo della facoltà di giudicare, che non è leggibile utilizzando la concatenazione dei fatti nel tempo, in quanto il delirio è installato nel presente e cerca di aprirsi un passaggio unicamente su questo piano.

La psicologia clinica, invece, era considerata da Minkowski come la psicologia del patologico, che si occupa di fatti psicopatologici, intesi come esperienze vissute, tra i quali ad esempio il delirio, visto come esperienza soggettiva e come nucleo di verità storica, oppure la mania, considerata come difesa dalla depressione. In questo inquadramento è compresa necessariamente una psicopatologia, ma il "pathos" non è ricondotto ad una deviazione, bensì alla comprensione dell'esperienza vissuta dell'altro nelle sue varie possibilità del normale e del patologico. In questo senso, l'elemento patologico, il pathos, può essere considerato più come sofferenza nel senso ampio del termine, che come malattia, cioè come forme di "essere altrimenti", ovvero modificazioni qualitative della vita che vanno nel senso di un impoverimento e di un restringimento della forma della vita in generale. L'idea di una "norma", in questa prospettiva, non ha per oggetto l'individuo normale, così difficile da definire, ma la forma della vita in generale, che contrappone il modo in cui ogni individuo si muove ed evolve nella vita, integrandovisi, alla barriera che si crea fra essa e l'esperienza dell'"essere altrimenti" che è alla base del fatto psicopatologico.

La psicologia clinica è comunque una materia di difficile e complessa definizione: nel senso usato da Lagache (1949) viene intesa come una maniera specificamente psicologica di comprendere l'uomo, sia sano che malato, che reclama uno statuto indipendente sia dalla medicina e dalle scienze naturali che dalla filosofia. Etimologicamente, clinica definisce l'attività medica che si esercita al capezzale del malato, interrogandolo sui suoi disturbi e sintomi, esaminandone ed osservandone il corpo e i segni di malattia che in esso si possono evidenziare, al fine di formulare una diagnosi, una prognosi e una cura. Tutto questo costituisce, in ambito medico, il fondamento della psichiatria.

La psicologia clinica invece ha come oggetto l'uomo in senso lato in cui non ricerca segni o sintomi di malattia; essa si indirizza piuttosto alla comprensione di alcuni aspetti della persona, della sua sofferenza, del suo disagio e anche dei suoi disturbi, indipendentemente dal fatto che la persona sia malata o meno, secondo uno studio approfondito dei casi individuali dei quali prende in esame aspetti e tratti della personalità, conflitti, angosce e difese.

In psicologia clinica perciò il risultato dell'indagine clinica è la storia del caso, mentre in psichiatria il risultato è rappresentato dalla formulazione di una diagnosi, di una prognosi e di una terapia. Lo psicologo clinico stabilisce un bilancio psicologico del soggetto esaminato come risultato di quella particolare storia nel momento presente e, sulla base di ciò, compie una valutazione delle potenzialità individuali e delle possibilità di cambiamento. Naturalmente la conoscenza dello psicologo clinico deriva dalla relazione col paziente che deve svolgersi in una situazione stabile, ripetibile e riproducibile (il setting), costituita per essere influenzata prevalentemente dalle variabili del soggetto.

I tre aspetti fondamentali della psicologia clinica secondo Lagache sono i seguenti.

1. E' una psicologia dinamica in quanto ogni essere umano è in conflitto col mondo, con gli altri e con se stesso. Lo studio delle situazioni-problema di un individuo è uno degli scopi della psicologia clinica, in quanto si può considerare adattato l'uomo che cerca di risolvere i suoi conflitti in modo realistico e flessibile e disadattato, e anche psicopatologico, chi erge i suoi conflitti a norma, attiva le proprie difese in modo rigido e inadeguato alla situazione, ma in lui precostituito.

2. Considera l'essere umano come una totalità mai compiuta. Si interessa cioè alla totalità delle reazioni di un essere umano concreto e completo alle prese con una situazione, e ricolloca i comportamenti che osserva, normali o patologici, nell'unità dinamica della persona totale.

