

## SEMEIOLOGIA DIAGNOSTICA E APPROCCIO PSICODINAMICO

R. Tancredi

*IRCCS Stella Maris, Pisa; Scuola di Specializzazione  
in Neuropsichiatria Infantile, Università di Pisa*

### **Quale posto c'è oggi per un approccio psicomodinamico in psichiatria dello sviluppo?**

Nel cercare di rispondere a questa domanda non considererò l'arcipelago delle psicoterapie ad indirizzo psicoanalitico, e nemmeno l'enorme apporto del pensiero psicoanalitico alla "cura" delle istituzioni che curano, argomenti che richiederebbero un lavoro di più ampio respiro, ma mi limiterò a considerare il momento diagnostico.

L'approccio psicomodinamico in psichiatria dello sviluppo, egemone per molti anni, appare a momenti quasi residuale. L'accumularsi vertiginoso di dati negli ambiti delle neuroscienze e della psicologia dello sviluppo ha portato a mettere in discussione, o perlomeno a considerare da altri punti di vista, il determinismo psichico di molti quadri patologici. Questo processo si è talmente radicalizzato che oggi è possibile trovare riferimenti all'identità della "psicologia clinica" nel suo essere dinamicamente orientata, in contrapposizione alla psichiatria ineluttabilmente "ateoretica e descrittiva", come se potesse essere appannaggio unico della psicologia, la passione per le vicende della soggettività nei suoi aspetti conflittuali.

Le responsabilità del pensiero psicoanalitico nel favorire questa deriva sono secondo Bornstein<sup>1</sup> rintracciabili nell'arroccarsi in quelli che definisce i suoi sette peccati capitali (l'isolamento autoreferenziale, l'utilizzo di concetti invalsi nell'uso anche dopo che gli stessi siano stati contraddetti o invalidati dall'evidenza sperimentale, la tendenza ad ignorare come irrilevanti i risultati delle discipline contermini, il ritiro progressivo dai grandi problemi della psichiatria e della società, il ricorso a teorie astruse, la mancanza di precisione e di operatività di molti costrutti pratici, l'abitudine a guardare con un forte senso di superiorità e talora di arroganza le altre teorie).

Il caso dell'autismo è da questo punto di vista paradigmatico. Attualmente avvicinare psicoanalisi e autismo, al di fuori di ristretti circoli psicoanalitici chiusi su se stessi, suona come riferimento ad un approccio prescientifico o antiscientifico. Eppure bisogna ricordare che proprio la psicoanalisi ha descritto, prima di altre discipline gli stati autistici con grande profondità. C'è da chiedersi: come abbiamo potuto lasciare che si buttasse via il bambino con l'acqua sporca?

L'abbiamo permesso con la nostra difficoltà a prendere in considerazione che quegli stati che andavamo con tale dettaglio, con tale partecipazione descrivendo, potessero essere l'espressione a valle di qualcosa che a monte non funzionava nel cervello, l'abbiamo permesso con il non voler guardare oltre il nostro naso, peggio, con il sollevare le spalle con sufficienza di fronte a quanto si produceva nei campi a noi vicini, l'abbiamo

permesso con il ritardo con cui abbiamo preso atto che la terapia di questi quadri andava profondamente rivista. Non prendere in considerazione i dati della biologia ha significato o continuare a proporre una risposta definita "psicoanalitica" (con scarso coraggio mi pare nell'interrogarsi su quanto *specificamente* psicoanalitici siano certi approcci) così condannandosi all'isolamento rispetto alla comunità scientifica, oppure abbandonare il campo, negando a bambini e genitori un ascolto, che restituisse loro lo statuto di persone, andando, senza negarla, oltre la realtà di un cervello disfunzionante.

Un approccio psicodinamico continua dunque ad essere utile alla psichiatria dello sviluppo, in tempi in cui l'approccio ateoretico e descrittivo del DSM sembra non lasciare spazio ad alternative?

