

**Goriano Rugi**

# **DIAGNOSI E DISTURBI MENTALI**

**Percorsi e livelli di conoscenza  
tra modelli e singolarità**

**Prefazione di Fabio Madeddu**



**Psichiatria, neuroscienze e medicina/Saggi e ricerche**

**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

**Goriano Rugi**

# **DIAGNOSI E DISTURBI MENTALI**

**Percorsi e livelli di conoscenza  
tra modelli e singolarità**

**Prefazione di Fabio Madeddu**

**Psichiatria, neuroscienze e medicina/Saggi e ricerche**

**FrancoAngeli**

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Fabio Madeddu</i>	pag.	7
<b>Introduzione. Le mappe del sapere: tenere la rotta, tra modelli e singolarità</b>	»	13
<b>1. Un percorso tormentato tra stigma e illusione, tra riduzionismo e ricerca di senso</b>	»	31
1.1. Diagnosi e stigma	»	31
1.2. La figura della follia. Riserva di senso ed eccedenza	»	36
1.3. Il movimento fantasmatico della diagnosi ( <i>la piedra de la locura</i> )	»	47
<b>2. I fondamenti epistemologici della diagnosi</b>	»	54
2.1. Definizione, concetto e teoria della diagnosi	»	54
2.2. Diagnosi come conoscenza dei segni	»	63
2.3. Origini del modello anatomico	»	67
2.4. Modello anatomico e malattia mentale	»	71
2.5. Il modello bio-psico-sociale e la teoria del triplice appoggio	»	75
<b>3. I DSM e il paradigma nascosto</b>	»	84
3.1. L'approccio descrittivo	»	84
3.2. Spitzer e il <i>Tractatus</i>	»	87
3.3. Il modello oggettuale: oggetti, fatti e feticci	»	89
3.4. Quale modello medico per i DSM?	»	94
3.5. Il DSM-5: una riforma diagnostica tra conservazione ed evoluzione	»	96
3.6. Il PDM-2 e il recupero del soggetto	»	98
3.7. Confusione dei linguaggi	»	100

<b>4. Il concetto di disturbo mentale</b>	pag.	104
4.1. Definire il disturbo mentale. La conquista del West	»	104
4.2. Il modello “ibrido” di Wakefield	»	108
4.3. Disturbo come disfunzione specifica	»	110
4.4. Disturbi mentali e <i>natural kinds</i>	»	112
4.5. Il problema della validità della diagnosi categoriale	»	116
4.6. Comorbidità. Tra concomitanza e covarianza	»	119
4.7. Limiti e necessità del concetto di categoria	»	121
4.8. La questione della singolarità	»	125
4.9. Matrici e griglie	»	131
4.10. Realismo <i>versus</i> anti-realismo	»	134
<b>5. Il problema del mentale</b>	»	139
5.1. Cosa è che rende un disturbo un disturbo mentale?	»	139
5.2. Disturbi medici e mentale	»	144
5.3. La mente e il mentale	»	150
5.4. La descrizione del mentale in terza, prima e seconda persona	»	153
5.5. Verso una teoria operativa del mentale	»	161
5.6. Il modello trasformazionale di Bion	»	164
5.7. Ma allora possiamo davvero definire mentale un disturbo?	»	171
<b>6. I contributi di Bion alla diagnosi</b>	»	175
6.1. Bion diagnosta	»	175
6.2. La fase nosografica. Personalità psicotica e non psicotica, area alfa e area beta	»	177
6.3. La fase relazionale e il modello contenitore/contenuto	»	182
6.4. Funzioni dell’analista e patologia del diagnosta	»	187
6.5. Trasformazioni e invarianti	»	191
<b>Bibliografia</b>	»	199



# *Prefazione*

di *Fabio Madeddu*

Ricevere una diagnosi, fare una diagnosi... può accadere, accade, può cambiare l'esistenza. Come clinici siamo frequentemente chiamati a porre una diagnosi, a sintetizzare con un termine dolore, fatiche, esitazioni, frammentazioni. In uno dei passaggi del bel testo di Rugi che qui presentiamo, l'autore parla del tormento del diagnosta e del diagnosticato che non pare placarsi, come avvolto da una sorta di insoddisfazione e di timore che sembrano inevitabilmente accompagnare ogni riflessione sul tema; è una storia per molti versi affascinante e merita di essere rivisitata ed elaborata così come fatto nelle pagine che seguono. Vi sono state fasi diverse di tali processi, dove si sono alternati momenti di fiducia nelle capacità di organizzare una diagnosi intorno a un sapere, un'idea, un metodo, ad altri nei quali è stata dominante una posizione che sottolinea soprattutto parzialità, errori, rischi, di qualsiasi tentativo diagnostico. I termini sono innanzitutto legati storicamente al contrapporsi nel secolo scorso del sapere kraepeliniano rivitalizzato negli anni '70 dal gruppo di St Louis e dal DSM-III, con le articolazioni delle diverse ondate della cultura psicoanalitica. Fu infatti proprio il DSM-III all'inizio degli anni '80 a porsi come crinale e a imporre una sorta di paradigma per la clinica, dando il via alla necessità di ridefinire il lessico ormai inadeguato e inefficace che dominava confusamente il campo fra psicodinamica e psicopatologia, entrambe molto datate. La proposta nosografica della associazione degli psichiatri nord-americani fu una sorta di *zeitgeist* e le reazioni ci furono e intense; molte critiche iniziali non furono nel merito ma vennero da quelle aree che avevano posto nel mirino un certo modo di esercitare la psichiatria, un apparato che era anche certamente di custodia e di 'cattiva' psichiatria. La diagnosi finì per essere un bersaglio inevitabile ma – a posteriori – forse meno colpevole di quanto paresse allora soprattutto visto che le radici dell'uso sociale della psichiatria venivano comunque da prima, da un'epoca pre-DSM-III e forse anche legate all'assenza di una buona diagnosi. D'altra parte, se volessimo

