

Vittorio Volterra - Giuseppe Martini

**MODALITÀ SCHIZOFRENICHE E DEPRESSIVE
DEL DOLORE MENTALE**

Il dolore mentale esprime non tanto un generico sentimento di afflizione, quanto l'incapacità ad elaborare vissuti ed emozioni non tollerabili per l'organizzazione psichica di un determinato soggetto. Il dolore mentale rimanda così ad un'incapacità di contenimento dell'apparato psichico e quindi a penose sensazioni che derivano dal confrontarsi con una realtà che suscita affetti che non possono essere accolti ma solamente negati o proiettati. La proiezione potrà allora indirizzarsi verso lo spazio esterno (come nelle psicosi paranoiche e schizofreniche) o verso uno spazio « intermedio », quello corporeo che ha contemporaneamente la funzione di cerniera e di separazione tra mondo interno e realtà esterna, come nella ipocondria e nelle malattie psicosomatiche che, anch'esse, come nella psicosi possono esprimere un « dolore senza nome », molto intenso.

Così chi non riesce a correlare questo dolore mentale e nello stesso tempo non è in grado di confrontarsi con una realtà fondata sulla separazione o la limitazione, può cadere nel mondo caotico e panico della psicosi, da cui potrà forse successivamente ma comunque parzialmente e fittiziamente, risollevarsi grazie alla « ricostruzione » delirante.

Ed è il momento dell'esordio quello in cui più acutamente si può cogliere tale dolore come dolore per la perdita del Sé. Esso è stato espresso in diversi modi: *fine del mondo* (Freud), *esperienza catastrofica* (Bion; Grodstein, che parla di « catastrofe infantile - silenziosa »), *panico organismico* (Pao), *panico prepsicotico* (Arieti). Pur nelle differenze dei rispettivi Autori, queste espressioni vogliono sottolineare lo scacco esistenziale di chi, in una certa fase della vita, non riesce più a percepirsi distinto e separato dal mondo esterno, e avverte, con terrore, un vissuto fusionale.

Infatti, specie in fase di esordio, lo schizofrenico non può vivere né al di fuori degli oggetti, separato da essi, né al loro interno, cosicché l'identificazione proiettiva e la depersonalizzazione vengono a rappresentare un compromesso anche se fallimentare e transitorio, tra queste due istanze.

L'attrazione-repulsione verso la totalità è così quanto contraddistingue il suo « errore senza nome » che si riferisce però anche a quella costante umana che sottende la drammatica consapevolezza di poter cadere e perdersi in ogni momento, o come dice De Martino, di « esserci come presenza davanti al rischio di non esserci »: di sentirsi cioè portatore di una identità, di un'individualità, che da un momento all'altro può svanire e perdersi nel nulla (... o nel « tutto », che è in fondo la stessa cosa).

A questa « perdita di senso del mondo », lo schizofrenico può rispondere elaborando ed organizzando una « costruzione delirante », un « delirio come difesa » dal dolore mentale, da contrapporre al « delirio come indifesa » dell'esordio.

Difesa dal dolore mentale

Pulsione di morte	Approdo alla posizione depressiva	Percezione persecutoria del mondo esterno
-------------------	--------------------------------------	--

Se nelle forme espansive e megalomani i meccanismi di negazione funzionano così bene che tale dolore sembra scomparso, più frequentemente, però, il delirio non implica l'annichilimento dell'angoscia, ma solo la sua attenuazione.

Il terrore senza nome è ora nominabile e pensabile e i persecutori hanno una loro identità e abitano lo spazio esterno e non più quello interno.

Questa fase del delirio, che appare come un momento di relativa stabilità (e staticità) della psicosi, può rendere però il terapeuta titubante circa l'opportunità di intervenire.

Non si può misconoscere infatti l'esistenza di un problema che nasce dalla consapevolezza che al posto del delirio potrebbe svilupparsi, a seguito del trattamento, una depressione estremamente grave, quella da svuotamento dell'Io.

Questo sentimento, soggettivamente così penoso, tale da indurre talvolta al suicidio, nasce dalla consapevolezza da parte del paziente del proprio vuoto interiore e insieme alla nostalgia per il « falso Sé » costruito attraverso la psicosi.

Si tratta di un « inabissamento » e « spaesamento » infinitamente più drammatici di quelli che è possibile esperire nell'ambito di una crisi esistenziale.

