

La Diagnosi in Psichiatria

Nicola Lalli © (1991-1999) su web ©2005

La diagnosi in psichiatria è un processo complesso ed articolato che richiede una conoscenza ben precisa della teoria, della clinica e della metodologia: comunque è un atto dovuto e necessario ogni qual volta si intraprende un processo terapeutico. La diagnosi è possibile solo sulla base di una precisa nosologia che non solo è fondata su di una teoria psicologica e psicopatologica – che in questo caso è la teoria psicodinamica – ma anche dal momento che viene fornito un metodo operativo.

Pertanto in questo lavoro affronterò i seguenti punti:

- Considerazioni generali e metodologia della nosografia con riferimenti alla storia ed all'evoluzione della nosografia in medicina ed in psichiatria.
- I modelli teorici psicopatologici più significativi e le relative nosologie (in collaborazione con A.Manzi)
- Il concetto di salute, normalità e malattia in psichiatria (in collaborazione con A.Manzi)
- La diagnosi psicodinamica, la cui completa esposizione rappresenta il punto centrale di questo lavoro.
- Alla fine, sotto la voce appendice, saranno riportati alcuni argomenti approfonditi per non appesantire ulteriormente il filo del discorso.

Qui termina la prima parte cui seguirà una seconda parte con le applicazioni di questo modello alle varie sindromi e con alcune considerazioni epistemologiche sul concetto e sulla funzione di diagnosi.

La classificazione è un'operazione necessaria e fondamentale per ogni disciplina, perché rende comprensibili dati e fenomeni che altrimenti sarebbero caotici ed incomprensibili.

Non a caso la classificazione kraepeliniana, per quanto parziale, perché fondata unicamente sul decorso, ha segnato comunque l'inizio e la nascita della Psichiatria, come disciplina autonoma.

L'aspirazione di ogni disciplina è quella di poter disporre di una classificazione quanto più naturale e quindi più attinente all'essenza dei fenomeni: una sorta di tavola di Mendeleev. Ma questo è

impossibile per la Psichiatria, perché sono implicati non solo fenomeni biologici e naturali, che hanno come caratteristica la ripetitività, ma soprattutto sono implicati fenomeni psichici e storici, che ripetitivi non sono.

Pertanto bisognerà accettare che ogni sforzo nosografico in Psichiatria mostrerà sempre uno scarto, una impossibilità di raccogliere tutti i dati psicopatologici ed ordinarli con coerenza. Questo non vuol dire però rinunciare al progetto e accontentarsi di una semplice descrizione dei fenomeni, come fa il DSM-IV.

Ritengo invece che una nosografia psichiatrica possa avere la pretesa di ordinare i dati secondo un modello teorico di riferimento che costituisca una sorta di reticolo, all'interno del quale sistemare i vari fenomeni psicopatologici.

1) Considerazioni generali

Per dare ordine ad una serie di eventi e di fenomeni che altrimenti rimarrebbero frammentari e spesso incomprensibili è necessario fare, come primo momento conoscitivo, una classificazione che comporta un'utilità sia teorica che pratica. Sul piano teorico serve a collegare vari sintomi tra di loro e cercare eventuali cause dei sintomi stessi; sul piano pratico serve fondamentalmente per la diagnosi, che esprime la possibilità di conoscenza e di codificazione e quindi la possibilità di proporre una terapia ed una prognosi. Una classificazione è tanto più valida quanto più rispecchia un ordine ed una sequenza naturale che sia immanente ai fenomeni che si classificano.

Ma non sempre questo è possibile. Pertanto si hanno due tipi di classificazione: una *naturale* e l'altra *artificiale o convenzionale*. La classificazione *artificiale* si identifica con la nomenclatura, ovvero sia l'ordinamento avviene mediante numeri di codice. Si tratta quindi di una soluzione di comodo: attribuiamo ai vari fenomeni denominazioni o numeri diversi, con il preciso scopo di rendere più rapida ed economica la ricerca e la comunicazione; tra codice e fenomeno non esiste alcuna correlazione, perché si tratta di una pura convenzione.

La classificazione *naturale* tende invece a riprodurre quell'ordine e quella serialità che è insita nei fenomeni stessi. L'esempio più conosciuto è la tavola periodica di Mendeleev, ove gli elementi naturali sono ordinati secondo il loro peso atomico: il valore euristico di questa classificazione è stato

evidenziato dal fatto che alcune caselle rimaste vuote, al tempo della compilazione, sono state successivamente riempite dalla scoperta di quegli elementi che, essendo facilmente degradabili, erano difficilmente reperibili allo stato naturale, ma la cui esistenza era stata prevista proprio dalla classificazione di Mendeleev.

Certamente l'aspirazione di ogni classificazione sarebbe di avvicinarsi al modello naturale. Ma questo non sempre è possibile, soprattutto nel campo umano, per la complessità dei fenomeni che non si presentano con quella linearità e periodicità, come è tipico del mondo naturale. Inoltre, soprattutto quando classifichiamo delle patologie, dobbiamo tener presente non solo che queste possono essere determinate da cause diverse, ma anche che una diversa interazione tra le cause, può indurre fenomeni diversi.

Ora dobbiamo chiederci quali sono le possibilità e quali le difficoltà di proporre una classificazione dei disturbi psichiatrici.

Metodologia della classificazione

Il primo punto da stabilire è che cosa tendiamo a classificare.

A volte classifichiamo le malattie; a volte le variazioni del comportamento o le persone con le loro variabilità caratteriali; a volte gli epifenomeni di variazioni biologiche. A questa complessità che attiene allo specifico psichiatrico si aggiunge una difficoltà che attiene all'osservatore. Questa difficoltà nasce dal fatto che l'oggetto di osservazione non solo non è immobile, ma varia anche secondo l'ottica con la quale viene osservato. Cosa che può essere evidenziata con l'esempio del bosco e dell'albero.

Se noi osserviamo un bosco ad una *certa distanza*, vediamo un insieme di alberi che si strutturano con una gestalt ben precisa: sappiamo che il bosco è formato di alberi, ma di questi ci sfugge la precisa connotazione. *Se ci avviciniamo*, ed anzi entriamo nel bosco, le cose cambiano: possiamo esaminare per bene i singoli alberi, ma perdiamo di vista il bosco. Ed il problema si ripropone quando osserviamo l'albero ad una certa distanza, o quando ci avviciniamo per studiarne le particolarità delle foglie e dei fiori. Senza voler portare questa situazione all'infinito, è evidente in altri termini che la nostra osservazione, e quindi anche i dati che costituiscono la classificazione, variano in misura *della vicinanza o della lontananza dall'oggetto*. È chiaro quindi che il soggetto portatore dei sintomi può

mostrare aspetti diversi a seconda della distanza dell'osservatore: in questo caso dobbiamo intendere il termine distanza non in termini fisici, ma psichici. Infatti vediamo sicuramente cose diverse, nello stesso paziente, a seconda che l'approccio è esclusivamente oggettivante-nosografico, o se invece stabiliamo un rapporto psicoterapico. Questo non vuol dire che è impossibile fare una classificazione: vuol dire che bisogna tener presenti, oltre che la mutevolezza dell'oggetto, anche le modalità di osservazione. E con questo arriviamo alla ben nota problematica del comprendere e dello spiegare. A lungo si è dibattuto se lo psichiatra deve comprendere o spiegare: definendo la prima come la categoria della soggettività e del rapporto interpersonale e la seconda come la categoria della oggettività e della osservazione fredda e scientifica.

Senza voler cadere in facili schematismi, credo che le due possibilità possano essere presenti nello psichiatra e che dipendano anche dalle modalità di rapporto che può diversificarsi a seconda del tipo di patologia. Queste due categorie possono essere meglio esplicitate attraverso le due domande fondamentali che si pone l'osservatore: "*chi sono io per il paziente*" o "*che cosa ha il paziente*", che implicano modalità di rapporto diverse, che sono legate spesso a situazioni cliniche diverse. (Vedi capitolo: "Rapporto medico-paziente" in "*Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*", N.Lalli 1999). Ma evidentemente se i fenomeni possono presentarsi con aspetti diversi, questo non vuol dire che quei fenomeni sono completamente diversi. L'albero visto nel contesto del bosco e quello visto da vicino, hanno, pur nella diversità, molte più cose in comune di quanto a prima vista non sembrerebbe. Una conoscenza più completa ci deriva dall'osservare l'albero, mantenendo il bosco come immagine di sfondo, o viceversa.

In campo clinico la modalità di osservazione può essere condizionata da una diversa impostazione teorica e da una diversa distanza rispetto all'oggetto. Ma anche in questi casi prevale alla fine il primato della realtà clinica sulla teoria, come si evince dal fatto che clinici, pur con orientamenti diversi, di fronte ad uno stesso paziente, magari con concetti o parole diverse, esprimono spesso un uguale parere clinico e diagnostico. Quindi nonostante la variabilità del fenomeno, in parte dovuta al fenomeno stesso, in parte ad impostazioni teoriche diverse, rimane il primato della realtà clinica, che rende possibile una classificazione dei disturbi psichiatrici, anche accettando che per il momento che non tutti i disturbi psicopatologici possono essere in- quadrati con sicurezza e con coerenza. Ma questo non è un problema,

perché a meno che non si prendano come punto di riferimento le scienze naturali, è evidente che nelle scienze umane c'è sempre uno *scarto*. Comunque un dato che ci conferma, nonostante le difficoltà, la possibilità di una osservazione e quindi di una classificazione è che l'oggetto dell'osservazione spesso tende a permanere abbastanza stabile nel tempo: le manifestazioni di una depressione maggiore, descritta ben 3000 anni fa, potrebbero essere direttamente trasferite in un moderno Manuale di Psichiatria.

Prima di evidenziare quali sono le basi metodologiche per costruire una nosografia psichiatrica, mi sembra utile osservare cosa è successo in Medicina. Anche se la metodologia medica non è direttamente estrapolabile, ma l'iter metodologico può essere un utile punto di riferimento.

Nosografia delle malattie somatiche

La classificazione, su base metodologicamente corretta, inizia intorno alla metà del XVIII secolo, quando il Morgagni, nel 1761, pubblicò la sua opera più famosa *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, che già dal titolo enunciava un principio basilare per la costruzione di una nosografia in medicina. Ovverosia la "fisionomia" di un morbo si delinea attraverso due parametri: *la sede e la natura*. Il poter stabilire la sede anatomica del disturbo ha permesso di unificare sintomi che precedentemente erano ritenuti appartenere a sindromi totalmente diverse. Questo criterio oltre che dare un principio ordinatore alle varie malattie ha favorito lo studio delle cause (natura), ovverosia l'eziologia. La possibilità di definire la sede e la natura è stato il metodo che ha permesso alla medicina di uscire da una fase di puro conglomerato di sintomi e costruire una nosologia ed una nosografia ben definita.

Per *nosografia* si deve intendere una classificazione razionale delle varie malattie. È evidente che quanto più noi conosciamo circa un quadro morboso, tanto più possiamo attuare una nosografia corretta e completa che si avvicina ad una classificazione naturale. Ma dobbiamo distinguere la sindrome dalla malattia. Per *malattia* intendiamo un processo fisiopatologico caratterizzato da una eziologia nota, da una patogenesi accertata, da un quadro anatomico definito qualunque sia il quadro sintomatico. È evidente che il quadro sintomatico tende a mantenersi costante come l'eziologia e la patogenesi; ma nel caso che ci fossero variazioni sintomatologiche la malattia continua ad essere definita sulla base della

eziopatogenesi e non della sintomatologia. Noi sappiamo che molti quadri di malattie somatiche sono cambiati: un esempio per tutti è il tifo addominale, che attualmente presenta un quadro molto diverso da quello classico. Ma nonostante la variazione del quadro sintomatologico, è possibile fare la diagnosi, e quindi instaurare una *terapia razionale*, perché conosciamo l'eziologia e la patogenesi. Questo è un dato importante. In effetti la sintomatologia può avere manifestazioni diverse e se non conosciamo bene l'eziologia e la patogenesi potremmo credere di trovarci di fronte ad un sintomo nuovo, od una malattia diversa. Questo può facilmente succedere in Psichiatria, ove la difficoltà di stabilire una precisa eziopatogenesi ha fatto sì che variazioni sintomatologiche siano state considerate come nuove entità patologiche.

Quindi la conoscenza dell'eziologia e della patogenesi fa definire una situazione morbosa come malattia. Per *sindrome*, invece, intendiamo un insieme di sintomi che si ritrovano con una frequenza e costanza che fanno *presupporre* che questo insieme di sintomi non sia casuale, ma significativo e probabilmente derivante da una specifica causa. In Psichiatria ci troviamo di fronte a sindromi più che a malattie, per lo meno se le intendiamo secondo il modello medico.

In Psichiatria infatti non possiamo utilizzare la metodologia medica della sede e della natura. Infatti, se per quest'ultima possiamo avere un numero sufficiente di conoscenze, la sede è difficilmente definibile. Anche quando ci rifacciamo ad un modello topografico della psiche, non è possibile evidenziare una sede. A meno che non facciamo corrispondere la sede con il SNC: ma in questo caso la Psichiatria si trasforma in Neuro-psichiatria che è un falso tentativo di risolvere il problema. Dire che le patologie psichiatriche sono patologia del SNC è come dire praticamente nulla. A parte il fatto che, escluse alcune specifiche malattie ove c'è una sicura correlazione tra disturbi psichiatrici e lesioni del SNC, tale correlazione non è assolutamente estendibile alla maggior parte delle malattie psichiatriche. Inoltre il disturbo psichiatrico si crea e si mantiene sulla base di numerosi fattori, per cui è difficile isolare una sola causa.

E' chiaro quindi che il metodo medico, utilizzato per la nosografia, non è applicabile alla Psichiatria, ma solo per particolari malattie come alcune forme di demenza di cui si conosce l'eziologia, le epilessie, alcuni disturbi secondari su base organica.

Quindi se si utilizza il modello medico, per la definizione di sindrome e di malattia, in Psichiatria dovremmo parlare quasi esclusivamente di sindromi. Se invece si tiene presente un modello teorico del funzionamento psichico (per esempio il modello psicodinamico), molti disturbi psicopatologici potrebbero essere definiti, molto più correttamente, come malattia. Mi riferisco in particolar modo alle psiconevrosi, ove è possibile proporre una eziologia, una patogenesi, un quadro clinico ed una evoluzione ben precisa. Non sempre questo discorso può farsi per altre psicopatologie, come per esempio le psicosi che pertanto più correttamente andrebbero definite *sindromi*.

Storia della nosografia psichiatrica

Mi sembra utile riproporre alcuni passi essenziali riguardanti la storia della psichiatria con particolare riferimento al problema della nosografia: questo breve excursus non ha la pretesa di fare una storia della nosografia psichiatrica, ma solo di segnalare alcuni passaggi significativi.

Il primo tentativo di mettere ordine nella confusa sintomatologia psicopatologica risale alla seconda metà dell'Ottocento. Autori francesi e tedeschi tentano, sull'onda dei successi della medicina, di mutuare da questa la metodologia. Kahlbaum formula l'ipotesi secondo cui esiste una stretta corrispondenza tra eziologia, patologia cerebrale, sintomatologia clinica e decorso: parametri che dovrebbero essere utilizzati per unificare sintomi molto diversi.

Questa operazione che non è mai riuscita, ha comunque pesato a lungo sulla Psichiatria, rimanendo per molti come l'ideale a cui tendere.

Successivamente E. Kraepelin, con spirito molto clinico, utilizza fondamentalmente due parametri: sintomatologia clinica e decorso. Sulla base di questi due criteri egli isola due entità: la demenza precoce e la psicosi maniaco-depressiva. Oltre le notevoli differenze dei quadri clinici, il dato più significativo è l'esito in demenza per la demenza precoce, e la guarigione, per lo meno dell'episodio, per la psicosi maniaco-depressiva. Questa dicotomia kraepeliniana è tuttora operante all'interno della Psichiatria. L'osservazione di Kraepelin è stata resa possibile da tre dati:

- 1) l'enorme numero di pazienti che egli ha potuto osservare;
- 2) la possibilità di ricovero in una situazione istituzionale che rendeva possibile fare catamnesi a lungo termine;

3) l'assenza di qualsiasi ausilio terapeutico che faceva sì che il decorso della sindrome fosse il più "naturale" possibile.

Quindi possiamo dire che l'osservazione di Kraepelin, pur esatta sul piano clinico, era fortemente condizionata dalla particolare condizione di osservazione, forse l'osservazione naturalistica più spinta operata sul malato mentale.

Questo modello di nosografia che possiamo definire come clinico-descrittivo sarà in seguito sviluppato in vario modo fino a giungere al modello neo-kraepeliniano del DSM-IV. Comunque è da sottolineare che i successivi modelli saranno o modificazioni di questo o nasceranno come opposizione a questo modello ritenuto troppo deterministico ed oggettivante.

Per una migliore comprensione del problema della nosografia in psichiatria mi sembra necessario brevemente descrivere questi vari modelli sottolineando in particolar modo l'importanza di queste impostazioni nei confronti delle rispettive nosografie derivate da essi.

2) I modelli teorici

IL MODELLO CLINICO-DESCRITTIVO

K. Jaspers ha saputo cogliere e spiegare quali sono i limiti e i frutti di questa metodologia di studio, indicando in Kahlbaum prima e in Kraepelin, poi gli autori che seppero produrre i contributi più validi. Se è vero che Kraepelin muoveva dall'idea dell'unità morbosa come insieme di quadri che hanno stesse cause, stesse forme psicopatologiche, stesso sviluppo e decorso, stesso esito e stesso reperto cerebrale, di fatto il risultato delle sue ricerche fu quello di proporre una fondamentale distinzione nell'ambito delle psicosi: quella tra la psicosi maniaco-depressiva e la demenza precoce.

L'identificazione di queste due entità, che rimane tuttora valida, non risponde se non parzialmente a quelli che idealmente Kraepelin aveva indicato come i criteri per definire una unità morbosa: di fatto vengono privilegiati come punti di osservazione il decorso clinico e l'espressione sintomatica.

Conseguentemente gli studiosi che si confrontarono con questa proposizione teorica, ebbero il problema di delimitare quali fossero i limiti nosografici di queste entità; privilegiare l'espressione sintomatica (le forme psicopatologiche) rispetto al decorso o viceversa, significava scegliere sotto quale categoria nosografica includere dei casi reali. Decidere che il decorso progressivo e irreversibile è il criterio

fondamentale per includere nel quadro della demenza precoce un determinato caso clinico, significa escludere da questa diagnosi qualsiasi quadro psicotico che vada incontro a risoluzione.

K. Jaspers sottolinea che Kraepelin, mosso dall'ideale della unità morbosa, ha saputo delineare due gruppi in cui "deve esserci un nucleo stabile di verità"; per cui "l'idea dell'unità morbosa non è un compito raggiungibile, ma il punto di orientamento più utile".

Possiamo dire che tutta la Psichiatria contemporanea, soprattutto nello studio delle psicosi, si muove, almeno nella messa a punto di una nosografia operativa, su una prospettiva clinico descrittiva che sembra fornire il "nucleo di verità" dal quale partire. Non è un caso che il dibattito psichiatrico più forte non è tanto nell'indicare cosa è la psicosi, ma soprattutto come essa si manifesti e come può essere riconosciuta. Questo atteggiamento definito neo-kraepeliniano trova nel DSM (nelle sue varie edizioni) il massimo della esplicitazione.

