

Le maschere della sofferenza

Psicologia analitica e psicopatologia

Concetto Gullotta, Roma

A.K.: «Questa malattia esisteva qui da noi prima come adesso?» A.A.: «No, prima non esisteva» A.K.: «Ma gli spiriti Yebeen sono sempre esistiti, come possiamo allora spiegarci tutto questo? Da dove viene questa malattia? Perché prima non la si conosceva?» A.A.: «È vero che gli Yebeen sono sempre esistiti, come pure la divinazione, e i *jiné*, e le cure. Ma esistevano prima degli incontri come questo per dibattere questi problemi?» (1)

(1) Resoconto di un dibattito tra guaritori tradizionali dogon, riportato in R. Beneduce, A. Keita, C. Diakitè (1995), «Continuità e cambiamento nella medicina tradizionale (logon (Mali)», // *Vaso di Pandora*, voi. Ili, n. 3, p. 46.

(2) C.G. Jung (1961), *Ricordi, sogni, riflessioni*, Milano, Il Saggiatore, 1965, p. 136.

«La psichiatria, nel senso più ampio, è un dialogo tra la psiche ammalata e la psiche del medico, che si suppone sia 'normale'; è una spiegazione tra la personalità ammalata e quella del terapeuta, per principio anch'essa soggettiva» (2). Con queste parole, contenute in *Ricordi, sogni, riflessioni*, Jung sottolinea in maniera molto incisiva l'aspetto *relazionale* della psichiatria. Cioè il sapere psichiatrico, con le sue descrizioni di sindromi cliniche, con le sue classificazioni nosografiche, con le sue teorie interpretative del disturbo mentale e con i procedimenti terapeutici adottati, è sempre il frutto di un dialogo a cui partecipano la psiche del paziente e quella del medico. Dando al termine un'accezione molto ampia, la psichiatria può essere considerata il frutto dell'interrelazione che si stabilisce tra la sofferenza psichica ed il «prendersi cura» di tale sofferenza.

Le modalità che possono esprimere tale interrelazione sono ovviamente molteplici. Si va dal modello psichiatrico connesso alla psicologia del profondo a quello di tipo fenomenologico, fino al modello espresso dalla psichiatria ad indirizzo biologico ed organicistico. Non solo, ma in tale ampio spettro delle possibili accezioni del termine «psichiatria» potrebbero rientrare a buon diritto anche le modalità di «curare la follia» proprie di altre culture, con i loro particolari modelli interpretativi e strumenti terapeutici, in quanto anch'esse frutto dell'interrelazione che si stabilisce tra la sofferenza psichica e lo specifico ambiente culturale che di tale sofferenza si prende cura e si fa interprete.

Da questo punto di vista l'apparire di nuove forme di disturbo psichico rappresenta dunque non solo l'espressione di inedite problematiche psicologiche, ma dipende necessariamente anche dalle modalità attraverso le quali costruiamo e riconosciamo nuovi paradigmi nosologici. Si consideri ad esempio l'influenza che le ricerche di psicofarmacologia e la sintesi di nuove sostanze hanno avuto sulla definizione e classificazione, ben presto divenuta ipertrofica, delle diverse forme di ansia e di depressione. Oppure le trasformazioni cui è andato incontro il concetto di *borderline*, influenzato dalle concomitanti modificazioni della teoria e della tecnica analitiche (3). Si tratta di esempi in cui è abbastanza evidente l'interdipendenza reciproca tra sofferenza psichica e linguaggio che la nomina e la descrive.

Questa semplice osservazione di carattere epistemologico è ormai, almeno in linea teorica, ampiamente condivisa ed accettata nell'ambito della cultura psichiatrica e psicologica, in particolare da coloro i quali sono maggiormente sensibili sia al ruolo svolto dalla soggettività del terapeuta nel corso della cura sia all'importanza che assumono l'atteggiamento ed il modello teorico espressi dalla psichiatria e dalla psicologia del profondo nel definire e dare forma al proprio oggetto di indagine.

