

A06
151

Eugenio Torre

LEZIONI DI PSICHIATRIA E PSICOLOGIA CLINICA

a cura di
Carmen Usai
Patrizia Zeppegno



Copyright © MMX
ARACNE editrice S.r.l.

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

via Raffaele Garofalo, 133/A-B
00173 Roma
(06) 93781065

isbn 978-88-548-3733-1

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: dicembre 2010

Anche le cose più assurde non sono altro che simboli di pensieri, che non solo sono generalmente comprensibili all'uomo, ma che abitano tutti i cuori umani.

Così nel malato di mente non scopriamo qualche cosa di nuovo o sconosciuto, ma il sottofondo del nostro stesso essere, la matrice dei problemi vitali attorno ai quali noi tutti lavoriamo.

C.G. Jung, *Psicogenesi delle malattie mentali*, in *Opere*, vol. III, Bollati Boringhieri, Torino 1983

Indice

| | |
|-----|---|
| 9 | <i>Prefazione</i> |
| 11 | PARTE PRIMA. Psichiatria |
| 13 | 1. Orientamenti della psicopatologia |
| 29 | 2. Le funzioni psichiche |
| 53 | 3. La diagnosi in psichiatria |
| 69 | 4. I disturbi dell'umore |
| 143 | 5. Il problema del suicidio |
| 167 | 6. La schizofrenia |
| 211 | 7. Legge sull'assistenza psichiatrica. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio |
| 215 | 8. La psicodinamica esistenziale |
| 227 | 9. L'alcolismo |
| 261 | 10. Le tossicodipendenze |
| 275 | 11. Le psiconevrosi |
| 305 | 12. La psicoterapia |

| | |
|-----|--|
| 325 | 13. Sindromi psico–organiche |
| 345 | 14. I disturbi del comportamento alimentare |
| 359 | 15. I disturbi di personalità |
| 373 | 16. Elementi di psicodiagnostica |
| 385 | 17. Emergenze e urgenze in psichiatria |
| 399 | 18. La psicosomatica |
| 409 | PARTE SECONDA. Psicologia clinica |
| 411 | 19. Le relazioni d’aiuto |
| 459 | 20. Il rapporto curante–paziente |
| 485 | 21. La comunicazione |
| 513 | 22. Il problema della morte |
| 531 | 23. I tipi psicologici |
| 537 | 24. Il burn–out |
| 547 | 25. I meccanismi di difesa |
| 555 | 26. Aspetti psicologici e psichiatrici nell’infezione da virus HIV |
| 565 | APPENDICE |
| 567 | 1. Il rapporto con l’altro: il coraggio dell’incontro |
| 587 | 2. Il rapporto medico–paziente nelle situazioni critiche |
| 601 | 3. Consultation liaison psychiatry: miti e paradossi |
| 615 | 4. Etica e psicoterapia |

Prefazione

Quando, anni fa, iniziammo ad accompagnare il Professore Eugenio Torre nelle sue lezioni agli studenti, ci sembrò quasi strano trovarci “dall'altra parte” della cattedra. Ci siamo rese conto, anno dopo anno, di quanto sia importante per l'apprendimento e per la formazione dei giovani studenti, non solo quello che viene insegnato, ma soprattutto il modo di trasmetterlo e di far comprendere la malattia, il dolore, la sofferenza psichica e il senso dell'essere impegnati in una professione d'aiuto.

Certo, si potrà obiettare, è ovvio, quasi banale, ma davvero lo è? Quello che abbiamo sentito è che non si tratta solo di “lezioni”, ma vengono toccate corde più profonde, potremmo dire che si tratta di un insegnamento di vita.

Così è nata l'idea di mettere per scritto quest'esperienza, raccogliendo in questo libro le lezioni dei vari corsi in cui ha insegnato e tutt'ora insegna il Prof. Torre, nella speranza che possa essere per gli studenti quello che è stato per noi.

PARTE PRIMA
Psichiatria

I. Orientamenti della psicopatologia

Se ci domandiamo cos'è la psicopatologia la risposta non è tanto semplice. Esistono tante psicopatologie quante teorie psicopatologiche perché non c'è nessuna teoria totalmente esaustiva, ed esistono diverse anime della psichiatria.