Ora, alcuni pazienti possono trovarsi sin dall'inizio nell'impossibilità di delirare (l'autismo povero di Minkowski) e proprio per questo essere pervasi da un sentimento estremamente doloroso di « inautenticità che si accompagna all'incerta ed ipotetica supposizione di un'altra « realtà » cui tuttavia non riescono ad approdare per giungere al delirio, il che rende estremamente doloroso il ritorno verso il mondo « comune e condiviso ». Cosa resta infatti ad attendere questi pazienti? Il mondo irreal delle fantasie morbose e delle allucinazioni non è più disponibile, ma anche quello da cui tempo prima erano fuggiti è ora ancor più inospitale.

Può così sorgere la nostalgia del delirio, che, da una parte, rappresenta il residuo di una condizione narcisistica patologica, ma dall'altra, è alimentato anche dalle perdite reali di amici, di affetti, di occasioni di lavoro e di studio ecc. che essi hanno effettivamente subito, per cui avvertono un dolore mentale incontenibile solo apparentemente paradossale.

Generalmente si ammette che il dolore mentale di tipo depressivo sia radicalmente diverso da quello schizofrenico in quanto dovuto non alla perdita del Sé, ma dell'oggetto d'amore. In prima approssimazione, tale distinzione è da considerarsi corretta, sebbene non manchino punti di contatto. Da quanto prima esposto deriva infatti l'importante constatazione che, mentre lo schizofrenico ha a che fare con sentimenti di vuoto, il depresso esprime piuttosto il rammarico per un'assenza, una mancanza. La « geografia della psicosi » è priva di coordinate spazio temporali, ed è in se stessa un assurdo, mentre quella della depressione contempla un passato (seppur pervasivo e debordante), un presente, per quanto tragico e sofferto e un futuro, anche se catastrofico, che rispettano l'alterità e la differenza oggetto-soggetto. Ciò è valido per le depressioni gravi e malinconiche, a cui qui ci si riferisce, caratterizzate dal « sentimento dell'assenza di sentimenti » e dalla « morte-speranza », da distinguere dalla depressione

nevrotica e dal vissuto depressivo « fisiologico ». Infatti il dolore che si viene ad avvertire in tali casi è di « tipo diverso » e inconfondibile.

Così, il nevrotico ha una consapevolezza almeno parziale dei suoi sentimenti di rabbia e d'invidia. Sono proprio questi a suscitargli, altrettanto consapevolmente, sensi di colpa, che innestano un circolo vizioso autorigenerantesi, che può esitare nell'autodeprezzamento, in comportamenti inconsciamente autolesivi a diversi livelli e nella cronicizzazione, ma anche nella consapevolezza della possibilità di un cambiamento, utilizzando proprio la depressione come vettore di mutamento.

Il malinconico, invece, oltre che l'assenza totale della speranza, esprime anche l'incapacità di comprendere le radici e il senso del proprio dolore, che rimane così, « senza nome », a somiglianza di quello psicotico. La prevalenza in queste forme delle valenze persecutorie in contrapposizione alla capacità di dolersi e preoccuparsi per l'altro, indica che si è avuto un parziale collasso dell'Io, che se pur impedisce un'ulteriore regressione verso il delirio, però non esime dal percepire l'enormità di questo dolore. La drammaticità di questa condizione depressiva sta nella constatazione della totale impossibilità di ogni cambiamento e dell'inutilità di ogni intervento.

In realtà tutto ciò esprime una condizione narcisistica, in cui non c'è posto per un investimento oggettuale, che però il paziente continua ad anelare.

Quando la perdita dell'oggetto si risolve in una perdita dell'Io, il dolore depressivo si « endogenizza » e smarrisce ogni possibile referente e senso, in una specie di mondo inerte, in cui non c'è posto per la speranza.

Dinanzi a questo vuoto interiore, simile a quello schizofrenico, il depresso non riesce però a mantenere l'apparente indifferenza dello psicotico dato che al depresso rimane infatti la capacità di verbalizzare, di immaginarsi questo vuoto, con la conseguente costante percezione del dolore.

Si può dunque sostenere che tale dolore viene qui ad assumere un andamento lineare, la cui monotonia è interrotta solo da oscillazioni in senso quantitativo, mentre il dolore dello schizofrenico ha invece un andamento a « poussées » ed è qualitativamente multiforme, assumendo aspetti radicalmente diversi nell'esordio, nel delirio e nella fase postdelirante.

