

## PSICOLOGIA CLINICA:

### FENOMENI PSICOPATOLOGICI

sono ciò che appare. L'obiettivo è capire che ragionamento si fa quando li si raggruppa e in che modo vengono rilevati.

Un modo di rilevarli è sicuramente il colloquio clinico in cui il terapeuta ragiona e cerca di capire di che cosa si sta parlando. Quando capisce il fenomeno in questione, il terapeuta deve capire come questo sta insieme a tutte le cose di cui il paziente sta parlando. Qui cooperano la coerenza di ragionamento e l'esperienza personale del terapeuta.

La soggettività è variabile (anche in una stessa persona) quindi il terapeuta deve fare un lavoro di complemento tramite una metodologia standardizzata che metta insieme soggettività e oggettività (che sono aspetti condivisibili). La metodologia che verrà scelta deve essere valida (misura esattamente ciò che si propone di andare a misurare).

L'inter-rater reliability è la concordanza tra esaminatori. Se questa è bassa colloquio clinico soggettivo = alta variabilità diagnostica. Il rischio quindi è che qualcuno si sentirà dire cose diverse dai diversi esaminatori. Qui si apre una questione di metodo di rilevazione basato sul colloquio a cui si può aggiungere la spiegazione riguardante in che cosa consiste il disturbo che è stato diagnosticato. In sintesi, ci sono due problemi:

1. La metodologia soggettiva
2. La comunicazione di quello che ho rilevato

Se si va sul versante del metodo si può fare lo stesso discorso rovesciato: capita che il nostro paziente dica che è stato sottoposto a dei test che comprendono di tutto il risultato di questo è che il paziente arriva con una relazione da cui, con ragionamenti vari, viene fuori ad esempio che soffre di un disturbo borderline di personalità. Da questo referto ovviamente è facile che il paziente non capisca niente. Un altro problema che bisogna porsi in questo caso è: la metodologia che è stata utilizzata è valida?

Tornando alla questione iniziale, il problema è:

- Come vengono definiti certi fenomeni psicopatologici
- Come vengono raggruppati in insiemi diagnostici
- Come vengono rilevati (con quali metodi)
- Cosa viene comunicato ai pazienti

Il quadro soggettivo-oggettivo che esce dopo un colloquio in cui ci sono momenti liberi e momenti più strutturati, va inserito in un impianto strutturale concettuale. Emetto una diagnosi o no (in base a che tipo di approccio viene scelto)? Posso dire a una persona che soffre di un Disturbo di Personalità o no? Il problema più grande è che moltissimi pazienti non soddisfano tutti i criteri per essere classificati in un disturbo questo perché nello specifico campo della psicopatologia della personalità è molto difficile che i criteri di un DP appartengano perfettamente a una persona. Questo implica un altro problema: come curo questo paziente? Il meccanismo più semplice per andare a definire se e come curare una persona, è aver fatto una diagnosi.

DIAGNOSI E TERAPIA hanno un riscontro abbastanza immediato perché è possibile semplificare la diagnosi in un'etichetta. La diagnosi è lo strumento per costruire un trattamento, non da un'etichetta.

### EVOLUZIONE DELLE CONCEZIONI DIAGNOSTICHE. UNA BREVE STORIA..

BORDERLINE aggettivo che significa "al limite". Qualcosa che sta al limite è al confine di due o più entità.

1) Nel 1938 A. Stern scrive il primo articolo rilevante sull'argomento, in cui parla di borderline group of neuroses (gruppo al confine delle nevrosi).

Negli anni '40 la maggior parte degli psichiatri era psicanalista.

Piccola digressione: quando Freud va negli USA nel 1912, è convinto di portare la peste (psicanalisi).

In realtà la peste è stata gestita benissimo dagli USA perché lì la psicanalisi non aveva attecchito quanto pensava Freud. Gli anticorpi degli Stati Uniti erano il substrato socioculturale, avevano altri bisogni in America (sterminare nativi, costruzione ferrovie, capitalismo) gli USA prendono la

psicanalisi e la usano a modo loro superficializzandola tantissimo, tanto che la tradizione psicanalitica americana è pragmaticamente relazionale (non va a pescare nel profondo dell'inconscio ma lavora sugli aspetti di relazione delle persone in una logica culturale diversa da quella europea).

..Negli anni '40 la maggior parte degli psichiatri era psicanalista. Cos'è che gli psicanalisti americani rispettavano in maniera assoluta del costrutto concettuale Freudiano? La differenza tra due grandi categorie diagnostiche:

- Le nevrosi
- Le psicosi

Questo è utile per questo discorso alla tradizione diagnostica della psichiatria e della psicanalisi che sostiene che nevrosi e psicosi si curano in due modi differenti. Quando Freud inizia a scrivere sulla personalità narcisistica comincia a fare una distinzione tra le nevrosi narcisistiche (psicosi) e le nevrosi di transfert (psiconevrosi di transfert) e in questo modo distingue chi va bene per la psicanalisi e chi no, alla luce della distinzione tra le due.