3. E' storica e genetica, nel senso dello studio dello sviluppo in rapporto agli eventi. L'essere umano è una totalità in evoluzione che risulta da un divenire precedente in cui, entro certi limiti, esistono possibilità di evoluzione in ogni momento. Lo psicologo clinico non si limita ad un bilancio psicologico del soggetto esaminato ma stabilisce una valutazione delle possibilità di cambiamento in una prospettiva delle potenzialità individuali.

Da queste premesse Lagache fa derivare i tre grandi obiettivi della psicologia clinica, cioè consigliare, guarire, educare, che vengono perseguiti attraverso un metodo clinico specifico che si riferisce a due pratiche presenti nella medicina e nella psichiatria:

a. l'osservazione dei comportamenti sia spontanei che provocati dai test, ovvero una pratica sincronica,

b. il colloquio clinico, che comporta una anamnesi e stabilisce la biografia significativa del soggetto, ne ricolloca il comportamento in una prospettiva evolutiva attraverso la quale il passato chiarisce il presente.

Il valore scientifico del metodo clinico è, quindi, legato alla constatazione nei singoli casi di fatti e correlazioni che possono in seguito essere verificati e generalizzati con metodi diversi.

Condividiamo il punto di vista di Carli e Paniccia (2005) quando tendono a distinguere nel lavoro clinico un lavoro psicologico che corregge il deficit da un lato, ed un lavoro psicologico che propone sviluppo dall'altro.

Nel caso della correzione del deficit la posizione dello psicologo è quella di chi pensa di essere legittimato a intervenire sulla base di una situazione problematica letta come scarto da un modello che si ipotizza condiviso e legittimato socialmente. La riduzione del deficit è caratterizzata dalle seguenti connotazioni: si fonda sul fatto che il suo obiettivo è la valutazione dell'altro entro la logica del modello e dello scarto dal modello, che può essere considerata come una valutazione "oggettiva"; si appoggia sul modello medico, assumendo lo scarto dal modello come malattia e l'intervento che corregge lo scarto come cura della malattia; invoca una funzione diagnostica che utilizza categorie standardizzate e che si propone di sostituire alla relazione, caratteristica imprescindibile dell'intervento psicologico, la formulazione di una diagnosi. E' immediato riconoscere in questo tipo di intervento il lavoro dello psichiatra che tende a sostituire la diagnosi alla relazione con la persona, nell'intento di curare il deficit, cioè la malattia mentale.

Il lavoro psicologico che propone sviluppo è caratterizzato dal fatto che l'obiettivo è orientato alla utilizzazione delle risorse individuali o organizzative che possono promuovere lo sviluppo della relazione fra individui e contesto e comporta che lo psicologo conosca il contesto non solo dell'individuo e delle sue dinamiche interne, ma anche delle coordinate di sviluppo dei sistemi sociali. Questo lavoro non prevede di riferirsi ad un modello prefissato di sviluppo che corrisponde ad una norma, in quanto esso ha come dimensione caratterizzante la continua negoziazione con i soggetti delle linee di sviluppo entro il sistema individui-contesto. Inoltre, tale intervento comporta, nelle singole persone come nei gruppi sociali, la contrattazione intorno ad un progetto di sviluppo, nel senso di individuare le risorse presenti più che di rilevare i problemi o le difficoltà, i disturbi o le devianze, e può comportare anche una evoluzione dei singoli individui all'interno di un progetto.

Sembra di riconoscere nell'intervento che promuove sviluppo il lavoro dello psicologo clinico, che si fonda sulla relazione col singolo soggetto e sulla storicizzazione e contestualizzazione dell'individuo relativamente ai sistemi sociali di appartenenza.

E' doverosa una precisazione sul concetto di sviluppo che da un lato riguarda una possibile evoluzione dell'individuo correlata all'intervento psicologico, o comunque auspicabile come potenzialità, dall'altro si riferisce alle conseguenze di un progetto, sia del singolo all'interno del proprio contesto che di una organizzazione o di un sistema sociale.

