

## Nosologia in epoche diverse. *Entfremdungdepression*, oggi, nell'epoca del DSM-IV-TR

*Nosology in different periods. Entfremdungdepression in the DSM-IV-TR era*

### Summary

Two clinical cases that could be diagnosed in the same category are presented in this paper. Between these two cases 43 years have passed. This situation offers the Authors the possibility to compare the theoretic backgrounds, methods, procedures and criteria of psychiatric diagnosis of the

era of classical psychopathology and of the current DSM-IV-TR era.

The conclusions are that, at least in some cases, classical clinical psychopathology provided more opportunities to understand and define clinical cases: the nosologic category of *Entfremdungdepression*, which is nowadays obsolete, could be very useful to clarify our cases.

P. Soligon, R. Rossi<sup>1</sup>

Comunità terapeutica "Villa Cicin", Imperia; <sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Psichiatriche, Università di Genova

Molto si sente parlare, con pareri discordi, sul rapporto tra la grande psicopatologia che ha fondato la psichiatria e la psichiatria di oggi, priva di supporto psicopatologico che non sia puramente descrittivo, quella, per intenderci, che procede per item ed algoritmi.

L'osservazione di un caso clinico particolarmente complesso ci ha offerto lo spunto per fare alcune considerazioni sulla diagnosi di *Entfremdungdepression*, o depressione da estraneamento, e di confrontarla con la più attuale nosologia. Si tratta in realtà di due casi clinici; tra l'uno e l'altro passano 43 anni. Questo lungo arco di tempo ci permette di mettere a confronto due approcci.

### I casi clinici

Nel 1964, uno di noi aveva presentato il caso di una donna di 20 anni ricoverata in clinica psichiatrica. La personalità della paziente era da sempre caratterizzata da chiusura, rigidità, tendenza alla depressione. La rigidità si manifestava fin dall'infanzia sia per tutto ciò che concerneva la sfera dell'alimentazione e del peso corporeo, che la paziente controllava con prolungate restrizioni dietetiche, sia per quanto riguardava la sfera sessuale. In particolare la paziente metteva in atto rituali ossessivi caratterizzati dalla ripetizione mentale di frasi ogni volta che pensieri ritenuti "sconvenienti" le venivano alla mente. A seguito di una delusione amorosa cadde in un profondo stato di prostrazione caratterizzato da crisi di pianto, irrequietezza psicomotoria e propositi suicidi per i quali venne ricoverata. Durante la degenza l'aspetto dimesso e rallenta-

### Key words

Schizoaffettive • *Entfremdungdepression* • Nosological categories

### Corrispondenza

prof. Romolo Rossi, Dipartimento di Scienze Psichiatriche, Università di Genova, largo Rosanna Benzi 6, 16100 Genova, Italia  
• E-mail: r.rossi@unige.it

to contrastavano con la vivacità dell'espressione verbale con cui esprimeva i propri sintomi di cui il più rilevante era rappresentato dal "senso di vuoto interiore", dalla mancanza di desideri che le facevano provare la "sensazione di essere morta". La possibilità di togliersi la vita veniva descritta come l'unica soluzione alla mancanza di sentimenti che ormai accompagnava la paziente. Accanto a questi sintomi venivano lamentate anomale sensazioni cenestesiche, come non avvertire il corpo o sentirlo di legno o di ghiaccio, insensibile e duro. La paziente avvertiva inoltre, nei momenti di maggiore angoscia, i propri atti come estranei.

L'impressione trasmessa dalla paziente era di una profonda frattura tra un prima ed un dopo, ormai irrimediabilmente separati.

Fu instaurata una terapia con antidepressivi (allora solo triciclici) che diede buoni risultati; in seguito alla dimissione tuttavia la paziente sospese la terapia e presentò sintomi del tutto simili alla volta precedente che la portarono a suicidarsi pochi mesi dopo.