restare nel tema di alcune critiche di quel tempo, la psicoanalisi e il pensiero dinamico non uscirono certo indenni da quelle discussioni sia sulla diagnosi in sé (chi ricorda la confusione non certo creativa della terminologia di quegli anni? Vedere per esempio l'uso dei termini *borderline* o simili...), sia rispetto ad alcune articolazioni più sottili ma non per questo meno pervasive intorno al 'potere': basti pensare a temi quali il genere e le gerarchie negli Istituti psicoanalitici, ricordando, per esempio, l'intervento di Kernberg (1996) sui modi di inibire la creatività dei candidati o le dolorose polemiche su orientamenti sessuali e cure... Il tema del potere deve dunque essere maneggiato con attenzione e non è inerente per forza all'uso della diagnosi. Il porre un parametro negli anni '80 ebbe il salutare effetto solitamente incarnato dal bimbo della favola del Re nudo. La diagnosi pre-DSM era un poco come il Re nudo e da lì in poi parlare di *borderline* o di depressione divenne anche parlare di criteri: magari per attaccarli o smontarli, ma perlomeno l'ipotetico "nemico" si mostrava. Quale era il nemico? Secondo molti – e non del tutto a torto – una tendenza al riduzionismo, i temi categoriali, l'ateoreticità presunta, l'ombra del biologismo, la scarsa attenzione al soggetto; le discussioni si intrecciarono ma divennero basate su riferimenti e metodologie osservabili, permettendo interventi e mutamenti di grande rilievo. Fra i più attenti ai cambiamenti del tempo vi furono molti che cercarono di mantenere attenzione alle dinamiche individuali, ai sintomi senza perdere la mappa, che così veniva definita da Barron e Lingiardi nel 2005: il processo diagnostico "... è sia nomotetico (cioè guidato da costrutti teorici generalizzabili che possono essere applicati a gruppi di individui che condividono caratteristiche comuni invariabili) sia idiografico (cioè guidato dall'attenzione ai particolari delle singole vite)". Personalmente credo sia difficile non dare atto ai meriti di queste ultime posizioni nel fare avanzare considerevolmente il nostro modo di comprendere le forme di disagio, precisarle e articularle in modo sempre meno generico; come detto, non possiamo dimenticare confusione e limiti degli approcci ancora antecedenti, fra personalismi e ideologismi o alcune fantasiose creazioni nosografiche omnicomprehensive, dalla durata relativa. Parafrasando il titolo di un testo di Deridda del 1996 che riprendeva Foucault – "Essere giusti con Freud" –, ormai dovremmo 'essere giusti con la diagnosi', con gli sforzi sulla diagnosi della fine del Novecento, ossia intravederne anche i meriti che sono proprio nelle discussioni migliori fra descrittori e dinamici: è da lì che nascono le basi per lo sforzo successivo che pertiene alle generazioni attuali, quello di rinnovare il ragionamento diagnostico stesso. In tale processo altre insidie si sono poste e si pongono. Le critiche della cultura postmoderna della fine del Novecento, erede epistemologica degli anni '70-'80, si sono espresse a favore di pensieri deboli e tendenzialmente relativistici, rendendo ulteriormente difficile il mantenere un pensie-