Questo collega in maniera molto diretta diagnosi e trattamento perché Freud sostiene che la differenza tra le psiconevrosi e le psicosi sta nella capacità di sviluppare una relazione di transfert. Ciò significa che il paziente che viene definito nevrotico (psiconevrotico) è un paziente che ha la capacità di investimento libidico, in termini di pulsioni, su un oggetto esterno da sé (il terapeuta siamo nella prima topica, in cui Freud analizza inconscio e pulsioni) e questo significa che è in grado di sviluppare quella relazione, che poi diventa la nevrosi di transfert, che è la riattualizzazione di una nevrosi infantile.

Freud costruisce il trattamento analitico intorno a questa cosa però sostiene che le nevrosi narcisistiche (psicosi) sono quelle in cui il problema è l'incapacità di investimento libidico su un oggetto esterno quindi non è possibile la relazione di transfert quindi non è possibile il trattamento analitico.

In sintesi la differenza è questa: se si ha un Io che non è in grado di reggere l'assetto eroticopulsionale, il rischio è che l'Io, invece che andare a investire su oggetti esterni, va a investire su oggetti interni (regressione della libido); ciò significa che io vado a investire su qualcosa che è dentro al mio inconscio risvegliandolo e portando alla coscienza allucinazioni e deliri.

Il punto cruciale è che se metto in analisi una persona psicotica, a causa della terapia va fuori di matto perché non è in grado di reggere l'investimento su un oggetto esterno a causa di una scarsa evoluzione e strutturazione dell'Io. PSICOTICI NO IN ANALISI.

A partire dall'articolo di Stern cominciano a comparire nella letteratura psicanalitica americana, degli articoli in cui questa distinzione comincia a scricchiolare un po'.

Stern comincia a descrivere dei pazienti in cui l'osservazione che viene fatta è su soggetti che sono atipici come nevrotici descrive soggetti con delle fragilità dell'Io, con livelli diversi della sintomatologia, ecc.. che gli fanno pensare a qualcuno che è nevrotico ma un po' borderline verso lo psicotico (da qui nasce il concetto di borderline).

"borderline group of neuroses" perché hanno delle caratteristiche che fanno assomigliare un po' agli psicotici, pur essendo presi in analisi come nevrotici.

2) L'articolo più importante è quello di Hoch e Polatin (1949) si inventano la schizofrenia pseudonevrotica (si parla di qualcuno che è schizofrenico psicotico ma che sembra nevrotico).

Gli autori si rendono conto di questa cosa perché il trattamento analitico scompensa questo tipo di persone in senso psicotico invece che migliorarli (che era quello che sosteneva e temeva Freud).

Qui nasce un grave problema clinico, diagnostico e terapeutico, che è la diagnosi di un paziente che rispetta tutti i canoni per rientrare tra i nevrotici ma che a un certo punto del trattamento di analisi inizia a delirare e ad avere sintomi tipici degli psicotici. Ma quindi dov'è l'errore? Vengono fatte due ipotesi, una delle quali viene scartata immediatamente:

o Freud si è sbagliato (che viene scartata perché affermare questo significa contestare la tradizione diagnostico-terapeutica consolidata da qualche decennio)

o Mi sono sbagliato io? ho preso uno psicotico per un nevrotico.

Ma quindi dove mi sono sbagliato? Cosa non ho visto? Allora questi pazienti chi sono? Questi pazienti iniziano ad essere osservati negli USA a partire dagli anni '40 in poi. Ciò allarma gli psicanalisti americani e la spiegazione che viene data è: evidentemente ci sono dei soggetti che

cominciamo ad osservare adesso, che sembrano essere capaci di avere due livelli di funzionamento: uno pseudonevrotico (ma che sembra nevrotico) che è manifesto fino a quando il trattamento non slatentizza la natura psicotica. Il trattamento analitico si basa su due principi che vanno a convergere su un unico scopo:

- a. Cerco di attaccare le difese dell'Io che tengono il soggetto lontano dal contatto con il nucleo conflittuale edipico.
- b. Attraverso l'interpretazione dei sogni viene fatto uscire l'aspetto pulsionale.

Tramite questi due principi viene aggredito e distrutto il meccanismo difensivo della persona. Per far venire fuori la verità delle problematiche inconsce conflittuali, devo appunto smantellare il meccanismo difensivo che le rende incomprensibili. Il problema è che gli analisti, pensando si trattasse di pazienti nevrotici, erano convinti che avessero un Io abbastanza sviluppato da reagire bene all'aggressione di queste difese. Con queste persone, andando ad attaccare le difese dell'Io, colpisco il meccanismo che li faceva comportare come dei soggetti apparentemente nevrotici.