IL MODELLO PSICOPATOLOGICO

L'oggetto della psicopatologia è il "ridursi delle capacità di comportamento e dell'esperienza della realtà". (Blankenburg). La psicopatologia ha dato come risultato più importante e condivisibile, un attento studio descrittivo degli elementi che costituiscono la condizione patologica: elementi psicopatologici come il delirio, la percezione delirante, l'illusione ecc. appartengono al linguaggio comune della Psichiatria ed è merito della psicopatologia aver loro dato una precisa descrizione e concettualizzazione.

In termini storici, però, la prospettiva psicopatologica ha avuto un significato più ampio ed è quanto cercheremo di sottolineare tra breve; la nascita e lo sviluppo di questo filone sono strettamente connessi a quello precedentemente descritto e le teorizzazioni ivi prodotte si inseriscono in maniera incisiva nel dibattito sull'origine e sulla delimitazione nosografica dei disturbi psichici. Il filone clinico descrittivo aveva descritto e classificato una varietà enorme di quadri nosografici a partire dall'idea che ogni singola manifestazione psicopatologica potesse considerarsi un disturbo a sé: si erano interpretate come entità cliniche singoli fenomeni psicopatologici, come le allucinazioni, il delirio ecc.. Questo fino al momento in cui autori come Kraepelin avevano ricondotto la ricerca verso la individuazione di quadri polisintomatici che lasciavano intuire una dimensione patologica unitaria.

La psicopatologia, che aveva dato spunto alla clinica descrittiva, ne rappresenta il passaggio più logico: si pone come soggetto di studio dei singoli fenomeni che caratterizzano, al di là del contesto clinico di presentazione (delle singole entità cliniche), i vissuti (Erlebnisse) del paziente psichiatrico. K. Jaspers, filosofo e medico, definisce con la sua opera *Psicopatologia generale* (1913) quali sono il metodo e gli obbiettivi di questa disciplina.

La conoscenza psicopatologica si muove su tre livelli:

- nel primo si pone la conoscenza dei fenomeni vissuti, di quelle specifiche “esperienze” che caratterizzano la dimensione psicotica. Conoscere queste unità significa coglierle nella loro specificità, darne una limitazione ed arrivare, di conseguenza, a una definizione univoca e priva di ambiguità. La conoscenza del fenomeno psicopatologico è sostanzialmente un processo analogico che ci permette di immedesimarci e rivivere vissuti che sono esclusivi del soggetto che li presenta: è la oggettivizzazione di un fenomeno di per sé soggettivo, che necessita, quindi, di un livello di comprensibilità intrinseco. Questo concetto di comprensibilità, come diremo meglio in seguito, avrà conseguenze importanti sulla concettualizzazione jaspersiana e schneideriana della schizofrenia.

- Una volta definiti gli elementi costitutivi, la psicopatologia cerca di capire geneticamente come possa essersi instaurato quel determinato vissuto soggettivo; la comprensione da statico-descrittiva si fa dinamica, cerca i legami tra gli avvenimenti psichici e l'emergere di determinati vissuti. Questo livello di conoscenza ha un limite che è appunto il limite di comprensibilità oltre il quale la comprensione lascia il posto ad una categoria diversa che è la spiegazione e questa si riduce a presupporre un'origine biologica frutto di un sillogismo: ciò che non si può comprendere psicologicamente deve avere per forza un'origine biologica.

- Da ultimo deve cercare di cogliere la totalità, che non è mai la somma dei fenomeni osservati (di numero finito) ma un'idea dell'uomo in sé che rimanda necessariamente ad un'idea di infinito (cioè di non scomponibile e quindi non definitivamente conoscibile). La conoscenza psicopatologica oscilla tra la comprensione dei singoli elementi dello psichico e quella complessiva dell'individuo: sono due poli non necessariamente in accordo proprio per l'incomparabilità (incommensurabilità) di una dimensione finita con una infinita. Ecco perché, ci dice K. Jaspers, individui che appaiono integri

all'analisi delle singole funzioni psichiche possono sembrare "in un modo talvolta difficile a definire" anormali per quello che riguarda la personalità.

Secondo K. Jaspers lo studio psicopatologico ci mette di fronte ad una doppia realtà; quella comprensibile dove anche i fenomeni a noi lontani sono in grado di parlarci, ci appaiono come qualcosa di quantitativamente diverso a vissuti che comunque potrebbero appartenerci, e quella incomprensibile, della alienazione schizofrenica. Il delirio di gelosia può non appartenerci ma allo stesso tempo siamo in grado di comprenderne il significato (perché la gelosia è esperienza comune). Correlare la gelosia con fenomeni psicopatologici come le percezioni deliranti che trasformano alcuni gesti della persona amata in conferme di tradimenti pone il limite della comprensione in quanto non sappiamo spiegare l'origine di questi vissuti. Di fronte allo schizofrenico, il gesto strambo, il furore incontrollabile sembrano non offrirci nessuna possibilità di comprensione analogica; il limite, che in altri casi si pone al livello della spiegazione, ora si presenta già al livello della comprensione.

Questo concetto di comprensibilità e di incomprensibilità ci sembra centrale perché ripropone il tema dell'etiopatogenesi della patologia psichica, specificamente di quella psicotica. Avevamo visto come nell'ambito della clinica descrittiva il motore ideale della ricerca era la descrizione di complessi sintomatici ricorrenti che ci identificassero un'unità clinica a cui far corrispondere uno specifico reperto anatomopatologico (ritenuto necessario come fondamento dell'unità clinica stessa). La psicopatologia propone una nuova modalità interpretativa: non è l'unità clinica a suggerirci il danno organico, ma la non riducibilità di alcuni vissuti (erlebnisse) a una qualsiasi interpretazione-comprensione psicologica, anche abnorme (concetto dell'incomprensibilità).

K. Schneider, dopo aver stabilito che il concetto di malattia psichiatrica deve basarsi esclusivamente sulla presenza di alterazioni del soma, sostiene come molto probabile che ciclotimia e schizofrenia (le due patologie kraepeliniane) siano malattie in virtù del fatto che "tra gli altri sintomi se ne riscontrano anche di quelli che non hanno alcun riscontro analogico nella vita psichica normale e nelle sue varianti abnormi".

In questo senso K. Schneider (siamo negli anni '50) pone un freno alle interpretazioni psicogenetiche delle malattie che gli studiosi di formazione psicoanalitica andavano proponendo, limitando il ruolo dello psichico a quello di cofattore. Questa sua posizione, e in generale l'approccio psicopatologico

complessivo al problema psichico (soprattutto per quello che riguarda la schizofrenia) è di enorme importanza: altre teorizzazioni, come vedremo, lo faranno proprio in una veste nuova.

IL MODELLO PSICOANALITICO

La psichiatria psicodinamica (di cui la psicoanalisi rappresenta una componente importante) ha una storia e uno sviluppo in parte autonomi rispetto alle correnti precedentemente descritte: la psicoanalisi freudiana, in particolare, ma anche altre scuole da essa derivate, si organizza come un complesso di teorizzazioni e prassi che, se interessa psichiatri e studiosi di formazione non medica quasi sempre vicini al mondo accademico, trovano spazio più nell'ambito di circoli privati che nei consueti luoghi di cura.

L'origine della psichiatria dinamica e il suo sviluppo nel corso di questo secolo si pongono parallelamente alle altre correnti appena descritte e ad altre che descriveremo in seguito. Per capire questo dato è necessario tener conto di un fatto fondamentale: il particolare interesse degli studiosi di approccio psicodinamico ai quadri che oggi definiremmo nevrotici, quadri che suggerivano una possibilità di comprensione genetica di tipo esclusivamente psicologico. Se Freud è riconosciuto come lo studioso più proficuo in termini di teorizzazioni e applicazioni cliniche delle sue teorie, non bisogna dimenticare che il vero punto di partenza della psichiatria psicodinamica moderna ha luogo a Parigi per opera di autori come Charcot e Janet. P. Janet, in particolare, studiò a lungo l'opera dei magnetizzatori (Mesmer, Puységur) che tra il XVIII ed il XIX secolo avevano iniziato a "curare", mediante l'influenzamento (che veniva considerato come risultato di un magnetismo animale, cioè di una forza sconosciuta e invisibile, come il magnetismo minerale, capace di influenzare l'individuo ad esso sottoposto). Sulla scia di questa tradizione un po' bizzarra, si cominciò ad ipotizzare che molti quadri clinici in cui erano preponderanti i disturbi psichici potessero avere un'origine completamente psichica e potessero trovare risoluzione con un intervento psicologico, un intervento relazionale in cui il terapeuta, consapevole di cosa si celava dietro l'espressione sintomatologica, era in grado di dipanare il nodo complesso che aveva determinato l'anomalia psichica. Ben presto gli studi di Charcot sull'isteria e il trattamento ipnotico divennero famosi e diedero una forte spinta agli studi di questo tipo. P. Janet, che pur aveva collaborato con Charcot, è il primo psichiatra (e filosofo) che tenta, con la proposizione della

psicologia analitica (che è allo stesso tempo strumento di indagine e di cura) di superare la mera prassi ipnotica, proponendo un modello di funzionamento dell'apparato psichico e un modello di patogenesi che si basano sulla concettualizzazione del subconscio come luogo della patogenesi dei disturbi psichici. Molte delle teorizzazioni di Janet sono state riprese, non sempre esplicitamente, da altri autori. Per l'importanza storica e per il modo in cui si inserirà nel dibattito psichiatrico, accennerò alle linee principali dell'opera di Freud, il cui pensiero e la cui prassi attraversano tutto il novecento e inevitabilmente rappresentano il terreno di confronto sia all'interno della prospettiva psicodinamica che tra questa e le altre prospettive della psichiatria.

Le ipotesi su cui si basa il modello freudiano del funzionamento psichico sia normale che patologico sono state dedotte dalle informazioni che andava raccogliendo (e organizzando in un modello teorico del funzionamento della psiche) nel corso della sua decennale attività analitica su soggetti adulti e nevrotici.

Le ipotesi fondamentali sono due: il principio del determinismo psichico e il ruolo dell'inconscio. Secondo il primo, ogni evento mentale (anche quando venga agito con determinate azioni o comportamenti) è da considerarsi l'effetto di una causa e può essere interpretato in funzione di questa. Nella maggior parte dei casi la causa non è evidente o, per meglio dire, cosciente: esiste quindi una dimensione inconscia che è alla base della attività mentale di ogni individuo e che, se opportunamente indagata, può rivelarne il significato.

Secondo Freud la spinta "energetica" che alimenta ogni attività psichica è la pulsione (o tensione); la pulsione viene definita come geneticamente determinata in quanto connaturata alla struttura stessa della psiche; le esperienze individuali possono modificare l'oggetto verso cui si orienta.

La pulsione spinge l'individuo alle azioni necessarie alla sua (temporanea) cessazione (che in termini soggettivi viene percepita come gratificazione di un bisogno). Freud individuò due tipi diversi di pulsione: quella sessuale e quella aggressiva (o di morte); queste due pulsioni agirebbero insieme ("fuse") e sarebbero presenti in ogni condizione, normale o patologica, dell'individuo.

Date queste brevi premesse, possiamo dire che lo sviluppo psichico di ogni individuo è legato alle dinamiche di pulsione-soddisfacimento così come vengono a presentarsi nel corso dell'esistenza.

Secondo Freud in ogni individuo, nel corso della crescita, si possono identificare delle zone del corpo

(zone erogene) dove maggiore è la pulsione sessuale; in altre parole possiamo dire che la gratificazione dell'impulso sessuale deve necessariamente passare, nel corso dello sviluppo somatopsichico, attraverso l'utilizzazione di particolari strutture anatomiche che si avvicinano secondo uno schema fisso. Queste iter di sviluppo è state schematizzato da Freud in cinque fasi: orale, anale, fallica, della latenza, genitale. Queste zone erogene se sono luogo di una fissazione, spiegano le varie sindromi psichiatriche e danno luogo ad una nosografia specifica.

MODELLO FENOMENOGICO-ESISTENZIALE

La prospettiva fenomenologico-esistenziale raccoglie i contributi delle due correnti filosofiche da cui mutua il nome, diffuse in Europa a partire dagli inizi del secolo ad opera soprattutto del filosofo E. Husserl e, successivamente, di M. Heidegger. La particolare visione dell'uomo proposta da queste due correnti ha offerto a Binswanger, psichiatra svizzero, la possibilità di prospettare un nuovo approccio alla psicopatologia con la proposizione della Daisenanalyse (antropoanalisi).

L'antropoanalisi viene proposta come uno strumento di comprensione di tutto lo spettro delle possibilità esistenziali, cioè di tutti i possibili modi di esistere che, anche se di queste due categorie non sono specificate le caratteristiche, vanno dal normale al patologico.

È importante sottolineare subito alcuni aspetti. In primo luogo l'antropoanalisi nasce come critica alla psicoanalisi freudiana, critica che prende le mosse da una considerazione importante: la collocazione della psicoanalisi nel filone della psichiatria clinica; in secondo luogo l'antropoanalisi propone un modello di lettura della psicopatologia che vuole essere valido sia per le nevrosi che per le psicosi. "La "grande idea" di Freud -scrive Binswanger nel 1936- incontra la "grande idea" della psichiatria clinica, cioè il tentativo coerente di spiegare l'uomo e l'umanità sulla base della vita. La dottrina di Freud e la costituzione che si è data la psichiatria clinica sono permeate dallo stesso e identico spirito, cioè dallo spirito della biologia; anche per Freud infatti la psicologia è una scienza naturale (biologica)". In questo senso la psicologia non rappresenta un'area teorica di ricerca e speculazione, ma un modo di organizzare i dati in attesa che la biologia ne chiarifichi origini e significato. Questa operazione di riduzione dell'uomo a homo natura (cioè organizzato in funzione delle primitive forze istintuali) è

possibile solo grazie alla distruzione della “globalità dell’esperienza umana dell’uomo, cioè dell’esperienza antropologica”.

L’antropoanalisi è distante dalla psicoanalisi quanto il concetto di homo natura da quello di esistenza; la spaccatura che si apre nella psicologia naturalista di Freud è la stessa che si coglie tra la ricchezza dello studioso Freud che postula, ritiene, teorizza e in fondo testimonia la propria peculiarità di essere al mondo con la sua opera e la povertà meccanicistica dell’homo natura che la sua teoria presenta come universale: “Freud -dice ancora Binswanger- si comporta in modo più antropologico della sua teoria scientifica”.

L’antropoanalisi punta quindi a cogliere la specificità di ogni singola esistenza, il suo modo di essere al mondo, di essere con gli altri; la psicoanalisi, in quest’ottica, può avere una valenza ermeneutica, in grado di leggere una serie di eventi come cause (difficoltà del superamento delle fasi di sviluppo psichico) ed effetti (strutturazione di una carattere nevrotico; emergenza sintomatologica). Ma la concatenazione causale istinti-sviluppo-esiti da un punto di vista antropoanalitico non ha un significato reale: l’individuo affronta ogni momento dello sviluppo in virtù di un suo particolare modo di essere che non può essere scelto (è il concetto dell’essere-gettati nel mondo): l’a-priori esistenziale è il dato immutabile della condizione umana in ogni sua espressione individuale, non riconducibile a nessuna semplificazione meccanicistica.

L’individuo, come presenza nel mondo, può esperire la propria condizione secondo diversi livelli di libertà: il progetto di mondo (weltentwurf) può esprimersi con un grado massimo di potenzialità (che corrisponde ad un livello di appartenenza del Sé) o un grado minimo, quello della mondanizzazione (verweltlichung) cioè della completa perdita di libertà e della sopraffazione dell’angoscia.

Date queste premesse teoriche è necessario fare alcune considerazioni:

- l’antropoanalisi, in opposizione alla psicoanalisi, sostituisce quasi completamente la spiegazione del dato psicopatologico con la comprensione;

- tende ad eliminare non solo il vallo comprensibile -incomprensibile che la psicopatologia jaspersiana aveva posto tra le nevrosi e le psicosi, ma anche la distanza tra normalità e patologia. Su questo secondo punto Binswanger è molto chiaro, dichiarando, in più parti, la necessità di non lasciarsi andare al giudizio (anche quello clinico), ma di comprendere il mondo dell’altro per quello che esso

significa dal punto di vista antropoanalitico. Pertanto non esiste una vera nosografia: ogni esistenza “mancata”, cioè patologica, è un modo di essere.

Conseguenza importante è, però, la mancanza di ogni progettualità terapeutica, conseguenza ovviamente coerente con le premesse di cui abbiamo accennato.

MODELLO BIOLOGICO

La scoperta dei farmaci psicotropi, avvenuta negli anni ‘50, ha rappresentato una svolta fondamentale per la storia della psichiatria.. Questo per due ordini di motivi: in primo luogo perché ha permesso il trattamento sintomatologico dei quadri più gravi di disturbo mentale, favorendo un miglioramento complessivo della gestione (in termini di riduzione dei ricoveri e di convivenza con gli altri individui) del malato psicotico; in secondo luogo perché ha dato impulso a una nuova area di ricerca, quella psicobiologica, che si propone di spiegare l’area del mentale, sia nel suo funzionamento normale che anomalo, attraverso modelli funzionali psicobiologici.

Ai fini del nostro discorso, è necessario approfondire il secondo punto. La clinica descrittiva aveva individuato alcune entità nosografiche cui era venuto a mancare il sostegno anatomopatologico che ne confermasse la patogenesi cerebrale. Il “nucleo di verità” di cui abbiamo parlato in precedenza sembra confermato dal fatto che le categorie nosografiche dell’area psicotica sono accettate indipendentemente dalla ipotesi patogenetica con cui se ne interpreta la genesi. Le neuroscienze, alla luce degli effetti dei farmaci psicotropi capaci di modificare il dato psicopatologico o di indurre alterazioni psichiche in individui normali, propongono che l’alterazione cerebrale non va ricercata in alterazioni morfologiche grossolane (istologiche), ma in disfunzioni della trasmissione sinaptica di alcune aree cerebrali importanti per la modulazione del tono dell’umore, del pensiero, ecc. In questo senso, la psicobiologia si iscrive di diritto nel filone psicopatologico in quanto è analoga, seppure rivisitata alla luce delle conoscenze degli ultimi cinquant’anni, l’impostazione speculativa di partenza: i nuovi criteri sui quali costruire la nosografia psichiatrica sono di poco diversi da quelli di Kraepelin: decorso, storia naturale, risposta a trattamenti specifici, fattori genetici, presenza di determinate alterazioni biochimiche o ormonali (E. Sacher)¹.

¹In *Principi di neuroscienze*, CEA, Milano 1988, pag. 744 e segg..

Lo sviluppo di questo filone ha avuto origine da due tipi di ricerche. Il primo tipo prende spunto dalle osservazioni fatte già nel 1927 da Beringer, che aveva associato la psicosi da mescalina alla schizofrenia, e si caratterizza, appunto, per lo studio delle psicosi sperimentali (indotte da sostanze chimiche); il secondo tipo dai risultati ottenuti con i farmaci psicotropi in grado di controllare alcuni sintomi della depressione endogena, della ciclotimia, della schizofrenia, dell'ansia e dei disturbi ossessivi. L'insieme delle informazioni dedotte con queste due linee di ricerca ha portato alla costruzione di modelli psicobiologici delle patologie sovradescritte. Il ragionamento speculativo è il seguente: se un farmaco è in grado di correggere la trasmissione sinaptica di determinate aree cerebrali e questo modifica la sintomatologia, si può supporre che il disturbo funzionale che il farmaco attenua è all'origine del quadro psicopatologico. Successivamente si è passati a localizzare la sede di azione di questi farmaci, i siti recettoriali ecc. utilizzando studi di istochimica su animali da laboratorio; attualmente, soprattutto per i disturbi schizofrenici e i disturbi ossessivo-compulsivi, si va affermando la metodologia morfologico-funzionale offerta dalla PET, che dà la possibilità di studiare in vivo le aree di attivazione corticale e produrre un confronto tra individui "normali" e individui "malati".