ro sul tema diagnostico. Sull'altro versante, una delle derive della posizione legata al DSM (ma non solo) ha prodotto le paradossali peripezie della psicomетria, transitata dallo status di utile strumento ancillare al ragionamento del clinico a riferimento sacrale per qualsivoglia approfondimento: i risultati sono sotto gli occhi di tutti e appaiono a volte sconcertanti nel proliferare di strumenti e di analisi fattoriali. Pare sempre più necessario sviluppare un pensiero critico dove i dati tornino a essere tali e dialoghino creativamente con il ragionamento clinico magari riferendosi con cautela a ciò che accade negli orti vicini; tali orti – a me pare – siano ormai più quelli delle neuroscienze che quelli della epistemologia o dell'ermeneutica, ma la discussione è solo agli inizi ed è rischioso accelerarla o banalizzarla. Potrebbe accadere e accade ciò che riportavano Merciai e Cannella (2009) citando Pulver (2003) sulle neuroscienze: “Ho letto con entusiasmo e molta passione l'ondata recente di lavori sui progressi delle neuroscienze... piano piano sono arrivato a rendermi conto che questo sentimento nasceva dal fatto che queste presentazioni, per affascinanti che fossero, mi sembravano avere una rilevanza minima – posto che comunque ne avessero – sulla mia pratica clinica quotidiana”. Dunque diagnosi irrilevanti, distorte, ideologiche o matematiche, oppure rimandi troppo lontani dalla realtà quotidiana a risonanze magnetiche e simili, nuove forme del riduttivismo. Al terapeuta contemporaneo non resterebbe che rifugiarsi nella filosofia (o nella sociologia) per relativizzare qualsiasi elemento diagnostico, implicitamente negandone la possibilità autentica e il significato e seguire le proprie capacità di narratore, costruendo ogni giorno nuove strade possibili insieme alle persone incontrate nei nostri studi. Fortunatamente il nostro lavoro quotidiano è più artigianale che speculativo o laboratoristico e quindi ci costringe a mantenere comunque sia l'attitudine all'approccio idiografico, sia a quello nomotetico. Ragionevolmente continueremo a dialogare nei luoghi appunto delle botteghe usando termini che ci indicano delle possibilità e dei vincoli, quindi usando ancora termini e fenomenologie magari con più attenzione e meno presunzione, consapevoli e tolleranti degli errori nostri e altrui, e magari usando, ove possibile, le ricerche sulla regolazione emotiva, o sulle forme di memoria. È probabilmente la strada da percorrere, basandosi innanzitutto sulla capacità di esporsi alle critiche e alle rivisitazioni fornendo parametri accessibili e da tutti condivisibili e comprensibili. In altri termini se il tempo della psicomетria e delle neuroscienze va 'contenuto', anche il tempo dell'aneddotica è ormai da usare solo con estrema cautela, lasciando il posto alla necessità di fornire alla comunità dei clinici strumenti e concetti chiari, verrebbe quasi da dire 'falsificabili'. Il momento attuale pare dunque rendere più necessario che mai un buon ragionamento diagnostico, proprio per le diverse consapevolezze maturate e per evitare di fare diagnosi implicite e personali, presenti in qualsiasi interazione. Po-

tremmo da qui partire per dire cosa non dovrebbe essere un processo diagnostico: non è un insieme di sintomi anche se spesso contiene dei sintomi; non è unicamente costruito dalla relazione, anche se è spesso condiviso e contiene nuovi punti di vista che nascono nella relazione; non è esito di operazioni fattoriali, anche se non deve disdegnare la possibile presenza di solidità empirica; deve confrontarsi con il cambiamento nel tempo, anche se deve riferirsi ad alcuni aspetti ricorsivi più costanti di altri; dovrebbe comprendere anche il senso per il soggetto (Barron, 1998) anche se non può esaurirsi nel senso del soggetto; deve essere almeno a qualche livello, comunicabile e interfacciarsi con i nostri sistemi sociali, pena l'irrelevanza o la autoreferenzialità; non ha a che fare direttamente con il cervello ma con la mente che di tale cervello è prodotto... Dove cercare tali sentieri? In diverse aree fra cui ricorderò brevemente quello della personalità, poiché la malattia avviene in una persona e abita le consuetudini e le distorsioni di tale soggetto o può essere la distorsione in sé, quando accentuata. Fu la grande intuizione degli studi sul carattere e rinnovò profondamente una psicoanalisi altrimenti depauperata nel suo occuparsi del sintomatico. Come questo possa coinvolgere la psicopatologia tradizionale oggi giorno è da vedere, ma male ha fatto il DSM-5 ad abbandonare l'articolazione in assi diversi; se è vero che l'eredità schneideriana e tipologica, unita alla logica categoriale e descrittiva, aveva forse impoverito la portata del ragionamento sulla personalità nel suo specifico, è altrettanto vero che inserire le patologie della personalità come una fra le tante tematiche possibili nella sezione I ne sminuisce il ruolo di scenario dove accadono e vengono elaborate le vicissitudini altre, fra cui anche le malattie e – forse – anche i disagi psicopatologici più tradizionali. È, a mio parere, una delle idee più feconde contenute nel modello di Kernberg e appare molto diffusa, visto che è ripresa dal PDM-II, dai lavori della Mc Williams antecedenti a quest'ultimo, dallo stesso DSM-5 nella III sezione e non è così lontana dai teorici alla base dell'OPD e financo a quelli legati alla psicologia dei tratti; è possibile – per i cultori del tema- trovarne verifiche empiriche nei lavori di Sharp (2015), del gruppo di Clarkin (2014) e di altri. “Se vogliamo comprendere i sintomi, dobbiamo conoscere qualcosa della persona che li ospita” (Westen *et al.*, 2009).

