

DIMENSIONE CLINICA ED ESISTENZIALE NEL PERCORSO DIAGNOSTICO IN PSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

G. Rigon

*Psichiatra e Neuropsichiatra infantile, Responsabile
Sezione Psichiatria della Società Italiana di
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*

La diagnosi può essere definita come una operazione di previsione che si basa su un ristretto numero di dati disponibili (Galli, 1967)

Questa definizione mette in evidenza come essa sia una operazione razionale e verificabile, dove quanto c'è di intuitivo e immediatamente insondabile, è spesso individuabile e scomponibile in una somma di percezioni e valutazioni cosce e preconosce del diagnosta, che possono quindi essere portate su un piano di maggiore definizione e identificazione razionale.

Sottolineo questo aspetto anche pensando al tema della formazione, che sarà uno degli argomenti trattati in questo Congresso. Se operiamo secondo questa impostazione, è possibile infatti rendere disponibili per l'apprendimento queste speciali capacità di registrazione e interpretazione dei dati che costituiscono il substrato della intuizione clinica, sottraendo quest'ultima alla dimensione dell'ineffabile in cui viene talvolta collocata.

Occorrono quindi strumenti che interrogano i dati clinici che altrimenti restano muti, come tutti i dati della realtà esterna quando non sono individuati, analizzati e valorizzati seguendo i nostri approcci di lettura e che al contempo contengano al proprio interno gli elementi di verificabilità del proprio operare e dei risultati raggiunti.

In età evolutiva la diagnosi è più difficilmente definibile e correlabile alla prognosi di quanto avvenga nell'adulto. Questo in ragione della variabilità nel tempo che caratterizza fisiologicamente ogni aspetto del bambino e dell'adolescente.

Questa caratteristica rende particolarmente utile e importante ciò che, come sappiamo, è necessario anche quando si opera con gli adulti: mi riferisco alla necessità di disporre di un sistema diagnostico che ci aiuti a leggere la dimensione strutturale e dinamica del soggetto (Freud, 1923) che sta al di sotto e anima quanto possiamo osservare e descrivere in superficie, cioè il comportamento e quanto viene coscientemente percepito dal soggetto, in termini di affetti pensieri e sentimenti.

In altri termini, dobbiamo disporre di sistemi diagnostici che ci permettano di ipotizzare fondatamente il funzionamento psicologico e psicopatologico del soggetto e del suo mondo di relazioni a partire dall'osservazione diretta e dal riferito, sia anamnestico che attuale.

La valutazione diagnostica in psichiatria, si basa sul colloquio clinico, sulla raccolta anamnestica e sull'osservazione diretta, particolarmente importante in età evolutiva, oltre che sui necessari accertamenti di tipo medico, strumentale e di laboratorio.

Abbiamo quindi bisogno di "strumenti diagnostici psicodinamicamente fondati", per utilizzare il termine degli Autori del PDM (Psychodynamic

Diagnostic Manual) (PDM, 2008), che abbiano, tra le altre, queste due caratteristiche:

- guidare la raccolta del materiale clinico secondo un ordine logico dichiarato;
- stimolare la verifica in itinere dell'andamento del processo diagnostico e dell'ordine secondo cui stiamo organizzando il materiale clinico.

È utile soffermarci un momento sulla affermazione, che credo condivisa da molti, se non da tutti, che la diagnosi psicopatologica è cosa diversa dalla classificazione diagnostica.

Valutazione diagnostica e classificazione diagnostica nascono da esigenze diverse e contrapposte ma devono essere sempre contemplate entrambe. Diversamente, infatti, avremmo una raffinata varietà di descrizioni psicopatologiche mai riconducibili ad un profilo unificante indispensabile ad ogni ragionamento clinico-epidemiologico o, viceversa, avremmo un monotono accumulo numerico di malattie dalle quali è scomparsa la persona. Si tratta in fondo della nota differenza che ricordiamo dagli studi di medicina, fra patologia – medica e chirurgica – e clinica. Allora come oggi, di entrambe abbiamo bisogno.

