Pseudologia fantastica 3 - Considerazioni psicodinamiche a margine

Categoria : RUBRICA MEDICA

Pubblicato da Dott. Michele Sannino in 16/10/2009

I due casi riportati evidenziano chiaramente come la pseudologia fantastica sia finalizzata al rifiuto della realtà mediante l'inganno di se stessi, cioè, come esplicita Jaspers "Ci si rifugia dalla realtà nelle fantasie che permettono di creare facilmente ed abbondantemente, come per magia, ciò che sarebbe difficile e frammentario se dovesse essere realizzato. Le fantasie risultano in relazione con i desideri che nascono dalle inibizioni e dalle deficienze della esistenza individuale e, pur essendo irreali procurano un sollievo".



Anche Fenichel riassume il ruolo difensivo della pseudologia fantastica nel fatto di negare le realtà spiacevoli sostituendole con realtà migliori e paragona questo alla creazione di "screen memories" (memorie schermo). Una differenza importante è che il paziente crede che la memoria schermo rifletta esattamente la storia, mentre la pseudologia fantastica è, almeno parzialmente, una costruzione mentale cosciente. Secondo Winnicott e Khan la pseudologia fantastica potrebbe essere vista come l'elaborazione e lo sfruttamento del falso sè assicurando un manto di segretezza nel regno del vero sè, vulnerabile e sottosviluppato.

La segretezza implicata nella pseudologia fantastica procura un'area inviolabile, dove l'identità soggettiva del paziente non è a rischio e protegge il vero Io dalle intrusioni e violazioni. Mentre può sembrare che ci sia della creatività nelle fantasie, l'esperienza del paziente è fondamentalmente schizoide e dissociativa, dove la self-reflection e l'interpretazione dell'esperienza soggettiva sono limitate o assenti. Il mantenimento della pseudologia fantastica implica la fiducia nell'onnipotenza e la creazione di oggetti soggettivi sotto l'unico controllo del paziente. La realtà esterna è negata da un mondo interno affascinante, seducente ed eccitante nel quale tutto è possibile.

La menzogna può nascere dalla necessità di gratificazione narcisistica come compenso ad un fragile senso dell'Io e ad una scarsa autostima, e quindi come una forma di idealizzazione dell'Io allo scopo di aumentare l'autostima. Il diniego permette al paziente di ignorare parti del mondo esterno e dell'esperienza soggettiva; mediante la svalutazione gli oggetti esterni vengono respinti, ignorati o distrutti in modo vendicativo. Gli oggetti esterni sono a tal punto considerati "cattivi", secondo il meccanismo della scissione, che il mentire è ciò che meritano, è la giusta modalità di rapportarsi con loro. Anche la perdita del controllo dgli impulsi, senza adeguati canali di sublimazione e la perdita della tolleranza dell'ansia a causa del mancato sviluppo di alternative tecniche per ridurla, possono indurre alla menzogna. La pseudologia fantastica può anche riflettere una transitoria perdita del reality test che Kernberg collega alla patologia del Super-Io.



Proposte terapeutiche

Così come abbiamo affrontato la trattazione di questo complesso fenomeno su due piani distinti, quello psicopatologico e quello più strettamente psicodinamico, crediamo che la terapia di questo sintomo debba tenere conto di entrambe queste dimensioni.

Ripercorrendo le situazioni cliniche descritte, sia quelle al limite con la norma, sia quelle francamente patologiche, è possibile intravedere al di là del sintomo una spiccata componente depressiva che, ad esclusione di quella connessa alla "bugia patologica dell'infanzia" che tende a nullificarsi con lo sviluppo psichico e l'innescarsi di altri meccanismi di difesa, deve essere affrontata in modo adeguato.

L'individuare nella pseudologia fantastica una componente depressiva che si manifesta con un sintomo che per le sue conseguenze può considerarsi antisociale ci ha portato ad identificare nella Sertralina l'antidepressivo di elezione.

Ma limitarsi a quest'aspetto sarebbe riduttivo rispetto ad un fenomeno così complesso e variegato e, a nostro parere significherebbe negarne la componente psicologica a favore di un riduttivismo organicista. Per cui riteniamo la pseudologia fantastica un sintomo sentinella che più di altri dovrebbe indurre lo psichiatra verso la scelta di un trattamento integrato tenendo conto che si tratterà di un trattamento difficile visto che il paziente con pseudologia fantastica più di altri tende a proiettare il proprio Io e Super-Io sul terapeuta che quindi prima o poi verrà visto come disonesto.