Il DSM ha una evidente importanza nell'orientare la ricerca e la comunicazione scientifica, ma non altrettanto si può dire del suo uso clinico. Nella nostra pratica quotidiana ci ritroviamo a tirare da una parte o dall'altra le caratteristiche presentate dai nostri pazienti per farle rientrare in una categoria nosografica. La mancanza nel DSM di un approccio evolutivo comporta le note difficoltà di uso, soprattutto, ma non solo, nel bambino piccolo. Infine il DSM non è di alcuna utilità per l'approccio terapeutico. Ma soprattutto manca nel DSM lo spazio per la soggettività, per il modo di vivere la propria condizione.

La psichiatria descrittiva assume del resto come dato di fatto l'impossibilità di distinguere gli elementi legati al processo morboso dalle reazioni psicologiche e relazionali che ne conseguono, il che porta, tra l'altro, ad accentuare in modo esponenziale il ricorso a lunghi elenchi di disturbi in comorbidità. Ne è un esempio la presenza di disturbi d'ansia e depressivi nei soggetti autistici ad alto funzionamento, disturbi che a mio parere sono più agevolmente capiti se proviamo ad interrogarci sul modo in cui un ragazzo che non ha idea alcuna di come funzionano le relazioni con gli altri vive il confronto quotidiano con la realtà complessa delle relazioni sociali, piuttosto che se li concettualizziamo in termini di comorbidità.

Non possiamo però pensare che l'approccio psicodinamico sia l'unico in grado di riportare l'attenzione sulla soggettività, né peraltro dire "approccio psicodinamico" ha un significato univoco, a causa dell'enor-

me variabilità di scuola in ambito psicoanalitico. Non mi pare inutile in questa sede riprendere la definizione che di psicoanalisi danno Laplanche e Pontalis<sup>2</sup> nell'enciclopedia della psicoanalisi, riprendendo una definizione di Freud del 1922. La psicoanalisi è un metodo di indagine che consiste essenzialmente nell'esplicitare il significato inconscio dei discorsi, delle azioni, delle produzioni immaginarie (metodo che si basa sulle libere associazioni del soggetto che sono la garanzia di validità dell'interpretazione psicoanalitica); un metodo di cura fondato su tale indagine; un complesso di teorie in cui sono sistematizzati i dati apportati dal metodo psicoanalitico di ricerca e trattamento.

Possiamo quindi in sintesi considerare con Wallerstein<sup>3</sup> la psicoanalisi una disciplina indipendente che affonda le sue radici nell'esplorazione dei processi mentali inconsci, e riconoscere in questo la specificità dell'apporto del pensiero psicoanalitico alla psichiatria.

Come è noto, intuizioni dell'esistenza dell'inconscio erano presenti sia in ambito filosofico che scientifico già prima di Freud. Ma a Freud va riconosciuto lo studio e l'uso più sistematico e significativo del suo funzionamento. Freud era ben consapevole di quanto le sue scoperte fossero di difficile digestione, in quanto esse apportavano la "terza mortificazione" al narcisismo dell'umanità. Dopo Copernico, che aveva levato la terra, e dunque l'uomo, dal centro dell'Universo, e dopo Darwin che aveva illustrato la discendenza dell'uomo da progenitori simili alle scimmie, Freud descriveva un Io in qualche modo straniero in casa propria, levando l'uomo in quanto essere cosciente dal centro del suo stesso orizzonte psichico. Peraltro sembra che oggi l'umanità debba confrontarsi con un'altra grande ferita al proprio narcisismo, che è quella relativa all'idea che l'Io si definisce primariamente all'interno di un "noi". Sarà per questo che le straordinarie scoperte, questa volta in ambito neuroscientifico, dei sistemi mirror vengono qualche volta accolte con sospetto, se non con sufficienza.

Certamente la concezione attuale dei fenomeni non consci della mente umana va oltre i confini dell'inconscio dinamico descritto da Freud, perché comprende gli aspetti evidenziati dalle neuroscienze e dall'infant research (conoscenza implicita, memoria procedurale, ecc.).