Gli psichiatri hanno una visione del mondo e della psichiatria molto differente fra loro, non univoca. Il medico deve riflettere per cercare di comprendere quali sono le diverse anime della psichiatria.

La psicopatologia e la psichiatria hanno orientamenti molto diversi che possono integrarsi tra loro.

La psichiatria è una disciplina clinica complessa, che ha agganci in molte discipline, nella biologia, nella psicologia individuale, nel sociale. Questo si riflette sull'approccio alla terapia.

La psichiatria ha un'anima biologica, un'anima individuale (nel senso di psicologico, psicanalitico) ed una sociale¹ (in senso generale ma anche microsociale, per esempio la famiglia), che possono coesistere, ma che hanno caratterizzato diverse epoche storiche, che hanno visto di volta in volta il prevalere di una o dell'altra anima. Ad esempio in alcuni periodi la malattia mentale è stata negata e si è riportato tutto il disagio al sociale. Ai giorni nostri prevale l'anima biologica².

1. In ogni malattia vi è una componente biologica, psicologica e sociale.

2. Ma se ci occupiamo di relazioni d'aiuto dobbiamo considerare le cose in un modo diverso, perché l'essere umano non è solo biologico, ma è costituito di corpo e psiche, anima, il cuore è la sede delle emozioni, ecc.

Queste tre anime sono collegate con un aspetto (a mio parere) molto importante, che permette alla psichiatria di distaccarsi dalle altre discipline, l'anima filosofica. Cartesio aveva portato una netta scissione tra mente e corpo, tra filosofia e medicina. Jaspers³ scrisse: «Il medico senza filosofia non può dominare la stoltezza». Possiamo assumere questa frase nel senso della distanza riflessiva, della riflessione costante su quello che accade, su quel che facciamo. Oggi chi riceve una notizia la trasforma in qualcosa di pratico, mentre per operare in accordo con il suggerimento di Jaspers dobbiamo essere consapevoli che questa riflessione può esserci solo se ciascuno lascia spazio al filosofo che è in noi.

L'anima filosofica, allora, può essere quell'aspetto che mette insieme tutte le altre anime.

Jaspers scrisse inoltre che la filosofia è indispensabile non solo alla psichiatria ma a tutta la medicina. Ed aggiunse, quasi un corollario a completamento di quanto detto prima, che «nelle scienze, il medico deve lasciare la guida al filosofo che è in lui»⁴. Noi possiamo aggiungere: anche il ricercatore, nella sua attività di ricerca. E Gadamer scrisse: «Per chiunque si dedichi alla medicina è comunque sensato continuare ad occuparsi di filosofia» e noi potremmo dire anche “alla psichiatria”. Non si può, quindi, rinunciare alla filosofia, nel nostro agire quotidiano dobbiamo metterla in campo costantemente.

Io penso che la psichiatria possa recuperare un certo ruolo che oggi ha un po' perduto con l'avvento della psichiatria biologica, il ruolo di riportare la filosofia nella medicina, di rifondare cioè una filosofia della medicina.

Oggi non possiamo rinunciare alla complessità, a una visione bio-psico-sociale, dobbiamo cercare di comprendere tutte le visioni, il nostro sforzo deve essere quello di considerare ogni punto di vista. Ogni malattia è costituita da una parte biologica, una psicologica e una sociale. Ad esempio, io posso essere predisposto ad ammalarmi di polmonite, ma se non mi trovo esposto a condizioni critiche non mi ammalo.

3. Jaspers, psicopatologo e filosofo, scrisse, a 28 anni, il trattato *Psicopatologia generale*, molto importante e validissimo ancora oggi.

4. Scrisse anche *Il medico filosofo è pari a un dio*.

Questo è il modo più moderno di parlare di psicosomatica.

Vediamo quali sono gli indirizzi della psichiatria. La visione delle cose può essere diversa perché esistono diversi orientamenti che possono essere così riassunti:

- 1) orientamento medico–biologico;
- 2) orientamento psicologico–dinamico;
- 3) orientamento fenomenologico–esistenziale;
- 4) orientamento psicologico–comportamentista;
- 5) orientamento sociologico–culturale.

