

IL PAZIENTE "PSICODINAMICO": INDAGINE SU UNA NUOVA SINDROME*Lucio Sibilìa, MD**Dipartimento di Scienze Cliniche**Università degli Studi di Roma La Sapienza***Il problema**

Nel contesto del mio lavoro di valutazione psichiatrica e psicoterapica che conduco con nuovi pazienti, si sono presentati alla mia osservazione clinica, fin dagli anni '70, alcuni casi che presentavano una particolare forma di psicopatologia di difficile inquadramento diagnostico. Queste osservazioni, inizialmente sporadiche, di cui presenterò un esempio, si sono poi ripetute negli anni successivi. Il ripresentarsi di casi con analoghe caratteristiche, nonché il riscontro delle stesse caratteristiche in casi simili, riferiti verbalmente in seguito da altri colleghi nella loro pratica clinica (Borgo, 2000; Sciuto, 2007), mi ha indotto a ipotizzare che tale psicopatologia costituisse una vera propria sindrome, anche se non ancora riconosciuta come tale e non ancora ben descritta. Poiché si crede generalmente che il sistema classificativo dei disturbi mentali in uso, sia esso il DSM o l'ICD-10, compendi tutti i possibili disturbi psichiatrici, ho esitato a lungo a pubblicare queste osservazioni, credendo di poter inquadrare il disturbo presentato ora in questa ora in quella categoria, senza mai trovare tuttavia una collocazione soddisfacente. Solo recentemente quindi ho concluso che potrebbe trattarsi di una vera e propria sindrome con una sua autonomia, e ho segnalato la presenza di questi casi (Sibilìa, 2006).

Si tratta di soggetti che presentano peculiari caratteristiche psicopatologiche - di solito evidenti fin dal primo colloquio - e sono accomunati da un comune elemento anamnestico: una storia precedente di trattamento di tipo psicoanalitico o psicomodinamico in senso lato, di varia natura e durata. Retrospectivamente, posso identificare come primo caso quello che chiamerò AB, di cui viene qui riportata la sintesi del primo colloquio e della valutazione iniziale.

Il caso di AB

La paziente, di 42 anni, aveva chiesto l'appuntamento personalmente, dietro suggerimento di un'amica, per un problema di "bulimia". Entrata nello studio inizia a riferire con espressione seria, poco variabile e con voce monotona, una sequela di problematiche personali, dalle più alle meno importanti, dando però l'impressione che tutti gli argomenti toccati fossero di eguale gravità, ma tutti egualmente trattati con distacco. Brevi mie domande suscitavano lunghe disquisizioni, con eloquio abbastanza "colto", pieno di termini tecnici psicopatologici, e soprattutto senza pause. I contenuti, centrati su di sé, la propria storia e relazioni affettive, si snodavano attraverso nessi talvolta molto articolati e complessi, con molti costrutti ipotetici, ma con scarsi riferimenti fattuali o esperienziali. Nell'insieme, forniva l'impressione di un'insegnante che stesse facendo una "lezione" teorica con tono distaccato, senza flessioni emozionali né incertezze, su di un caso clinico a lei estraneo, ma di cui fosse una profonda conoscitrice, in particolare dei più sottili meccanismi psichici, in cui qualunque dettaglio aveva la sua interpretazione. Ciò che colpiva era appunto il contrasto tra la conoscenza apparentemente completa dei risvolti del proprio caso, riferiti con apparente competenza professionale e senza alcuna partecipazione personale, e la gravità della sintomatologia riferita. Fin dal primo colloquio emerge infatti un disturbo depressivo (aveva tentato il suicidio varie volte e l'ultima dieci anni prima), un problema di bulimia nervosa (in particolare episodi frequenti di abbuffate di cioccolata) e abitudini alcoliche compulsive. Quattro anni prima aveva iniziato ad avere una enuresi notturna, anche se