Il dolore schizofrenico (dolore per la perdita del sé)

Angoscia, terrore senza nome, panico	(esordio)
Ipocondria Mondo esterno pervaso da persecutori	(Delirio)
Senso di vuoto	(autismo povero; fase post-delirante)
Consapevolezza della mancanza	(depressione reintegrativa)

Il dolore depressivo (dolore per la perdita dell'oggetto)

<u>Depressioni minori (esogene)</u>	<u>Depressioni maggiori (endogene)</u>
Dolore legato alla rabbia e all'invidia	Sentimento dell'assenza di sentimenti
Sentimento di colpa « comprensibile »	Morte-speranza
Autodeprezzamento	Dolore incapace di « autocomprendersi »

Difese e meccanismi di tipo schizofrenico

Scissione

Disturbi dell'identità sessuale

Assenza o « dilatazione » dei confini dell'io

Depersonalizzazione

Fissazione alla fase schizo-paranoide

Defusione pulsionale

Identificazione proiettiva patologica

Indistinzione tra il sé e il mondo oggettuale
(Simbiosi patologica; confusione oggetto-soggetto)

Tentativo di penetrazione dentro l'oggetto

Angoscia agorafobica (incapacità di vivere e percepirsi separato dal mondo esterno)

Sentimenti di vuoto

Narcisismo patologico e autodistruttivo

Negazione della realtà interna ed esterna

Difese e meccanismi di tipo depressivo

Sentimenti di perdita

Sentimenti di colpa reattivi alla mancata ricostruzione dell'oggetto

Sentimenti di colpa reattivi alla rabbia e all'odio

Negazione

Inefficace o assente elaborazione del lutto

Narcisismo negativo

Fissazione alla fase orale o alla posizione depressiva

Cattiva integrazione pulsionale

Marcati investimenti aggressivi

Distinzione incompleta tra il sé e il mondo oggettuale

Sulla base di quanto accennato, si possono così cogliere differenze, ma anche somiglianze tra dolore depressivo e schizofrenico. Questi due « mondi », di cui la concezione psicopatologica tradizionale e, forse, anche quella fenomenologica avevano sancito l'incompatibilità, non sono poi così radicalmente e definitivamente distanti tra loro.

Appare infatti utile riconoscere la provvisorietà dei rigidi schemi diagnostici e ammettere la complessità e contraddittorietà del « mondo interno », che può essere contemporaneamente abitato da « personaggi » schizofrenici e depressivi e si ha la possibilità che uno schizofrenico esperisca sentimenti dolorosi genuinamente depressivi, ed un depresso possa esser costretto, dall'enormità della sua angoscia, ad avvalersi di meccanismi di scissione, con la possibilità quindi di un'intersecazione tra il mondo della depressione e mondo del delirio.

Tre ipotesi sulle interrelazioni tra depressione e schizofrenia

- Mondo della depressione e mondo del delirio possono coesistere
- E possibile osservare tre diversi tipi di depressioni schizofreniche (da svuotamento dell'io, da angoscia, reintegrativa)
- I tre vissuti depressivi coesistono e interagiscono

Esistono tuttavia delle condizioni in cui ciò è più evidente come, per esempio, nelle *depressioni schizofreniche* da un lato e nelle *depressioni deliranti* dall'altro. Sono questi i casi in cui meglio si osserva la possibilità che lo psicotico abbandoni temporaneamente le sue difese (scissione, depersonalizzazione, identificazione proiettiva, fusione, etc.) e acquisisca quelle depressive (cattiva integrazione pulsionale, parziale riconoscimento dell'oggetto, sentimenti di colpa, etc.), e viceversa.

In quest'ambito è da sottolineare l'eterogeneità delle *depressioni schizofreniche*, che possono comprendere, come già altrove illustrato, situazioni fortemente regressive (depressione da svuotamento dell'Io, e depressione da angoscia), o altre, invece, promettenti dal punto di vista terapeutico (depressione reintegrativa). È a queste ultime che si vuole qui fare riferimento, in quanto proprio in esse è particolarmente marcata la percezione

e la consapevolezza del dolore che deriva dal fatto che il paziente è approdato, seppur in modo fugace e parziale, alla posizione depressiva.

A questo punto può essere infatti ipotizzabile un recupero attraverso un rafforzamento di tale fase maturativa, che necessariamente dovrà passare però attraverso un'ulteriore esperienza del dolore, che si porrà allora come fattore terapeutico. Il paziente l'avvertirà come qualcosa che non nasce più dalla negazione, bensì dal riconoscimento della propria mancanza, dato che proprio attraverso questa depressione reintegrativa, utilizzata anche come mezzo di comunicazione, potrà riacquistare a poco a poco il senso di realtà (Segal).