Dobbiamo tener presente che ci sono queste linee, perché ci può aiutare a comprendere quel che accade. Questa è una separazione netta, ma in realtà un po' tutti sono dentro di noi. Ad esempio, un concetto che talvolta aleggia nei discorsi che udiamo è che il disturbo mentale sia “colpa della società”, questo appartiene all'orientamento sociologico–culturale. Questi indirizzi dovrebbero essere integrati, si dice che la medicina deve avere una visione bio–psico–sociale, quella che oggi si chiama visione olistica.

È necessario perciò un certo eclettismo, per utilizzare gli strumenti delle varie anime: ciascuno di noi ha un certo modo di vedere il mondo, però non possiamo escludere le altre concezioni.

1.1. Orientamento medico–biologico

In alcune psichiatrie di oggi c'è un'anima biologica molto forte, che tende a riportare tutti i fenomeni psichici a fattori biologici (anche l'amore e l'innamoramento sono stati ricondotti a meccanismi biologici recettoriali). La psichiatria oggi è molto sbilanciata sulle determinanti biologiche del comportamento umano. Questo è legato allo spirito del tempo⁵, caratterizzato da un riduttivismo

5. Termine creato da Jung con il quale identifica una forza che condiziona tutto il nostro agire e ci fa vivere in quella che da Natoli è stata chiamata età della tecnica.

biologico, per cui ogni disturbo, ogni sintomo può essere curato con un farmaco.

In quest'epoca prevale la linea biologica nel tentativo di comprensione degli accadimenti e si cerca di ricondurre tutto ad una natura molecolare.

L'orientamento *medico-biologico* dà un'interpretazione biologica dei fenomeni psichici; è il più seguito oggi.

Si occupa delle malattie psichiatriche utilizzando queste scienze di base:

- genetica (molti sono gli studi sulla trasmissione genetica della malattia mentale);
- neurofisiologia (lo stesso Jung aveva valutato le variazioni corporee che si hanno negli stati ansiosi, quali, ad esempio, le variazioni degli elettroliti...);
- psicofisiologia;
- biochimica (per molte malattie psichiatriche sono state evidenziate alterazioni dei mediatori cerebrali, malfunzionamento dei neurotrasmettitori. Vi sono molti studi sulle alterazioni neurotrasmettitoriali);
- costituzionalistica;
- neuropatologia e neurologia clinica;
- farmacologia;
- etologia.

Queste sono le branche scientifiche di riferimento per un'impostazione medico-biologica della psichiatria che identifica la mente col cervello e tende a orientare tutti i comportamenti in senso biologico.

Questo comporta che la cura delle psicopatologie sia psicofarmacologica.

Molti psichiatri ritengono che attraverso la comprensione dei meccanismi biologici si possano spiegare i sintomi e trattare farmacologicamente le alterazioni dei recettori.

Ma, come detto poc'anzi, oggi non possiamo rinunciare alla complessità, a una visione biopsicosociale.

1.2. Orientamento psicologico–dinamico

L'orientamento *psicologico–dinamico* non fa più riferimento alla parte biologica, ma valorizza i fattori psicologici ed interpersonali nell'eziopatogenesi delle malattie. Fa più riferimento alle questioni psicanalitiche. Quest'orientamento ha avuto il suo iniziale e più grande sviluppo dopo la "scoperta" dell'inconscio⁶ cui attribuisce un importante valore⁷. La scoperta dell'inconscio è nata dall'osservazione che la nostra vita non è tutta cosciente, ma esistono tutta una serie di pensieri, immagini, movimenti che non arrivano a livello della coscienza e molte volte, senza che ne siamo consapevoli, sono alla base del nostro comportamento. La vita inconscia può essere alla base di determinati stati psicopatologici. Freud ha scoperto l'inconscio individuale e lo scopo essenziale della psicoanalisi è far arrivare ciò che è inconscio alla coscienza, così che l'uomo sia più consapevole di sé. A questo proposito diciamo che per la psicoanalisi freudiana esiste solo l'inconscio personale⁸, mentre la psicologia analitica di Jung considera, accanto all'inconscio personale anche l'esistenza dell'inconscio collettivo (che si manifesta attraverso gli archetipi), che comprende l'uomo di due milioni di anni che ci ha preceduto (e che quindi esiste in ognuno di noi). Jung è arrivato a pensare all'esistenza di un inconscio collettivo attraverso l'osservazione che temi fondamentali per la storia dell'uomo sono contenuti in fiabe, miti e leggende presenti in popoli diversi, indipendentemente dalla cultura, in civiltà che non si sono mai incontrate (nel pellirosse, nel romano di Cesare, nello svedese, ecc.). Tutte raccontano lo stesso tema.