nell'ultimo anno gli episodi si erano diradati. Affermava, sempre con lo stesso tono serio e distaccato dell'inizio, di piangere frequentemente, di sentirsi *"completamente senza futuro, tutto quello che faccio non ha sbocco"* e che *"davanti a me non vedo altro che perdite"*. Una ideazione catastrofica è presente fin dall'inizio (*"non si può sbagliare due volte, altrimenti tutto è perduto"*), spesso a contenuto autolesivo (*"tanto vale che mando al diavolo tutto, tanto fallisco sempre"*). Tuttavia, affermazioni tanto estreme erano inframezzate ad una serie interminabile di giustificazioni e "spiegazioni" di tipo intellettualistico riferite ad una sua ipotetica costituzione interiore; queste "spiegazioni" sembravano da un lato stemperare il significato della sofferenza, riconducendola a qualcosa di vago ma apparentemente ben conosciuto (attribuito a *"una parte di me"*), ma dall'altro sembravano anche ribadire la inevitabilità. Ciò dava alla narrazione la qualità ed il senso di un inevitabile destino a cui la paziente non avrebbe potuto in alcun modo sottrarsi. Sembrava inoltre totalmente carente di esperienze edoniche e di progettualità. Tutte le sue energie sembravano concentrate sull'illustrare criticamente le proprie motivazioni passate, errori e fallimenti, cosa che faceva anche quando veniva interrogata circa la presenza di esperienze piacevoli. In questo caso, ad esempio, rispondeva di non ricordarne alcuna, salvo il fatto che amasse i momenti di depressione, in quanto la sottraevano dall'angoscia. Inoltre, da tempo aveva iniziato una relazione con un uomo, da cui si sentiva tuttavia delusa (*"non era ciò che mi era stato promesso"*) e con cui condivideva anche le abitudini alcoliche (circa due bottiglie di vino al giorno in due, come saprò in seguito), ma di cui diceva: *"è l'unico che mi può aiutare!"*. Con il bere, riferiva di diventare più comunicativa. Verso la fine del primo colloquio, le richiedo di smettere di formulare pensieri, di chiudere invece gli occhi, di sorridere e concentrarsi soltanto su ricordi o sensazioni piacevoli che le venissero alla mente. La paziente chiude gli occhi, ma solo dopo qualche minuto fa un sorriso. Riferisce di aver pensato ad una passeggiata sulla spiaggia e di aver ricordato la piacevole sensazione della sabbia sotto i piedi nudi; aggiunge inoltre di non aver avuto una sensazione così piacevole da molti anni. Ad una valutazione successiva, il punteggio Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) risultava molto elevato (104) così come il punteggio di ideazione depressogena (*Dysfunctional Attitude Scale*): 188. Le abbuffate di cioccolata e gli eccessi alcolici apparivano evidenti ma misconosciuti tentativi di auto-terapia della depressione. AB era entrata in analisi a 19 anni, e vi era rimasta con continuità fino a poco tempo prima. Il suo ex-analista ora stava male, per una grave malattia con prognosi infausta. Aveva quindi iniziato da qualche tempo anche una psicofarmacoterapia con Tofranil 25 mg (2 cp./die), Anafranil 25 mg (1 cp./sett.) e Lexotan (6 mg/die), con scarso giovamento.

Le caratteristiche psicopatologiche

Il caso illustrato mette in evidenza alcune caratteristiche psicopatologiche e cognitive che si presentavano in comorbidità con un disturbo di chiara natura depressiva, da cui tuttavia può facilmente essere tenuto distinto. Tenuto conto anche di altri casi consimili, ritengo che tali caratteristiche possano essere così riassunte:

- a) *logorrea*, soprattutto su temi autocentranti, con scarsa attenzione al mondo altro-dasé, e quindi al contesto e all'interlocutore; l'eloquio segue percorsi spesso molto tangenziali attraverso associazioni labili, talché sia temi importanti che osservazioni banali possono essere seguiti da lunghe divagazioni e digressioni, e concomitante difficoltà di ascoltare l'interlocutore e di essere ascoltata;
- b) *inibizione decisionale*, al punto che semplici decisioni, anche quando siano logicamente giustificate, plausibilmente vantaggiose, e non presentino particolari difficoltà attuative, risultano molto difficili; il soggetto è così focalizzato a descrivere i

propri problemi, o gli antecedenti dei problemi stessi, da apparire del tutto disinteressato alle possibili soluzioni, scelte alternative o risultati conseguibili;

c) *attribuzione causale compulsiva*, talché il soggetto non riesce a descrivere esperienze o comportamenti personali, o dati fattuali che lo riguardino, senza accompagnarli o farli precedere compulsivamente da una precisa attribuzione causale di tipo psicologico, al punto che la "spiegazione" o "interpretazione", anche se estemporaneamente formulata, sembra avere una realtà ben più certa del fatto stesso cui si riferisce, ed il fatto stesso sia inconcepibile se non vi sia una spiegazione; in ogni caso, ben raramente il soggetto si assume direttamente ed esplicitamente la responsabilità delle proprie reazioni e scelte;

d) *autosqualifica*, cioè esibizione frequente di espressioni di *autocritica* e/o di *diffidenza* verso le proprie motivazioni personali, che vengono spesso svalutate o squalificate con compiacimento, talora esibito; anche comportamenti ammirevoli vengono presentati come dovuti a motivi criticabili; il soggetto può fornire l'impressione di appoggiare la propria autostima proprio su questa tendenza all'autocritica e squalifica delle proprie motivazioni;

e) il soggetto mostra infine convinzioni assolute, talvolta quasi deliranti, di albergare *intenzioni ego-distoniche* o *auto-aggressive*, in genere poco plausibili, o di essere affetto da *sdoppiamenti di personalità*, o di possedere personalità plurime in conflitto tra loro, ognuna con i propri impulsi, atteggiamenti e motivazioni, che determinano a sua insaputa il proprio comportamento, senza tuttavia che vi sia alcuna prova di ciò.