In questo modello l'esempio di nosografia più rappresentativo è certamente il DSM-IV.

MODELLO SOCIOLOGICO

Sotto questa denominazione possiamo includere un numero considerevole di correnti di pensiero della psichiatria che, soprattutto negli ultimi cinquant'anni, si sono interrogate sulla modalità complessiva delle relazioni umane all'interno della società (soprattutto capitalista), sul rapporto individuo-ambiente (dove con questo secondo termine di confronto si intende l'organizzazione sociale) e sulla loro influenza nella genesi o, quantomeno, nella espressione delle malattie mentali. Il filone sociale si è espresso con posizioni molto diverse; in alcuni casi, senza assumere posizioni di critica, è stato proposto che l'emergenza di un disturbo psichico possa essere interpretato come un disadattamento individuale ad un particolare contesto sociale, accettando il fatto che l'anomalia riguarda comunque chi presenta il disturbo.

In altri casi l'analisi ha assunto un significato nuovo: accettando una modalità di analisi molto vicina a quella psicoanalitica e ritenendo che il disturbo psichico è comunque originato da particolari modalità

relazionali, ci si è chiesti quale fosse il ruolo dell'organizzazione sociale nella patogenesi del disturbo psichico. I contributi della sociologia e del pensiero politico di ispirazione marxista (basti pensare al concetto di alienazione che, se proposto da Marx in un contesto di analisi economica, è necessariamente psicologico), sono inscindibili da queste teorizzazioni e la loro diffusione ha influenzato notevolmente la psichiatria.

Due cardini della psichiatria sociale sono lo studio epidemiologico, necessario a studiare la distribuzione del disturbo psichiatrico in relazione alle classi sociali, e il concetto di devianza che esprime, allo stesso tempo, una visione demedicalizzata del soggetto psichiatrico (che diventa primariamente un soggetto sociale) e la dinamica stigmatizzante che la società opera su di esso (deviato dalla norma)

Possiamo dire che la prospettiva sociopolitica oscilla tra due posizioni:

- nella prima è comunque ben individuabile il soggetto portatore del disturbo che è il risultato della organizzazione sociale secondo uno schema per cui: la disuguaglianza sociale (in termini di possibilità di espressione e soddisfacimento dei bisogni) produce emarginazione che si esprime con comportamenti di devianza sociale; di conseguenza, il rafforzamento dell'isolamento, produce sofferenza che, presentandosi come disturbo psichico, determina la stigmatizzazione dell'individuo malato che viene avviato, in virtù dell'intervento psichiatrico coerente all'organizzazione della società, all'internamento manicomiale;

- nella seconda, che estremizza le posizioni della prima, l'alienazione prodotta dall'organizzazione dalla società determina una degradazione dei rapporti umani che interessa in grado diverso, tutti i suoi appartenenti. In quest'ottica la psichiatria, come competenza nella cura del singolo, perde ogni valenza.

La figura di psichiatra che emerge da questa nuova cultura psichiatrica ha caratteristiche che lo allontanano dal ruolo tecnico di terapeuta, avvicinandolo a quello di intellettuale impegnato nel confronto politico e nella proposizione di modalità di rinnovamento della vita sociale. Nello specifico dell'attività clinica si ricercano nuove modalità di relazione, basate sulla comunità e sulla "democratizzazione" dei ruoli, modalità che dovrebbero proporsi in alternativa sia alle dinamiche relazionali della società che ha generato il malessere, sia alle consuete dinamiche gerarchiche paziente-

terapeuta che cristallizzano, all'interno della terapia e del luogo di cura, i ruoli dettati dalle norme sociali. M. Jones, che si è fatto fautore in Inghilterra sia di una revisione teorica del ruolo della terapia che della sua applicazione nell'Ospedale psichiatrico, dice che "il rapporto medico-paziente si è ampliato fino ad includere tutte le persone che possono contribuire in qualsiasi modo a vantaggio del paziente. In questa metamorfosi la netta distinzione tra medico e paziente, curante e curato, non esiste più". Nascono in questo contesto le comunità terapeutiche, spesso all'interno degli ospedali psichiatrici, in cui a ogni malato, indipendentemente dalla gravità del disturbo, viene data la possibilità di riallacciare una rete di relazioni sociali ed assumere un ruolo attivo nella propria cura e in quella degli altri: si associano momenti di incontro tra malati e terapeuti ad attività lavorative e ricreative. Abbiamo detto come la psichiatria socio-politica nasca comunque in un'area di psichiatria dinamica, in un contesto teorico in cui, però, si ipertrofizzano i fattori esogeni (l'elemento sociale) rispetto ai dati intrapsichici (che sembrano assumere il ruolo di variabili dipendenti): in questo senso non è certo il freudismo il riferimento teorico, in quanto in questo contesto "le forme sociali vengono addirittura subordinate alla fissità della nevrosi edipica e degli istinti biologici"; l'approccio sociale si caratterizza per la visione storica dell'individuo, che vuole superare sia il biologismo della psichiatria clinica che quello degli istinti. Non si può disconoscere, altresì, il ruolo del filone fenomenologico-esistenziale che ha contribuito ad affermare un approccio destigmatizzante al malato, nella necessità di sostituire il giudizio con la comprensione, evenienza che è tanto più possibile quanto più lo psichiatra sa porsi in un ruolo critico sia nei confronti della cultura in cui vive, sia rispetto al ruolo che questa stessa cultura gli ha assegnato.

In questo caso la nosografia diventa un concetto obsoleto: è necessario studiare l'ambiente sociale e l'influenza patogena sull'individuo. Pertanto il termine generico per indicare un disturbo o una sindrome psichiatrica, diventerà quello di "devianza".

IL DSM IV

L'importanza del DSM come strumento standardizzato di diagnosi, è testimoniato dalla sua crescente affermazione che segnala però una rinuncia a qualsiasi ricerca eziologica, limitandosi esclusivamente,

su di una base statistico-epidemiologica, a trovare cluster categoriali, ovvero insiemi di sintomi che tendono a riscontrarsi con una certa frequenza (sindromi).

Il DSM-IV è la diretta ed inevitabile conseguenza non solo dell'inizio della terapia psicofarmacologia, ma soprattutto dalla netta prevalenza di questa metodica che influisce ovviamente sulla nosografia. Agli inizi degli anni '60, con la terapia psicofarmacologica, la nosografia psichiatrica subisce una ulteriore modificazione. La diagnosi non è più una fine esercitazione semeiologica, come era diventata soprattutto sotto l'influsso della Psichiatria esistenziale, ma un fatto molto empirico. Si cerca di raggruppare i sintomi in base alla risposta agli psicofarmaci. In effetti lo psicofarmaco può avere una funzione di rivelatore, funzione che sarebbe utilizzabile ai fini di raggruppamenti più omogenei se conoscessimo con estrema esattezza i meccanismi d'azione dei vari psicofarmaci. Altrimenti si rischia di isolare, come se fossero nuove, categorie ben conosciute, solo perché sembrano rispondere particolarmente ad uno psicofarmaco. Credo che l'esempio più eclatante sia la sindrome di "attacchi di panico" isolata e proposta come nuova, solo perché risponderebbe in maniera favorevole ad una particolare BDZ. Da questo terreno, basato sulla ricerca di correlazione tra psicofarmaci e sindromi, si è sviluppato nelle varie versioni il DMS, che dichiarandosi apertamente ateoretico e descrittivo propone un modello pragmatico che dovrebbe servire ad evidenziare e differenziare una sindrome dall'altra, solo sulla base di un certo numero di sintomi principali. E con il DSM-IV siamo giunti ai giorni nostri. A questo punto prima di proporre quali dovrebbero essere i criteri principali per una corretta nosografia psichiatrica bisogna necessariamente introdurre i concetti di *sanità, normalità e malattia* in psichiatria.

3) *Sanità, Normalità e Malattia in psichiatria*

I concetti di normalità, salute e malattia erano troppo importanti perché rimanessero dominio esclusivo della medicina, da una parte, e della psichiatria, dall'altra.

Naturalmente molti studiosi di discipline diverse, come vedremo, si sono occupati e hanno tentato di risolvere queste problematiche con le loro specifiche metodologie: filosofica, sociologica ecc.

Comunque, mentre la medicina, nell'affrontare il problema salute-malattia, ha potuto usufruire di parametri misurabili e relativamente stabili, la psichiatria si è trovata di fronte a una serie di variabili

non solo non misurabili, ma anche non sempre confrontabili tra di loro. A fronte di questo problema sono state scelte tre metodologie diverse:

- la prima estremamente riduttiva: è il metodo clinico che equipara la normalità psichica con quella statistica;
- la seconda di eccessiva apertura ad ogni disciplina (in primis la filosofia) con il risultato di frantumare e rendere ambigui i concetti di malattia e di normalità;
- la terza è quella che noi riteniamo essere la più valida: fermo restando che il concetto di normalità-malattia è finalizzato ad una terapia -prevenzione, è evidente che questa finalità se da una parte delimita l'oggetto del discorso, dall'altra gli conferisce un percorso preciso.

Il concetto di salute, benessere, normalità sono spesso confusi tra di loro creando una confusione semantica. Dobbiamo quindi delimitarli in maniera più precisa.

Il concetto di salute è strettamente legato al concetto di funzionalità-potenzialità: è possibile darne, quindi, una definizione.

Il concetto di benessere è legato ad un vissuto totalmente soggettivo, quindi non definibile in maniera oggettiva.

La normalità attiene invece ad un concetto di valore e di conseguenza esprime la conformità o meno alla struttura culturale e sociale.

Questi tre concetti rimandano a discipline diverse come la medicina (salute), la filosofia (benessere), l'antropologia culturale e la sociologia (normalità).

L'approccio concettuale.

Vediamo ora come alcuni autori hanno affrontato le questioni di cui stiamo parlando; lo sforzo è quello di arrivare a definire la salute e la malattia in termini concettuali.

Giorgio Prodi affronta il problema salute/malattia in maniera ampia ponendosi, a suo avviso, nel campo dell'oggettività. Il campo dell'oggettività viene definito il "dominio naturale-culturale da indagare con i metodi dell'osservazione scientifica"; restano fuori da questo tipo di indagine gli approcci che negano la necessità, o la possibilità, di parametri e di riferimenti oggettivi.

Dato un dominio di oggetti ed eventi osservabili, la norma è data dall'oggetto ideale che lo rappresenta nei suoi parametri medi; questo oggetto è allo stesso tempo statistico e ideale in quanto non coinciderà con nessuno degli oggetti reali appartenenti al dominio ma ne assumerà le caratteristiche medie. Questa operazione consegue alla possibilità, aprioristica, di saper individuare correttamente il dominio e discriminare gli oggetti dell'insieme. Secondariamente è necessario riconoscere quali sono i valori che i singoli parametri possono assumere per ogni oggetto del dominio.

In quanto esistenti, tutti i valori potrebbero essere giudicati normali: la scelta del range dei valori per i singoli parametri può però essere valutata in funzione delle conseguenze o degli effetti che essi producono. Quindi è necessario:

- stabilire i riferimenti oggettivi per gli oggetti su cui determinare i parametri;
- stabilire i limiti accettabili di variabilità dei parametri in analisi.

Nel nostro caso, per il primo punto si può dire che la discriminante è l'appartenenza alla specie umana (un criterio filogenetico) ed, eventualmente, a particolari tipologie (ad es.: maschi e femmine).

Per il secondo punto, i valori normali dei parametri in esame devono essere considerati quelli per i quali "le strutture e le funzioni possono essere attive nel senso della loro determinazione filogenetica, consentendo la vita".

La normalità è ciò che esiste, sia che lo si individui nella specie che nella singola copia: vita è un'espressione tautologica per norma.

La normalità non è quindi rappresentabile come una curva gaussiana in cui è necessario decidere, con una certa arbitrarietà, la larghezza della base (o la distanza, a destra e sinistra dal valore centrale) ma come un valore soglia che stabilisce la possibilità dell'esistenza. La norma e la normalità coincidono con la determinazione filogenetica.

Se un individuo è un insieme di correlati strutturali e funzionali, la salute è il risultato vitale di questo insieme. Ogni funzione che si altera compromettendo l'esistenza è una deviazione verso la malattia: se la malattia è compatibile con la vita, la norma è elusa in modo compatibile.

La deviazione dalla norma può avvenire a tre livelli:

- filogenetico: ciò sul codice genetico che determina le caratteristiche di strutture e funzioni;
- ontogenetico: cioè sulla formazione delle strutture (sviluppo embrionale e post-embriionale);

- fenotipico-ambientale: cioè sulla funzionalità complessiva delle strutture formate.

La divisione implica una compenetrazione: l'aspetto fenotipico è comune a tutte e tre le condizioni così come la noxa ambientale è quasi sempre alla base di ogni danno.

Anche la condizione di salute/malattia mentale si decide ad uno di questi livelli. Negando la contrapposizione tra struttura e funzione, l'autore riconosce che se è vero che la prima è il substrato necessaria alla seconda, è anche vero che la seconda è in grado di indurre lo sviluppo della prima: è l'attività, cioè la messa in funzione delle strutture a determinare, anche nell'arco dell'intera esistenza, la loro configurazione più funzionale.

L'autore prende in considerazione come esempio di attività complessa la competenza linguistica; perché un individuo sia in grado di acquisirla sono necessari:

- l'integrità del codice genetico atto a codificare lo sviluppo delle strutture preposte al linguaggio;
- il normale sviluppo embrionale e post-embriionale delle strutture stesse;
- il mantenimento nel tempo della loro integrità.

Ma tutto ciò non basta. Soltanto la interazione tra strutture integre (fattore individuale genetico) e un codice linguistico (fattore ambientale-strutturato) rende possibile l'acquisizione della competenza linguistica, che in ultima analisi è una competenza relazionale. Il fattore ambientale-strutturato comprende non solo i codici linguistici, ma anche le modalità di relazione e gli stimoli che sono presenti nell'ambiente. Il linguaggio è competenza nell'uso di un codice ma anche contenuto della comunicazione, fine, motivazione, affettività. Se il codice è prodotto da una specifica cultura in un tempo e in un luogo determinati, la competenza linguistica di ogni individuo si pone proprio come conseguenza di questo codice. L'assenza del codice determinerebbe l'atrofia, cioè il non sviluppo, di questa competenza.

Conseguenza di quanto detto è la negazione di una visione unitaria della malattia in uno schema o tutto organico o tutto funzionale.

Per riassumere, vediamo qual è la definizione dello stato di salute proposto dall'autore:

“La salute è definita come uno stato ottimale corrispondente a funzioni filogeneticamente stabilite che nell'uomo comprendono anche funzioni logiche, affettive, relazionali e implicano sistemi interpersonali e strutture sociali. La condizione piena di questa efficienza filogenetica potrebbe essere chiamata

“benessere”. In tale definizione non è compreso alcun contenuto positivo, che riguardi cioè quanto venga realizzato attraverso l’efficienza ottimale (ad esempio nel lavoro o nel gioco). Tale contenuto varia col variare delle condizioni e delle fasi della cultura, e certo non può essere tipizzato in modo definitivo, e comunque non dalla medicina. Se però esso è costretto alla sclerosi ed è mantenuto invariato nel tempo, può costituire motivo di patologia, perché la struttura del singolo deve adattarsi continuamente a contenuti superati. Ciò che effettivamente si realizza non deve essere indifferente o, almeno non deve essere contraddittorio con l’efficienza e lo stato di salute che permettono la realizzazione”.

Un altro autore, Christopher Boorse, si propone di trovare una definizione di salute che sia in grado di superare quelli che riconosce come i relativismi e i limiti delle accezioni comuni a questa parola.

Individua sette condizioni che vengono comunemente utilizzate per descrivere lo stato di salute o, al contrario, di malattia e ne rileva l’inadeguatezza:

- la salute come valore: cioè come condizione desiderabile. Se il benessere esprime questa condizione, molte situazioni di assenza di benessere non rientrano nella lista delle malattie, così come molte malattie sono desiderabili in alcune condizioni (ad es.: la miopia per l’esonero dal servizio militare);
- la malattia come ciò che comporta trattamento medico: è una discriminante né necessaria (molte malattie non si avvalgono del trattamento), né sufficiente;
- la salute come norma statistica;
- la malattia come disagio e sofferenza: la salute, di contro, come assenza di queste condizioni. In realtà così come molte malattie anche gravi decorrono a lungo senza sintomi, molte situazioni fisiologiche comportano un certo grado di sofferenza (il parto, le mestruazioni, ecc.);
- malattia come disabilità: è una definizione che non tiene conto delle forti discrepanze presenti tra gli individui rispetto ad alcune “abilità”, legate, ad esempio, alla prontezza di riflessi, all’equilibrio, ecc.
- salute come adattamento all’ambiente: presuppone una dipendenza dall’ambiente e la necessità di essere ambiente-specifici cioè di non poter vivere in condizioni diverse;

- salute come omeostasi: nasce dall'idea di C. Bernard dell'equilibrio del "mezzo interno". Molte funzioni non sono però omeostatiche (la percezione, la locomozione, la crescita) ed è quindi, anche questo, un criterio non onnicomprensivo.

L'autore propone una definizione di salute come assenza di malattia. Individuata la classe di riferimento (cioè un gruppo di età, di appartenenza di sesso, di una stessa specie) i cui individui sono accomunati da uno stesso disegno funzionale (cioè attività necessarie alla sopravvivenza del singolo e alla sua riproduzione), la malattia viene definita come un particolare stato interno che rappresenta un indebolimento della normale abilità funzionale, cioè una riduzione di una o più abilità funzionali al di sotto dell'efficienza tipica, o una limitazione della stessa in seguito all'azione di un agente esterno. Secondo l'autore questo approccio è in grado di risolvere la maggior parte dei limiti che si presentano con altre modalità di impostazione del problema:

- risolve la discrepanza tra giudizio di malattia e salute come condizione desiderabile perché rimanda al disegno della specie: l'emofilia è una malattia mentre non lo è l'incapacità di rigenerare il tessuto nervoso;
- risolve il problema della definizione dei limiti delle variabili continue: posso definire malattia sia l'ipertiroidismo che l'ipotiroidismo ma non l'incapacità di vedere al buio (dovrei includere i gatti nella specie umana!).

L'autore propone anche una definizione in positivo della salute; tre i livelli possibili:

- il livello individuale-potenziale: è la salute come ideale sviluppo delle potenzialità individuali. Se utilizziamo come esempio la capacità delle performance atletiche, possiamo dire che la salute corrisponderebbe al potenziamento della forza, della coordinazione, della resistenza, senza necessariamente raggiungere il livello dei campioni olimpionici;
- il livello specie-potenziale: è sottintesa l'esistenza di una condizione assoluta di salute; per restare all'esempio delle performance atletiche, possiamo dire che gli atleti olimpionici rappresentano il limite di specie del benessere fisico/atletico;
- il livello illimitato: ogni miglioramento di funzioni, anche oltre i limiti della propria specie, va nella direzione di un miglioramento dello stato di salute.