Questa sorta di dicotomia ha tenuto molti di noi in sofferenza, spingendoci a ricercare strumenti diagnostici che consentissero una mediazione migliore rispetto all'appaiamento sinottico della diagnosi dinamico-strutturale, realizzata ad esempio attraverso l'applicazione del profilo metapsicologico (Rigon, 1993), alla relativa classificazione secondo i sistemi ICD o DSM. Il Manuale Diagnostico Psicodinamico si pone operativamente su questa linea di ricerca che intende coniugare esigenze cliniche e di classificazione. Nella Introduzione al manuale si dichiara infatti che "l'obiettivo del PDM è quello di spiegare l'intero range del funzionamento mentale, andando così a completare gli sforzi di catalogazione dei sintomi promossi negli ultimi trent'anni dal DSM e dall'ICD" (p. LV).

Il Comitato promotore e i gruppi di lavoro che hanno realizzato il PDM, si erano posti questo obiettivo partendo dalla constatazione, condivisa da molti di noi, che "negli ultimi vent'anni c'è stata una tendenza crescente a definire i problemi della salute mentale sulla base di sintomi, comportamenti e tratti direttamente osservabili, mentre il funzionamento globale della personalità e i suoi livelli di adattamento venivano osservati soltanto

in via secondaria" (p. LVII), e che in conseguenza di ciò, "la persona nella sua interezza è divenuta dunque meno visibile dei costrutti relativi ai diversi disturbi su cui i ricercatori possono trovare un accordo."

LA DIAGNOSI COME PROCESSO E COME FENOMENO DINAMICO

Nello svolgimento di questa relazione, cercherò di dimostrare che la diagnosi va considerata come un percorso, non come una fotografia che dall'esterno fissa segni e sintomi in una correlazione statica e lascia il fotografo fuori dal quadro, e come un processo dinamico nel quale la situazione proposta, sia che riguardi un singolo, un gruppo o una istituzione, viene osservata ed esplorata da diversi punti di vista. Sappiamo bene che osservazione ed esplorazione sono condotti secondo procedure e metodi che non sono mai neutrali: come ricordato più sopra, il dato oggettivo, proveniente dalla realtà esterna, è, in sé, muto; esso assume significato in ragione della illuminazione e della interrogazione che riceve dallo strumento con cui è indagato; illuminazione e interrogazione che a loro volta derivano dai riferimenti teorici o concettuali dei quali è figlio il metodo investigativo utilizzato.

Una caratteristica specifica della valutazione condotta utilizzando strumenti diagnostici psicodinamicamente fondati, come vengono definiti dagli autori del PDM, è quella di considerare ai fini della definizione della diagnosi anche il coinvolgimento affettivo del diagnosta e la considerazione delle sue reazioni emotive.

Merita accennare al fatto che i diversi punti di vista secondo i quali viene elaborata la diagnosi possono essere rappresentati da soggetti con differente professionalità che partecipano al medesimo gruppo operativo (équipe, team). Le dinamiche che si sviluppano all'interno di questi gruppi di lavoro sono rilevanti ai fini della formulazione della diagnosi e della elaborazione del progetto terapeutico nonché della sua realizzazione. Tali dinamiche si caratterizzano sia per gli aspetti di competenza disciplinare apportata e della loro comunicabilità interna al gruppo e nei confronti del paziente e della sua famiglia, sia per gli aspetti di potere inerenti le discipline rappresentate ed i ruoli gerarchici rivestiti all'interno dell'organizzazione in cui l'équipe opera.

L'USO CLINICO DEGLI STRUMENTI DIAGNOSTICI

Dicevo più sopra dell'importanza di utilizzare strumenti diagnostici che ci consentano una lettura strutturale e dinamica del soggetto e del suo contesto.

Vorrei sottolineare in proposito come a mio parere, il termine "diagnosi strutturale" implichi *anche* la necessità di formulare una diagnosi delle capacità del soggetto – non solo dei suoi deficit, delle sue limitazioni o insufficienze – ma, appunto, *anche* delle peculiari e positive modalità che il soggetto possiede per fronteggiare l'angoscia e per dare soluzioni ai conflitti, ciò che io definisco "diagnosi in positivo".