Come sostengono gli esponenti del gruppo di Boston<sup>4</sup> (i più noti Daniel Stern e Louis Sander): "tradizionalmente l'inconscio dinamico, costruito come verbale e simbolico, come inconscio per via della rimozione, è considerato in psicoanalisi come il solo fenomeno inconscio realmente psicodinamico, quindi come la sede di tutte le rappresentazioni affettivamente importanti, ma c'è anche la conoscenza implicita che non è conscia, non ha alcuna etichetta verbale o simbolica e non ha bisogno di alcuna rimozione per rimanere inconscia"<sup>4</sup>. Tale posizione, che pure ha comportato grandi diatribe all'interno del mondo psicoanalitico, da esso trae origine e significato e non intende comunque mettere in discussione la portata rivoluzionaria delle scoperte di Freud. Si può quindi rivendicare, con Fonagy<sup>5</sup>, che cito liberamente, l'importanza della psicoanalisi come teoria che studia la soggettività umana in tutta la sua complessità, dando grande importanza al dominio non conscio nella costruzione della 'esperienza umana; teoria che per prima si è occupata del ruolo delle esperienze precoci, e dell'influenza della rappresentazione dell'esperienza relazionale sulla condotta umana, producendo su questo cento anni di studi e ricerche. Per discutere nel concreto quale può essere l'apporto dell'approccio psicodinamico alla diagnosi, può essere utile riprendere la tradizionale distinzione fra momento semeiologico (in cui si apprendono e si organizzano in base ad uno schema i segni clinici) e momento diagnostico propriamente detto, in cui si determina quale combinazione di questi segni sia più adeguata al caso in esame.

Tale distinzione, recuperando il significato della semeiologia (dal greco semeion: traccia, presagio, segnale) come parte della scienza medica che riguarda i segni delle malattie, permette infatti di enucleare con chiarezza la definizione di semeiotica come "disciplina che rivela i segni operando delle manovre sul malato".

Parlare quindi di approccio psicodinamico alla diagnosi in psichiatria dello sviluppo significa muoversi su due livelli: il livello semeiologico e il livello della formulazione diagnostica propriamente detta.

A meno che veramente non vogliamo arrenderci alle diagnosi che chiamerei "per corrispondenza", fatte esclusivamente attraverso questionari e checklist auto compilati da familiari, insegnanti, caregivers vari, o

da un paziente stesso senza volto, è evidente che la manovra fondamentale che lo psichiatra opera, indipendentemente dagli strumenti diagnostici che può usare, è il suo farsi presente sulla scena dell'incontro con il paziente. È a partire da questa presenza inevitabile che può prendersi in considerazione il contributo di un approccio dinamico.

Lo psichiatra potrà usare, ed è anzi auspicabile che lo faccia, considerando la grande variabilità nelle formulazioni diagnostiche tipica della materia, strumenti di valutazione e misura di vario genere, ma certamente non potrà farlo a prescindere dalla sua presenza. È peraltro illusorio pensare che l'uso di interviste strutturate consenta, di per se, di essere "obbiettivi" e governare le tempeste emotive che possono scatenarsi nell'incontro con il paziente: occorre sapere invece che il pericolo fondamentale di ogni intervista, specie di quelle maggiormente strutturate, è di creare i sintomi fornendo materiali e contenuti a vissuti o esperienze generiche"<sup>6</sup>. Nella mia esperienza clinica ho potuto verificare quanto l'allenamento all'"astinenza" (che qui intendo soprattutto riferita alla capacità di osservare e ascoltare il paziente interferendo il meno possibile e contemporaneamente rivolgendo l'attenzione alle emozioni suscitate dentro di noi dall'incontro) e l'attenzione a come modellare gli interventi verbali indirizzati al paziente, entrambi frutto di una formazione psicoanalitica, siano preziosi nel momento in cui si usano strumenti sofisticati come le interviste diagnostiche semistrutturate (citerò l'ADIR per l'autismo, la KSADS per i disturbi psichiatrici).

Soprattutto quando somministrati a scopo di ricerca, infatti, questi strumenti richiedono una estrema attenzione al linguaggio usato, per evitare che le domande siano fatte in modo tale da suggerire la risposta.