In nessuno dei tre casi è individuabile un limite di espressione dello stato di salute (la salute come utopia individuale, di specie o assoluta). Inoltre non risulta possibile individuare quale sia la direzione salutare dello sviluppo delle potenzialità; spesso l'incremento di una funzione ne decrementa un'altra: per restare all'esempio, è impensabile che un buon scattista sia contemporaneamente un valido lanciatore di pesi.

Interessante è l'approccio ermeneutico di Gadamer, che ascrive il problema della definizione della salute a un discorso più ampio che riguarda la riflessione dell'uomo sulla propria condizione e sul ruolo e sui limiti della scienza in questa discussione.

La salute rimanda all'idea di unità, a una visione globale dell'uomo: in questo senso la scienza medica, che sul filone della scienza moderna ha disgregato lo scibile in una molteplicità di specializzazioni atte allo studio e alla cura delle malattie, sembra inadeguata ad affrontare la questione della salute.

La salute, quindi, sembra nascondersi: "non è possibile misurare la salute proprio perché essa rappresenta uno stato di intrinseca adeguatezza e di accordo con se stessi, che non può essere superato da nessun altro tipo di controllo".

Ogni tentativo di misura e ogni proposta di standardizzazione di valori atti a quantificare il benessere assumono il significato di un travisamento dell'idea stessa di salute in quanto, essendo il risultato di convenzioni, si allontanano dall'essenza stessa della natura.

Si deve, allora, pensare alla salute in un'ottica diversa: la salute come condizione inconsapevole che nell'atto stesso di perderla (come avviene per l'equilibrio) testimonia la sua inscindibile presenza nella nostra condizione (naturale) di uomini. È il "ritmo della vita, un processo incessante in cui l'equilibrio si ristabilisce sempre".

Ma, allora, se non è possibile misurarla, si può provare a descriverla così come la percepiamo: "come una specie di senso di benessere e ancora di più quando, in presenza di tale sensazione, siamo intraprendenti, aperti alla conoscenza, dimentichi di noi e quasi non avvertiamo gli strapazzi e gli sforzi": quindi la salute non come un semplice "sentirsi bene", ma come un "esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita".

Come abbiamo visto il pensiero dei filosofi, pur interessante e costruttivo, non fornisce circa il problema della salute dati o parametri utilizzabili. Sicuramente il merito dei filosofi è di aver evidenziato il rischio che ogni qualvolta si cerca di delimitare il concetto di salute si rischia di diluirlo o di spegnerne l'intensità di significato.

I filosofi sottolineano come il concetto di salute e i metodi di quantificazione siano difficilmente integrabili.

Comunque è necessario, pur tenendo presenti i limiti sopra esposti, cercare di definire alcuni parametri che ci diano la possibilità, se non di quantificare, per lo meno di delimitare i concetti di salute e malattia.

Parametri utilizzabili

Quando ci troviamo ad affrontare un problema diagnostico in campo psicopatologico, dobbiamo utilizzare tre parametri: il comportamento, il vissuto soggettivo, il mondo interno.

Il comportamento

È la modalità complessiva sia verbale che non verbale attraverso cui ognuno di noi non solo si manifesta all'altro, ma indica qual è il grado di accettazione-conformismo nei confronti delle regole sociali vigenti.

L'analisi di un comportamento ci dà informazioni poco utili, se non fuorvianti, sulla condizione di normalità o patologia di un individuo. È necessario tener conto del contesto in cui tale comportamento ha luogo. Riportiamo un episodio riferito da K. Lorenz a dimostrazione di quanto sia importante quanto detto.

Racconta Lorenz che, dopo molti sforzi, era riuscito a farsi adottare come madre, da un gruppo di anatroccoli che lo seguivano dappertutto. Un giorno egli girava carponi tra l'erba del suo giardino e, guardandosi indietro, ripeteva frequentemente "qua, qua, qua..." per indurre gli anatroccoli a seguirlo: "...ero molto compiaciuto dei piccoli che obbedienti e precisi seguivano il mio "qua, qua" quando, ad un certo momento, alzai gli occhi e vidi una fila di volti allibiti affacciati sopra la siepe del giardino: un'intera comitiva di turisti mi guardava stupefatto.

L'erba alta nascondeva gli anatroccoli e quello che vedevano i turisti era qualcosa di inspiegabile, un comportamento veramente folle.”

Questo episodio testimonia in maniera divertente quali errori di valutazione si possono commettere con un'osservazione di un comportamento, che non tenga conto del contesto.

Più drammatico, ma sicuramente più suggestivo, è il commento di Laing a una descrizione fatta da E. Kraepelin a proposito di una paziente:

“Signori...potete vedere una servetta di ventiquattr'anni nelle cui fattezze e sul cui volto sono chiaramente visibili i segni di un grave deperimento. Nonostante ciò la paziente è in movimento continuo, dato che va sempre avanti ed indietro di pochi passi , si fa la treccia ai capelli per poi scioglierli un minuto dopo. Se cerchiamo di arrestare il suo movimento incontriamo una resistenza inaspettatamente energica: se mi piazzo davanti a lei con le braccia per fermarla, se non riesce a spingermi da una parte, si gira all'improvviso e mi sfugge come per continuare per la sua strada. Se la si afferra saldamente, ella storce i suoi lineamenti per il solito rigidi ed inespressivi, piangendo deplorvolmente....Notiamo che ella tiene spasmodicamente stretto tra le dita della mano sinistra un pezzo di pane sbriciolato che assolutamente non permette che le venga strappato...”.

Ascoltiamo il commento di Laing :”Siamo qui in presenza di un uomo e di una ragazza. Se vediamo la situazione unicamente in base al punto di vista di Kraepelin, tutto va subito a posto: lui è sano, lei è malata, lui è razionale, lei è irrazionale. Ciò comporta che si considerino le azioni della paziente come avulse dall'esperienza che ella ha della situazione.

Ma se esaminiamo le azioni di Kraepelin separate dal contesto della situazione quale egli la sperimenta e descrive...lo psichiatra, nelle vesti di quello che è ipso facto sano di mente, dimostra come il paziente non sia in contatto con lui: il fatto che egli non sia in contatto con il paziente può solo dimostrare che c'è qualcosa che non va nel paziente, ma non mai che ci sia qualcosa che non va nello psichiatra...”

Il vissuto soggettivo

Per vissuto soggettivo ci riferiamo a quel metodo di osservazione che non tende a spiegare, ma a comprendere l'altro nella sua diversità e soprattutto a non oggettivarlo in una serie di sintomi e di comportamenti.

In questo senso possiamo affermare che è sicuramente la fenomenologia la disciplina che più si è impegnata in questo problema e che riconosce in K. Jaspers, L. Binswanger, E. Minkowski i principali autori.

Anche R.D. Laing, del quale abbiamo citato la critica a E. Kraepelin, appartiene a questo filone.

In questa visione il concetto normalità-patologia, non è basato sui dati comportamentali, ma sullo studio dei vissuti, delle esperienze e delle modalità di esistere del paziente.

“L’attribuire valore determinante ai vissuti e alle esperienze significative, che sottendono i comportamenti vuol dire non limitarsi ad un semplice esame esterno del paziente, ma cercare di penetrare il suo mondo mediante quello sforzo di rivivere le esperienze del paziente, modalità che prende il nome di “comprensione per immedesimazione” o Einfühlung. Così facendo si giunge ben presto ad un limite in ambito psicopatologico, ad un muro contro il quale si spunta l’arma dell’Einfühlung: si tratta di quel limite che separa i vissuti comprensibili da quelli incomprensibili, tipici delle psicosi endogene” (M. Rossi Monti, pag. 136).

Questa formulazione comprensibile-incomprensibile dovuta a K. Jaspers avrà enormi conseguenze sulla psicopatologia soprattutto in ordine alla genesi della patologia. Se da una parte fornisce un metodo di distinzione tra processi comprensibili (psiconevrosi, reazioni psicogene ecc.) ed incomprensibili (psicosi endogene), dall’altra identificando l’incomprensibilità con un processo organico, rafforzerà la concezione dell’origine biologica delle psicosi.

L. Binswanger invece non sarà interessato nella sua Daseinsanalyse (antropoanalisi o analisi esistenziale) a definire le modalità della patologia, e quindi a formulare giudizi di sanità o di anormalità, ma si preoccuperà di indagare e svelare il mondo, anzi i diversi mondi, del malato mentale.

Ogni mondo umano è una possibilità di esistere e di esprimersi, ed anche la patologia mentale è un modo particolare di esprimersi ed essere al mondo.

Questa posizione ovviamente rinuncia a qualsiasi giudizio di tipo clinico, limitandosi a descrivere, a volte in modo molto minuzioso, la modalità di essere del malato mentale.

Il limite di questa posizione è la rinuncia alla terapia. Comunque non si può rinunciare a dare una serialità, un ordine a questi diversi modi di esistere che possono articolarsi in un ordine decrescente di libertà. Al poter-essere come modalità dell’individuo normale che esprime liberamente le sue

potenzialità dell'essere al mondo e dell'essere con gli altri, si contrappongono due modalità ove questa potenzialità è fortemente limitata.

Dall'avere-il-permesso-di-essere a quella molto più limitante e coartante dell'essere-costretto-ad-essere.

“Detto altrimenti, possono essere ordinati a seconda: del poter-essere (posso liberamente essere, sottratto al massimo degli altrui condizionamenti); del aver-il-permesso-di-essere (posso essere me stesso, ma solo nel ruolo che mi è concesso), dell'essere-costretto-ad-essere (non posso essere se non nel segno di un'altrui imposizione). (D. Cagnello - Alterità e Alienità pag 30).

Sempre su questa linea E. Minkowski giunge a ritenere che nella patologia mentale grave, c'è una differenza di natura che rivela una particolare forma di vita che si svolge secondo un “essere altrimenti”.

L'antropoanalisi accanto ad una ricchezza di dati e di osservazioni sulle particolari modalità di essere delle varie patologie, pone anche un limite che è quello di non proporre, dopo l'accurata descrizione, una qualsiasi forma di cambiamento (terapia) di questo modo di essere.

Affascina sul piano descrittivo, rimane molto deludente su quello operativo.

Molte di queste proposizioni hanno trovato poi una seducente esposizione nelle opere di J.P. Sartre. Riteniamo che gli autori citati debbano essere letti e conosciuti sia per la ricca descrizione dei vissuti interiori di ogni singolo soggetto, ma anche per il limite preciso di non proporre alcuna terapia.

Il mondo interno

Corrisponde a quello che noi comunemente definiamo struttura o apparato psichico. È evidente che parte di questo mondo psichico si esprime attraverso il comportamento e attraverso la soggettività, ma non totalmente. Postulare l'esistenza di un mondo interno vuol dire postulare una dimensione inconscia dell'uomo che può trovare espressione con diverse modalità, come ad esempio l'attività onirica.

È evidente che parlare di un mondo interno, in assoluto (in maniera isolata) è un'aporia. Il mondo interno si evidenzia solo nell'ambito di un rapporto duale dove lo psicoterapeuta è in grado, sulla base di una sua sensibilità e di una specificità acquisita, di enucleare aspetti patologici altrimenti non facilmente identificabili.

In quest'ottica a noi sembra che il modello medico è quello che può darci una metodologia più corretta in ordine all'osservazione globale del paziente. Riteniamo, però che il modello medico va superato ed integrato con le discipline che attengono alla soggettività e al mondo interno.

La follia della normalità

Molti autori, in modo solo apparentemente provocatorio, hanno proposto che sia proprio l'adattamento alle norme vigenti ad essere segno di follia e non viceversa. Così facendo hanno ovviamente proposto che sia la società ad essere "anormale" nel suo complesso, e pertanto la patologia è da ascrivere ai meccanismi di relazione sociale che sono di per sé patologici e patogeni.

Questa posizione ha origini antiche. Già G.F. Hegel aveva parlato di alienazione nel senso che essa è presente "...ogni volta che io non mi pongo come soggetto del mio agire, come soggetto che genera e prova sentimenti, ma mi alieno nell'oggetto che produco".

Successivamente L. Feuerbach aveva applicato il concetto di alienazione alla religione, constatando che l'uomo "diventa tanto più povero, quanto più si arricchisce Dio". K. Marx porterà ad una estrema chiarificazione questo concetto, attraverso l'analisi dei meccanismi di produzione della società borghese.

Per Marx l'alienazione è insita nel meccanismo produttivo per cui "meno tu sei, meno esprimi la tua vita, e più tu hai, più è espropriata la tua vita, più tesaurizzi la tua essenza alienata" (K. Marx, Manoscritti economico-filosofici, 1844).

Successivamente W. Reich cercherà, in una sintesi psicologico-sociale, di riproporre questa tematica affermando che l'individuo proprio adattandosi completamente alle regole alienate della società, diventa alienato.

Questa tematica, anche se più sfumata, sarà ripresa nella psichiatria americana da K. Horney, E. Fromm ed altri.

Tematica estremamente affascinante che sposta completamente i termini del problema: dall'uomo alienato in una società fondamentalmente sana (e che impone determinati valori) ad una società strutturalmente patologica, tale che ogni adattamento diventa indice di alienazione e non di sanità.

Abbiamo ritenuto opportuno segnalare questo punto di vista che per quanto ideologico e poco utilizzabile in clinica, segnala sicuramente un problema importante: come l'adattamento e la normalizzazione possono essere aspetti di una patologia sociale diffusa.

A noi sembra che questo punto di vista possa essere integrato in una visione ove la salute mentale (e non quindi la normalità) è correlata con lo sviluppo e la creatività di ogni singolo individuo che riesce però realisticamente a tener conto dell'ambito sociale, storico e culturale nel quale è immerso e vive, senza negarlo o annullarlo.

Quindi può essere patologica sia una ribellione cieca che un conformismo piatto e critico.

La salute mentale non può essere considerata come una invariabile assoluta, ma come una modalità dinamica di rapporto tra un soggetto normalmente evoluto che si incontra (o se necessario si scontra) con i valori, le abitudini, le regole dell'ambiente in cui vive cercando di adattare questo alle sue reali capacità.

L'originalità, la diversità, la non accettazione e la tendenza a cambiare sono peculiarità della persona psichicamente sana.

Gli individui sani psichicamente sono diversi tra di loro ed imprevedibili molto più del nevrotico e dello psicotico che invece sono ripetitivi e prevedibili.

Norma e Normalità

Il termine normalità deriva dalla radice latina norma (che significa squadra), che assume accezioni diverse a seconda di come la qualificiamo.

Generalmente vengono proposte tre modalità della norma:

- ◆ norma ideale: è la norma del dover essere cioè indica a quale comportamento deve mirare l'individuo per manifestarsi nel suo stato di benessere; pone l'individuo in una condizione di aspirazione: misurato lo scarto tra quello che si è e quello che si dovrebbe essere non resta che spingersi verso un limite in realtà irraggiungibile;
- ◆ norma funzionale: definisce una condizione di coerenza interna all'individuo tra aspirazioni e scopi, da una parte, ed efficienza e adeguatezza nel perseguirli, dall'altra; si avvicina alle necessità della clinica;

- ◆ norma statistica: identifica il normale con il più frequente. È normale ciò che è condiviso: se il range del possibile è descritto dalla campana di Gauss, il normale è rappresentato dall'intervallo intorno alla media

L'utilizzazione di uno di questi criteri per definire lo stato di benessere psichico risulta difficile:

a) la norma ideale è una norma limite verso cui tendere, ma in realtà irraggiungibile; ne consegue che, pur potendosi verificare diversi gradi di avvicinamento, si resterà comunque in una condizione di non normalità: paradossalmente lo stato di malattia diviene la condizione comune. L'ideale, inoltre, lungi dall'essere assoluto, risente dell'arbitrarietà della popolazione che lo esprime: normale è essere "secondo il desiderio degli altri", con la possibilità di non condividere questo desiderio e che la norma ideale divenga ideologia;

b) la norma statistica, proponendo il normale come il più frequente, postula nell' "essere come gli altri" il conseguimento del benessere psichico. Oltre alla evidente acriticità, è un criterio difficilmente sostenibile per almeno due ordini di ragioni:

b1) la prima è che nell'eventualità di una patologia molto frequente il francamente patologico si annulla nell'idea di norma: se si utilizzasse questo criterio in campo medico, la presenza di carie nella popolazione occidentale del XX secolo o il gozzo nelle regioni alpine fino a qualche decennio fa rappresenterebbero due esempi di normalità in chiaro contrasto con il buon senso e la fisiopatologia.

Nell'ambito del comportamento si potrebbe arrivare a conclusioni parimenti paradossali; potremmo dire che nella Germania degli anni '30 e '40 erano indice di normalità il sentimento antisemita e il culto della "razza ariana". In ambito medico, proprio per queste ragioni, si tende ad abbandonare il concetto di norma statistica; ad esempio il range di pressione arteriosa da considerare nella norma non è quella mediamente espressa dalla popolazione, ma quella per cui il rischio di malattie vascolari risulta essere basso. Si è passati da un criterio statistico ad uno probabilistico in virtù della proposizione di validi modelli fisiopatologici che dimostrano la correlazione tra i due eventi, iniziale e finale; un approccio del genere, in ambito psicologico, presuppone la definizione di modelli di sviluppo in cui correlare il ruolo di variabili con gli esiti finali;

2b) la seconda riguarda l'impossibilità per l'individuo di introdurre regole nuove, comportamenti e una visione del mondo diversa da quella condivisa senza porsi in un ambito di anormalità; sappiamo però

che la storia dell'umanità è segnata dall'emergenza di individui di intelligenza e capacità fuori dalla norma che hanno imposto nuove conoscenze proprio in opposizione a quelle della loro epoca. Un tentativo di superamento del concetto di norma statistica è la proposizione del concetto di normatività; per normatività si intende la capacità dell'individuo di introdurre nuove norme: è una "marcia verso la libertà" (Ey,H.) che solo lo stato di malattia può ostacolare: in questo senso è la malattia a mantenere l'individuo nella norma, la malattia intesa come ridimensionamento delle potenzialità dell'individuo stesso.

c) la norma funzionale è quella di più facile utilizzazione in ambito clinico e può essere intesa in due modi: il primo presuppone un giudizio sulla "naturalità" (alcuni autori parlano infatti di norma naturale) o legittimità delle aspirazioni dell'individuo prima ancora che sulla capacità dell'individuo di perseguirli: è implicito un giudizio di valore che esclude un approccio oggettivo. L'altro modo è proponibile nella misura in cui siamo in grado di descrivere un modello di sviluppo psichico "funzionale", ovvero adatto ad un rapporto corretto e creativo con la realtà.

Al pari della crescita somatica, anche lo sviluppo psichico va pensato come un armonico dispiegarsi nel tempo dell'individuo verso la costituzione di una precisa identità.

Lo sviluppo può immaginarsi come un processo continuo, indistinto in cui i momenti trasformativi, discreti, si susseguono quasi impercettibilmente l'uno nell'altro ma anche, ed è il modo in cui viene normalmente rappresentato dagli studiosi dell'età evolutiva, come un processo a tappe il cui superamento è indispensabile per la qualità dell'esito finale.

In questa seconda ottica, se è possibile pensare ad un'analisi in itinere della crescita psichica come verifica del superamento delle specifiche tappe evolutive in relazione all'età anagrafica, è nell'individuo adulto che si potrà verificare l'esito complessivo di tale processo.