L'importanza di questa valutazione in positivo è a tutti chiara.

Ai fini diagnostici, essa consente sia di delimitare meglio l'area della patologia rispetto alle aree di funzionamento normale sia di cogliere l'andamento del rapporto patologia-normalità, un rapporto che, come sappiamo, non è rigidamente fissato; *ai fini della definizione del progetto terapeutico*, ci consente di fare riferimento ai punti di forza che il soggetto possiede, spesso nascosti anche a sé stesso e alla famiglia, e inoltre, ci consente di modulare con più precisione gli obiettivi terapeutici a breve e medio termine; *ai fini prognostici*, perché ci permette una migliore calibratura delle nostre previsioni a lungo termine.

Due sono le domande guida che, per mia esperienza, è utile porsi se vogliamo tradurre nella pratica clinica questa diagnosi in positivo. La prima è questa: 'perché il paziente non è organizzato su un livello più regredito di quello che ci presenta? Ovvero, 'cosa lo sostiene su un livello di funzionamento più maturo?' quesiti chiaramente tesi ad evidenziare i punti di forza del soggetto; l'altra domanda è: 'Quale è stato il livello di funzionamento più elevato che ha raggiunto? Quando e in quali condizioni? Quando e come lo ha perduto?' domanda che ci richiama a valutare quanto di potenzialmente raggiungibile rimane ancora disponibile per il soggetto e per il suo contesto di vita.

Vorrei ora sottolineare come questi "strumenti diagnostici psicodinamicamente fondati" siano di particolare importanza perché aiutano ad evidenziare – a noi stessi, innanzitutto – qual è il nostro reale, concreto modo di procedere di fronte al caso; intendo dire con questo che essi rappresentano un organizzatore del

nostro pensare clinico, e quindi un suo evidenziatore. Essi ci impegnano infatti a dichiarare, a noi stessi prima ancora che ad altri, quale procedura pensiamo di seguire o abbiamo di fatto seguito (colloquio clinico con paziente o con altri suoi parenti, test proiettivi o di livello, oppure disegno o osservazioni dirette, e così via), e ci spingono ad interrogarci sul perché di tale scelta nonché sul valore che assegniamo al materiale così raccolto. È evidente che questo sforzo di definizione, fatto anche a posteriori – nel momento in cui, cioè, lavoriamo sul materiale clinico per elaborare i dati raccolti – sarà spesso sufficiente a far apparire la sequenza dei passaggi che sono impliciti nella nostra operatività clinica e che è bene invece esplicitare. Un ulteriore vantaggio di questo modo di procedere nella valutazione diagnostica, è rappresentato dal fatto che così scomposta e analizzata, la procedura clinica che abbiamo concretamente utilizzato (o che pensiamo di utilizzare), consente più facilmente di individuare i riferimenti di teoria che sono sottesi ai singoli passaggi metodologici o alla particolare connessione che abbiamo loro dato; cosa sempre utile, in particolare quando siamo impegnati nelle supervisioni a scopo di formazione. *[esempio da Atti e Marino]*

Sappiamo bene come la valutazione diagnostica sia strettamente collegata a quella prognostica. Diagnosi e prognosi non sono però collegate da un rapporto di determinazione secondo un principio di causa-effetto, principio che ha avuto la sua massima espressione nella meccanica razionale, il cui paradigma è: "date le condizioni iniziali di un sistema, è possibile prevederne gli stati futuri". Questo principio, se trasferito in ambito psicologico e psicopatologico, rischia di farci prigionieri del determinismo, ed in effetti, una rigida e scolastica applicazione delle nostre regole di analisi psicologica conduce spesso ad una visione arida, parziale, meccanica, ed in fin dei conti presuntuosa, del soggetto. D'altro lato è pur vero che l'ideale deterministico è in crisi da tempo, tanto che si parla ormai di "caos deterministico". Oggi, infatti, più appropriatamente di un tempo, non diciamo che "prevediamo" che accadrà questo o quel fenomeno, ma piuttosto, che cerchiamo di definire *una mappa delle evoluzioni possibili* che il fenomeno avrà. Una formulazione di questo genere sembra tradurre in ambito filosofico la presa d'atto della irriducibilità del reale.