Le ipotesi

Non tutte le suddette caratteristiche erano necessariamente compresenti in tutti i casi osservati. I pazienti osservati erano adulti o giovani adulti, e non è stato sempre possibile appurare se tale psicopatologia fosse presente fin dall'adolescenza. In molti casi, tuttavia, è stato possibile escluderlo. Poiché tutti i casi osservati avevano avuto una esperienza più o meno lunga di terapia psicoanalitica, si può ipotizzare che ci si trovi di fronte ad un effetto di deterioramento provocato da questa specifica forma di trattamento, che tuttavia non ha somiglianze con la nota "*nevrosi da transfert*". L'assenza, inoltre, di tali disturbi in periodo adolescenziale in molti dei casi osservati, fa escludere che ci si trovi di fronte ad un disturbo di personalità, quanto piuttosto ad un disturbo insorto a seguito del trattamento psicodinamico. Ciò è in sintonia con le osservazioni di una significativa modificazione del concetto di sé negli allievi durante la formazione psicoanalitica (Stelzer, 1986).

Per quanto la ricerca sulla psicoterapia fin dagli anni '70 avesse già evidenziato forme di deterioramento (Bergin, 1971) derivanti dalla psicoterapia, ci sembra che questa forma si configuri in modo del tutto autonomo, seppur non riconosciuto come tale, che al momento propongo di chiamare "*sindrome del paziente psicodinamico*".

L'indagine ricognitiva

Queste osservazioni non sono che molto preliminari. Pertanto, allo scopo di meglio precisare il profilo e la prevalenza della sindrome del "paziente psicodinamico" a seguito di queste osservazioni e segnalazioni cliniche episodiche (Sibilia, 2006, Sciuto, 2007), abbiamo sentito la necessità di passare dal lavoro di osservazione clinica ad uno studio più sistematico.

Si è deciso quindi di procedere a valutare la prevalenza di questa specifica psicopatologia nella popolazione psichiatrica e tra i pazienti in psicoterapia, nonché delle sue eventuali varianti, nell'esperienza clinica di altri colleghi, tramite uno studio collaborativo. Si propone quindi l'uso della "SCHEMA PAZIENTE" qui allegata. Lo scopo di questa prima ricognizione è quello di pervenire ad un valido strumento di

identificazione e di rilevamento della presenza di tale psicopatologia, che non risulta assimilabile ad altre note categorie sindromiche, sia per poterne esaminare l'eventuale definizione nosografica, che poterne valutare poi la prevalenza con ulteriori studi più sistematici nella popolazione generale.

Procedimento

Con detto fine, proponiamo all'attenzione dei colleghi l'allegata scheda di raccolta di dati su quei casi clinici che appaiano collimare con il quadro sopra descritto, **qualunque sia stato o sia ancora il tipo di trattamento ricevuto dal paziente.**

Invitiamo quindi i colleghi a compilare ed inviare la propria scheda all'indirizzo di posta elettronica del sottoscritto *lucio.sibilia@uniroma1.it* .

Tutti i colleghi che invieranno proprie schede (o quelle di allievi in supervisione) saranno tenuti informati sugli sviluppi dell'indagine e, se desiderato, citati in eventuali pubblicazioni dei risultati.

SCHEMA PAZIENTE _____ (indicare solo iniziali, sigla o codice)

Genere: M F Et : _____

Precedenti trattamenti:

Psichiatrici _____ mesi/anni: _____

Psicoterapici _____ per mesi/anni: _____

Attuali trattamenti:

Psichiatrici _____ mesi/anni: _____

Psicoterapici _____ mesi/anni: _____

Caratteristiche psicopatologiche osservate²:

<i>logorrea</i>		
<i>inibizione decisionale</i>		
<i>attribuzione causale compulsiva</i>		
<i>autosqualifica</i>		
<i>personalit� ego-distoniche (convinzione di)</i>		
<i>altre caratteristiche</i>		

Altre osservazioni (comorbidit , etc.):

²V. descrizione fornita, aggiungere particolarit  del caso, e indicare nella colonna a ds. se presente (P): molto (+++), abbastanza (++), poco (+)

Bibliografia

- Bergin, A. E. (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: *Handbook of psychotherapy and behavior change*, a cura di Bergin A.E. & Garfield S.L. New York: J. Wiley Ed., pp. 246 e segg.
- Borgo S. (2000) Comunicazione personale.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Trad. ed edizione ital. a cura di Kemali D., Maj M., Catapano F., Lobracc S., Magliano L. (1993) ICD-10. Milano: Masson.
- Sibilia L. (2006) Il paziente psicoanalitico: una nuova sindrome? *Psichiatria e Psicoterapia*, volume XXV, suppl. 2, n. 1 – 2006.
- Sciuto M. (2007) Comunicazione personale.
- Stelzer J.(1986) The formation and deformation of identity during psychoanalytic training. *Free Associations Dec.*, No. 7, pp. 59-74.