Da queste considerazioni si può ipotizzare che una delle valenze della psicologia clinica, anzi la più significativa, sia proprio quella di essere una "psicologia del patologico". Questa impostazione consente di superare il modello di correzione del deficit e di proposta normativa dell'intervento, orientandosi verso il modello di favorire lo sviluppo all'interno di un progetto che costituisce il senso dell'intervento psicologico. E' chiaro che in questa ottica dobbiamo valutare il disturbo emergente e utilizzare le categorie diagnostiche standardizzate come punti di riferimento orientativi e iniziali, ma anche procedere nella ricerca del significato soggettivo, storico, contestuale, progettuale del problema, utilizzando la relazione come strumento privilegiato.

Un esempio ci sembra particolarmente calzante con le riflessioni formulate: il delirio, fenomeno psicopatologico cruciale come sintomo ma anche nella stessa definizione di malattia mentale,

viene considerato dalla psicopatologia classica come un disturbo del pensiero, una categoria primaria e inderivabile che connota la follia, ma può anche essere letto come esperienza vissuta e nucleo di verità storica individuale, se si utilizza una prospettiva di comprensione psicologica fondata sulla relazione.

Le definizioni psicopatologiche del delirio sono molteplici, ma tutte solo parzialmente soddisfacenti. Ad esempio il delirio è stato individuato rispetto alla falsità dell'idea nei confronti della realtà condivisa (Jaspers, 1913), ma è evidente quanto sia arduo definire il concetto di verità; è stato considerato come una convinzione incredibile o completamente impossibile, ma l'affidabilità di giudizio di un tale parametro è chiaramente scarsa; è stata evidenziata l'assenza di supporto culturale delle convinzioni deliranti (APA, 1994), ma rispetto a questo criterio ci possiamo chiedere quanto allora sia delirante un genio estremamente innovativo ma incompreso; è stato valorizzato il grado assoluto di convinzione col quale la persona mantiene le sue credenze (APA, 1994; Freud 1911; Jaspers, 1913), ma ci possiamo chiedere se esiste una certezza incrollabile o piuttosto fluttuazioni, livelli di convinzione variabili secondo i momenti, i contesti, le situazioni. Appare allora probabile che il delirio sia definito piuttosto da un insieme di criteri come quelli elencati che, presi singolarmente, sono indicativi ma non sufficienti a definire il delirio, da considerare presenti con vario grado di pregnanza, nessuno dei quali di per sé sufficiente a definire il fenomeno delirio, ma da considerare come dimensioni di un fenomeno descrivibile come una forma, una struttura, un'organizzazione.

Una definizione dimensionale del delirio (Kendler, 1983; Strauss, 1969) considera i seguenti punti: il bilancio di prove in favore o contro la convinzione è tale che la gente la considera completamente incredibile; la convinzione non è condivisa da altri; la convinzione è mantenuta con sentimento di certezza e le affermazioni e i comportamenti della persona non risentono della presentazione di prove contrarie; la persona è coinvolta emotivamente nella convinzione e trova difficile evitare di pensare ad essa o parlarne; la convinzione coinvolge aspetti personali piuttosto che credenze di natura scientifica, religiosa, politica, sia pure non convenzionali; la convinzione è fonte di sofferenza soggettiva o interferisce col funzionamento sociale e occupazionale del soggetto; la persona non riferisce sforzi soggettivi di resistere alla convinzione.

Sul piano fenomenico-relazionale un delirio può comparire nelle relazioni di una persona in varie modalità:

- come condotte incomprensibili, bizzarre, magari minacciose o pericolose, da leggere costantemente in relazione alla relatività del contesto (Bateson, 1959),
- come racconto di una convinzione personale che appare certa e inaccessibile, in quanto non si colloca in una dimensione di dialogo, ma ammette solo adesione fideistica o confutazione globale, ovvero come "frattura della intersoggettività" (Blakenburg, 1987) in cui possiamo individuare anche una frattura della intrasoggettività,
- come racconto fatto da altri (ad esempio i familiari) ai quali è stato narrato o che hanno osservato condotte bizzarre e incomprensibili,
- come una combinazione dei diversi elementi descritti.