Ma questo punto di arrivo pone non pochi problemi alle nostre procedure diagnostiche, le quali implicano invece una conoscibilità ed una riducibilità del reale. A questo vicolo cieco ha cercato una via di uscita Donald P. Spence (1982), proponendo di ricercare la "verità psicologica" nella dimensione narrativa piuttosto che in quella storico-biografica del soggetto e *questa prospettiva potrebbe valere anche per la diagnosi oltre che per il trattamento*. Alla stessa maniera Sergio Moravia ha riproposto (1991) la dimensione fenomenologico-personologica come via di uscita al riduzionismo meccanicistico a cui la psichiatria rischia di essere condannata dal suo statuto originario di tipo positivista.

La *validazione della ipotesi interpretativa del materiale clinico*, si pone dunque anche nella fase diagnostica e risulta pertanto essere centrale anche nell'uso di ogni strumento diagnostico che si voglia utilizzare in psicopatologia. Interpretazione del materiale clinico, sua validazione o disconferma, verità storico-biografica o narrativo-metaforica di essa, sono temi da tempo dibattuti sia nel nostro che in altri campi delle scienze da far dire a Jerome Bruner che

"i futuri storici della scienza e della cultura, guardando indietro al nostro tempo, saranno certamente tentati di chiamarlo "il risveglio epistemologico", o trattarlo comunque sotto un qualche titolo del genere. Perché la nostra è la generazione che, forse più di ogni altra dall'epoca di Cartesio, si è arrovellata non soltanto sulla "natura" o la "mente", ma su come facciamo a conoscerle, in che senso possiamo mai avere accesso alla loro "realtà" e quali siano i limiti della nostra conoscenza.

UN PUNTO CRUCIALE

Vorrei trattare ora il tipo di conoscenza alla quale ci portano i nostri strumenti diagnostici, un punto che ritengo di particolare importanza nell'economia del nostro discorso.

Quelli diagnostici, sono in effetti degli strumenti di conoscenza della realtà, ed è per questa via che le questioni di metodo in psichiatria hanno sempre incrociato il problema ontologico. Si tratta dunque di discutere a quale realtà pensiamo di giungere con l'operazione logica che denominiamo *diagnosi*; detto in altri termini, quale verità pensiamo di perseguire.

Nella cultura occidentale la *geometria euclidea* ha sempre rappresentato il modello di riferimento, unico nella sua chiarezza e validità logica, per la valutazione del grado di attendibilità scientifica di ogni disciplina e di ogni singola argomentazione; tant'è vero che il modello euclideo ha ispirato il concetto stesso di verità filosofica. Con molta efficacia Richard Trudeau (1987), riprendendo una metafora di Morris Kline (1972), chiama questa concezione "teoria della verità come diamante". Scrive infatti Kline:

"La perdita del suo carattere sacrale da parte della verità sembra eliminare un'antica questione concernente la natura della matematica stessa. La matematica esiste indipendentemente dall'uomo, come le montagne e i mari, oppure è una creazione interamente umana? In altri termini, il matematico nel suo lavoro riporta in luce *diamanti* che sono rimasti celati per secoli nelle tenebre oppure sta producendo una pietra sintetica? Trasposta nel campo della psicopatologia, questa domanda potrebbe essere così formulata: la immagine che ci forniscono i nostri strumenti diagnostici esiste realmente e noi l'abbiamo portata alla luce, oppure è una creazione interamente umana?

In altri termini, il clinico nel suo lavoro riporta in luce *diamanti* che sono rimasti celati per secoli nelle tenebre oppure sta producendo una pietra sintetica?

Per rispondere a queste domande bisogna fare una piccola digressione filosofica, ricordando che Kant era un sostenitore della cosiddetta teoria dei diamanti, e considerava i teoremi della geometria euclidea come enunciati sintetici a priori.