In tal senso è possibile che la ricerca sulla diagnosi vada nella direzione di suggerire che i disagi mentali non sono tutti uguali e che alcuni necessitano di grande attenzione idiografica mentre altri nomotetica, il tutto nel grande rispetto per il soggetto e per le narrazioni relative alla sofferenza individuale che, come tale, ha un linguaggio e una narrazione specifica. Secondariamente è altrettanto possibile che il ragionamento sul versante personologico debba seguire strade diverse rispetto a quello più tradizionalmente psicopatologiche, ad esempio appoggiandosi all'idea

della acquisizione di rappresentazioni interne che possono divenire rigide e anacronistiche, interferendo con lo sviluppo di nuove linee adattative e creative; anche temi temperamentalmente potrebbero naturalmente contribuire a tali distorsioni poi eventualmente confermate da aspetti contestuali. Una riedizione della antica attenzione al biopsicosociale, rinforzata da specificità più puntuali nelle varie declinazioni. La lista non è breve: si va dai ‘modelli operativi interni’ di Bowlby alle convinzioni patologiche della *control master theory* di Weiss e Sampson degli anni '90 e alle distorsioni delle teorizzazioni di Fonagy e alle diadi Sé-oggetto di Kernberg. Queste teorizzazioni portano in sé il germe di un orientamento diagnostico da un lato (soprattutto in Kernberg ma anche in Fonagy) ma anche superano il problema degli schemi cognitivi tradizionali tentando di fornire anche una spiegazione verso la difficoltà nell’abbandonare tali schemi (vedi la classica ‘resistenza di identità’ sottolineata da Erikson). Non mi stupirei se nei prossimi vent’anni il disturbo bipolare si avvicinasse sempre più a una patologia biologica in senso tradizionale (come hanno fatto ADHD e spettro autistico) mentre mi stupirei e molto se stessa sorte avesse il disturbo narcisistico (qualunque cosa esso sia, peraltro, ed è tema che diverrà sempre più dibattuto). In questo testo di Rugi le peripezie storiche e teoriche sottese ad alcune delle vicende richiamate sono trattate con grande attenzione e precisione e restituiscono in modo a me pare efficace l’attuale contesto fra clinica e diagnosi, aiutando il lettore a ripercorrere vicende che hanno ridefinito e stanno ridefinendo l’identità profonda del nostro modo di lavorare. Il mantenere una attitudine curiosa a ciò che accade aiuterà tutti a vivere questi mutamenti nel modo migliore possibile.

## Riferimenti bibliografici

- Barron J.W., Lingiardi V. (2005), “Introduzione all’edizione italiana”, in Barron J.W. (Ed.), *Dare un senso alla diagnosi*, Cortina, Milano.
- Deridda J. (1996), *Essere giusti con Freud*, Cortina, Milano.
- Jervis G. (1991), *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano.
- Madeddu F. (2012), “La diagnosi psicodinamica: un’introduzione”, in Madeddu F., Preti E. (Eds.), *La diagnosi strutturale di personalità secondo il modello di Kernberg*, Cortina, Milano.
- Merciai S.A., Cannella B. (2009), *La psicoanalisi nelle terre di confine*, Cortina, Milano.
- Sharp C. et al. (2015), “The structure of personality pathology: Both general (‘g’) and specific (‘s’) factors?”, *Journal of Abnormal Psychology*, May, 124(2): 387-98.
- Westen D. et al. (2009), “Ritorno al futuro: la struttura di personalità come contesto per la psicopatologia”, in Dazzi N., Lingiardi V., Gazzillo F. (Eds.), *La diagnosi in psicologia clinica*, Cortina, Milano.



## *Introduzione*

### *Le mappe del sapere: tenere la rotta, tra modelli e singolarità*

#### **Mappe e ircocervi**

Che cosa facciamo, realmente, quando facciamo diagnosi di disturbo mentale? Che tipo di conoscenza otteniamo? È la stessa che si ha con una diagnosi di malattia medica? E cosa intendiamo per disturbo mentale? Un costrutto convenzionale, qualcosa di fattuale o entrambi? In altre parole che cosa sono la diagnosi e il suo oggetto nel caso della patologia mentale?