L'emergenza di un delirio si accompagna sempre alla percezione dell'"urgenza di fare qualcosa", legata a componenti che rimandano alla minacciosità e pericolosità di azioni collegate alla presenza del delirio; alla incomprensibilità e soprattutto al senso di chiusura alle relazioni che spinge a far tacere il delirio per ripristinare un dialogo col paziente chiuso nel dilemma oppositore-credente; alla spinta a fare qualcosa, come ad esempio somministrare farmaci antipsicotici, che può rappresentare la conseguenza di riflessioni cliniche, ma anche un tentativo di far sparire il delirio o comunque di separarlo dalla persona delirante e dal rapporto con essa.

Il delirio rappresenta quindi una convinzione profonda di una persona che ha un grado di certezza forte ma variabile, che è poco aperta alla possibilità di essere messa in discussione nel rapporto con gli altri e chiusa alla intersoggettività. Le contestazioni esterne, che tentano di confutare e rimuovere la convinzione delirante, probabilmente rinforzano e irrigidiscono le difese nei confronti del dubbio, spingendo la persona ancora di più verso il delirio.

Per la psicoanalisi, che considera il delirio come una proiezione di contenuti psichici intollerabili al soggetto e degli affetti ad essi connessi, può valere la frase freudiana che i deliranti "amano il loro delirio come sé stessi" in quanto il soggetto, liberandosi di contenuti e affetti attraverso la proiezione, diviene unico possessore di queste conoscenze accolte senza obiezioni. Testualmente, Freud (1924) asserisce "[...]presumibilmente nella psicosi la parte della realtà che è

stata rigettata torna continuamente a imporsi alla vita psichica così come fa nella nevrosi la pulsione rimossa”. Inoltre il fatto di esserne l'unico possessore rappresenta per il paziente una sorta di “prova di identità” (Resnik, 2001): “sono il solo che ha capito, che sa...”

Così il delirio costituisce una difesa, non solo perché ha liberato il soggetto di contenuti mentali intollerabili, ma anche perché “[...] si è sovrapposto come una specie di rammendo laddove in origine si era prodotta una lacerazione nel rapporto dell'io col mondo esterno [...] in quanto le manifestazioni del processo patogeno vengono celate da quelle di un tentativo di guarigione o di ricostruzione” (Freud, 1923).

Da questo deriva la possibilità di una lettura del delirio come un mezzo estremo di uscita dal dubbio. Il dubbio, anche nella sua radice etimologica, rimanda all'idea del doppio, della possibilità di una strutturazione alternativa della propria identità. Il dubbio, la possibilità che parti del proprio sé si organizzino in una ipotesi alternativa, fa nascere la coscienza e la possibilità del soggetto di autorappresentarsi. Quando i contenuti riposti nell'altra ipotesi del proprio sé diventano insostenibili, possono essere espulsi all'esterno, creando una realtà soggettivamente verissima che, proprio per questa legittimazione originaria, non ha bisogno di controlli di realtà.

Riassumendo, la convinzione con la quale il soggetto crede al proprio delirio sembra derivare la sua forza da componenti diverse quali il nucleo di verità storica, il reinvestimento di una neo realtà, il senso di rivelazione risoltrice e la difesa estrema di questi significati rispetto alla contestazione dei “sani”. Delirio, quindi, come “verità rivelata” che il soggetto vive come assoluta, in misura maggiore o minore, in quanto a lui necessaria per evitare la percezione di cambiamenti catastrofici (Wahnstimmung = cambiamento catastrofico, *trema*, panico omosessuale) vissuti senza certezze o punti fermi nel significato a causa di radicali problemi di identità in rapporto col proprio mondo interno e di conseguenza con quello esterno.