Il primo problema che si pone è quello che riguarda l'elaborazione di un modello teorico valido e universale (la cui validità, cioè, non sia limitata alla cultura che lo produce: cultura sia storica e geografica che psicologica). Mentre per lo sviluppo somatico è più facile sia identificare dei parametri e stabilire il ruolo delle variabili che definire le caratteristiche finali dello sviluppo "normale", per lo sviluppo psichico, anche per la difficoltà di definire il risultato ottimale, risulta più difficile definire gli aspetti intermedi. Una condizione intermedia di crescita è normale o patologica dipendentemente dalle

conseguenze funzionali: la displasia congenita dell'anca manifesterà con evidenza, nella successiva lussazione e nella conseguente zoppia, la sua anormalità.

Stabilire dei correlati specifici tra anomalie funzionali dell'apparato psichico e particolari momenti patogenici dello sviluppo presuppone la conoscenza di numerosi parametri di valutazione: i modelli più noti dello sviluppo psichico prendono in considerazione soprattutto gli aspetti motori e cognitivi della vita del bambino, aspetti strettamente correlati con lo sviluppo neurologico, più che con quello psicologico.

Un altro aspetto è quello che riguarda le variabili: possiamo distinguere variabili naturali, in realtà abbastanza stabili nel tempo, e variabili culturali/relazionali. Le seconde comprendono sostanzialmente le modalità e i contenuti del rapporto con gli adulti significativi sia nella specificità di quella particolare relazione, sia nella generalità del contesto culturale in cui il nucleo stesso vive e di cui ripropone le istanze. In questo senso se lo sviluppo psichico è il complesso risultato di un rapporto dinamico che si instaura tra l'individuo in crescita e l'esterno in relazione ai suoi bisogni, è innegabile che la direzione di questo sviluppo verrà data dall'adulto in funzione del concetto di crescita/educazione di cui è portatore.

È necessario considerare il fatto che esiste un range assoluto di variabilità che ha il suo limite superiore nella più piena espressione, in un individuo ideale, dello stadio evolutivo attuale dell'uomo. All'interno di questo limite le potenzialità di ogni singolo individuo, in virtù di condizioni costituzionali e relazionali più o meno favorevoli, potranno trovare un diverso grado di attuazione o, nei casi sfavorevoli, un grado insufficiente che rappresenterà la condizione di anormalità.

Per meglio chiarire questo concetto possiamo utilizzare un esempio medico: lo sviluppo staturale.

Sappiamo che l'altezza media della popolazione occidentale è andata incrementandosi negli ultimi decenni di parecchi centimetri. Questo ci induce a pensare che il miglioramento delle condizioni ambientali, e quindi alimentari, igieniche etc., è stato in grado di far esprimere potenzialità di crescita che le precedenti condizioni, complessivamente sfavorevoli, mantenevano espresse in maniera ridotta: non riconosciamo quindi nella statura mediamente più bassa delle generazioni precedenti un'anomalia, ma una diversità di sviluppo di potenzialità primarie (genetiche) rimaste invariate. Quindi fattori o variabili esterne sono in grado di modulare l'attuazione di queste possibilità. Di fronte ad un individuo

di bassa statura che si pone ai limiti della curva di Gauss per la distribuzione di frequenza dell'altezza in una determinata popolazione dovremmo chiederci se è la conseguenza di uno sviluppo francamente patologico (ad esempio, come esito di una precoce attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi e precoce ossificazione delle cartilagini di accrescimento), se è la conseguenza di una crescita comunque sana ma avvenuta in condizioni sfavorevoli o se l'assetto genico di partenza (es: genitori molto bassi) esprimeva una potenzialità limitata.

Possiamo provare a ragionare per analogia sul piano psicologico e definire tre possibilità di sviluppo:

- uno sviluppo complessivamente soddisfacente in cui le potenzialità primitive vengono portate ad un livello di attuazione qualitativamente e quantitativamente valido;
- uno sviluppo parzialmente inibito per delle potenzialità che non trovano una loro piena attuazione. La possibilità di cogliere il momento in cui la condizione sfavorevole è iniziata comporta sia la possibilità, a patologia conclamata, di risalire al periodo di sviluppo maggiormente inibito, sia ad attuare una prevenzione cercando di modificare l'ambiente se questo si evidenzia come particolarmente patogeno. Per rimanere nell'ambito delle analogie con disturbi somatici questa prevenzione corrisponde ad una terapia che blocchi l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi nel caso si accerti la patologica tendenza ad una ossificazione precoce delle cartilagini.
- la terza evenienza è quella in cui vi è un deficit delle potenzialità: l'universo relazionale dell'individuo in crescita si dimostra gravemente insufficiente e favorisce l'anchilosi delle potenzialità stesse. In questo caso le possibilità di recupero tardivo sono scarse. Per tornare all'esempio è come se si lasciassero ossificare completamente, alla pubertà, le cartilagini di accrescimento, precludendo ogni possibilità di crescita e di intervento terapeutico. Le psicosi rappresentano il paradigma di questo sviluppo che definiamo difettuale; resta da definire quanto l'annullamento delle potenzialità non si correli ad un deficit iniziale. È importante sottolineare che non soltanto lo sviluppo psichico va favorito e non ostacolato, ma soprattutto che qualora cause traumatiche agiscono a lungo nei primi anni di vita, si hanno deficit irreversibili. Emblematici gli esempi noti in letteratura (ma anche le cronache ci riferiscono spesso di questi casi) di bambini abbandonati o vissuti in condizioni di segregazione o allevati da animali selvatici, ad es.: le due bambine Amala e Kamala, trovate in India che erano state allevate da un branco di lupi, Vittorio, il bambino selvaggio dell'Areyron, catturato nella foresta di

Tornel 1799 e seguito dal dottor Itard. In questi casi si è dimostrato che, malgrado gli sforzi terapeutici, il deficit di sviluppo rimane irrecuperabile proprio per l'atrofizzazione di quel nucleo di potenzialità non espresse nei tempi fisiologici dello sviluppo.

Per riassumere quanto detto fino a questo punto, possiamo individuare tre coppie concettuali per le tre situazioni esposte:

Potenzialità espresse-benessere psichico= salute mentale

potenzialità inibite-sviluppo conflittuale= patologia mentale

potenzialità non attivate-sviluppo difettuale= patologia mentale

Per esprimere un giudizio di salute o di patologia dobbiamo tenere presente un modello di sviluppo psichico che possa essere esplicativo delle varie patologie.

In questo contesto è stata proposta una serie di modelli che spesso sono molto diversi o addirittura incompatibili tra di loro. È necessario pertanto proporre un modello che, tenendo conto delle più recenti acquisizioni, sia soprattutto coerente ed esplicativo delle varie sindromi psichiatriche.

Brevemente riporterò alcuni elementi del modello complementare di sviluppo elaborato da Nicola Lalli nel 1991 e che verrà esposto nel capitolo successivo.

Questo modello sarà il punto di riferimento per la spiegazione e la comprensione delle varie sindromi psichiatriche.

PER UN MODELLO COMPLEMENTARE DELLO SVILUPPO PSICHICO

Un modello che ha l'intento di superare i limiti di quelli già proposti e che nel contempo prende in considerazione le acquisizioni ottenute da autori diversi, spesso messe in opposizione le une alle altre, è quello che verrà proposto di seguito.

Questo modello può essere definito complementare, nel senso che tiene conto sia degli aspetti pulsionali che quelli delle relazioni oggettuali, in una visione che integra le componenti esogene ed endogene all'individuo.

È necessario però ridefinire alcuni aspetti delle pulsioni poiché così come vengono proposte nella teoria freudiana risulta difficile valorizzare gli aspetti relazionali dello sviluppo: l'avvicinamento e il

successivo allontanamento dall'oggetto risultano infatti processi automatici, condizionati esclusivamente dalla dinamica pulsione-scarica.

Dobbiamo postulare l'esistenza di una dimensione istintuale -pulsionale che permette all'individuo sia l'avvicinamento all'oggetto sia il successivo allontanamento. Questa dimensione istintuale deve essere intesa come la possibilità stessa alla relazione: deve avere caratteri di plasticità perché deve permettere all'individuo di adattarsi alla enorme variabilità dell'ambiente umano, inteso come universo delle relazioni possibili (N. Lalli, 1991)

Alla nascita le valenze istintuali sono predominanti proprio perché il bambino non ha ancora imparato a confrontarsi con una realtà esterna complessa; d'altra parte la scarsa specificità degli istinti della nostra specie favorisce processi di apprendimento molto articolati che non trovano riscontro negli altri animali. Si può immaginare che il bambino inizialmente si relazioni con l'altro da sé, in virtù di due istinti : quello libidico, che permette l'attaccamento, e quello di morte come sparizione dell'oggetto frustrante. Durante la vita intrauterina il feto è in uno stato di simbiosi con la madre determinato dalla contiguità pelle-utero; non esiste la sensazione del sé come altro dal non sé proprio perché lo sviluppo avviene in una dimensione omogenea e costante.

La nascita rappresenta il primo momento di separazione e con essa compare il vissuto della propria individualità e, allo stesso tempo, del mondo esterno. Il prendersi cura del bambino da parte della madre o di un altro adulto segna allo stesso tempo un momento di continuità (il contatto somatico attraverso gli stimoli tattili e termici ad esso correlati) ma anche di novità, proprio perché il bambino percepisce la discontinuità di questo rapporto e la possibilità che non sia soddisfacente. Il vissuto sull'oggetto può quindi essere anche di desiderio di sparizione a vantaggio di un recupero, nel ricordo, della dimensione precedente. Queste dinamiche rafforzano comunque la percezione del proprio sé e offrono all'apparato psichico la possibilità di strutturare vissuti complessi, emozioni, memoria: di essere qualcosa di più di un nucleo pulsionale. Si comincia a prefigurare la sensazione di un contenitore: è l'apparato psichico che prendendo coscienza di sé, comincia a strutturarsi per arrivare, nel tempo, alla complessità dell'individuo adulto.

Se il polo pulsionale ha queste caratteristiche di dualità, intese come possibilità di investimento sessuale di un oggetto e di separazione da quest'ultimo, possiamo immaginare la crescita come un continuo

superamento delle modalità relazionali già acquisite, nella direzione di un loro arricchimento (N. Lalli, 1991).

Ogni crisi che viene superata segna un salto qualitativo (maturativo) nel processo di apprendimento delle capacità relazionali, ogni tappa d'arresto rafforza le modalità già acquisite, rappresentando un momento di regressione. È proprio nei momenti di crisi che il ruolo esterno di chi si prende cura del bambino assume un'importanza fondamentale: facilitare la maturazione significa spingere il bambino verso l'autonomia, ostacolarla significa mantenerlo in uno stato ormai inadeguato di dipendenza.

Lo sviluppo ha, quindi, due caratteristiche fondamentali:

- di circolarità in quanto gli istinti, naturalmente portati ad investire nel mondo esterno, vengono attivati dagli oggetti che ne svelano (cioè attuano) le potenzialità: è il concetto di epigenesi. A loro volta gli oggetti, investiti di significato, sono in grado di modulare le forze pulsionali e condizionare lo sviluppo, sia normale che patologico;
- di linearità in quanto, immaginando un ideale vettore che rappresenti la vita di un individuo, sulla direttrice dello sviluppo si può procedere in avanti verso la crescita o tornare indietro, in senso regressivo. Linearità non significa continuità: si procede comunque per crisi, intese come momenti nodali in cui condizioni oramai inadeguate (sia per quel che riguarda la modalità dell'investimento pulsionale che l'oggetto di relazione) possono essere superate o rappresentare una tappa d'arresto. Riassumendo quanto è già stato proposto, si può dire che, in linea teorica, perché lo sviluppo abbia luogo in maniera adeguata, è necessario si realizzino una serie di condizioni:

- 1) che le potenzialità istintuali siano presenti;
- 2) che il mondo esterno, rappresentato dalle figure che si prendono cura del bambino, sappia interagire in maniera ottimale al fine di attivare queste potenzialità;
- 3) che ogni crisi, conseguentemente ad una dialettica corretta tra pulsioni e relazioni oggettuali, venga superata nella direzione della crescita.

L'individuo psicologicamente sano è quello che, al termine di tale processo, pur strutturato in un carattere particolare ed influenzato dalla specificità dell'ambiente nel quale ha vissuto, manifesta una capacità critica, un costante senso della realtà e una dimensione creativa continua.

Sono quasi sempre le situazioni traumatiche a mettere in evidenza la “sanità” della struttura psichica (risposta coerente e superamento della crisi) o la sua inadeguatezza (emergenza di sintomi nevrotici: rituali ossessivi, fobie, ritiro depressivo ecc.). Resta da stabilire quali sono i limiti di tolleranza al trauma oltre i quali, anche l’individuo normale, perde la sua integrità psichica: poter stabilire questa soglia significa comprendere in quale punto di quella continuità normalità-patologia si può segnare il territorio di confine tra queste due condizioni.

Anche se le procedure sperimentali non possono riprodurre condizioni di trauma che siano sovrapponibili a quelle “naturalì” (per ovvie ragioni, sia pratiche che etiche), è possibile trarre qualche conclusione prendendo in considerazione la letteratura prodotta da persone, spesso da specialisti, che hanno esperito quelle che Bettelheim ha definito situazioni estreme.

L’esperienza terribile dei lager nazisti ha messo in evidenza una serie di elementi di cui il più importante sembra essere il seguente: che nella condivisa situazione di totale deprivazione affettiva e di completo disconoscimento della stessa dimensione umana, individui diversi reagiscono in maniera diversa. Nello spettro dei vissuti psichici e dei comportamenti, due sembrano essere paradigmatici nella loro diversità proprio per le contrapposte dinamiche che sottendono: l’adattamento e l’adeguamento. Possiamo definire con il termine adeguamento la situazione in cui l’individuo, pur non accettando le costrizioni ambientali in cui vive, ma non potendo neanche rifiutarle perché imposte in maniera coercitiva, ripone nel futuro la possibilità di un cambiamento e si piega formalmente alle regole senza dividerle. Presupposti dell’adeguamento sono quindi: il senso della realtà (impossibilità attuale a modificare l’ambiente), la speranza (come possibilità di differire il momento trasformativo) e, soprattutto, l’esistenza di una identità ben strutturata che l’individuo difende mantenendo vive le istanze ideali.

L’adattamento è il risultato, invece, di un profondo lavoro di trasformazione operato dall’ambiente sull’individuo che finisce nell’identificarsi con le regole e le figure autoritarie che le impongono; è evidente che i presupposti di cui abbiamo parlato sopra, in special modo l’esistenza di una identità ben strutturata, sono deficitari.

Non è un caso che nei campi di concentramento quelli che “reggono meglio”, per usare una espressione di Bettelheim, sono gli individui che già nel periodo precedente della loro vita hanno manifestato,

aderendo a movimenti politici progressisti o alla Resistenza (ma anche ai gruppi scout), una forte carica ideale e un anelito a trasformare la realtà.

Emblematica di un processo di adattamento totale è la figura del Kapò: è la vittima che diviene aguzzino del proprio compagno di prigionia, in un processo di identificazione con l'aggressore.

Al di là di queste due particolari modalità di risposta, l'esperienza dei campi di concentramento ha evidenziato che in eccezionali condizioni di violenza psichica e fisica quello che avviene con più facilità è l'annichilimento della personalità dell'individuo, costretto a morire, prima che di stenti e di privazioni materiali, con l'annullamento della speranza di poter essere di nuovo riconosciuto nella propria dimensione umana.

Per un approfondimento di queste tematiche si rimanda al capitolo "Psicopatologia da situazioni estreme" presente in questo sito.

4) La diagnosi psicomodinamica

Criteri per una nosografia psichiatrica

Dopo questo excursus inevitabile e necessario possiamo tornare a riflettere sul problema della nosografia psichiatrica. Ma a cosa serve una classificazione, e soprattutto è necessaria? La classificazione serve ed è necessaria per una operazione fondamentale che è la diagnosi, ovvero a comprendere attraverso i sintomi ed i segni visibili il disturbo latente ed eventualmente anche la causa. La diagnosi è una operazione logica che mette a confronto due ordini di informazioni: quelle derivanti dal quadro teorico di riferimento, che è la teoria dello sviluppo psicologico e la psicopatologia, e quelle derivanti dal quadro clinico, che sono sintomi ed il decorso.

I sintomi sono dei segnali e possono essere altamente specifici (patognomonic) o aspecifici (ubiquitari). È importante riconoscere nelle varie sindromi, i sintomi specifici o primari, perché sono quelli che caratterizzano fondamentalmente il quadro. Il metodo diagnostico si applica cercando una concordanza tra gli elementi clinici rilevati e l'appartenenza di questi elementi a specifici quadri sindromici e non ad altri. In questo senso, la diagnosi è sempre una diagnosi differenziale. E *evidente*

quindi che a monte dell'attività diagnostica deve esserci una operazione di catalogazione che deve avere regole ben precise.

Abbiamo visto che in Psichiatria esistono prevalentemente sindromi più che malattie, il che vuol dire che non sempre si è in grado di poter definire l'eziologia. Per questo motivo la metodologia deve seguire le regole ancora più precise. Possiamo dire che gli elementi necessari perché si costituisca una sindrome sono i seguenti:

- 1) i sintomi debbono essere accessibili e valutabili;
- 2) i sintomi debbono presentarsi insieme, con una frequenza statisticamente significativa e devono inoltre presentare una notevole coerenza interna relativamente al decorso, all'esito ed alle risposte a specifici trattamenti;
- 3) deve esistere un principio di gerarchia: ovverosia le sindromi meno gravi non debbono presentare sintomi appartenenti a livelli gerarchici superiori (cioè più gravi), e viceversa. .

Ma questi raggruppamenti non possono essere solo descrittivi; ci deve essere o si deve tentare anche un criterio ordinatore complessivo: il che rende necessario non fermarsi solo all'aspetto descrittivo, per quanto accurato, ma cercare di inserire questi dati in un contesto più ampio di tipo teorico e bisogna sempre tener presente la correlazione tra la diagnosi trasversale (cioè lo status) che si riferisce al quadro psicopatologico, e la diagnosi longitudinale che si riferisce al decorso e all'esito. Per quanto riguarda l'articolazione tra le varie sindromi, si possono costituire tre possibilità:

1. Considerare le sindromi come un continuum, per cui le variazioni sarebbero solo quantitative. Questa nosografia, definita dimensionale, deriva fondamentalmente dalla teoria psicoanalitica e finisce per proporre la malattia mentale come un unico disturbo che può presentarsi con modalità diverse legate esclusivamente a fattori quantitativi.
2. Considerare le sindromi invece come qualitativamente diverse, il che implica un concetto di discontinuità: questa nosografia viene definita categoriale. I quadri clinici sono altamente specifici e non è prevista alcuna possibilità di passaggio da una sindrome all'altra.
3. Considerare le sindromi su di un piano puramente statistico, limitandosi quindi ad un'accurata descrizione fenomenologia di quei sintomi che presentandosi insieme in maniera

statisticamente significativa, definiscono le varie sindromi. Ci sono diverse classificazioni di questo tipo e sicuramente quella più conosciuta è il DSM-IV, che si distingue per un'implicazione fondamentale: l'assenza di qualsiasi teoria, trasformando quindi la nosografia in un casellario sintomatologico. Comunque dobbiamo sottolineare che nel DSM-IV è presente una formulazione che ritengo importante: il sistema multiassiale. In questo modo è possibile registrare numerose informazioni riguardanti oltre che le diverse sindromi anche le diverse strutture di personalità, il funzionamento sociale, le patologie concomitanti, ecc. Il sistema multiassiale può garantire una serie di informazioni utili se eliminiamo il dato ateorico del DSM-IV, funzionali ad una completa descrizione del caso clinico ed a una più precisa sistematizzazione nosografia.