Queste domande, certamente familiari a psichiatri e psicologi, rischiano troppo spesso di rimanere sullo sfondo, come se non riguardassero direttamente il clinico nella sua prassi terapeutica, quanto piuttosto gli epistemologi e i filosofi della psichiatria. In realtà il nostro modo di operare nella clinica è fortemente influenzato dalla posizione consapevole e/o inconsapevole che adottiamo nei confronti dei concetti di diagnosi e di disturbo mentale. Nella prassi, tuttavia, difficilmente emerge una reale consapevolezza dei limiti della nostra conoscenza diagnostica (epistemologia), e forse ancora meno della natura di ciò che chiamiamo disturbo mentale (ontologia). Molti operatori psichiatrici si comportano come se per fare diagnosi sia davvero sufficiente mettere insieme un dato numero di criteri diagnostici e si mostrano convinti che a tale procedimento corrisponda una conoscenza effettiva del disturbo mentale in oggetto. Altri invece appaiono del tutto scettici sulle tassonomie ufficiali e adottano un “miscuglio di convincimenti personali, abitudini locali e diagnostica standardizzata” (Saraceno, 1996), che va ad alimentare il ben noto fenomeno dello scollamento tra teoria e pratica. Un fenomeno che non rappresenta solo il portato di una cattiva prassi psichiatrica, risolvibile con una maggiore adesione ai modelli, ma che implica una reale lacerazione tra il sapere scientifico dei modelli astratti e la conoscenza sempre singolarizzante dei problemi del paziente reale. In pratica nella clinica si assiste ad una divaricazione tra una psichiatria che parla il linguaggio forte della verità, quello oggettivan-

te medico-scientifico, e una nebulosa di orientamenti psicodinamici dagli statuti incerti, che i conflitti interni rendono ancora meno autorevoli. Tutto questo si traduce in una specie di guerra di religione, in cui lo scontro di ideologie sostituisce il confronto di teorie diverse. Prive di un vero dialogo, psichiatria e psicologia clinica, si ritrovano spesso su fronti opposti, con una inevitabile reciproca svalutazione, che conduce alla perdita di sinergie e inaridisce uno straordinario potenziale di crescita. Da un lato una pratica psichiatrica, che medicalizzando ogni disagio mentale tende di fatto ad una sistematica anestesia farmacologica della sofferenza; dall'altro una pratica psicodinamica, che nello sforzo di attenzione per i fattori soggettivi e l'unicità di ogni paziente, rischia di favorire procedure artificiali, e perfino inattendibili e fantasiose.

Naturalmente questa situazione non deve sorprenderci. Bisogna ammettere che poche parole contengono un'intera "mitologia" come il termine "diagnosi", e ancora di più i termini "malattia" o "disturbo", che quando uniti a "mentale", sembrano diventare strani e misteriosi ircocervi, appartenenti più al mondo del fantastico e dell'immaginario che della medicina. La penombra di associazioni che accompagna questi termini, affonda nell'intera storia del mito, della filosofia, della medicina e del senso comune, ove in genere assume le caratteristiche del pregiudizio. Per questo ogni diagnosi psichiatrica evoca quasi invariabilmente associazioni negative che vanno ben al di là del suo significato specifico, e contemporaneamente riesce a cogliere ben poco della realtà profonda del paziente e dei suoi problemi. Parafrasando Korzybski (1933), possiamo dire che la diagnosi psichiatrica è come una mappa, che *non* è il territorio, ma che contemporaneamente è *meno* e *più* del territorio. Essa infatti *manca* di cogliere la singolarità del paziente, la sua essenza, ma al tempo stesso contiene qualcosa in più che appartiene alle nostre paure, pregiudizi, ignoranza. Qualunque posizione nei confronti della diagnosi dei disturbi mentali deve quindi tener conto di questa penombra di associazioni, che rischia di etichettare, potremmo dire diagnosticare, immediatamente la diagnosi psichiatrica come *stigma*. Questo significa che dobbiamo rinunciare al concetto generale di categoria e quindi di disturbo mentale? Abolire le classificazioni dei cosiddetti disturbi mentali? Dobbiamo tenere presente che la tendenza a categorizzare è un atto di base del pensiero che presiede ad ogni forma di organizzazione del sapere e che di fatto il concetto di disturbo mentale gode della resistenza della nostra ignoranza. In altre parole esso è anche il risultato della sedimentazione del nostro sapere e la cifra delle nostre capacità di orientarsi e costruire categorie a partire dal caos della vita di cui la psicopatologia non è altro che una serie di invarianti.