Se, dunque, "i diamanti, verità certe e dotate di comune contenuto conoscitivo relativamente al mondo, esistono", e "i teoremi della geometria euclidea sono diamanti", si comprende come le numerose scoperte dei matematici venissero considerate la prova che "i diamanti esistevano ma anche che la mente umana era in grado di scoprirli. Non c'era quindi ragione per cui anche l'indagine in altri campi, quali la cosmologia o l'etica, [o la psicologia e la psichiatria, potremmo aggiungere noi] non potesse avere un certo successo. La verità oggettiva doveva essere dappertutto, in attesa di essere scoperta, e la caccia ai diamanti era aperta." (Trudeau, op. cit., p. 133).

La possibilità di una geometria non euclidea che fu proposta nella prima metà del XIX secolo, ha messo

però in crisi lo status di "giudizi sintetici a priori" assegnato da Kant ai postulati e ai teoremi euclidei. E questo per almeno due ragioni: innanzitutto perché la geometria non euclidea, detta anche "iperbolica", destituisce di fondamento la verità oggettiva della geometria euclidea, e in secondo luogo perché non dimostra che quella geometria è falsa, ma semplicemente che non è certa.

Poiché la geometria iperbolica, pur essendo sicuramente più complicata di quella euclidea, è comunque una descrizione parimenti valida dell'esperienza, si dimostra come "la verità" possa non essere univoca, e quindi si dimostra che i diamanti non esistono.

La perdita di criteri di verità oggettiva ha dunque aperto una profonda crisi anche nella geometria, in quella scienza che per oltre duemila anni era stata considerata un modello di indiscutibile validità e "verità".

Se il concetto di verità è andato in crisi in scienze come la geometria e la matematica, comunemente considerate come "scienze esatte", si può ben immaginare come questa crisi caratterizzi anche la psichiatria, che avendo per oggetto e soggetto l'uomo, non può ambire ad essere perfetta.

In geometria e in matematica l'uscita da questa crisi epistemologica sembra essere rappresentata dalla via ermeneutica, ovvero come dice Trudeau in conclusione del suo libro, facendo propria la "teoria della verità come storia, i cui presupposti sono: 1) i diamanti non esistono, 2) noi raccontiamo la storia delle nostre esperienze, 3) le storie raccontate da tutti sono vere". È interessante per noi notare come questa via di uscita rappresentata dal racconto condiviso delle nostre esperienze, sia comune anche alla psichiatria, soprattutto all'approccio fenomenologico.

Ritornando sulla base di queste considerazioni al quesito relativo alla realtà che i nostri strumenti indagano e alla verità che ci consegnano, credo di poter sostenere che essi non ci portano a "scoprire" il vero *naturale*, *reale* funzionamento psichico dell'essere umano, ma di esso ci mostrano la immagine da noi stessi creata. La mia opinione è che in ambito psicopatologico valga per la diagnosi quanto oggi sappiamo dei numeri e delle loro relazioni: essi non esistono in un mondo al di fuori di noi, ma sono nostre creazioni.

Riportando questa impostazione alla osservazione diretta del comportamento del bambino (ma, più

in generale, quanto dico vale anche per l'adulto), credo di poter dire che ciò che i nostri metodi ci consegnano è comunque "un bambino narrato". Se questa conclusione è accettabile, verrebbe a cadere la contrapposizione che solitamente viene fatta fra *bambino osservato*, quello propostoci dalla osservazione diretta e perciò stesso *vero*, e *bambino narrato*, quello fornitoci dalla ricostruzione clinica, considerato puramente *ipotetico*. La contrapposizione verrebbe a cadere in quanto sono entrambe costruzioni, nessuna delle quali può vantare una maggiore credibilità assoluta rispetto all'altra. Il problema torna quindi ad essere di metodo e di coerenza nella sua utilizzazione; ma, se il ragionamento sin qui sviluppato è corretto, possiamo affermare che sotto questo profilo il metodo sperimentale non può dirsi superiore a quello clinico interpretativo. Perdere questa posizione di egualitario confronto metodologico, mette la psichiatria in una posizione di inferiorità nella quale è costretta a giustificare ogni suo passo sulla base di criteri metodologici di tipo naturalistico perché ritenuti "maggiormente scientifici". Molto dell'annoso dibattito fra psichiatria, psicoanalisi e neuroscienze mi pare sia stato viziato in questo senso. Il contributo di Eric Kandel, ottimamente riproposto in un volume recentemente apparso anche in italiano (Kandel, 2007), dovrebbe aver messo fine all'antica contrapposizione fra dotazione genetica e contesto ambientale, fra mente e cervello, offrendo un contesto intellettuale di ricerca e di confronto più maturo e scientificamente più aggiornato (Kandel, 1998, 1999).