Luisella, una giovane schizofrenica in cura neurolettica da 3 anni, dopo oltre un anno di psicoterapia, trascorso in atteggiamento di distacco e negazione della malattia, deve essere ricoverata per una crisi violenta. In ospedale, abbastanza rapidamente riesce ad acquisire una consapevolezza del suo malessere, risperimentando nella crisi la pienezza dell'angoscia psicotica (depressione da angoscia) e quindi a percepire il bisogno di un terapeuta che la contenga. In seguito, a poco a poco, viene a rendersi consapevole della sua solitudine e del suo dolore, e a percepire il medico come qualcuno che può aiutarla (depressione reintegrativa). Ella allora può finalmente confidarsi con lui ed esprimergli le sue preoccupazioni, sia quelle legate alla realtà (disoccupazione, solitudine), sia quelle deliranti (il timore che egli intenda sottoporla ad un'operazione ed amputarla), che ora però possono finalmente essere espresse. Luisella non si oppone più, bensì convive con il desiderio di protezione e comunicazione, e la sua affettività viene a farsi più viva. Proprio adesso che la ragazza è più conscia e quindi più preoccupata per la sua situazione e ovviamente avvilita, riesce ad inserire i suoi nuclei deliranti in un lavoro psicoterapico adeguato e arriva persino, per la prima volta, a sorridere.

Nel caso delle *depressioni deliranti* si ha invece a che fare con meccanismi di difesa che s'inseriscono in un « tessuto » prioritariamente depressivo, una situazione per certi versi esattamente capovolta rispetto alla precedente, infatti il ruolo svolto dal delirio indubbiamente testimonia una situazione molto più evoluta rispetto alla scissione psicotica, anche se nemmeno per un attimo consente l'interruzione dell'esperienza dolorosa. Infatti il depresso che delira non riesce affatto a mitigare il suo dolore, caso mai solo a dargli un « senso » che comunque non riesce a tranquillizzarlo.

Donatella, un'insegnante di 34 anni, molto introversa, ha avuto il primo episodio depressivo a 20 anni. Questo si è rapidamente cronicizzato, aggravandosi dopo la morte della madre, molto « dominante », avvenuta 4 anni prima. Al momento dell'osservazione, in occasione di un ricovero, la ragazza ha un aspetto fisico e un modo di muoversi davvero singolari: curva su se stessa, appoggiata alla sorella come una cieca, appare vecchia e stanca e pronuncia poche parole. Manifesta forti angosce di natura ipocondriaca, che mantengono a lungo un aspetto francamente delirante, con sensazione di « sfaldamento » degli organi interni che sente scomparire. Ogni minima attività, inclusa l'alimentazione, è sentita minacciosa perché aggrava questo « sfaldamento » del cervello, dell'apparato scheletrico e dell'utero. Per tale motivo, poco prima dell'ospedalizzazione, ha sospeso ogni attività, rifiutandosi di alzarsi e restando immobile nel letto tutto il giorno. Una paziente azione di « contenimento comprensivo » ed un intervento psicoterapico che ha trovato proprio nella condivisione del dolore lo spazio per ristabilire l'alterità e il recupero del mondo esterno, e, nello stesso tempo, un atteggiamento pedagogico volto paradossalmente ad insegnare alla malata ad essere depressa, unitamente al trattamento farmacologico (in precedenza però fallimentare), hanno consentito a poco a poco la scomparsa delle interpretazioni deliranti ed un miglioramento, che si è espresso nel recupero dell'attività professionale e nel riequilibrio del tono dell'umore.

A questo punto, prima di concludere, si ritiene opportuna una riflessione atta a riportare il problema trattato in ambito più generale.

Come è ammessa la possibilità che un disagio psichico si esprima attraverso il corpo con la malattia psicosomatica, così bisogna conoscere e riconoscere i meccanismi psicotici e/o depressivi attraverso i quali si può tradurre espressivamente o contenere il dolore mentale. Tali meccanismi possono essere riscontrabili in tutte le condizioni morbose, psichiche e fisiche, con differenti significati e modalità. Così, la negazione di una grave malattia, che si esprime magari nell'illusione di superare l'insuperabile (cioè « l'inguaribile »), è « sana » se consente la prosecuzione delle abituali attività, la persistenza di una progettualità e l'attenuazione della percezione stessa del dolore. Al contrario, se essa comporta anche un diniego della realtà, tale ad esempio da implicare il rifiuto a collaborare al programma terapeutico, allora, e solo allora, è da considerarsi « insana ».