Le osservazioni cliniche di allora portarono a considerare il caso come un esempio di depressione da estraneamento, tesi avvalorata dalla personalità della paziente, insicura, bisognosa di ordine e di meccanismi ossessivi tanto da assumere caratteri autistici, dal carattere inibito della depressione con atteggiamento apatico-abulico, ma poco coerente con la vivacità espressiva e la capacità di autosservazione, ed infine dall'assoluta prevalenza dei sintomi di distacco affettivo, di perdita dei sentimenti e di estraneamento emotivo.

La discussione di allora sottolineava come gli stessi sintomi che riconducevano alla diagnosi di depressione da estraneamento (il vuoto affettivo, il distacco dalla realtà, i gravi sintomi di depersonalizzazione) potevano ritrovarsi, in senso fenomenologico stretto, in quelle che venivano definite evoluzioni processuali, e cioè nella schizofrenia.

La depressione da estraneamento veniva allora presa in considerazione non tanto per essere invalidata dal punto di vista diagnostico, quanto per valutare la sovrapposizione, all'interno di questa sindrome, di aspetti più tipicamente depressivi con altri di tipo schizofrenico.

Veniamo ora al caso clinico attuale che ci ha spinti a riconsiderare, alla luce della moderna nosografia, la depressione da estraneamento.

Luca è un ragazzo di 21 anni che giunge alla nostra osservazione, accompagnato dal padre e dai nonni

materni, dopo un periodo di crescente malessere durato alcuni mesi.

Luca è un ragazzo di aspetto gradevole, con un fisico atletico ed un viso dai lineamenti regolari che colpisce però, ad un primo impatto, per la profonda sofferenza ed angoscia trasmesse dal suo sguardo. Al nostro primo incontro appare impacciato nei movimenti e rallentato, mantiene con difficoltà l'equilibrio e sembra avere bisogno di sorreggersi al padre che gli rimane sempre vicino. È titubante quando gli porgo il braccio per accompagnarlo all'interno dello studio, ma una volta che si appoggia a me la sua andatura diventa in breve più sicura e rapida. La mimica e l'atteggiamento generale del ragazzo, nel corso di questo primo incontro, esprimono perplessità: Luca è attonito, spaventato e alterna brevi momenti di vivacità ad altri in cui il rallentamento psicomotorio sembra arrivare perfino all'arresto.

Durante il colloquio il ragazzo sembra non essere in grado di comunicare anche le informazioni più semplici ed appare disorientato nel tempo e nello spazio. Luca infatti non sa dire dove abita, non ricorda dove si trova e perché sia venuto da me o cosa sia accaduto negli ultimi giorni. Chiede invece più volte che io gli dica cosa fare, lasciando intendere di trovarsi di fronte ad una sofferenza così grande da non comprenderne la provenienza né tantomeno i modi per porvi fine.

Gradualmente, nel corso di alcuni incontri, emergono componenti melancoliche sempre più evidenti e Luca stesso riesce ad esprimere vissuti di vergogna e di colpa legati al recente fallimento dell'esperienza universitaria. Luca esprime in alcuni momenti vissuti di rovina e di incapacità a superare l'ostacolo scolastico e per questo richiede con insistenza che lo si aiuti a trovare una soluzione.

In questa prima fase il quadro clinico appare caratterizzato soprattutto dalle componenti melancoliche che si manifestano attraverso i contenuti di pensiero già descritti, il grave rallentamento motorio e del flusso ideico, la mancanza di reattività agli stimoli ambientali e la tristezza vitale che, seppure non costantemente, il paziente accusa. Tuttavia sono presenti alcuni sintomi che rendono necessario effettuare ulteriori accertamenti diagnostici. La presenza infatti di deficit cognitivi ed in particolare il disorientamento spazio-temporale ci pongono di fronte alla scelta fra un disturbo organico o una forma tipo pseudodemenza.