Nell'ambito di questo multiforme processo di interdipendenza tra sofferenza psichica e linguaggio che la nomina, si possono peraltro ritrovare alcune costanti. Una di tali costanti riguarda la contrapposizione tra la concezione

(3)C.Gullotta(1995), «Jung della concordia. Psicologia analitica e disturbi depressivi», *Studi Junghiani*, voi. I, n. 1, pp. 29-40.

unitaria del disturbo mentale e quella, viceversa, che riconosce forme morbose distinte, ognuna delle quali costituisce un'entità nosografica specifica. Tale contrapposizione si è manifestata sin dalle origini della psichiatria. Nel corso della prima metà del diciannovesimo secolo la concezione dominante era quella della *psicosi unica*, che considerava le diverse forme di malattia mentale come stadi successivi di un unico disturbo fondamentale. Tale impostazione, fortemente influenzata dal pensiero psicologico romantico, fu poi superata dallo sviluppo della psichiatria clinica, che adeguò il modello interpretativo dei disturbi mentali a quello proprio di altre discipline mediche. Pertanto l'obiettivo di psichiatri quali Kahlbaum e Kraepelin fu quello di riconoscere, distinguere e descrivere singole forme morbose, ognuna delle quali acquisiva il valore di entità nosografica autonoma. Nacquero così le grandi categorie diagnostiche kraepeliniane, la *psicosi maniaco-depressiva* e la *dementia praecox*, che poi nei decenni successivi andarono incontro ad ulteriori trasformazioni. Nonostante la concezione unitaria della malattia mentale, sebbene minoritaria, ha continuato ad essere operante nell'ambito del pensiero psichiatrico (4). Per esempio le recenti proposte di adottare un approccio *dimensionale* piuttosto che *categoriale* in sede diagnostica e nosografica sembrano presentare alcune analogie con l'antica concezione unitaria.

(4) C. Gullotta (1989), «Unicità psicotica e molteplicità del disturbo mentale», in P. Aite e A. Carotenuto (a cura di), *I tinerari del pensiero junghiano*, Milano, Cortina.

Il discorso psichiatrico, nel suo prodursi, ha dunque sempre oscillato tra questi due poli, e tale contrasto di concezioni può essere considerato una costante fondamentale. A tale proposito Jaspers scrive:

«Gli uni esposero la teoria della *psicosi unica*: non esiste alcuna unità morbosa in psicopatologia, ma soltanto una varietà enorme di alienazioni mentali, che continuamente ed in ogni senso passano le une nelle altre... Altri insegnano che il compito principale della psichiatria è quello di trovare quelle *unità morbose naturali* che in teoria sono divise le une dalle altre, che presentano la sintomatologia, il decorso, la causa ed il reperto somatico caratteristici e comuni e fra le quali non esistono passaggi. Quantunque la lotta tra le due tendenze sia stata condotta con grande disprezzo reciproco, quantunque ognuna delle parti fosse convinta del completo fallimento dell'altra, il fatto storico che tale lotta è terminata solo apparentemente, e mai realmente, ci fa supporre che da entrambe le parti ci sia qualcosa di giusto e che, invece di combattersi, potrebbero completarsi vicendevolmente» (5).

(5) K. Jaspers (1959), *Psicopatologia generale*. Roma, Il Pensiero Scientifico, p. 606.

Sofferamoci a riflettere su queste parole. Se, come osservato in precedenza, la psichiatria può essere considerata il frutto di un dialogo tra la sofferenza psichica ed il «prendersi cura» di tale sofferenza, allora le due tendenze presenti in essa (rispettivamente la concezione unitaria della malattia mentale e la concezione della molteplicità dei disturbi) non concernono soltanto aspetti diversi e complementari dei disturbi mentali, ma viceversa esprimono anche qualcosa dell'atteggiamento che noi assumiamo quando ci confrontiamo con il dolore e la sofferenza.

Questi due modi diversi di considerare le malattie possono dunque essere affrontati dal punto di vista del medico piuttosto che del paziente, cercando cioè di capire cosa possano dirci a proposito del ruolo del terapeuta e della possibilità che egli ha di porsi in relazione con la sofferenza.

Riproporre il modello della psicosi unica potrebbe apparire anacronistico, se non addirittura inutilmente provocatorio. Sarà dunque opportuno chiarire in quali termini faccio riferimento ad esso, nel momento in cui lo considero uno dei due poli tra i quali oscilla il pendolo della riflessione psichiatrica.