Da tutto questo excursus possiamo passare ad esporre un modello di nosografia psichiatrica caratterizzato da due aspetti fondamentali: il primo è la derivazione ed il riferimento ad una teoria psicodinamica il che significa che i sintomi hanno un senso e che è possibile trovare una causa psicologica del disturbo; il secondo è l'utilizzazione di un sistema multiassiale che ci permette di evidenziare numerosi parametri rilevati dal rapporto con il paziente. Definiamo pertanto questo modello come diagnosi psicodinamica.

DIAGNOSI PSICODINAMICA *

Questo sistema basa la propria metodologia su due assunti fondamentali: il riferimento ad una teoria dinamica dello sviluppo normale e della psicopatologia e la distribuzione dei dati raccolti, su 6 Assi distinti ma interdipendenti.

Rimando per quanto riguarda la clinica e la psicopatologia dinamica ai Capitoli "Modello Psicodinamico dello Sviluppo Psicico" e "Elementi di psicopatologia dinamica" in N. Lalli, Manuale di Psichiatria e Psicoterapia, Liguori, Napoli, 1999. E su questo Sito, in Area di Confronto, "Il Modello Psicodinamico dello Sviluppo: il Modello Complementare".

In questo contesto, svilupperò invece la metodologia multiassiale e le modalità di rilevamento dei dati.

* In questo contesto sarà utilizzato, anche se modificato, il sistema O.P.D. tratto da: Gruppo di Lavoro O.P.D. "Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche" Ed. It. A. De Coro (a cura di), Masson, Milano 2002.

Il sistema multiassiale a 6 Assi permette di descrivere in maniera completa la situazione psicopatologica del paziente in termini clinici e dinamici, utili non solo per una diagnosi, ma anche per strutturare razionalmente un progetto terapeutico.

- 1) **VISSUTO E STORIA DEL DISTURBO. BIOGRAFIA E ANALISI DELLA DOMANDA.** Si evidenziano le emozioni e l'importanza che il soggetto attribuisce al disturbo; inoltre si descrive la storia medica e psichiatrica del paziente.
Per quanto riguarda l'analisi della domanda e la biografia rimando a due brevi Appendici poste alla fine testo.
- 2) **MODALITÀ RELAZIONALE.** La modalità si evince da quanto riferisce il paziente circa le sue modalità relazionali fondamentali del presente e del passato e dall'analisi del transfert.
- 3) **CONFLITTI.** Si evidenziano le modalità difensive, il livello di adattamento e se tali conflitti sono reattivi o stabili della personalità.
- 4) **STRUTTURA.** Evidenzia i tratti di personalità più importanti, il livello di evoluzione e l'adeguatezza o meno di tale struttura nei confronti delle situazioni esistenziali.
- 5) **NOSOGRAFIA DESCRITTIVA.** Evidenzia i principali sintomi psicopatologici e li categorizza secondo il sistema adottato come ICD 10 o il DSM IV o altri. In quest'Asse sono da riportare eventuali concomitanti disturbi somatici ed eventuali comorbidità.
- 6) **INDICE DI VALUTAZIONE GLOBALE.** Funzionalità psico-sociale.

.....

I diversi Assi sono ovviamente interdipendenti e collegati: pertanto ad un'osservazione di tipo analitico, segue una fase di sintesi dei vari fenomeni osservati.

Alcuni di questi fenomeni sono osservabili, altri intuibili, altri possono essere raccolti dall'anamnesi dei familiari (questo soprattutto vale per i casi di più grave psicopatologia).

Ala fine di questa indagine si arriva a:

**DIAGNOSI
PSICODINAMICA**

PROGNOSI

PROGETTO TERAPEUTICO

ASSE I

VISSUTO E STORIA DEL DISTURBO. BIOGRAFIA E ANALISI DELLA DOMANDA

A) Tipo e gravità del disturbo (o sindrome)

1. consapevolezza del disturbo
2. cosa si aspetta il paziente
3. visione della malattia da parte del paziente
4. livello di ansia rispetto al disturbo in atto
5. alessitimia-indifferenza

B) Storia medica e psichiatrica del paziente

- 1- esame delle modalità di insorgenza del disturbo psichiatrico
- 2- rapporto dell'evento morboso con il ciclo vitale o con eventi esistenziali significativi
- 3- tipo di richiesta fatta agli operatori (magica, sintomatica, trasformativa)
- 4- rilevazione di precedenti esperienze con operatori medici o psichiatri al fine di evidenziare se la negazione di problematiche psichiche o la tendenza alla somatizzazione è una conseguenza dell'esperienza o di una specifica dinamica del paziente.

C) Vissuto di malattia e contesto psico-sociale

- 1- famiglia di origine
- 2- amici e conoscenti
- 3- colleghi di lavoro
- 4- eventuale partner

E' necessario evidenziare se l'ambiente è **accogliente, rifiutante, stigmatizzante, colpevolizzante o indifferente**. Questi dati sono da tener presente, successivamente, per elaborare il progetto terapeutico.

D) Biografia. Per ulteriori approfondimenti vedi Appendice.

- 1- anamnesi
- 2- reticolo cronologico
- 3- connessioni tra eventi esistenziali ed insorgenza della sintomatologia

E) Analisi della domanda. Per ulteriori approfondimenti vedi Appendice.

- 1- perché ora
- 2- sintomo offerto
- 3- motivazione inconscia della richiesta

F) Richiesta e motivazione alla cura

- 1- richiesta psicofarmacologica (valutare la compliance)
- 2- richiesta psicoterapeutica. La richiesta psicoterapeutica presuppone la presenza dei seguenti requisiti:
 - a) consapevolezza della natura psichica della sofferenza
 - b) capacità di riconoscere l'esistenza di fattori psicologici connessi con il disturbo
 - c) capacità di insight e di accettare la sofferenza psichica

ASSE II RELAZIONI INTERPERSONALI

Le modalità di relazioni interpersonali si evincono da:

- 1) come il paziente **racconta** di essersi posto ripetutamente nelle relazioni con persone significative
- 2) come il paziente **racconta** che gli altri significativi si sono posti ripetutamente e stabilmente nei suoi confronti
- 3) come il paziente **si rapporta** nello specifico contesto della relazione terapeutica ovvero la modalità di transfert

Ovviamente quello che più ci interessa sottolineare sono le **modalità relazionali disfunzionali**. Vedremo successivamente il rapporto tra conflitti e modalità relazionali disfunzionali.

Il termine modalità relazionale disfunzionale indica una **modalità abituale e costante** del paziente che, per motivi diversi procura malessere o sofferenza al paziente e spesso anche alle persone che sono in relazione con lui.

La modalità relazionale disfunzionale può essere evidenziata o con criteri clinici psicodinamici (osservazioni tratte dal racconto del paziente e dal rapporto di transfert) o anche con una serie di modelli diversi che tipizzano i tratti fondamentali della personalità (Benjamin, Millon etc.).

Quanto più le risorse dell'Io e le capacità di difesa della persona sono limitate, tanto più questa dovrà organizzare le interazioni interpersonali nel modo più conforme possibile a ciò che egli già conosce, così da limitare al minimo esperienze nuove che potrebbero risultare troppo faticose. Verranno quindi costantemente intrapresi tentativi di riprodurre situazioni già note anche quando queste abbiano sempre avuto esito sfavorevole. Quanto più sono limitate le possibilità di organizzare e integrare informazioni nuove, a volte contraddittorie, tanto più risulterà necessario costruire situazioni interpersonali tali da consentire di realizzare le proprie fantasie, i desideri e i modelli di interazione con l'altro in modo più o meno uniforme: questa è la tendenza alla staticità e la coazione a ripetere. E' accertato che quanto più il vissuto e il comportamento relazionale di un soggetto appaiono rigidi ed estremi tanto più queste configurazioni relazionali operano in modo "automatico", al di fuori della consapevolezza, quindi più probabile sarà la stabilità e la ripetitività di questi comportamenti. Una siffatta organizzazione delle relazioni può condurre a una grave messa in crisi quando i pazienti dispongono di relazioni incostanti e contraddittorie o nei casi ove è gravemente

limitata la percezione dei desideri e dei bisogni degli altri e delle condizioni contestuali (personalità borderline).

Nel caso di pazienti psicotici può essere a volte difficile individuare definiti modelli relazionali: le relazioni interpersonali precipitano in una situazione di frammentarietà.

La flessibilità interpersonale è invece data dalla capacità di dare forma a relazioni differenziate legata alla capacità di immedesimarsi nel mondo esperienziale dell'altro, percepirne i timori, i bisogni, le strategie comportamentali etc..

La flessibilità, intesa come normalità/salute, può essere individuata attraverso una diagnosi relazionale, valutando la misura in cui il paziente ricorre ad un ampio repertorio di possibili variazioni delle sue relazioni.

E' importante anche ricercare l'esistenza di partners sociali che non reagiscono con le tipiche modalità che il paziente descrive come disfunzionali: il clinico deve ricercare queste eccezioni perché esse possono costituire un'espressione delle risorse sane di cui può usufruire il paziente da tener presente nella stesura del progetto terapeutico.

.....

Oltre che su un piano clinico le modalità relazionali disfunzionali possono essere evidenziate da una serie di scale come la SASB (Benjamin, 1974), la CCRT (Luborsky, 1990), la RRMC (Horowitz, 1991), la PERT (Hoffman e Gill, 1988), la CMP (Strupp e Binder, 1991), etc.

ASSE III I CONFLITTI

I conflitti sono tendenze antitetiche inconsce.

Il conflitto può essere determinato (a seconda delle varie teorie) da una contrapposizione tra:

desiderio – pulsione – timore della punizione

bisogni – esigenze

soddisfacimento dei bisogni – necessità di sicurezza

oppure, in maniera più ampia, come contrapposizione tra **dipendenza e autonomia** o, in maniera ancora più precisa, tra **narcisismo e rapporto oggettuale** (vedi dinamica schiavo-padrone di Hegel).

Il conflitto si struttura sulla base di una triade:

- **pulsione – desiderio**
- **paura reale o fantasmatica del rifiuto, della punizione o della perdita**
 - **angoscia**

e si manifesta con il **sintomo** che può essere: **ansia libera, sintomi nevrotici o strutturazione psicopatologica della personalità.**

In questo caso è evidente la distinzione che viene posta tra conflitto e disturbo strutturale della personalità e, rimandando successivamente all'esame di questa problematica, si può qui affermare che il disturbo strutturale implichi una maggiore gravità psicopatologica rispetto al disturbo conflittuale.

Natura del conflitto

Numerose sono le teorie che cercano di proporre una possibile spiegazione della genesi e della natura del conflitto. Alcune di esse nascono sulla base della pura osservazione clinica, altre su una base psicometrica, altre dai risultati della ricerca neurobiologica e dell'infant research. Fra queste cito quella di Lichtenberg (1989) che descrive 5 sistemi motivazionali elementari e differenziati che si basano su schemi comportamentali osservabili fin dalla nascita:

- 1- **Bisogno di regolazione psichica delle esigenze fisiologiche**
- 2- **Bisogno di attaccamento**
- 3- **Bisogno di assertività e di esplorazione**
- 4- **Bisogno di antagonismo e di ritiro**
- 5- **Bisogno di piacere sensuale o di eccitazione sessuale**

Ogni sistema si organizza sulla base di un'esperienza intersoggettiva positiva giungendo ad una relativa stabilità. Se si verificano invece dissonanze fra bisogni motivazionali e le esperienze di gratificazione, si creano modelli e strutture cognitive e affettive conflittuali.

Secondo altri autori ci sono conflitti di base che possono essere descritti come antinomici.

Secondo il KAPP (Weissman) i conflitti di base sarebbero:

- 1- **intimità e reciprocità**
- 2- **dipendenza e separazione**
- 3- **tratti di personalità controllanti**
- 4- **tratti alessitimici**
- 5- **importanza dell'aspetto fisico ed autostima**
- 6- **soddisfazione sessuale**
- 7- **senso di appartenenza**
- 8- **sensazione di essere necessario**

Come si può vedere, soltanto i primi due items presentano un'antinomia, gli altri sembrano essere tratti di personalità singoli o pervasivi.

Comunque la categoria dipendenza e separazione è una delle più importanti.

Secondo gli autori che hanno elaborato il KAPP, esistono tre modalità di gestire questo conflitto di base.

1. La prima è legata alla capacità di stabilire relazioni mature di dipendenza e alla capacità di sperimentare il lutto e di elaborare la perdita di persone importanti, di ideali, di parti e funzioni del corpo, come di beni materiali.
2. La seconda, che implica già un grado di patologia, indica la capacità di stabilire relazioni di dipendenza accompagnate da forte angoscia di separazione che può condurre al lutto patologico, alla preoccupazione depressiva per una perdita reale o immaginaria, o con una modalità reattiva che si manifesta con un abbandono attivo che tende a prevenire l'abbandono da parte dell'altro.
3. La terza è quella di stabilire relazioni di dipendenza infantili e spesso il significato di queste relazioni può anche essere negato. L'atteggiamento può condurre alla negazione della perdita fino ad alterare o perdere il senso della realtà.

Secondo la valutazione dell'OPD, i conflitti sono sempre dicotomici e presentano le seguenti caratteristiche:

- 1- dipendenza versus autonomia**
- 2- sottomissione versus controllo**
- 3- accudimento versus autarchia**
- 4- narcisismo versus valorizzazione dell'altro**
- 5- tendenze egoistiche versus tendenze pro-sociali**
- 6- conflitto edipico**
- 7- senso di identità versus dissonanza**
- 8- percezione assente o limitata di conflitti o di emozioni (alessitimia) versus vissuto di allarme circa le proprie emozioni**

L'identificazione dei conflitti psicodinamici richiede un'attenta osservazione ed un procedimento di elaborazione che si basa sia sul metodo induttivo che deduttivo. Induttivo perché deve risalire dai comportamenti, dai vissuti e dalle relazioni interpersonali al conflitto. Deduttivo perché bisogna tener presente la teoria del conflitto per verificare l'ipotesi formulata circa la natura del conflitto stesso.

Comunque bisogna tener presente la stretta interdipendenza tra l'Asse II e l'Asse III: possiamo dire che i rapporti interpersonali sono l'aspetto evidente dei conflitti, ma anche che l'evidenziare il conflitto ci rende più chiara la modalità relazionale disfunzionale.

Esempio

Un paziente, probabilmente per motivi legati a carenze affettive precoci, può presentare sia un bisogno estremo di stabilire un legame, sia anche un rifiuto per il timore della delusione o per l'angoscia di abbandono: questa situazione attiene all'**area del conflitto**. Ma un tale conflitto può indurre ad una relazione interpersonale disfunzionale che non sempre lascia facilmente intravedere il conflitto sottostante, come la necessità di stabilire un legame con una forte tendenza al controllo e/o alla manipolazione dell'altro. Il conflitto inoltre può portare il soggetto a svalutare la capacità e la disponibilità dell'altro o di metterlo talmente alla prova da suscitare un rifiuto: questa è l'**area della relazione disfunzionale**. In altri casi il soggetto può tendere a stabilire un legame simbiotico che può entrare in conflitto con l'angoscia di una dipendenza assoluta portando il paziente ad un isolamento sociale che teoricamente vorrebbe evitare. Come risulta da questa esemplificazione, spesso notiamo dapprima le modalità relazionali e successivamente il conflitto soggiacente: sarebbe quindi più corretto esporre prima l'area relazionale e successivamente quella conflittuale. Se invece, come in questa esposizione l'ordine è stato invertito è perché l'aspetto conflittuale precede geneticamente la modalità relazionale disfunzionale.

ASSE IV

LA STRUTTURA

La prospettiva evolutiva considera la struttura come il risultato di un processo di maturazione che avviene per tappe progressive (**crisi**), che risente di particolari momenti finestra (**epigenesi**) e che normalmente comporta una sempre maggiore differenziazione ed integrazione unita ad un aumento delle capacità di **mentalizzazione**. Per mentalizzazione si intende la capacità di rappresentazioni interne sia oggettuali (**oggetti interni**) che rappresentazioni del Sé nelle interazioni interpersonali (**rappresentazione del Sé**).

La struttura tende ad assumere una diversità, e quindi una individualità legata alla storia particolare del soggetto, che si esprime sia come risorsa (**resilienza**) e punti di forza sia come incapacità o difficoltà.

L'assenza di disturbi della struttura significa che il soggetto può disporre di questo spazio interno e controllarlo e di mantenere in maniera soddisfacente e varia le relazioni interpersonali.

La struttura è quindi una modalità di essere a **bassa velocità di cambiamento**.

La struttura tende ad evidenziare alcuni punti fondamentali a seconda del ciclo esistenziale (vedi E. Erikson).

Un disturbo di struttura si evidenzia come deficit evolutivo e significa che a livello di crescita non sono avvenute determinate tappe di differenziazione ed integrazione o sono avvenute in senso disadattativo.

Si può considerare anche la cosiddetta **vulnerabilità di struttura**, intesa come tendenza di una struttura non particolarmente stabile a presentare momentanei fenomeni regressivi in situazioni di stress o di trauma psichico. Questo concetto è molto simile al concetto di reazione psichica, concetto eliminato dalla nosografia attuale, ma che invece ha una sua realtà e validità nosografica (soprattutto nei confronti della prognosi).

Per quanto riguarda il livello di disturbo si possono distinguere quattro gradi:

- 1- **struttura ben integrata**
- 2- **struttura moderatamente integrata**
- 3- **struttura scarsamente integrata**
- 4- **struttura non integrata**

O. Kernberg, nella sua interessante intervista semistrutturata valuta quattro livelli di struttura:

- 1- normale-sana
- 2- nevrotica
- 3- borderline
- 4- psicotica

avendo come riferimento la valutazione di queste funzioni:

- 1- validità del Super-io
- 2- esame di realtà
- 3- identità dell'Io
- 4- sviluppo pulsionale
- 5- qualità delle difese
- 6- qualità delle relazioni oggettuali
- 7- capacità affettive

Non esistono scale specifiche per la valutazione globale della struttura, il che dimostra da una parte la complessità di questa valutazione, dall'altra che la **valutazione deve essere prevalentemente intuitiva e controtransferale**.

Comunque è possibile operare una descrizione della struttura, sia in termini di normalità che di patologia, esaminando le seguenti singole sottostrutture:

- 1- **Percezione del Sé**. Descrive la **capacità autoriflessiva** che comporta la capacità di differenziare chiaramente tra se stessi e gli oggetti. Capacità di conservare una rappresentazione di sé coerente e costante nel tempo (**identità**). Capacità di distinguere i processi interni soprattutto negli aspetti affettivi (**introspezione**).
- 2- **Autoregolazione**. E' la capacità che il Sé possa **essere sperimentato come fonte** delle proprie azioni. Capacità di **regolare e integrare bisogni ed emozioni** ed in caso di situazioni stressanti **ristabilire l'equilibrio**. Di particolare importanza è la capacità di **mantenere l'autostima ad un livello corrispondente alla realtà**.