Il paziente può mentire allo scopo di ottenere una posizione di superiorità e di controllo sul terapeuta e protezione dalla punizione nel caso che la menzogna venga scoperta oppure con il fine di sfruttare la relazione terapeutica. Se però il terapeuta per il "quieto vivere" decide di non scoprire la menzogna allora il paziente può iniziare a credere che il terapeuta sia incompetente o sciocco e si assisterà all'intensificarsi di sentimenti di disperazione relativi al fallimento di ogni tentativo di stabilire una autentica relazione interpersonale.

A questo proposito concordiamo con la linea guida suggerita da Kernberg che sostiene che tutte le volte in cui uno psicoterapeuta si accorge delle menzogne del paziente, dovrà creare prima di tutto un confronto aperto seguito dalla completa esplorazione di questo comportamento e una conseguente elaborazione che porti alla risoluzione dello stesso. Bisogna tener conto che in questo modo si può correre il rischio, smascherando la menzogna, di perdere il paziente in quanto incapace di sopportare la realtà dei fatti; per contro invece "se siamo solo capaci di essere buoni, disposti ad aiutare, se entriamo nelle macchinazioni del paziente e se accettiamo la sua versione della verità, anche se abbiamo ragione di pensare di essere veramente disprezzati se lo facciamo, rischiamo di creare nient'altro che una pseudo-relazione, non aiutando così i pazienti ad affrontare i loro problemi. Se non siamo all'altezza delle loro esigenze, diventiamo come i loro oggetti abbandonati, delusi, ci trattano come pensano che meritiamo e, abbiamo delle ragioni per pensare che siano anche sollevati".

La questione del segreto: il giusto dosaggio del Super-Io

Lo psichiatra che ha in cura un paziente tendente alla pseudologia fantastica deve mettere in conto fin dall'inizio del trattamento che potranno svilupparsi inevitabili risvolti medico-legali. Pensiamo ad esempio alle notevoli implicazioni giuridiche che possono derivare da testimonianze o denunce prodotte da pazienti che presentano questo tipo di disturbo.

Nelle situazioni in cui la coscienza dell'Io è gravemente alterata essendo perduta la possibilità di valutare la realtà, le rappresentazioni del sè ed oggettuali sono scarsamente delimitate o addirittura vi è un'identità delirante. La rabbia, l'impulsività e la propensione alla proiezione fanno sì che spesso persone completamente estranee possano essere accusate di atti dei quali il vero responsabile è il paziente stesso. In particolare il paziente borderline può essere particolarmente convincente nella sua versione distorta o mendace. E' pertanto importante che il giudice venga informato sulla diagnosi differenziale tra bugia, menzogna patologica, delirio e così via quando un paziente affetto da pseudologia fantastica appare come testimone o come accusato.

Da entrambi i casi presentati emerge la minaccia di conseguenze anche gravi della menzogna di cui i pazienti sono responsabili e che pone lo psichiatra di fronte al dilemma della scelta tra il possibile danno a terzi, la violazione del segreto professionale e il fatto di sottoporre il paziente a dei provvedimenti restrittivi come il ricovero e, nei casi estremi, l'inabilitazione. Si tratta di alternative che mettono in discussione i concetti di segreto, fiducia, supporto, rispetto,sicurezza e riserbo fondamentali nella pratica medica e ancor più rilevanti nell'area psichiatrica che non può prescindere dal diritto di autonomia e libertà del paziente.

Crediamo che in questi casi sia fondamentale stabilire con il paziente delle linee guida all'interno del contratto terapeutico:

- chiarire con il paziente quale tipo di informazione potrà essere fornita (la contraffazione del foglio rosa come nel caso di Chiara)

- il consenso ad un ricovero che potrà rendersi utile non tanto a modificare una linea di condotta, ma a salvaguardare il paziente dalla responsabilità delle azioni commesse (come abbiamo visto nel secondo caso clinico)

- l'eventualità che intervenga nella relazione terapeutica un altro psichiatra con funzioni peritali

- chiarire con i familiari le differenze tra ruolo medico, peritale e di generico moralizzatore essendo evidente dall'inizio che il "così non si fa" non serve a nulla.