6. Esistono interpretazioni psicodinamiche differenti, a seconda delle diverse scuole di pensiero: Freud, Jung, Adler.

7. Che nell'essere umano ci sia una parte non conosciuta, non sistematizzata, si sapeva sin dai tempi antichi. Nell'antica Grecia chi aveva un problema passava una notte nel tempio di Esculapio e il giorno dopo il sogno che aveva fatto quella notte veniva analizzato (vedi cap. Psicoterapia).

8. Freud scopri l'inconscio personale che può arrivare alla coscienza in determinati momenti nella terapia psicoanalitica. Freud ha il merito di aver portato l'inconscio nella medicina (vedi *Alla scoperta dell'inconscio*) e di aver dato l'avvio a una concezione differente dei disagi psichici.

Questo è un punto caratteristico della psicologia analitica. Jung ha individuato gli archetipi, strumenti di conoscenza del mondo, figure fondamentali che sono nell'inconscio collettivo e sono in ciascuno di noi. Gli archetipi provengono quasi geneticamente da chi ci ha preceduto. Alcuni esempi: la Grande Madre, l'Eroe, il Fanciullo, il Senex, il grande vecchio. Le comunicazioni fra gli uomini ci sono perché esistono queste caratteristiche individuali che pescano nel collettivo.

Un esempio: per Natoli l'esperienza del dolore non è comunicabile, ma io credo che potrebbe esserlo attraverso l'inconscio collettivo.

L'orientamento psicologico–dinamico fa un tentativo di interpretare la malattia all'interno dell'individuo. Valorizza la storia dell'individuo facendo riferimento anche alle vicissitudini emotivo–affettive della nostra vita, del passato e del presente. Naturalmente è diversa anche l'impostazione terapeutica. Con un orientamento di questo tipo ho la possibilità di cura mediante interventi psicologici, quindi un intervento psicoterapeutico. Ricordiamo che psicoterapia vuol dire “cura con mezzi psichici”, quindi “cura con la parola, con la relazione” e non, come si può pensare “cura della psiche”. Utilizza per esempio il sogno che fornisce contenuti utili a comprendere cosa stia accadendo.

Al di là dell'orientamento generale, esistono situazioni in cui prevale un aspetto di tipo biologico ed altre in cui prevale un aspetto psicodinamico.

1.3. Orientamento fenomenologico–esistenziale

La caratteristica fondamentale dell'orientamento *fenomenologico–esistenziale*, che fa riferimento a filosofi esistenzialisti, tra i quali Heidegger, Husserl, ed è stato seguito da molti autori fra i quali Minkowski, Binswanger, è il “mettere tra parentesi” il *perché* un disagio si è verificato, il *quando* e anche *cosa* si è manifestato, per porre più attenzione al *come*, al modo in cui il disagio si esprime, si manifesta. Questo orientamento si occupa della modalità dell'esistenza: non

importa tanto la causa, da dove venga quel determinato disagio, ma il vissuto del disagio stesso, conta il modo con cui l'individuo vive quello che gli accade. Quello che conta è l'incontro fra esseri umani, non tanto la causa. Questo orientamento mette in luce la «possibilità di cogliere e comunicare aspetti essenziali ed autenticamente umani nell'ambito della psicopatologia, non rilevabili con le metodiche quantitative, oggettivanti e causalistiche». Cioè la diagnosi e la cura possono derivare ed avere le loro radici soltanto all'interno di una relazione, non è possibile altrimenti. Nella psicopatologia si celano delle questioni umane al di là del fatto di essere psicopatologiche. Quindi questo orientamento suggerisce «una dimensione modale di comprensione dell'uomo malato con l'esperienza di un incontro che trascende i limiti del rapporto interpersonale e della tecnica psicoterapeutica». In sostanza trascura un po' qualche tecnica semeiologica e psicoterapeutica per privilegiare l'incontro tra due persone, come strumento fondamentale per porre una diagnosi.