L'USO DEGLI STRUMENTI DIAGNOSTICI NELLA PRATICA CLINICA

Veniamo ora a considerare l'uso degli strumenti diagnostici nella attività clinica quotidiana, ovvero quando le modalità di accesso dei pazienti, le loro richieste ed esigenze, nonché i nostri tempi di lavoro e le nostre condizioni operative non sempre ci consentono un uso formalmente completo degli schemi o delle procedure codificate secondo le quali la valutazione dovrebbe svolgersi.

A mio parere, adottando alcune precauzioni di cui parleremo tra poco, questi nostri strumenti diagnostici possono essere proficuamente utilizzati anche nelle

situazioni in cui non disponiamo di tutte le informazioni necessarie per rispondere a tutti gli *item* previsti.

Va innanzitutto sottolineato che in questi casi il nostro schema diagnostico rappresenta comunque una guida, una bussola, per orientare la raccolta dei dati clinici, sin dal primo contatto con il paziente. È ovvio che in queste condizioni di parziale disponibilità del materiale clinico, non potremo pretendere di giungere ad una conclusione diagnostica che illumini in maniera completa la intera personalità del soggetto, ma possiamo aspettarci di formulare una valutazione precisa e sufficientemente articolata dal punto di vista psicodinamico e strutturale.

Riferirsi anche nella situazione clinica quotidiana allo schema previsto dagli strumenti diagnostici, ci garantisce una guida fidata secondo la quale ordinare il materiale di cui disponiamo ed al contempo ci consente di rintracciare la nostra posizione nel campo delle relazioni che la situazione clinica struttura; intendo riferirmi con questo alla nostra posizione di clinici rispetto al materiale ed al compito che ci viene richiesto esplicitamente dal paziente, oppure all'obiettivo che noi stessi intendiamo darci.

Il sistema diagnostico fornisce una solida trama all'interno della quale collocare il materiale clinico. Si tratta di una trama a diversi strati tra loro collegati da numerosi rimandi ed il cui intreccio, ed esso soltanto, può garantire la tenuta del tutto. I diversi strati della trama sono dati dai differenti livelli o angolature secondo i quali possiamo leggere il dato clinico: secondo lo schema del profilo metapsicologico di Anna Freud (Freud A., 1965) si guarderà allo sviluppo pulsionale, alle funzioni dell'lo e allo stato dell'organizzazione difensiva, al tipo di conflitti interessati (interiorizzati o esterni); seguendo invece lo schema del PDM, dovremo considerare: la capacità di elaborare le informazioni, l'autoregolazione, il coinvolgimento nelle relazioni, l'espressione e la comprensione di affetti appropriati all'età, ecc. Leggere il dato clinico proiettato contemporaneamente su questi diversi livelli e quindi cogliere i rimandi dell'uno all'altro, garantisce alla nostra interpretazione un adeguato livello di complessità e di riscontro in termini di corrispondenza fra punti di vista diversi così da rendere credibile l'ipotesi diagnostica alla quale giungiamo con il nostro procedimento. Se questo procedimento di *lettura complessa del dato*

lo applichiamo a tutte le informazioni cliniche che possediamo, queste ultime, là dove convergono in un riscontro reciproco, danno consistenza e spessore al nostro ragionamento clinico, proprio come i nodi dei fili di un tappeto. L'immagine del sistema diagnostico come la trama di un tappeto il cui disegno ci è inizialmente sconosciuto, ci consente di dare evidenza concreta all'idea che il materiale clinico di cui disponiamo si andrà a collocare nei diversi punti della trama e nei diversi strati di questa, suggerendo così un abbozzo di disegno nel quale, assieme ai primi dati, appariranno anche dei vuoti. Nella prospettiva qui proposta, questi vuoti assumono il valore positivo di *indicatori* del tipo di ulteriori informazioni cliniche di cui abbiamo bisogno per proseguire la nostra tessitura nella direzione in cui intendiamo dirigere l'esplorazione clinica, e sapremo anche chi e come può fornirci quelle informazioni: se il bambino attraverso l'osservazione di gioco o attraverso il colloquio, se l'uno oppure l'altro dei genitori, oppure ancora se sono gli insegnanti la fonte da interpellare.