E tuttavia dopo decenni di entusiasmo classificatorio, in cui la psichiatria nord-americana ha imposto una seria ipoteca sul modello scientifico



dei disturbi mentali, sembra tornare tutto in discussione. Il dominio dei DSM, iniziato nel 1980, quando il DSM-III inaugura l'orientamento descrittivo e ateoretico, appare entrato in una crisi profonda, contestato dall'interno e dall'esterno. Questo orientamento, centrato sul sintomo, e tendente a identificare disturbi mentali discreti, secondo un criterio di presenza/assenza, ha informato e formato generazioni di psichiatri, dettato legge nei tribunali, condizionato il nostro modo di pensare la malattia mentale. Di fatto per alcuni decenni il paradigma dominante dei DSM ha formato i giovani professionisti su tassonomie ordinate e coerenti *come se* esprimessero una realtà psicopatologica indiscutibile, tutt'al più in attesa di qualche doveroso aggiustamento, come è d'uso in ogni *work in progress*, che però marcia nella buona direzione. Questo modello e i suoi stessi principi classificatori appaiono però oggi in affanno, e il DSM-5 ha visto la luce nel clamore di inusuali polemiche, tanto che molti cominciano a domandarsi perché continuare a produrre classificazioni di disturbi mentali se non abbiamo solide basi su cui costruirle (Maj, 2012). Alla base di questa confusione regna, incontrastata, una concezione eterogena e confusa del concetto di disturbo mentale, ancora ben lontano da una definizione coerente e comunemente accettata. Lo stesso Allen Frances (2013), che ha guidato la task force per il DSM-IV, si è mostrato molto critico nei confronti del DSM-5, e sostiene che in realtà nessuna definizione di disturbo mentale ha "il benché minimo valore". Frances (2013) sostiene che la *sofferenza* e la *disabilità* sono gli unici elementi che i vari concetti di disturbo mentale hanno in comune, un'idea che tuttavia si rivela più fragile di quanto non sembri. Se ogni condizione di sofferenza richiede una certa attenzione, certamente non tutta la sofferenza corrisponde ad un disturbo mentale. La sofferenza mentale è talmente pervasiva da essere una costante della condizione umana e inoltre è poco attendibile per orientarci nella psicopatologia, perché "l'intensità del soffrire non sempre è proporzionata alla gravità del disturbo" (Bion, 1963, p. 78). La disabilità può invece essere il risultato di fattori molto eterogenei e non sempre gli stessi fattori conducono allo stesso grado di disabilità. Sofferenza e disabilità sono quindi condizioni che non necessariamente corrispondono ad una patologia mentale, o ad un cosiddetto disturbo mentale. Del resto non tutti i disturbi mentali creano sofferenza, almeno a chi ne è affetto. Lo stesso può dirsi per la disabilità, in quanto non sempre il disturbo mentale conduce a disabilità e molte persone con veri disturbi mentali risultano tristemente efficienti ed efficaci nella loro perversa capacità operativa.

Gli attacchi più pesanti e decisivi, curiosamente, sono arrivati però dal *National Institute of Mentale Health* (NIMH), il più prestigioso Istituto Biologico degli Stati Uniti, che non ha esitato a indicare nello strapotere dei DSM, un vero "freno" per lo studio dell'eziologia e il trattamento dei

disturbi mentali, a causa della loro tendenza a reificare le categorie diagnostiche e per la loro incapacità di includere le più recenti conquiste delle neuroscienze (Miller, 2010). L'idea che comincia a farsi strada è che il problema non sia più quello di una costante e progressiva ridefinizione dei disturbi mentali, ma che anomalie come l'eccessiva comorbidità, l'eterogeneità interna delle varie categorie, la mancanza di specificità prognostica e terapeutica, la mancanza di validità dei costrutti, abbiano definitivamente messo in crisi il concetto stesso di disturbo mentale, trascinando nella sua caduta l'intero paradigma che su di esso si fondava. E tuttavia, piuttosto che ipotizzare la fine della nosografia, come alcuni vanno affermando, la vera necessità sembra essere quella di un ripensamento epistemologico radicale del processo diagnostico, un ripensamento che possa condurre ad un uso più consapevole e meno dogmatico degli attuali strumenti diagnostici, con la conseguente rinuncia a quelle false certezze che hanno condizionato e condizionano pesantemente il nostro operare clinico. Molti in effetti sembrano in attesa di un nuovo paradigma per la psichiatria, un paradigma che ancora non conosciamo, ma che naturalmente dovrebbe essere "dimensionale" e in grado di integrare le straordinarie scoperte delle neuroscienze. In attesa di queste meraviglie il DSM-5 stenta ad affermarsi e il DSM-IV-TR e l'ICD-10 hanno ancora i loro momenti di gloria, mentre l'ICD-11 è in costruzione, senza grandi variazioni, a quanto pare, per quanto riguarda il concetto di disturbo mentale. Le varie tassonomie psichiatriche ufficiali – DSM-5 e ICD-10 – continuano quindi a mantenere la loro struttura centrata su set di criteri diagnostici, e quindi nella loro tendenza a classificare come disturbi le più svariate anomalie comportamentali, con il rischio di reificare delle entità sindromiche sulla cui natura sappiamo ancora troppo poco, e soprattutto con il rischio di generare un senso di incertezza profondo sulla legittimità stessa di creare delle classificazioni dei disturbi mentali perché non vi è alcun accordo su cosa sia un disturbo mentale, e soprattutto su cosa renda "mentale" un disturbo.