È un indirizzo che ha avuto una certa importanza.

1.4. Orientamento psicologico–comportamentista

La psicologia e la psicopatologia non sono solo psicologia e psicopatologia psicodinamiche; esiste anche un orientamento di tipo comportamentista o comportamentale, che ha le sue radici culturali soprattutto negli esperimenti di Pavlov sui riflessi condizionati⁹ (ricordate il riflesso condizionato del cane per cui al suono del campanello inizia la secrezione salivare anche senza vedere il boccone di carne). Anche nell'orientamento *psicologico–comportamentista* (o *cognitivo–comportamentale*) vengono privilegiati gli aspetti psicologici, ma con alcune differenze rispetto all'orientamento psicologico–dinamico; si occupa solo degli effetti del comportamento, escludendo la dinami-

9. Esperimento di Pavlov: se diamo da mangiare a un cane vediamo che — ancora prima di mettere il cibo in bocca — ha una produzione di succhi gastrici. Se al cibo associamo un suono di campanello dopo un po' avrà produzione di succhi gastrici solo con il suono del campanello, anche senza cibo.

ca dell'inconscio e l'introspezione soggettiva, cioè la riflessione su di sé. In realtà un comportamentista non dice che l'inconscio non esiste, ma che non sa, l'inconscio è qualcosa di inconoscibile. Non ne esclude l'esistenza, ma lo ignora, lo mette in *epoché*, da parte, perché ci si deve occupare solo di ciò che si vede. L'inconscio è come la scatola nera degli aerei: non si può vedere, non possiamo sapere come funziona, l'attenzione è spostata sul comportamento.

Questo si ripercuote sull'intervento terapeutico. Infatti la cura è una modifica del comportamento, partendo dal comportamento stesso. I sintomi sono considerati «un difettoso apprendimento condizionato di risposte disadattanti». Quello che dobbiamo correggere sono le risposte. La risposta è un riflesso condizionato come i riflessi di Pavlov. Il comportamento neurotico e psicotico consiste di abitudini preesistenti, di comportamenti inadeguati appresi in situazioni ansiogene, in situazioni diverse. Cioè noi alle situazioni reagiamo, magari in modo patologico, perché così abbiamo imparato in un certo momento della nostra vita. La cura quindi non può che essere rivolta non a ciò che capita nell'inconscio, ma alla modificazione di quel comportamento. È una visione un po' riduttiva, ma oggi è molto utilizzata soprattutto in alcune situazioni. La terapia si fonda sul decondizionamento, pratica che si può osservare, per esempio, nel film *Arancia meccanica*¹⁰. Alcuni comportamentisti hanno cercato di curare con metodi comportamentali alcune situazioni ritenute patologiche, ad esempio l'omosessualità¹¹. Esiste una tecnica di tipo psicologico-dinamico per curare la fobia dello sporco che comporta il superamento di tale fobia, cercando di far accettare al paziente determinate situazioni. Una tecnica di tipo comportamentale, in quest'ultimo caso, comporta che la persona sia sporcata di fango su tutto il corpo. Una persona che ha la fobia di prendere l'autobus viene curata invitandola a prendere l'autobus con il terapeuta e fa-

10. *Arancia meccanica*, film di S. Kubrick, 1971.

11. (In che modo? Si applicavano elettrodi sul pene e se ne monitorava l'erezione mentre si mostravano delle fotografie erotiche; quando iniziava l'erezione si dava una scarica elettrica. Questo è una terapia comportamentale portata alle estreme conseguenze.)