Luca viene pertanto sottoposto ad una serie di indagini strumentali che ci permettono di escludere

la causa organica e, nel frattempo, la terapia con antidepressivi, insieme con i regolari incontri, sembra determinare un lieve miglioramento del quadro clinico.

A questo punto del percorso diagnostico due sono le sindromi che più sembrano rappresentare il quadro del paziente: la sindrome di Ganser e la pseudodemenza. Luca infatti presenta una serie di deficit cognitivi accompagnati da alterazioni della coscienza, da tipiche e frequenti risposte "non so" e dalla apparente perdita di nozioni elementari che appaiono compatibili con entrambe le entità nosologiche. Tuttavia la preoccupazione di fronte alle proprie mancanze che vengono sottolineate e vissute con angoscia, il significato emozionale legato ai deficit cognitivi manifestati e la componente depressiva che, almeno in questa prima fase, sembra rispondere agli antidepressivi fanno propendere per una forma tipo pseudodemenza. Inoltre, a differenza della sindrome di Ganser in cui si ha l'impressione generale che il paziente rimanga sempre in contatto con l'ambiente circostante e comprenda le domande poste nonostante le risposte errate, in questo caso sembrano prevalere l'aspetto depressivo, la perplessità e la presenza di fenomeni di depersonalizzazione, che sembrano i sintomi più consistenti e continui.

Proprio quest'ultima caratteristica ci induce a pensare ad un quadro specifico piuttosto raro, ma ben definito e circoscritto rappresentato dalla depressione da estraneamento. Questa forma è stata descritta sotto diversi nomi, da "melanconia anestetica" secondo Schaffer nel 1880 a "*Entfremdungdepression*". Si tratta appunto della forma che abbiamo riportato, descritta da uno di noi oltre quaranta anni fa.

Nasce il problema psicopatologico se all'interno della depersonalizzazione si possa fare rientrare il sentimento di estraneità rispetto al mondo esterno ed il sentimento di vuoto affettivo tipico dei depressi o se ciò indichi la spiccata presenza di elementi sul versante schizofrenico. Per alcuni si può parlare di vera depersonalizzazione solo quando tre elementi come personalità insicura, schizofrenia e depressione dell'umore venivano a confluire clinicamente. In accordo con quanto appena detto il quadro clinico di Luca sembra, con il passare del tempo, chiarirsi in questa nuova direzione.

Naturalmente l'orientamento diagnostico procede di pari passo con la raccolta dell'anamnesi che gradualmente si arricchisce di nuovi elementi. Nel corso dei primi colloqui infatti Luca non sembra in

grado di fornire alcun elemento utile, il suo unico riferimento sembra essere rappresentato dal padre e, in misura minore, dai nonni materni con i quali tuttavia è presente una maggiore conflittualità. Luca non ricorda nulla della madre, o meglio, ricorda che questa è morta quando egli aveva quindici anni, ma non sa dire per quali cause. Ogni volta che il ragazzo parla della madre appare rattristarsi, l'atteggiamento perplesso ed attonito si accentua tanto da far pensare che la madre possa essere morta in circostanze traumatiche. Ed in effetti dopo poco tempo il padre racconta che la moglie, subito dopo essersi separata dal coniuge (Luca aveva otto anni ai tempi della separazione) si è trasferita fuori dall'Italia dove ha cominciato ad essere seguita per un disturbo psichiatrico non meglio definito (forse schizofrenia o forse disturbo bipolare) e si è in seguito defenestrata.

Luca è stato informato delle vere cause della morte dopo pochi mesi e, secondo il genitore, risalgono a quel periodo le prime anomalie comportamentali accompagnate da irrequietezza motoria, difficoltà ad adeguarsi alle regole, scarso rendimento scolastico ed umore depresso. In realtà in quel periodo Luca rimaneva spesso a casa dei nonni materni che, fin dai tempi della separazione, avevano interrotto tutti i contatti con il padre del ragazzo.