La tendenza a ridurre ogni comportamento deviante ad uno specifico disturbo mentale non è però priva di rischi in quanto implica una medicalizzazione di molti comportamenti umani, che non sono necessariamente dei disturbi, e di fatto trasforma il processo diagnostico in una procedura di controllo e di disciplinamento. Distinguere un disturbo mentale da una sofferenza o una disabilità generiche è quindi importante, ma questa distinzione implica un'idea dei limiti, della natura e del significato ontologico ed epistemologico di cosa intendiamo per diagnosi di disturbo mentale. In altre parole è necessario avere una teoria del disturbo mentale, che ci permetta non solo di distinguere un disturbo da un altro, e un disturbo dalla normalità, ma anche di dire perché un dato pattern sindromico è un disturbo e perché quel dato disturbo possa essere caratterizzato come *men-*

*tale*. Problemi complessi a cui i filosofi della psichiatria e alcuni psichiatri hanno cercato negli ultimi anni di dare qualche risposta, ma che sembrano piuttosto trascurati nella cultura di base degli operatori del mentale. Dobbiamo inoltre tenere presente che nella prassi clinica vi sono situazioni relazionali che richiedono interventi specialistici complessi, ma che difficilmente possono essere ricondotte a definiti disturbi mentali. L'enormità dei problemi in gioco, a partire dal problema mente-corpo e la complessità del soggetto in relazione, è del tutto evidente, ma non sarà certo una cattiva epistemologia a far convivere virtuosamente la tendenza alla oggettivazione e quella alla soggettivazione. Nella prassi clinica troppo spesso la diagnosi categoriale viene concepita come una prevalente competenza dello psichiatra, al quale spetta il compito di prescrivere farmaci, mentre allo psicologo clinico viene delegato o piuttosto relegato il compito di fare una valutazione psicodinamica o psicometrica e talvolta di prendersi cura della persona. Due figure diverse, due momenti diversi, due approcci diversi, ma il paziente è lo stesso e solo una buona visione d'insieme potrà garantire una virtuosa integrazione e una sinergia degli approcci.

### **Tante diagnosi o vari livelli di diagnosi?**

Ci si meraviglia davvero troppo poco che esistano diagnosi psichiatriche categoriali, dimensionali, diagnosi psicologico-cliniche, strutturali, cognitive, sistemiche, psicodinamiche, miste... Una frammentazione di approcci che in genere viene accettata come il frutto di una inevitabile pluralità teorica, ma difficilmente se ne indaga il significato, ancora meno la possibilità di un dialogo. Il tipo di diagnosi che un paziente riceve dipende in realtà più dall'approccio terapeutico dello specialista e dalla sua teoria implicita o esplicita, che dalla effettiva situazione clinica e ancor meno dai bisogni del paziente. In fondo la possibilità di avere degli approcci clinici differenti offre la sensazione (illusione) di una maggiore libertà, che finisce con il compensare l'eventuale disorientamento. Vari autori, tra cui Paolo Migone (2013), sostengono che la pluralità dei metodi diagnostici di fatto è un bene, perché con un solo metodo, si fermerebbe il processo di conoscenza e ci illuderemmo di conoscere la realtà, che resta invece inconoscibile. Migone si muove sulla scia dell'epistemologo Agazzi, il quale sostiene che ogni metodo diagnostico produce un diverso "oggetto scientifico", che può trasformare il paziente "in un 'fascio' di *oggetti scientifici* potenzialmente infiniti" (*ibidem*, p. 96). Naturalmente vi sono solidi presupposti per affermare che ogni metodo produce un proprio oggetto scientifico e che la realtà è inaccessibile nella sua interezza, ma un fascio potenzialmente infinito di oggetti scientifici, difficilmente rappresenta nella prassi diagnostica una vera ricchezza, esso indica piuttosto la cifra della nostra ignoranza e la confusione che regna sotto il cielo.