DIMENSIONE CLINICA E DIMENSIONE ESISTENZIALE

Come accennavo più sopra, è evidente che la utilizzazione nella pratica clinica quotidiana dei sistemi diagnostici psicodinamicamente fondati che è stata qui presentata, contiene rischi di distorsione maggiori di quanto non accada quando per il suo uso si possa disporre di tutto il materiale necessario, del tempo e delle occasioni per raccogliarlo. È dunque opportuno considerare *alcune precauzioni* di cui è bene dotarsi per evitare o limitare quei rischi.

Si tratta innanzitutto di mantenere *una visione globale e conflittuale del caso*, cosa che non riguarda soltanto il bambino, ma anche il suo contesto di vita. Per tale scopo è necessario organizzare un quadro di lettura in cui gli elementi che attengono alle grandi aree in cui si possono accorpare i dati, sono volutamente mantenuti in conflitto fra loro.

Otterremo così una complessità, ed una complicazione, certamente vicina a quella reale, con il rischio però di rendere davvero modesta, rispetto a tale complessità, la semplicità della nostra diagnosi. Questo è sicuramente un paradosso, eppure esso esprime a mio parere una delle condizioni che possono evitarci

i rischi di distorsione nell'uso degli strumenti diagnostici. In effetti, attraverso le procedure diagnostiche, noi vogliamo e dobbiamo giungere ad una valutazione clinica precisa e fondata; a questo scopo ci sforziamo di far confluire *ordinatamente* il maggior numero di elementi all'interno degli schemi definiti dalle sindromi (ad esempio, in una delle categorizzazioni previste alla voce Diagnosi del sistema diagnostico che stiamo utilizzando). Al tempo stesso però, è bene che diffidiamo di questo ordine sin troppo armonico fra i diversi elementi, sapendo che esso è il frutto di una operazione di forzata, seppure necessaria, ricomposizione dei dati prodotta dal nostro strumento diagnostico. La precauzione rispetto a questo rischio di distorsione ci viene dal collocare la diagnosi in un quadro di forte complessità. Ciò ci aiuta a mantenere la consapevolezza che la diagnosi non esaurisce la realtà della persona che abbiamo di fronte.

Dobbiamo infatti tenere sempre presente che chi abbiamo di fronte in occasione della diagnosi è una persona, rispetto alla quale siamo chiamati in causa per un fatto specifico rappresentato dalla sua sofferenza psichica. È questa occasionalità di incontro che fa vestire a noi il ruolo del medico e all'altro, quello del paziente.

Ciò significa che dovremo fare grande attenzione a mantenere costantemente presenti questi due registri su cui si gioca la nostra relazione con l'altro: quello professionale e quello esistenziale. Dovremo quindi garantire a chi ci è di fronte il massimo di professionalità, e quindi il massimo di affidabilità della nostra valutazione diagnostica e più in generale del nostro operare clinico, ma al tempo stesso dovremo mantenere chiaro che il nostro inquadramento diagnostico andrà ad inserirsi, nella complessità esistenziale dell'altro, adulto o bambino che sia.

Avremo quindi bisogno di una forte responsabilità e anche di orgoglio professionale, che ci portino a rispondere con competenza ai quesiti che ci pone il paziente, e al tempo stesso avremo bisogno di una grande umiltà che ci permetta di mantenere su un piano paritario il rapporto umano con l'altro, e magari, talvolta, di imparare qualcosa da lui.