Questo aspetto è ancora più cogente quando capiti di dover ascoltare un bambino che dichiara di aver subito abusi e molestie sessuali, situazioni queste in cui è richiesta veramente una grande conoscenza del proprio mondo interno rispetto a tematiche così pregnanti come quelle della sessualità infantile, per essere capaci di chiedere, senza suggerire le risposte dettate dai nostri pregiudizi.

L'approccio psicodinamico alla semeiotica psichiatrica, l'osservazione di quello che accade fra paziente e psichiatra nel momento dell'incontro, va evidente-

mente letto alla luce dei fenomeni di transfert e controtransfert.

Il concetto di transfert, ricorda Francesco Napolitano<sup>7</sup> nel lemma omonimo di "Psiche dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi e neuroscienze", "in partenza indica nulla più che un particolare e contingente intoppo nella cura, mentre al suo culmine designa nientemeno che un vero e proprio fenomeno universale, condizione necessaria di ogni relazione umana significativa, sia essa analitica o meno".

Senza sminuirne la complessità potremmo usare la descrizione che ne fa Romolo Rossi "trasferimento di sentimenti e vissuti, originariamente rivolti verso i personaggi significativi del proprio mondo infantile, sul curante, che viene per questo ad assumere aspetti particolari per il paziente"<sup>6</sup>.

Il concetto di controtransfert è più controverso perché, com'è noto, è interpretato in vari modi. È possibile con Cecilia Albarella<sup>8</sup> riconoscere almeno tre correnti di pensiero: quella classica connessa alla concezione di Freud, del controtransfert come espressione di aspetti inconsci dell'analista, macchie cieche che interferiscono negativamente con le sue capacità di comprensione, quella totale nella quale il controtransfert viene considerato un elemento fondamentale per capire il transfert, e una terza posizione, nella quale la relazione analitica viene considerata in modo simmetrico e il controtransfert considerato la controparte naturale del transfert del paziente e del suo stile di interazione.

La concezione del controtransfert come utile elemento conoscitivo consente che esso sia assunto esplicitamente come elemento semeiologico in alcuni approcci diagnostici psicodinamicamente orientati. Ci spostiamo qui dal considerare l'apporto della teoria psicoanalitica alla semeiotica psichiatrica, al considerare l'apporto alla formulazione diagnostica propriamente detta. Mi riferisco qui per esempio alla diagnosi Psicodinamica operazionalizzata<sup>9</sup>, sviluppata in Germania da un gruppo di ricercatori in psicoterapia. In questo approccio è previsto un asse che studia la struttura della personalità del paziente, utilizzando fra gli altri elementi semeiologici anche la risposta controtransferale dell'esaminatore. La diagnosi Psicodinamica operazionalizzata rientra fra quei tentativi di sistematizzare la comprensione psicodinamica dei disturbi psichici che ha sostenuto anche il progetto del Manuale Diagnosti-

co Psicodinamico<sup>10</sup>. Si tratta di esperienze che riprendono, fra gli altri, i tentativi di diagnosi psicoanalitica di Anna Freud e di Nancy Mc Williams, alla ricerca di modalità di organizzazione dei dati clinici secondo categorie tipicamente psicoanalitiche. Il PDM mutua dal DSM l'impianto multi assiale, la categorizzazione dei disturbi di personalità, e la nomenclatura stessa relativa a molti quadri patologici, ma ambisce a non tradire i fondamentali della psicoanalisi da Freud ai giorni nostri perché dedica alcuni assi specifici a quelle modalità di funzionamento mentale e di esperienza soggettiva che costituiscono l'irrinunciabile valore aggiunto dell'approccio psicodinamico. Per quel che riguarda la classificazione dei disturbi del bambino gli assi sono MCA (funzionamento mentale, corrisponde grossolanamente alla diagnosi di struttura, al profilo di Anna Freud) PCA (pattern di personalità in formazione) e SCA (sintomi e sindromi). Non è difficile rintracciare nell'asse MCA quelli che erano gli assi portanti del profilo meta psicologico di Anna Freud (Impressione generale, Relazione con l'esaminatore, Funzioni dell'IO: motricità, intelligenza, linguaggio, esame di realtà, grado di consapevolezza, fluidità del pensiero, Affetti, Meccanismi di difesa, Pulsioni, Superlo, Ideale dell'IO, Concetto del Sé, identificazioni). Tuttavia nell'asse del funzionamento mentale del PDM la prima categoria è quella della regolazione, costruito che ci è alquanto familiare grazie alle classificazioni diagnostiche per la prima infanzia<sup>11</sup> (del resto Greenspan è stato fra i principali responsabili della task force che ha messo a punto il PDM). Le altre categorie considerate nell'asse del funzionamento mentale sono la capacità di relazioni interpersonali (relazioni oggettuali), la qualità dell'esperienza interna, la tolleranza degli affetti, le modalità difensive, la capacità di formare rappresentazioni interne, la capacità di differenziazione e integrazione, la capacità di auto osservazione, la capacità di costruire o ricorrere a standard e ideali interni. La descrizione di un caso secondo i tre assi del PDM è sicuramente molto più informativa dell'etichetta diagnostica DSM, tuttavia le definizioni sembrano ancora abbastanza imprecise e poco operazionalizzate. In ogni caso non pare che tale classificazione risolvano il problema fondamentale che è quello, come dice Vivanti<sup>12</sup> che "I nostri sistemi di diagnosi classificano i disturbi, non i pazienti. Il paziente... è molto di più