Il risultato è che la grande maggioranza della sofferenza mentale viene dispersa in una nebulosa di approcci che vanno dal supporto farmacologico del medico di famiglia ai più variegati e improbabili approcci psicologici e comportamentali. Naturalmente questo crea confusione e le soluzioni adottate non sempre risultano quelle più idonee, così che spesso vengono trattate farmacologicamente situazioni che richiederebbero un approccio psicologico o viceversa. Ancora meno sono le valutazioni diagnostiche in grado di prevedere e di proporre una integrazione razionale e condivisa di vari tipi di approcci. Il problema che si apre è allora capire se e come i vari tipi di diagnosi possano dialogare tra loro, se esistano o perfino se siano utili dei codici di traduzione tra i vari tipi di mappatura del paziente e della sua situazione clinica. In altre parole possiamo davvero mettere insieme i vari tipi di diagnosi e che senso ha mettere insieme una diagnosi categoriale, con una valutazione psicodinamica, sistemica e cognitiva del paziente? Le ricerche in tal senso in realtà sono piuttosto deludenti, e vari autori considerano ingenua la possibilità stessa di riuscire a costruire una unità psico-somatica senza discontinuità a partire da informazioni somatiche, psichiche e sociali (OPD, 2001, p. 11). Esistono tuttavia dei metodi che rappresentano dei tentativi interessanti di unire il modello nosografico-descrittivo dei DSM con quello interpretativo-esplicativo. Lo stesso modello OPD, nella versione 2 (2009), ne rappresenta un esempio significativo, in quanto presenta quattro assi, che mirano a cogliere gli elementi psicodinamici e intrapsichici più adeguati ad una indicazione di un piano terapeutico personalizzato, e insieme un quinto asse che integra le classificazioni DSM e ICD. Questa via integrativa, che nasce in Germania negli anni 90 e mira ad una diagnosi psicodinamica a partire da costrutti psicoanalitici e cognitivi operazionalizzati, è sicuramente un tentativo importante di produrre una diagnosi attendibile e in grado di cogliere gli aspetti personali utili a formulare un piano terapeutico adeguato per *quel* paziente in *quel* momento. Questo metodo tuttavia richiede una formazione specifica adeguata che non è facilmente atualizzabile nei servizi psichiatrici. Dobbiamo quindi domandarci se un metodo integrativo complesso, sia realmente utilizzabile in un servizio psichiatrico, o se sia più utile pensare ad una diagnosi come processo conoscitivo a più livelli, che nella loro successione e nel loro insieme cercano di cogliere la complessità della realtà, che pur inattuabile, può sempre essere delineata secondo prospettive operative differenziate per i vari scopi della diagnosi. In altre parole occorre tenere presenti le reali condizioni di lavoro dei clinici nei servizi psichiatrici, e prendere atto che esiste una notevole divaricazione tra le condizioni di ricerca e quelle della prassi quotidiana.

Dobbiamo quindi rassegnarci all'idea di classificazioni tautologiche e autoriferite e dare per scontato che ogni metodo diagnostico produca dei

risultati diversi e incommensurabili tra loro? Oppure è più utile pensare la diagnosi come una conoscenza *specific*a e *relativa*, che assolve varie funzioni nei vari momenti del percorso, secondo punti di vista e livelli operativi diversi, e non secondo modelli teorici che tendono ad escludersi reciprocamente. I vari punti di vista possono sempre essere messi a confronto, per far emergere somiglianze, invarianti, differenze, al fine di costruire una prospettiva globale e coerente che riteniamo utile per i vari scopi della diagnosi. Se invece costruiamo “oggetti scientifici”, dotati di un loro statuto autonomo, questi finiranno inevitabilmente con l’assumere il carattere di oggetti “chiusi”, che perdono ogni capacità di dialogare tra loro, mancando lo scopo essenziale di costruire delle ipotesi in grado di “pescare” nella realtà del paziente e di darci almeno una immagine operativa della sua complessità.

### **Diagnosi come conoscenza relativa e specifica**

Che la conoscenza sia relativa e la realtà inattingibile non può naturalmente sorprenderci, e come osserva Piattelli Palmarini (1984, p. 29) è impossibile eludere il relativismo “quando si fa antropologia e quando si apre al rapporto con la nevrosi e la psicosi”. E tuttavia dobbiamo domandarci se la conoscenza diagnostica più che al relativismo metafisico, come negazione di ogni verità o della verità come compresenza di verità relative e alternative, non debba piuttosto tendere al concetto di relativismo come categoria della relazione. La filosofia della scienza ha del resto abbandonato da tempo ogni pretesa di assolutismo e considera l’assenza di fondamenti la condizione naturale di ogni conoscenza. Perfino i concetti di genere naturale (*natural kind*) e di riferimento (*reference*) appaiono oggi più sfumati, tendendo a dissolversi in problemi di coerenza interna, di livelli di realtà... Riconoscere la natura convenzionale e costruttivista dei disturbi mentali non implica di per sé la necessità di abbandonare il concetto categoriale di disturbo, ma sposta il problema sulla comprensione *di quanto* le attuali definizioni di disturbo mentale “pescano” nella realtà effettiva o fattuale dei nostri pazienti, proprio come i filosofi della scienza si pongono il problema di come o quanto il linguaggio (o la percezione) “pescano” (*hook*) nel mondo (Putnam, 1994). La vera questione non quindi è quella di rifiutare l’approccio categoriale di per sé, ma di *riconoscere i limiti del modello oggettuale* con cui vengono costruite le categorie diagnostiche. In altre parole solo una giusta conoscenza delle procedure operative con cui costruiamo i nostri oggetti della conoscenza, le loro finalità e i loro limiti, può aiutarci ad utilizzare in modo corretto le diagnosi categoriali. La cosiddetta reificazione della diagnosi, prima ancora che il destino inevitabile di ogni oggetto di conoscenza, è infatti il prezzo della mancanza di una corretta cono-