Il dolore mentale e/o fisico, nelle sue varie espressioni, esige quindi sempre un'opera di comprensione che può trovare la sua origine più profonda nelle dinamiche che hanno guidato alla scelta stessa della profes-

sione medica. Questa è infatti correlata innanzitutto con una posizione depressiva e le tendenze riparatorie, anche se accanto ad esse sussistono anche timori ipocondriaci e istinti distruttivi. Nel momento però in cui questi ultimi prevalgono, il medico perde la capacità di « riconoscere » il dolore altrui, da cui si è voluto troppo distanziare. Subentrano allora meccanismi di « stile psicotico », che impediscono l'incontro con l'altro ed un genuino esercizio della professione. Questa si limiterà allora all'affrontare altri compiti, ad occuparsi di oggetti parziali, vale a dire ad un confronto con il corpo parcellizzato di un malato non riconosciuto come individuo, il che segnerà uno scacco radicale dell'intersoggettività e quindi del medico e della persona stessa e della sua funzione terapeutica.

Bibliografia

- Arieti S.: Interpretazione della schizofrenia. Feltrinelli ed., Milano, 1978.
- Bion W.: Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. Armando ed., Roma, 1979.
- Freud S. (1910): Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia descritto autobiograficamente. In: *Opere* 6, Boringhieri, Torino, 1974.
- Freud S. (1913): Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi inizio del trattamento. In: *Opere* 7, 333, Boringhieri, Torino, 1975.
- Grotstein J.: Scissione ed identificazione proiettiva. Astrolabio ed., Roma, 1983.
- Pao P.N.: Disturbi schizofrenici. Cortina, Milano, 1984.
- Volterra V., Borsetti G., Martini G.: Psicopatologia e psicodinamica delle depressioni schizofreniche. Parte I - Aspetti metapsicologici. In: « *Rivista Sperimentale di Freniatria* », 108, 1984.
- Volterra V., Borsetti G., Martini G.: Psicopatologia e psicodinamica delle depressioni schizofreniche. Parte II - Aspetti clinici. In: « *Rivista Sperimentale di Freniatria* ». 108, 224, 1984.
- Volterra V., Martini G.: Analisi e trattamento delle depressioni in corso di sindromi schizofreniche. *Annali Neurol. e Psich.*, 57, 1-2-3, 203, 1983.
- Volterra V., Martini G.: Interventi psicoterapici nelle depressioni. In C.L. Cazzullo (Ed.) « *La depressione: condizione esistenziale o insidia biologica* », p. 119, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1984.
- Volterra V., Martini G.: Difficoltà ed equivoci sulla sistemazione delle depressioni psicogene. In G.B. Cassano (Ed.) « *Il DSM III in Italia. Diagnosi e classificazione dei disturbi affettivi* », p. 165, Masson Ed., Milano, 1985.
- Volterra V., Martini G., Borsetti G.: Le depressioni schizofreniche: problemi d'inquadramento nosografico. In: « *Diagnosi e classificazione dei disturbi affettivi in rapporto al DSMIII* », p. 233-238, Ghezzi Ed., Milano, 1985.
- Volterra V., Martini G.: Diagnosi e sistematizzazione delle depressioni schizofreniche. In: *Rivista di Psichiatria*, 21, 32-39, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1986.
- Volterra V.: Modi apparenti e modi mascherati del dolore schizofrenico. In: *Atti del Congresso « Le psicosi e la maschera »*, p. 83, Yes Mercury Ed., Roma, 1986.
- Volterra V., Martini G.: Momenti e modalità d'approccio nella psicoterapia dello schizofrenico. In: « *Atti del XXXVI Congresso Nazionale della S.I. di Psichiatria* », 365, Ed. Unicopli, Milano, 1987.
- Volterra V., Martini G.: A psychodynamic model for the understanding of schizophrenic depressions. In: « *The modes of depression: psychobiology and psychodynamics* ». (Ed. L. Ravizza, E. Genazzani, R. Torta e C. Eva), p. 37, Ed. Cortina; Torino, 1989.
- Volterra V., Martini G.: Non incontrarsi. Alcuni ostacoli nella psicoterapia degli schizofrenici. In: « *La relazione terapeutica nelle psicosi* ». p. 157, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1989.
- Volterra V., Martini G.: Contributo clinico allo studio delle depressioni croniche e resistenti. In: *Riv. Neurologia, Psichiatria e Scienze Umane, Suppl. Vol. IX*, p. 21, 1989.
- Volterra V., Martini G.: Il vuoto schizofrenico: aspetti psicopatologici e prospettive terapeutiche. In: *Atti del XXXVII Congr. Naz. SIP*, p. 531, CIC Ed. Int., Roma, 1989.