- 3- **Difese.** E' la capacità di attivare specifici meccanismi difensivi allo scopo di mantenere o ristabilire l'equilibrio psichico nelle situazioni conflittuali o nelle situazioni di stress. E' ovvio che il termine difese indica un'attività momentanea difensiva-adattativa e non una dimensione stabile come nel caso dei meccanismi difensivi sopra descritti.
- 4- **Percezione dell'oggetto.** Capacità di **distinguere fra realtà interna ed esterna** e di conseguenza percepire gli oggetti esterni come persone altre, con proprie intenzioni e mentalizzazioni. Capacità di **riconoscere ed accettare eventuali contraddizioni degli oggetti esterni.**
- 5- **Comunicazione emotiva.** Descrive la capacità di raggiungere gli altri emotivamente e di comprendere e di condividere con gli altri gli stati affettivi. In altri termini potremmo definirla come **capacità empatica.**
- 6- **Legame.** Capacità di costruire una rappresentazione interna dell'altro (**internalizzazione dell'oggetto**) e di investirla affettivamente a lungo termine (**costanza d'oggetto**). Capacità di mantenere una **giusta distanza tra legame e separazione.**

ASSE V

NOSOGRAFIA CLINICA DESCRITTIVA

L'Asse V comprende diversi sistemi nosografici derivati da sistemi teorici diversi: da una nosografia clinico-descrittiva ad una di tipo psicodinamico, da una nosografia di tipo categoriale ad una di tipo dimensionale. Non è possibile enumerare i vari sistemi nosografici e pertanto evidenzierò solo quelli più conosciuti ed accreditati come:

1- ICD 10

2- DSM IV

3- SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE tratto da Manuale di Psichiatria e Psicoterapia (N. Lalli)

ASSE VI

SCALA DI VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO (V.G.F.)

Riporto l'indice di valutazione globale in uso nel DSM IV. Ritengo utile sottolineare che l'uso di questa scala può comportare una possibile confusione tra concetto di **sindrome-disturbo** e quello di **handicap-disabilità**.

Mentre tutto quello che abbiamo descritto precedentemente ci porta a fare una valutazione diagnostica e prognostica necessaria per strutturare un **progetto terapeutico**, l'indice di valutazione globale indica invece il grado di **disfunzionamento sociale** del soggetto.

Ovviamente non c'è stretta relazione tra gravità della sindrome clinica e disfunzionamento sociale, quindi dobbiamo ritenere che la valutazione del funzionamento globale, importante per un programma di riabilitazione, non sempre coincide con la gravità sul piano clinico. Pertanto, pur considerando l'utilità di questo Asse, esso va valutato con discrezione e solo ai fini di una completa descrizione del paziente. Il mantenere unito il concetto di sindrome e di handicap porta inevitabilmente a privilegiare una **dimensione riabilitativa ed assistenziale**.

LINEE GUIDA PER LA COMPrensIONE DEL SISTEMA NOSOGRAFICO

N. LALLI © 1989 e 2005 su web

- 1) I quadri psicopatologici descritti sono costituiti non solo da un complesso di sintomi **correlati in maniera statisticamente significativa**, ma anche **comprensibili e prevedibili** sulla base di una teoria psicogenetica.
- 2) Il sistema nosografico è di tipo **categoriale** e **multiassiale**. All'interno delle singole categorie è invece accettabile pensare ad una possibilità **dimensionale**. Concretamente, mentre è comprensibile che un nevrotico isterico abbia sintomi fobici o possa sviluppare una fobia, più difficile è comprendere il passaggio da una nevrosi a una psicosi. In questi casi è da ritenere che i sintomi meno gravi, manifestati in prima istanza, possono

essere una copertura di disturbi più gravi, ma non ancora evidenti. Sul piano diagnostico vale il **principio di gerarchia**: ovverosia che il sintomo più grave e più duraturo è quello che determina la diagnosi. Quindi, ferma restando la specificità delle categorie, bisogna ritenere che passaggi da una categoria all'altra siano da attribuirsi a interventi terapeutici soprattutto di tipo psicoterapico.

3) Le diverse categorie nosografiche presentano specifiche differenze che possiamo equiparare a **disturbi patognomonic**, per esempio, mentre nelle psiconevrosi è sempre presente una situazione conflittuale, nelle psicosi è presente una rottura con la realtà ed una disgregazione della struttura caratteriale.

4) Le sindromi sono ordinate secondo un criterio ben preciso, che mostra una chiara **vettorialità**: dai disturbi più reversibili (nevrosi) a quelli non reversibili (demenze); da quelli sicuramente su base psicologica (nevrosi) a quelli con probabile base biologica (psicosi) a quelli con sicura base biologica (disturbi psichiatrici secondari); da disturbi che presentano un valido rapporto con la realtà (nevrosi, disturbi psicosomatici) a disturbi ove il rapporto con la realtà è alterato (psicosi) o deteriorato (demenze).

5) In questa vettorialità non sempre trova una sua precisa collocazione il **fattore acuto-cronico** che può essere presente nelle varie categorie; d'altra parte sappiamo, anche dalla Medicina, che il parametro acuto-cronico pur essendo un fattore discriminante in senso prognostico, purtroppo è un fattore che può desumersi a posteriori.

Anche in Psichiatria possiamo parlare di disturbi acuti o cronici: ma questo fattore può appartenere a tutte le categorie nosografiche. Comunque, poiché il fattore acuto si unisce spesso al concetto di reazione, ho ritenuto opportuno riproporre la dizione di **disturbi reattivi** che hanno una duplice connotazione: brevità e benignità del decorso ed importanza dei fattori esterni nel determinare il disturbo.

Dati questi elementi, la nosografia è così concepita (N. Lalli, 1989 ©).

Dobbiamo considerare che ogni evento psicopatologico dovrebbe essere messo in relazione al ciclo vitale.

Potremmo dire che questi fattori andrebbero posti su due assi:



A) Disturbi dell'infanzia

Comunque questo principio è particolarmente rilevante per quel periodo che va da 0 a 12 anni e che definiamo infanzia.

I disturbi più frequenti sono:

1. i disturbi della regolazione (del sonno, dell'accrescimento e alimentari etc.)
2. disturbi di tipo ansioso o depressivo
3. disturbi specifici come l'autismo
4. disturbi da deficit di attenzione
5. disturbi dell'apprendimento e della comunicazione

Rimando per ulteriori approfondimenti al Manuale DSM IV "Guida alla Diagnosi dei Disturbi dell'Infanzia e dell'Adolescenza".

Tengo a sottolineare che nella genesi di questi disturbi spesso è determinante il contesto familiare che pertanto va accuratamente studiato e sul quale spesso è più utile intervenire per modificare la sintomatologia del bambino.

B) Reazioni

{ Reazioni nevrotiche acute (R.N.A.)
Reazioni psicogene acute (R.P.A.)
Reazioni organiche acute (R.O.A.)

Il concetto di reazione è caratterizzato da due parametri: brevità e benignità dell'episodio, importanza dei fattori esterni nello scatenamento del disturbo. Le reazioni nevrotiche acute (R.N.A.) possono comparire in situazioni di stress manifestandosi come ansia libera oppure manifestarsi con aspetti depressivi di tipo distimico.

Oppure con caratteri psicopatologici più complessi e gravi, molto simili alle psicosi, costituiscono le R.P.A. (Reazioni Psicogene Acute) caratterizzate da un severo quadro psicopatologico con chiare manifestazioni di tipo psicotico, ma ad evoluzione benigna e rapida. Queste manifestazioni possono presentarsi anche con carattere fasico, ma comunque non tendono mai a strutturare uno stato delirante o un disturbo psicotico della personalità.

Oppure come R.O.A. (Reazioni Organiche Acute) caratterizzate da disturbi delle funzioni mentali e in seguito a fattori tossici o traumatici e sono inserite nell'ambito dei disturbi psichiatrici su base organica.

Quindi il concetto di reazione, pur con aspetti diversi, attraversa tutta la classificazione.

Poi abbiamo le seguenti *categorie* che raggruppano più sindromi.

C) Disturbi del carattere su base conflittuale

{
 Psiconevrosi
 Patologia psicosomatica
 o disturbi psicosomatici

Essi sono caratterizzati da una formazione difensiva su base caratteriale che può esplicitarsi sia con una particolare struttura caratteriale specifica del circolo della bramosia o di quello dell'invidia, oppure con i sintomi classici delle psiconevrosi. Il rapporto con la realtà è soddisfacente: la struttura del carattere presenta una conflittualità.

D) Disturbi strutturali del carattere

{
 Sindrome borderline e
 disturbi di personalità
 Perversioni o parafilie
 Personalità psicopatica

In questi casi è deficitaria la struttura del carattere: è presente una identità parziale e diffusa, il rapporto con la realtà è complessivamente disturbato.

E) Disturbi conflittuali e/o strutturali del carattere con dipendenza da sostanze tossiche

- Alcolismo cronico
- Tossicomanie

L'alcolismo e la tossicomania possono svilupparsi a partire sia da una personalità con disturbi conflittuali, ed in questo caso in genere la prognosi è migliore, o in soggetti con disturbi strutturali a prognosi più grave.

In ogni caso il progredire dell'intossicazione cronica può comportare disturbi molto gravi come il *delirium tremens* o il delirio di gelosia.

Quindi l'alterazione organica tende non solo a peggiorare la situazione psicopatologica iniziale ma anche a rendere il quadro clinico sempre più uniforme e stereotipato.

F) Disturbi Psicotici

- Depressione maggiore
- Mania
- Psicosi maniaco-depressiva
- Paranoia
- Schizofrenia
- Parafrenia

Questa categoria è caratterizzata, pur nelle notevoli variazioni, da alcuni sintomi fondamentali. C'è una rottura con la realtà, o comunque una trasformazione della realtà: quindi è compromessa la conoscenza ed il rapporto con la realtà. È probabile che ci sia una base biologica come concausa del disturbo psichiatrico. C'è inoltre una disintegrazione, più o meno grave, della struttura del carattere.

G) Disturbi psichiatrici secondari ad alterazioni organiche

- Disturbi confusionali
- Demenze
- Disturbi psichiatrici in epilettici
- Disturbi secondari a malattie organiche

In questi casi c'è sempre una base organica che determina l'insorgenza ed il mantenimento del disturbo. Questo disturbo può essere in alcuni casi (demenze primarie) irreversibile. E' presente una grave alterazione del rapporto con la realtà e spesso un deterioramento delle principali funzioni mentali.

Appendice

Biografia

In questa sede definirò molto brevemente le modalità per evidenziare la biografia del paziente.

Comunque rimando per ulteriori riferimenti a “Il Primo Colloquio Psichiatrico”, *N.Lalli* (Liguori, 2001)

1) La situazione sintomatologica attuale deve essere correlata con gli eventi del ciclo vitale per costruire quello che definisco “reticolo cronologico” ovvero l’accurata corrispondenza tra eventi vitali importanti e insorgenza o riacutizzazione della psicopatologia.

2) Situazione familiare. È importante conoscere l’ambiente socio-culturale, se il paziente è originario della città dove vive, se ci sono stati trasferimenti o particolari avvenimenti, quali per esempio, problemi di tipo economico. Può essere significativo conoscere le attività lavorative dei genitori. Se ci sono stati lutti importanti, sapere quando sono avvenuti e successivamente esaminare come sono stati vissuti, tenendo conto dell’età del paziente. È chiaro che la scomparsa di un genitore, può avere degli effetti molto diversi a secondo dell’età del paziente.

E’ necessario chiedere se ci sono state malattie psichiatriche nei familiari, qual è il rapporto del paziente con i suoi genitori e quale ne è il giudizio soprattutto in merito ai metodi educativi. Se ci sono fratelli indagare circa la differenza di età e di sesso ed infine sulle modalità di relazioni nei loro confronti.

È importante sapere se con il paziente hanno convissuto o convivono personaggi familiari importanti (nonni, zii) ed il loro ruolo all’interno della famiglia. come è opportuno indagare anche sulle modalità di rapporto dei genitori. Chiaramente ognuno di noi ha sulle spalle non solo quello che è stato il rapporto con i propri genitori, ma anche quello che i genitori hanno vissuto con i loro. A volte nelle famiglie ove ambedue i genitori lavorano, ci può essere o essere stato un personaggio che può avere avuto enorme influenza sul paziente.

3) Sviluppo psicofisico del paziente. Esaminati gli avvenimenti familiari e soprattutto il vissuto rispetto a questi, si passa ad indagare i primi anni di vita che sono fondamentali in quanto in essi possiamo trovare la chiave per comprendere patologie attuali. Se ci sono stati problemi rispetto allo svezzamento, all’apprendimento del linguaggio, alla tendenza a socializzare e gli eventuali primi problemi di

separazione dall'ambiente familiare, quali l'ingresso all'asilo o alle scuole elementari. Le esperienze scolastiche possono essere un indice molto significativo. Bisogna indagare se ci sono state nell'infanzia malattie fisiche importanti o i primi segni di tipo nevrotico: come piccole fobie, manie, paure immotivate. Può essere utile sapere con quali modalità emotive il paziente ricorda questo periodo.

4) Si passa ad esaminare il periodo dell'adolescenza e di come il paziente ha affrontato la pubertà, soprattutto rispetto alla socializzazione per evidenziare se c'è stata una tendenza all'isolamento o una normale attività di gioco e d'interessi. In questo periodo infatti cominciano a comparire in maniera evidente i tratti caratteriali: come l'ambizione, la remissività, l'ambivalenza o la tendenza alla violenza. Con l'adolescenza emergono anche i problemi inerenti l'altro sesso e la possibilità o meno di rapporti eterosessuali. In questo periodo inoltre si cominciano già a fare scelte politiche o professionali che potrebbero avere una origine conflittuale. Questa fase rappresenta una sorta di cartina di tornasole per tutti i problemi non risolti precedentemente e che ora si evidenziano maggiormente. Piccoli fenomeni, spesso sottovalutati di questo periodo, come l'eccessiva timidezza, l'obesità, possono essere indizio di situazioni conflittuali collegate allo sviluppo.

Si raccolgono informazioni circa le scelte scolastiche e lavorative e tutte quelle abitudini che finiscono con il diventare uno stile di vita: l'atteggiamento verso l'alimentazione, il proprio corpo, la sessualità, i rapporti affettivi. È da indagare se in questo periodo sono già presenti alcuni sintomi, spesso sottovalutati, come insonnia, tendenza al bere.

È importante indagare inoltre sulle modalità affettive con il partner, i figli e le modalità di rapporto sul lavoro.

A questo punto si hanno sufficienti elementi per tratteggiare il carattere del paziente prima dell'insorgenza dei disturbi per integrare quanto raccolto, con la storia del disturbo.

A volte può essere necessario corredare i dati raccolti dal paziente con altri che riguardano la sua realtà familiare e sociale, ovvero sia i rapporti del paziente con l'ambiente familiare e con l'ambiente di lavoro. Questo schema deve essere distinto e collaterale alla storia raccolta: i dati che emergono sono importanti anche ai fini delle possibilità terapeutiche, nel senso che è opportuno sapere quanto il gruppo (familiare e sociale) possa essere patogeno o quanto possa collaborare con il paziente.

Questo può essere necessario soprattutto quando la psicopatologia è grave: di fronte ad un paziente mutacico può essere necessario sapere abbastanza rapidamente cosa è successo ed inizialmente possiamo saperlo solo dai familiari; in un momento successivo gli stessi avvenimenti ci possono essere descritti dal paziente stesso. È chiaro che di fronte alla raccolta di dati che provengono da fonti diverse, bisogna saperle distinguere e mantenerle separate.

Bisogna tener presente che un colloquio serve sempre per tre scopi ben precisi: la diagnosi (ipotesi psicodinamica), la prognosi (possibilità evolutive) ed il progetto terapeutico (cosa fare). Ci si può domandare cosa significhi il concetto di diagnosi e di prognosi e quale è l'uso che bisogna farne. Per diagnosi si deve intendere un'ipotesi di base che serva momentaneamente per comprendere quale sia la struttura psicologica e psicopatologica del paziente, quale la dinamica o le dinamiche fondamentali che sono alla base del suo disturbo. Essa può andare da una diagnosi di base (psicosi, nevrosi, disturbo organico), fino a formulazioni molto più complesse che possono integrare e spiegare tutti i fenomeni osservati.

La diagnosi non deve essere formulata per gli altri: lo psichiatra deve proporsela come un filo conduttore nel rapporto con il paziente e deve essere dinamica nel senso che può essere cambiata o modificata man mano che si approfondisce il rapporto con il paziente e man mano che questi migliora.

La diagnosi non è una categoria statica, ma dinamica, non va utilizzata contro il paziente, ma per il paziente.

La diagnosi (dinamica) va formulata, ma dal momento in cui viene formulata bisogna proporsi anche di poterla mettere in crisi e superarla.

Certi atteggiamenti antinosografici tradiscono, sotto la veste di una ideologia falsamente progressista, l'incapacità di capire la complessità del paziente, la cui comprensione viene demandata alla categoria mistica ed ineffabile dell'incontro. Incontro che poi consiste nel fare una chiacchierata (chiamata ampollosamente colloquio) con il paziente, il quale può ricavarne anche sollievo, ma certamente ha bisogno di ben altro.

Se invece la diagnosi serve solo ad innescare il meccanismo automatico, quasi a corto-circuito che nasce dall'equazione diagnosi = terapia psicofarmacologica, allora diventa riduttiva e pericolosa.

La diagnosi come ipotesi dinamica è invece un momento essenziale per la comprensione del paziente.

Anche la prognosi ha un significato analogo perché bisogna comprendere quali sono i bisogni e le possibilità evolutive del paziente, sia rispetto a tempi brevi, che a tempi lunghi. E quindi ci indica anche come muoversi nel caso presente, a causa della gravità della sintomatologia e della situazione patogena familiare, era necessario un ricovero in clinica. Questo per i tempi brevi; sui tempi lunghi la proposizione di un lavoro psicoterapeutico emerge dall'osservazione delle possibilità evolutive della paziente.

Molto brevemente mi sembra utile riportare quelle che ritengo le regole fondamentali del colloquio psichiatrico.

1. Il colloquio psichiatrico deve avvenire all'interno della dinamica, domanda-risposta. Anche quando la richiesta di aiuto non sembra esserci, essa va cercata, può essere molto latente, ma c'è sempre. La risposta del terapeuta nasce dalla sua capacità di comprendere e spiegare: la prima nasce da una capacità recettiva dell'altro, sulla base della propria dimensione personale, la seconda nasce dal riferimento ad un sistema teorico, che permette di dare un senso ed una spiegazione ad un determinato sintomo, problema o conflitto del paziente. La risposta del terapeuta può essere più o meno articolata, può essere preceduta da una serie di collegamenti e chiarificazioni, ma deve trovare una sua unitarietà alla fine del primo colloquio cioè quando si propone al paziente ciò che deve fare. Quindi nella risposta non è implicito solo il comprendere-spiegare, ma ci deve essere una proposizione che indichi una possibilità di lavoro per un cambiamento. Questa possibilità è legata alla capacità che il paziente dimostra nel prendere coscienza di fatti o accadimenti che finora egli riteneva banali e di poter leggere in una chiave nuova i propri vissuti: la risposta diventa per il paziente una nuova chiave di lettura e comprensione. Quindi comprendere-spiegare-trasformare rappresentano il cardine della risposta: cioè la risposta è una formulazione che il terapeuta propone al paziente, perché questi possa cogliere, integrare e soprattutto cambiare certi suoi sintomi o problemi.