Di fronte ad un soggetto delirante la contestazione della sua convinzione, lo scetticismo, l'indifferenza, come anche l'adesione, rinforzano la dimensione di certezza assoluta, rivelata del delirio. Quando un delirio compare in una relazione come racconto del soggetto o di chi gli vive intorno o come agito attraverso condotte che in esso trovano giustificazione, appare come una rivelazione che interrompe e ostacola gravemente la relazione persona narrante-ascoltatore, come un elemento perturbante che rappresenta al tempo stesso un attacco alla relazione ed una richiesta di aiuto che presuppone lo schierarsi o fra i credenti o fra i nemici scettici.

Quindi, l'analisi del delirio in un'ottica psicologica ce lo rivela come una comunicazione sul mondo della persona e sul suo modo di rapportarsi col mondo esterno e ne mostra, in una prospettiva dimensionale, una grande diversità di pregnanza che può comprendere in un continuum di normalità e patologia da un lato quei deliri di cui abbonda la vita quotidiana (Heiman, 1955), che riguardano solo una parte della persona, che sono vissuti con tranquillità e facilmente correggibili (come ad esempio sentire che piove quando progettiamo di trascorrere un giorno fuori casa o che qualche sfortunata esperienza fatta era dovuta direttamente alla cattiva volontà di qualcuno o almeno del destino); dall'altro quelli che finiscono col prendere il controllo della persona che ne soffre e ne è dominata.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author (trad. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson, Milano, 1996).
- Bateson, G. (1959). *Mind and Nature: A necessary unity*. Toronto: Bantam Books (trad. it. *Mente e natura: Un'unità necessaria*, Adelphi, Milano, 1984).
- Blankenburg, W. (1971). *La perte de l'evidence naturelle*. Paris: PUF (trad. it. *La perdita dell'evidenza naturale*, Cortina, Milano, 1998).
- Carli, R., & Panizza, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Freud, S. (1911). *Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia, Dementia Paranoides*. S.E 12, 3-82 (trad. it. *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia, dementia paranoides, descritto autobiograficamente. Caso clinico del presidente Schreber*. In OSF, vol. 5, Boringhieri, Torino, 1977).

- Freud, S. (1924). *Neurosis and psychosis*, S.E., 19: 149-153 (trad. it. *Nevrosi e psicosi*. In OSF, vol. 9, Boringhieri, Torino, 1977).
- Freud, S. (1924) *The loss of reality in neurosis and psychosis*, S.E., 19: 182-187. (trad. it. *La perdita della realtà nella nevrosi e nella psicosi*. In OSF, vol. 10, Boringhieri, Torino, 1979).
- Heimann, P.(1955). Una combinazione di meccanismi di difesa negli stati paranoici. In M. Klein, P. Heimann, & R. Money-Kyrle (Eds.). (1966). *Nuove vie della psicoanalisi*. Milano: Il Saggiatore.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer (trad. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964).
- Kendler, KS., Blazer, WM., & Morgenstern, H. (1983). Dimensions of delusional experiences, *American Journal of Psychiatry*, 140, 466-469.
- Lagache, D. (1993). *L'unité de la psychologie: Psychologie expérimentale et psychologie clinique*. Paris: P.U. F. (Original work published 1949).
- Minkowski, E. (1969). *Filosofia, Semantica, Psicopatologia*, Milano: Mursia.
- Resnik, S. (1998). *Le tempe de glaciation*. Ramonville: Eres (trad. it. *Glaciazioni. Viaggio nel mondo della follia*. Bollati Boringhieri, Torino, 2001).
- Rossi Monti, M. (2001). *Percorsi di Psicopatologia. Fondamenti in evoluzione*. Milano: Franco Angeli.
- Strauss, JS., Hafez, H., Lieberman, P., & Harding C.M. (1985). The course of psychiatric disorder, III, longitudinal principles, *American Journal of Psychiatry*, 142 (3), 289-296.