Attualmente l'operatività di tale concetto attiene più all'acquisizione di maggiore consapevolezza dei metodi interpretativi e terapeutici che adottiamo nel corso della nostra attività professionale, che non a fornire dati oggettivi su un'ipotetica «realtà unitaria» delle malattie mentali. Vale a dire che, proprio in quanto alternativo alla concezione dominante in ambito psichiatrico e psicologico, il modello della psicosi unica ci permette di fare luce su quegli aspetti della sofferenza psichica e del nostro modo di porci in relazione ad essa, che restano in ombra ogniqualvolta la possibilità di nominare il male dell'altro ci fornisce un oggetto ben definito con cui confrontarci.

Effettivamente sarebbe opportuno un termine diverso al fine di evitare che l'uso della definizione «psicosi unica» provochi inutili confusioni. Infatti qualora essa fosse semplicemente considerata come un'antica concezione della malattia mentale, riproposta oggi con il ruolo di una nuova categoria nosografica, allora si cadrebbe in un ingenuo fraintendimento. Con questo non intendo negare

valore ad ogni distinzione diagnostica, viceversa l'aspetto semantico cui faccio riferimento quando utilizzo il termine psicosi unica non si situa nell'ambito delle classificazioni nosografiche, bensì esprime, per così dire, una doppia natura. Innanzitutto, proprio perché contrapposto alla concezione predominante, esso agisce stimolando continuamente le nostre capacità critiche, soprattutto sul piano metodologico ed epistemologico, mentre ridimensiona, nell'atto terapeutico, il ruolo svolto dalla diagnosi. In secondo luogo esso rievoca la storia della psichiatria, cioè il fatto che la psichiatria ha un'evoluzione storica, che è inserita nel fluire del tempo, e pertanto i suoi cambiamenti hanno un valore significativo. Dunque l'uso del termine psicosi unica è inteso, almeno da parte mia, a rievocare la dimensione temporale e trasformativa che pervade il pensiero psichiatrico, ed a privilegiare, nell'atto psicoterapeutico, quegli aspetti che meno si lasciano condizionare dall'esigenza di definire, delimitare, nominare l'oggetto del proprio interesse.

Quanto detto finora, però, sembrerebbe avere valore solo sul piano teorico, senza alcun rilievo per ciò che riguarda la pratica clinica e la relazione medico-paziente. Cioè sembra che esso riguardi esclusivamente riflessioni di ordine epistemologico o storico, riferite alla psichiatria in quanto disciplina di studio, senza incidere su ciò che costituisce la pratica quotidiana della nostra attività professionale. Diventa dunque necessario interrogarci su alcuni aspetti di tale «quotidiana attività professionale». Ai fini del nostro discorso sarà opportuno rivolgere l'attenzione soprattutto verso i possibili nessi riscontrabili tra pratica clinica e modalità con cui la psicoanalisi e la psichiatria hanno individuato il loro oggetto di studio e di terapia. Si tratta cioè di vedere se, osservandola da un certo punto di vista, la pratica clinica si possa trovare coinvolta da una discussione che abbia preso le mosse da questioni attinenti l'epistemologia ed i modelli conoscitivi in psicopatologia.

Anche la psicoanalisi ha sviluppato il proprio discorso teorico e la propria tecnica terapeutica adeguandosi ad un modello categoriale per ciò che concerne i disturbi

psichici. La distinzione tra nevrosi, psicosi e disturbi della personalità, così come la possibilità di riconoscere relazioni significative tra tali disturbi e le alterazioni e gli ostacoli insorti nel corso dello sviluppo psico-affettivo sono solo gli esempi più evidenti di quell'atteggiamento, mutuato dalla psichiatria (e prima ancora dalle discipline mediche), che ci aiuta a riconoscere un ordine significativo nella molteplicità di manifestazioni della sofferenza psichica.