Fino al periodo del liceo Luca continua comunque a frequentare la scuola ed entra a far parte di un gruppo di coetanei appassionati di skateboard. Questa passione in seguito si trasferisce al surf che Luca pratica con regolarità e che, a suo dire, rappresenta l'unico mezzo per scaricare le tensioni. In realtà sembra svilupparsi nel ragazzo una sorta di *addiction*, una compulsione a rivivere il più frequentemente possibile le intense emozioni e la paura che questa attività riesca a risvegliare in lui, scuotendolo da quella sorta di apatia che sembra caratterizzare l'ultimo periodo della sua vita.

Proprio per avere la possibilità di praticare lo sport preferito in un ambiente naturale più idoneo, Luca sceglie di iscriversi, al termine del liceo, ad una università al di fuori dell'Italia, a pochi chilometri dall'oceano. In base a quanto riferito dai familiari e dallo stesso paziente, Luca si occupa direttamente di trovare un alloggio senza chiedere aiuto a nessuno ed in breve si trasferisce. Probabilmente risalgono a quel periodo i primi sintomi più evidenti di malattia che i familiari non hanno riconosciuto, anche per via dell'irrequietezza del paziente che non ha mai risieduto per molto tempo con le stesse persone e

nello stesso posto. In effetti parlando con i familiari e con il ragazzo stesso si ha la sensazione che nessuno si sia mai preso carico di seguirlo e di soddisfare, o anche solo di conoscere, i suoi bisogni affettivi.

Fin dalle prime settimane dopo il trasferimento Luca manifesta difficoltà ad inserirsi nel nuovo ambiente universitario; finché ha la possibilità di praticare il surf sembra riuscire a mantenere un sufficiente compenso, ma con l'arrivo dell'inverno e dei primi banali imprevisti, legati allo studio ed alla gestione dell'appartamento, Luca comincia a manifestare un crescente malessere caratterizzato da ritiro, ansia intensa ed ideazione prevalente a sfondo persecutorio per cui rientra dopo pochi mesi in casa col padre abbandonando gli studi. Ed è proprio questo fallimento scolastico che, in una prima fase, sembra essere il motivo scatenante l'episodio depressivo. Gli antidepressivi hanno un effetto limitato e solo in una prima fase del trattamento. Con il passare delle settimane la sintomatologia depressiva si aggrava fino ad assumere le caratteristiche poi evidenziate ai nostri primi incontri.

Attraverso i racconti del padre e dei nonni emerge una personalità premorbose più definita, caratterizzata sì da aspetti depressivi, ma anche dalla tendenza all'isolamento ed al ritiro sociale, da bizzarrie comportamentali con cui spesso i familiari stessi hanno colluso e dalla scarsa capacità di creare relazioni interpersonali durature e significative.

Nei successivi incontri la sintomatologia depressiva si accentua ed il paziente rivela intenti autolesivi che, con l'aiuto del curante, riesce a rivelare al padre aumentando naturalmente l'allarme familiare. All'interno del quadro descritto cominciano a comparire e divengono in breve tempo sempre più frequenti crisi d'ansia che si manifestano con agitazione psicomotoria, sintomi somatici (tachicardia, fame d'aria) seguiti da richieste d'aiuto inadeguate e bizzarre. Nel corso di alcuni colloqui Luca manifesta vaghi vissuti persecutori che rapidamente si strutturano in idee deliranti più definite che riguardano il padre ed il paziente stesso. I disturbi del sonno si accentuano, così come le anomalie del comportamento (una notte il paziente si reca in bagno e si depila ogni parte del corpo) che evidenziano una progressiva destrutturazione dell'Io. Fanno la loro comparsa allucinazioni uditive. Viene avviata una terapia antipsicotica che apporta solo un parziale beneficio.