Riprendendo il tema delle *precauzioni da prendere nella procedura diagnostica*, è possibile evidenziare altri paradossi del nostro lavoro clinico che possono

essere utilizzati a questo scopo. Sappiamo bene, ad esempio, come nella relazione con il paziente ci troviamo ad oscillare frequentemente fra una intensa partecipazione emotiva e razionale a ciò che ci viene raccontato ed un contestuale distacco da esso. Questo movimento accompagna un'altra nostra oscillazione: da una posizione di massima credibilità verso quanto ascoltiamo a quella opposta di una estrema diffidenza. Questa contraddittoria situazione che ci troviamo a sperimentare nel corso della relazione con il paziente e i suoi familiari può portarci a pensare che dobbiamo scegliere fra una delle due posizioni; ritengo invece che questa oscillazione vada accettata e tollerata come tale e rappresenti anzi una delle garanzie della nostra neutralità.

A proposito della credibilità degli elementi che raccogliamo per la diagnosi, va detto che l'importante non è tanto stabilire che l'informazione che ci viene data sia vera o falsa, quanto *organizzare la fase diagnostica come un processo dinamico* nel quale il paziente, e i suoi genitori nel caso che questi sia un bambino, possa essere attivamente coinvolto ed al termine del quale si trovi a poter valutare assieme a noi il significato e le possibili implicazioni della nostra ipotesi diagnostica.

Leggere il referto o la relazione conclusiva assieme al ragazzo o al bambino, e poi ascoltare i suoi commenti per considerare quindi con lui le prospettive del che fare consente, ad esempio, un confronto finale con il paziente che ripete quello che si era svolto prima di iniziare la valutazione, quando, dopo avergliene esposto le ragioni, gli si era chiesta la disponibilità e la collaborazione attiva, non solo il consenso formale, a procedere con lui e con i genitori nel lavoro diagnostico, riconoscendogli quella dignità di interlocutore paritario che solitamente riserviamo ai genitori.

Riconsiderando infine la complessità e la contraddittorietà del quadro in cui operiamo, si può sottolineare quanto sia opportuno, nella costruzione della valutazione diagnostica, provare ripetuti incroci fra le diverse linee evolutive, fra i diversi punti critici di sviluppo e fra gli aspetti del carattere che si vengono definendo nel bambino o nell'adolescente, e la loro corrispondenza o compatibilità con l'ipotesi di sviluppo e di funzionamento psichico che veniamo costruendo.

Quanto sin qui esposto mi auguro abbia dimostrato che per operare in ambito diagnostico abbiamo bisogno di strumenti che siano tecnicamente affidabili, rispettosi della relazione paritaria e dinamica fra clien-

te e diagnosta nonché della sua complessità, e che corrispondano alle esigenze che si pongono quando si intende la diagnosi come processo.

BIBLIOGRAFIA

- Freud A. (1965). *Normalità e patologia nell'età infantile*. Opere, 3. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S. (1923), *L'io e l'Es*. OSF, 9: 443-472. Torino: Boringhieri, 1977.
- Galli P.F. *Psicoterapia e scienza*. *Psicoterapia e Scienze Umane* 1967;2/3:1-5.
- Kandel E. *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2007.
- Kandel E. (1998) *A New Intellectual Framework for Psychiatry*. *Am J. Psychiatry* 1998;155:457-69. Trad. It. in: Kandel E. *Psichiatria, psicoanalisi...* cit.
- Kandel E. *Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual framework for Psychiatry Revisited*. *Am J Psychiatry*, 1999;156:505-24. Trad. It. in: Kandel E. *Psichiatria, psicoanalisi...* cit.
- Kline, M. *La matematica nella cultura occidentale*. Milano: Feltrinelli 1972.
- Moravia, S. (1990), *Homo persona: dalla scienza della mente all'ermeneutica dell'esistenza*. *Psicoterapia e Scienze Umane* 1990;4:11-27.
- PDM. *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2008.
- Rigon G. *Il profilo metapsicologico di Anna Freud*. *Psicoterapia e Scienze Umane* 1993;164-94.
- Spence, D.P. (1982) *Verità narrativa e verità storica*. Firenze: Martinelli 1987.
- Trudeau, R. (1987) *La rivoluzione non euclidea*. Torino: Bollati Boringhieri 1991.