Qualora tale atteggiamento venga accolto in maniera acritica ed unilaterale, esso può dar luogo ad una controproducente rigidità, sia teorica che clinica. D'altra parte esso ha permesso l'accumularsi di un enorme bagaglio di conoscenze e di esperienze comunicabili, espresse cioè in un linguaggio che, almeno per gli addetti ai lavori, è dotato di coerenza interna e di forte capacità esplicativa. Si è così creato quel *corpus* teorico della cui vastità siamo tutti consapevoli, e che tende ad accrescersi sempre più, sia per la diffusione di nuovi modelli interpretativi, sia per il fatto che la psiche elabora modi nuovi e diversi per esprimere i propri conflitti ed il proprio disagio.

Questo *corpus* di conoscenze costituisce inoltre quel «sapere» che legittima l'esistenza di un gruppo di persone che di tale sapere siano in qualche modo depositane, figure professionali (psichiatri, psicologi, psicoanalisti, psicoterapeuti ecc.) alle quali è riconosciuta una specifica competenza teorica e terapeutica.

La progressiva «professionalizzazione» del nostro lavoro è un fenomeno ampiamente riconosciuto, e certamente auspicabile per alcuni aspetti, in particolare per ciò che attiene all'affidabilità della preparazione e della formazione dei terapeuti. Al tempo stesso mi sembra di poter affermare che lo sviluppo di un modello socialmente accettabile e condiviso di «professionista della salute mentale» sia stato facilitato dal fatto che la sofferenza psichica, oggetto di tale professione, fosse dicibile e nominabile secondo un codice che prevede l'esistenza di disturbi distinti, qualitativamente differenti l'uno dall'altro, ad ognuno dei quali possa essere riconosciuta una specifica identità patologica. Al contrario un modello teorico generico, quale è quello della psicosi unica, non avrebbe

certo favorito la specializzazione e la professionalizzazione di coloro che, a vario titolo, si prendono cura della salute mentale. Ciò, d'altra parte, è comune a tutti i prodotti culturali che aspirino ad un livello sufficiente di scientificità. L'esigenza di generalizzare, cioè di produrre affermazioni che siano valide in generale e non per il solo caso singolo, conduce inevitabilmente a costituire categorie conoscitive e classificatorie entro le quali disporre i molteplici dati forniti dall'esperienza. «L'osservazione neutra e oggettivante si limita a scomporre il singolo nelle sue componenti generali, nelle simiglianze e nelle analogie che occorrono per formulare i concetti, le categorie, le classi, gli 'assi' e le costanze di qualsiasi approccio descrittivo, di qualsiasi psicopatologia in quanto scienza» (6).

(6) E. D'Agostino, M. Trevisani (1996), «Psicopatologia e psicoterapia», *Atque*, n. 13, p. 102.

Dunque l'affermazione a livello sociale del «professionista», dell'«esperto» della salute mentale si coniuga allo sviluppo ed all'acquisizione di un linguaggio che dimostri una sufficiente «padronanza» nei confronti del proprio oggetto di applicazione.

È a tale proposito che la rievocazione del concetto di «psicosi unica» può apparire come un mezzo per dare maggior voce a quegli aspetti messi in ombra dall'ipertrofia del ruolo e della figura professionali, e che però sono essenziali nel nostro lavoro, e riguardano fondamentalmente la peculiarità di ogni incontro medico-paziente. Sottolineare l'irriproducibile individualità di ogni singola esperienza terapeutica, che si pone in contrapposizione rispetto alla supposta, rassicurante riproducibilità dell'intervento terapeutico di colui che viene considerato un affidabile «professionista della salute mentale», significa richiamare una dimensione più «rischiosa» della nostra professione. Si tratta del rischio cui ci si espone ogniqualvolta ci disponiamo ad incontrare l'altro disarmati del nostro «sapere», o meglio consapevoli del fatto che tale «sapere» ha senso solo se è espressione della relazione con l'altro.

Nell'attuale momento storico la psicologia e la psichiatria corrono il rischio di smarrire questa dimensione del rapporto con il paziente. Allora il modello della psicosi unica può essere considerato, in maniera paradossale, come una metafora clinica molto attuale, che però non si riferisce ai

disturbi manifestati dai pazienti, ma esprime piuttosto il disagio delle discipline psicologiche di fronte all'eccessiva oggettivazione della sofferenza psichica.