Il peggioramento dei sintomi rende necessario il ricovero nel corso del quale il paziente ha un iniziale

parziale miglioramento anche se in seguito un repentino peggioramento del quadro psicopatologico lo porta a togliersi la vita.

La diagnosi da porre oggi, al posto di *Entfremdungdepression*, è quella di Disturbo Schizoaffettivo.

## Discussione e conclusioni

Questa discussione psicopatologica e questo dimensionamento nosologico di livello elevato, che era sorto nell'*era della psicopatologia*, non poteva durare e resistere alle diverse impostazioni ed alle esigenze radicalmente differenti della psichiatria di oggi; più pratica, concreta e forse modesta, intessuta di dati statistici, di aspetti inerenti al funzionamento interno dei servizi psichiatrici, legata alle indicazioni farmacologiche, e soprattutto tendente a tradurre gli elementi altamente metaforici della psicopatologia nelle formule facilmente numerizzabili e computabili delle *rating scales*.

Si comprende quindi come la *Entfremdungdepression* sia andata scomparendo e tenda oggi ad essere sostituita con concetti di comorbidità e con lo studio dell'incidenza dei sintomi di depersonalizzazione nella depressione. Si riscontra tra alexitimia e quadri di depersonalizzazione del *burn-out* una corrispondenza abbastanza comune, soprattutto nelle situazioni connesse con le modalità disadattive e lo stress occupazionale negli operatori<sup>1</sup> e, abbastanza curiosamente, nei personaggi del clero operanti a livello sociale<sup>2</sup>.

Per altri versi, l'uso di scale come la *Cambridge Depersonalisation Scale* mostra una elevata correlazione con la depressione<sup>3</sup>. Come si vede, leggiamo nella letteratura recente, lontano dalla *Entfremdungdepression*. Tuttavia, ciò che è cacciato dalla finestra ritorna dalla porta, quando alcuni fanno notare che ciò che lega la melanconia con la depersonalizzazione potrebbe essere il *motif de la mesonge*, e cioè la menzogna implicita della struttura della personalità, mostrando l'intervento della dinamica del desiderio intenso e della manipolazione della coscienza dell'Io<sup>4</sup>.

Di provenienza francese, e quindi più classiche, sono le note sul rapporto tra la melanconia, la depersonalizzazione ed il diniego della realtà. La melanconia, potremmo dire, innesca la perdita ed il rifiuto della realtà e con questo mette in moto il distacco della coscienza dell'Io, il suo crepuscolo e soprattutto la cancellazione degli investimenti emotivi.

Ecco un modo più articolato e più unitario di vedere

ed inquadrare queste melanconie, con strumenti più rispettosi del funzionamento mentale delle persone di quanto non sia il concetto multiassiale o quello della comorbidità. Le ricerche più recenti che mostrano la maggior incidenza del suicidio in presenza di depersonalizzazione diventano tautologiche quando si consideri la depersonalizzazione stessa non come un corpo estraneo inserito nella depressione, ma come elemento proprio della perdita di oggetto, e quindi di disinvestimento affettivo, e di perdita sconvolgente della realtà, come implicito nel concetto psicologico di *Entfremdungdepression*.

Ciò basta anche a spiegare come notevoli miglioramenti si rilevino con terapie cognitive quando depressione e depersonalizzazione si coniugano, ove occorre sempre pensare al ripristino aspecifico della relazione che si può ottenere con una persona funzionante come Super-Io ausiliario, e quindi il positivo intervento nel rapporto con la realtà tramite il reinvestimento sul terapeuta.

Sempre più questi tipi di depressione sono coniugati con i grandi stress del nostro tempo (ad esempio attacchi terroristici) che tendono a rendere instabile e priva di continuità la realtà esterna e quindi favoriscono il disinvestimento e la perdita dei confini dell'Io. Tutto ciò ci dice che il coniugare questi due elementi come se fossero due elementi l'uno all'altro estranei che coincidono o si avvicinano, via che sembra essere seguita dalla ricerca di oggi, non rende giustizia né fornisce validi elementi alla migliore comprensione del funzionamento mentale di questi casi, che meglio si giovano di una comprensione unitaria del tipo: perdita d'oggetto, melanconia e dissoluzione della realtà, perdita dei confini dell'Io o quindi *Entfremdungdepression*.