della sua etichetta diagnostica, il suo modo di essere al mondo non può essere catturato da nessun sistema nosografico”.

Il patrimonio di conoscenza dell'uomo che la psicoanalisi ha costruito, dimostra la sua ricchezza proprio nel modellare l'ascolto che prestiamo all'irripetibile soggettività del paziente.

Per dirla con le parole di Fonagy” forse l'ascolto psico-

analitico, a prescindere dal suo specifico modello di riferimento, mette il clinico nelle condizioni di meglio gestire e trovare un senso a interazioni particolarmente intense e disturbanti. La comprensione che ne deriva è più complessa e psicologicamente più profonda di quella offerta da altre teorie omnibus del comportamento umano, anche nei casi in cui la psicoanalisi non risulti terapeuticamente più efficace di esse.”

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Bornstein RF. *The impending death of psychoanalysis* in *Psychoanal Psychol* 2001;18:2-20.
- <sup>2</sup> Laplanche J, Pontalis JB. *Enciclopedia della psicoanalisi*. Roma-Bari: Laterza 1981.
- <sup>3</sup> Wallerstein RS. *One psychoanalysis or many?* *Int J Psychoanal* 1988;69:5-21.
- <sup>4</sup> Boston Change Process Study Group. *The “something more” than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter*/ *JAMA* 2005;53:693-729.
- <sup>5</sup> Fonagy P, Target M, Gergely G. *Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychopathology*. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental Psychopathology*. Vol. 1. Second Edition. Hoboken, NJ: Jhon Wiley & Son 2006.
- <sup>6</sup> Rossi R, Scarsi FJ, Volterra V. *L'intervista psichiatrica*. In: Pancheri P, Cassano G, eds. *Trattato italiano di psichiatria*. Vol. 1. Seconda edizione. Milano: Masson 1999.
- <sup>7</sup> Napolitano F. *Transfert*. In: Barale F, Bertani M, Gallese V, et al. *Psiche Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Torino: Einaudi, 2007.
- <sup>8</sup> Albarella C. *Controtransfert*. In: Barale F, Bertani M, Gallese V, et al. *Psiche Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Torino: Einaudi, 2007.
- <sup>9</sup> Dahlbender RW, Rudolf G.; OPD Task Force. *Struttura psichica e funzionamento mentale. Le ricerche attuali sull'attendibilità e la validità clinica della Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD)*. In: *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2008.
- <sup>10</sup> *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Tr. it. *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2008.
- <sup>11</sup> Tancredi R, Muratori F. *La diagnosi di autismo nella prima infanzia e i disturbi della relazione e comunicazione nella CD:0-3R*. *Infanzia e Adolescenza* 2008;7:13-22.
- <sup>12</sup> Vivanti G. *La mente autistica. Le risposte della ricerca scientifica al mistero dell'autismo*. Torino: Omega Edizioni 2010.