Dato che, recentemente, la nosologia del DSM, dal III in poi, ha creato un settore, o uno scaffale, in cui depositare una serie notevole di forme che la psicopatologia classica aveva annotato, dalle Psicosi Cicloidi di Leonhard a molte Parafrenie, a molte forme di depressione con forti caratteri sul versante allusivo e dell'azione esterna di Schneider, in questo scaffale finivano ovviamente tutte quelle forme che partecipano di due componenti, quella affettiva ed episodica, in modo rilevante, e quella di automatismo mentale, dei quadri nucleari (*Kernsyndrome*), e una dimensione autistico delirante, o in cui rientrano aspetti di Spaltung: schizofrenia e andamento bipolare, si sa, non vanno d'accordo per gli epigoni dei vari DSM, per cui si è resa necessaria, per questa sciagurata (per la nosologia degli *items*)

evenienza, la creazione di una nuova categoria.

Ecco perché la *Entfremdungdepression* si ritrova sempre di più sotto il manto del Disturbo Schizoaffettivo, seguendo anche la fondamentale tendenza *ex-adjuvantibus* del DSM-IV-TR che privilegia le unificazioni a partire, anche quando non lo si vuole ammettere, dai risultati terapeutici: in questo caso uso prevalente di nuovi antipsicotici (risperidone/quetiapina). Anche se non mancano una serie di dubbi a questo proposito che altro non dimostrano se non la natura particolare di queste forme non riducibili ad altro che a se stesse, come la vecchia psicopatologia sosteneva<sup>5</sup>.

Ma tutte le ricerche che pongono a confronto la schizofrenia e il disturbo schizoaffettivo, tradiscono un certo imbarazzo nello stabilire modalità di criteri distintivi tra le due. Ciò fa sorgere dubbi agli Autori persino sulla rocciosa e inossidabile distinzione kraepeliniana tra *Manische Depressive Irresein* e *Dementia Praecox*<sup>6</sup>.

Sono gli esiti di una diagnosi per *items* e plurima portata alle estreme conseguenze: se noi ci rifacciamo al tautologico ma efficace concetto di "schizofrenicità" di Minkowsky, dovremmo arrivare alla conclusione che il Disturbo Schizoaffettivo, e all'interno di questo la *Entfremdungdepression*, rimane in realtà, alla fine, comodamente nell'ambito della schizofrenia, un po' come avevamo provato a dire tanti anni fa<sup>7</sup>.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Miner MH. *Burnout in the first year of ministry*. Mental Health, Religion and Culture 2007;10:17-29.
- <sup>2</sup> Pini M, Martellucci PM, Puleggio A, Calamari E. *Livelli di burnout, di stress psicologico e caratteristiche lexitimiche nel personale*. Med Psicocom 2006;51:67-73.
- <sup>3</sup> Castello JJ. *Cross-cultural adaptation and validation of the Cambridge Depersonalisation Scale*. Actas Espanolas de Psiquiatria 2006;34:185-92.
- <sup>4</sup> Kraus A. *Le motif du mesonge et la depersonalisation dans la melancolie*. L'évolution Psychiatrique 1994;59:649-67.
- <sup>5</sup> Murray WH. *Schizoaffective disorders: new research*. New York, NY: Nova Science Publisher 2006.
- <sup>6</sup> Lake CR, Hurwitz N. *Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders*. Psychiatry Res 2006;143:255-87.
- <sup>7</sup> De Carolis V, Roccatagliata G, Rossi R. *La Entfremdungdepression*. Sist Nervoso 1964;6:482-93.