Per capire meglio e soprattutto per evidenziare la differenza tra questa situazione e quella delle false risposte, proponiamo un esempio.

Un paziente descrive allo psichiatra, più o meno chiaramente, una sintomatologia che si concretizza in una sua difficoltà a dormire. Di fronte a questo sintomo si possono elaborare strategie diverse.

- a) Lo psichiatra formula una diagnosi di insonnia o magari, un po' più sofisticata, di agripnia (deve pur dimostrare che ha studiato!). Questa situazione è simile a quella dell'eco: lo psichiatra rimanda al paziente quanto questi già sa benissimo e per esperienza diretta. Dal momento che il paziente non acquisisce nulla, egli non ha avuto alcuna risposta.
- b) Oppure lo psichiatra cerca di inserire, attraverso varie domande, questo sintomo in una sindrome. Per esempio, può arrivare a pensare che l'insonnia sia una forma di depressione mascherata e pertanto formula una diagnosi di "equivalente depressivo" o di "depressio sine depressione". In questo caso la situazione è un po' più complessa della precedente, ma sostanzialmente è uguale. La proposizione del terapeuta è tautologica: infatti la sindrome si è costituita sul piano clinico-nosografico, attraverso un mettere insieme vari sintomi. Quindi nel momento in cui lo psichiatra propone una diagnosi sindromica, è come se dicesse al paziente che ci sono altre persone che hanno avuto o che avranno disturbi simili ai suoi o al massimo che questa associazione di sintomi potrebbe avere un senso. Questa evidentemente è una risposta, ma molto parziale.
- c) Oppure lo psichiatra può inserire il significato dell'insonnia, all'interno della storia e degli avvenimenti del paziente, dando un significato quindi alla comunicazione del paziente. In questo senso, la realtà o meno dell'insonnia, diventa un fatto relativo. È più importante comprendere il significato di quella comunicazione, piuttosto che verificare la realtà del fatto. Successivamente lo psichiatra può collegare questo disturbo ad una serie di avvenimenti e problematiche ed arrivare a spiegare l'insonnia come collegata ad una situazione particolare del paziente. In questo caso c'è una risposta (intesa nel senso che il paziente ne sa più di prima), ma essa è parziale.
- d) Infine lo psichiatra avendo compreso e spiegato il sintomo insonnia, propone al paziente una possibilità di trasformazione, cioè di affrontare il suo disturbo. Questa è una risposta completa e totale. È chiaro che di fronte a questa risposta il paziente può accettare o meno. Di fronte al rifiuto del paziente, emerge e si precisa il vero senso della domanda: cioè, cosa non molto infrequente, che la domanda rivolta allo psichiatra in fondo era una richiesta di eliminare il sintomo senza alcun

impegno. Difatti molte volte il paziente viene a farsi curare il sintomo chiedendo però che la malattia, ovverosia la causa del sintomo, rimanga immutata.

Una volta chiarificata questa domanda il terapeuta può proporre il proprio rifiuto ad allearsi con una simile richiesta. Possiamo dire quindi che solo di fronte ad una situazione estremamente coerente dello psichiatra, emerge in tutta la sua chiarezza la vera domanda del paziente.

- 1) Per ottenere una situazione come sopra descritta è evidente che il colloquio deve svolgersi in un clima di attenzione e soprattutto mantenendo un'attenzione continua ed adeguata. Il livello di ansia del paziente è molto importante ai fini della comunicazione: se c'è un'ansia molto accentuata la comunicazione può impoverirsi fino a bloccarsi, se il paziente tende invece a rilassarsi completamente, egli può vivere la situazione del colloquio con tale indifferenza, da far scadere la comunicazione a livelli banali. È vero che anche la comunicazione banale ha un significato spesso di tipo difensivo, comunque compito del terapeuta è eliminare questo ostacolo.
- 2) Per comprendere la realtà del paziente bisogna tener presente che mentre egli racconta gli avvenimenti, in qualche modo li propone e li vive concretamente nel rapporto con il terapeuta. Pertanto, riprendendo il caso precedente si può dire che è poco importante sapere se il paziente è veramente insonne. Dal racconto del paziente si deve capire che cosa egli sta chiedendo in quello specifico momento, con quella specifica richiesta e proporre al paziente una risposta chiara, coerente e globale che vuol dire trasformare il sintomo in un "significato".
- 3) Infine bisogna tener presente che la psicopatologia è una condizione complessivamente dinamica. Da una parte la dimensione intrapsichica del paziente può presentare aspetti diversi e variabili a seconda dei momenti e dei contesti specifici. Dall'altra il quadro clinico così come è stato determinato da eventi interpersonali, può essere modificato da altri eventi interpersonali. Quindi lo status psicopatologico del paziente non è solo determinato dal suo passato, ma anche dal presente. *Ed il colloquio psichiatrico è una situazione del presente che mentre cerca di mettere in evidenza le problematiche del paziente e le eventuali cause, può già attuare una trasformazione, seppur momentanea e parziale, del paziente stesso.*

Analisi della domanda

Cosa ci chiede realmente il paziente? E soprattutto perché ci chiede proprio ora un intervento quando i sintomi sono insorti molto spesso mesi o anni prima?

Il rispondere a questi due quesiti costituisce l'analisi della domanda che pertanto consiste nel rendere esplicite e dichiarate dinamiche e situazioni che sembrano essere scontate.

Il fatto che esiste un terapeuta che ha delle competenze ed un paziente che, portatore di uno o più disturbi, ci pone una domanda di aiuto, ci obbliga a rispondere ad alcuni quesiti. Come il paziente vive e considera il proprio disturbo, come vive la figura del terapeuta e come fantastica il tipo di intervento che il terapeuta può essere in grado di gestire.

Se l'incontro avviene all'interno di un'istituzione pubblica, si pone l'ulteriore problema di come il paziente concepisce l'istituzione. Identifica l'istituzione con il terapeuta? E cosa rappresenta l'istituzione: un luogo obbligato a dare assistenza e rispondere a tutte le domande anche quelle impossibili o invece è una struttura indifferente, l'ultima spiaggia per un impossibile cambiamento?

E' ovvio che tutto questo condiziona non solo il tipo di domanda ma anche le aspettative del paziente. E' ovvio che queste stesse domande dovrebbero essere state risolte da parte del terapeuta.

Se tutto questo non viene tenuto presente ed esplicitato è inevitabile che si rischia di cadere in una situazione di collusione o peggio ancora in una di identificazione proiettiva.

In questi casi anche se apparentemente si compie un'attività di lavoro in realtà nulla si muove; la situazione è di stallo e rimane paralizzata perché quelle dinamiche che non sono state esplicitate e superate tendono ad inquinare il lavoro e spesso a renderlo inutile.

Per collusione deve intendersi quella dinamica ove le aspettative magiche e le richieste impossibili del paziente, vengono accettate dal terapeuta senza essere analizzate.

Questa dinamica di collusione a volte può simulare un transfert positivo: il paziente è più o meno soddisfatto dell'essere accolto ed accudito ma non fa nulla perché accada un cambiamento reale. In altri casi invece c'è una situazione di scontro: ad esempio ad una richiesta eccessiva di assistenza e di accudimento, il terapeuta può rispondere con una precoce e totale responsabilizzazione del paziente che ovviamente non è in grado di sostenere una tale situazione. Evidente quindi che a monte di ogni progetto di intervento terapeutico il

terapeuta debba interrogarsi su quali siano le aree motivazionali del paziente e di come siano agite nella domanda terapeutica.

Secondo Mc Clelland, che è un sociologo, possono esserci tre motivazioni di base:

- Affiliazione
- Potere
- Riuscita

Nella prima il paziente sollecita un atteggiamento di accettazione e di presa in carico totale. Al terapeuta viene riconosciuta non la competenza specifica, ma la possibilità di poter essere fonte di sostegno e di dipendenza.

Nella seconda c'è da parte del paziente la tendenza a sfruttare il terapeuta come fonte di apprendimento e quindi di un possibile potere, per una maggiore conoscenza, da parte del paziente in ambito sociale.

Nella terza il paziente tende ad acquisire strumenti o tecniche che lo rendono più capace di gestire, anziché cambiare, le proprie situazioni interne.

Queste tre dinamiche si esplicitano con modalità di rapporto molto specifiche:

- Quella di affiliazione con la seduzione
- Quella del potere con l'aggressività
- Quella della riuscita con l'evasione affettiva

Ovviamente queste tre dinamiche possono suscitare tre dinamiche controtransferali simmetriche:

- Essere utilizzato
- Essere squalificato
- Essere privati di ogni capacità affettiva nel rapporto

Come dicevo, queste motivazioni vanno evidenziate, comprese ed elaborate perché possa emergere non solo la motivazione surrettizia della domanda di aiuto, ma anche una motivazione più valida volta verso un possibile cambiamento.

Un secondo punto qualificante dell'analisi della domanda è il chiedersi, da parte del terapeuta, perché il paziente chiede un aiuto in quel preciso momento (perché ora?), dal momento che spesso l'inizio della sintomatologia può essere datata mesi o anni prima della richiesta di aiuto.

In genere i motivi che spingono il paziente a chiedere un aiuto possono essere di due tipi: un primo è quello di ricostruire e rinforzare uno status quo che per qualche motivo è stato messo in discussione, un altro invece è un bisogno di cambiare dal momento che la situazione intrapsichica e/o interpersonale è cambiata in modo tale da non essere più gestibile. Nel primo caso ci troviamo di fronte ad una domanda di adattamento, nel secondo ad una di cambiamento.

La domanda come crisi

Comunque sia dobbiamo sempre tener presente, qualunque sia la domanda e la motivazione del paziente, che queste possono essere trasformate dal terapeuta in un momento di crisi. Nel concetto di crisi sono implicite due cose: una maggiore importanza dei fattori interni e soprattutto un modello esplicativo che implica lo sviluppo, la crescita ovvero una concezione dinamica dell'uomo, cioè che l'individuo evolve, oltre che per la maturazione biologica, anche attraverso una serie di rapporti interpersonali significativi. Nello sviluppo normale di un individuo ci sono nodi o punti chiave (come lo svezzamento, il controllo degli sfinteri, il passaggio da un rapporto duale ad uno triangolare, ecc.) che potremo definire di crisi fisiologica. Tali fasi implicano tre livelli: una scelta, una separazione (il vecchio dal nuovo) ed una elaborazione di tale avvenimento, sì da comportare un nuovo livello di assestamento. Quando questo nodo non viene superato o viene apparentemente superato (per esempio per mancata elaborazione) c'è la possibilità della formazione del sintomo o la base della futura strutturazione di un sintomo.

Pertanto le implicazioni del concetto di crisi sono numerose ed importanti; vorrei ricordarne solo due: le crisi sono necessarie e positive (senza crisi non c'è crescita) e la conoscenza di queste crisi fisiologiche comporta la possibilità di porre un'azione preventiva proprio al momento del loro verificarsi.

Ma a parte queste brevi nozioni vorrei richiamare l'attenzione su una particolare situazione che è di frequente osservazione da parte dello psichiatra, tanto che viene molto spesso sottovalutata: la situazione del primo colloquio.

Etimologicamente crisi vuole dire "scegliere, giudicare". Per crisi quindi si intende una situazione in cui il soggetto deve scegliere tra un sistema ormai inattuale ed un nuovo modello (cioè scegliere tra il passato

ed il futuro); questa scelta comporta necessariamente una perdita, una separazione, dinamiche che creano angoscia e che quindi vanno elaborate.

Esempio classico di un momento di crisi può essere considerato il primo giorno di scuola: in questo caso, a parte la separazione, esiste una scelta più profonda. Scelta tra un sistema di relazioni familiari conosciuto ed un nuovo modello di socializzazione. Quindi il bambino deve giudicare, scegliere, attuare una separazione ed elaborarla. E' inutile dire quanto in questo superamento sia importante, se non determinante, la situazione emotiva dei genitori. Ma cosa è che può rendere patologico un tale momento? fondamentalmente tre dinamiche:

- a) Il bambino non sa che deve scegliere;
- b) il bambino non riesce a giudicare correttamente la scelta e quindi non la fa;
- c) i genitori gli danno la possibilità di scegliere o elaborare la separazione.

Quindi rimane fondamentale la possibilità di comprendere questo momento e di attuare una scelta; compito dei genitori è quello di rendere possibile questa scelta.

Qualcosa di simile succede per il primo colloquio.

Possiamo, come dicevo, considerare il primo colloquio come un momento di crisi: c'è infatti una sensazione più o meno oscura di dover scegliere, di dover cambiare, di dover rinunciare ad un modello di comportamento perché non più adeguato. Ma il paziente non sa farlo, spesso perché non sa che cosa cambiare e come cambiare; ed allora finisce per delegare più o meno interamente al terapeuta la propria scelta rispetto al proprio sviluppo.

Questa delega più o meno totale conferisce al terapeuta un potere che può essere gestito in vari modi.

I compiti che il terapeuta deve affrontare sono pertanto due.

Il primo è quello di dare un senso al colloquio esplicitando la domanda non solo sul piano del contenuto, ma soprattutto come incapacità del paziente a capire il proprio particolare momento; il secondo è l'esplicitazione e la messa in discussione del problema della delega e del potere decisionale del terapeuta.

E' abbastanza evidente che se il terapeuta anziché esplicitare utilizza più o meno consapevolmente la delega ed occulta la domanda del paziente non c'è alcuna possibilità di fare una psicoterapia.

Né probabilmente sarà possibile farla dopo. La proposizione o l'imposizione di un modello omeostatico che comporta come conseguenza l'adattamento, togliendo ogni significato alla crisi non sempre

esplicitata nel primo colloquio, toglie ogni possibilità di sviluppo ed inchioda il paziente al “suo essere così” o tutt’al più all’”essere un po’ meno disturbato”. In molti primi incontri si giocano le possibilità evolutive del paziente. Se si pensa che spesso i pazienti arrivano ad un primo colloquio dopo anni di attesa, ripensamenti, dubbi, richieste vane, si può comprendere come basti poco per convincere il paziente (cosa di cui è già sufficientemente convinto) che in fondo l’uomo non cambia e che non c’è niente da fare.

Un ascolto diretto ai sintomi, una negazione della domanda latente, una inutile prescrizione farmacologica può servire a negare l’esigenza del paziente e richiuderlo nell’impossibilità di uno sviluppo o di un cambiamento. E, se ad un atteggiamento di questo genere segue la prescrizione di una psicoterapia, si aggiunge alla beffa la confusione: prescrivere cioè qualcosa che esiste da qualche parte, che non si sa bene che cosa sia, ma che sicuramente gli farà bene (a meno che malignamente non si aggiunga che comunque non la potrà fare perché costa troppo).

Quindi il primo colloquio può essere visto davvero come un momento di crisi ove si decide per una possibilità o speranza di cambiamento, oppure per una negazione di tutto questo, avviando il paziente sulla strada della rassegnazione punteggiata di rinvii, di farmaci, di persone sempre pronte ad ascoltare i sintomi e completamente sorde al discorso che c’è dietro i sintomi.

A questo punto può sorgere un’obiezione o una domanda: ma questa è utopia, non tutti i pazienti sono adatti o disponibili ad una psicoterapia intesa come cambiamento e non sempre il terapeuta è disposto o disponibile (ammesso che ne sia capace) a fare una psicoterapia.

In effetti il problema non è tanto quello di fare a tutti una psicoterapia, quanto piuttosto quello di non togliere a nessuno la possibilità di farla, negando al paziente la possibilità di esprimersi.

Bisogna allora esaminare quali sono i parametri affinché ogni primo colloquio possa essere un colloquio aperto allo sviluppo del discorso del paziente e quindi un colloquio psicoterapeutico.

Pertanto nel momento della richiesta di aiuto inizia la psicoterapia della crisi, non di una crisi in particolare, ma di una crisi in generale, cioè di un momento in cui l’intervento del terapeuta serve ad esplicitare la richiesta e a dare la possibilità di scegliere. Attraverso la risposta il terapeuta decide qualcosa per il paziente. Questa decisione, che è in fondo la risposta del terapeuta alla richiesta del paziente, deve tener conto, per essere psicoterapeutica, di tre fattori:

1. Possibilità di ascolto e di decifrazione.
2. Controtransfert.
3. Possibilità evolutive del paziente.

1. E' chiaro che il problema riguarda la capacità e la volontà del terapeuta di capire ed esplicitare al paziente non solo il contenuto manifesto, ma soprattutto quello latente: in altri termini bisogna esplicitare non solo il contenuto, ma anche lo stile della richiesta.

E' necessario però che il terapeuta crei uno spazio ed un tempo adeguato all'interno del quale il paziente possa esprimersi. Ma in genere succede che, di fronte all'angoscia del nuovo, all'incomprensibile, il terapeuta tende a sovrapporre un proprio discorso (in genere quello clinico-nosografico) a quello del paziente.

E' inutile sottolineare che durante il primo colloquio il paziente esprime molto più di quanto non farà in sedute successive.

Come esempio valga il caso di una donna di 32 anni che si presenta con una serie di fobie legate ai mezzi di locomozione, alla folla, ai luoghi chiusi. Una puntualizzazione di questi sintomi evidenziò che il problema era sorto contemporaneamente all'idea della paziente di riprendere gli studi universitari. Tali studi rappresentavano una fuga da una vita matrimoniale piatta ed insoddisfacente e pertanto erano un momento evolutivo anche se vissuto in maniera ambivalente, perché dietro il desiderio della libertà e del cambiamento si nascondeva la paura dell'abbandono come ritorsione da parte del marito. L'interpretazione, già in prima seduta, di questo conflitto dette alla paziente la possibilità di capire e di scegliere ed ella scelse di affrontare la psicoterapia non tanto per risolvere le fobie (che scomparvero dopo poche sedute) quanto per affrontare questo conflitto di base (autonomia-dipendenza) che invece richiese un tempo molto più lungo.

2. La risposta del terapeuta è condizionata logicamente non solo alla capacità a comprendere, ma anche dall'atteggiamento che potremmo definire genericamente controtransferenziale. In esso va compreso non solo il livello di maturazione del terapeuta, la possibilità di empatia, il momento conoscitivo ecc., ma anche la possibilità di avere tempo per proseguire con altri colloqui. Cioè la necessità di organizzare il proprio lavoro in modo da non avere troppi primi colloqui che non avranno un seguito.

La capacità di comprendere ed un adeguato assetto controtransferenziale permette che fin dal primo incontro il terapeuta possa usare l'interpretazione come modello fondamentale di risposta: e questa è l'unica possibilità che si dà al paziente di capire che cosa è una psicoterapia, evitando così una serie di spiegazioni sulla psicoterapia inutili e frustranti.

Non mi voglio dilungare sul problema del controtransfert: vorrei solo sottolineare l'importanza di avere un minimo di tempo disponibile a proseguire eventuali primi colloqui. Credo che sia estremamente frustrante per il paziente avere un colloquio in un momento di crisi e poi sentirsi dire che il lavoro psicoterapeutico si potrà fare, ma non prima di 5-6 (o più) mesi.

Vorrei citare il caso di una ragazza con gravi problemi caratteriali di tipo abbandonico che, dopo aver avuto per due volte un colloquio con due psicoanalisti, aveva abbandonato tutti perché, pur essendo stati gli incontri positivi, era rimasta terribilmente frustrata dalla notizia di dover attendere vari mesi prima di intraprendere la psicoanalisi. La possibilità di poter rivedere, anche se saltuariamente, questa ragazza per poi avviare una regolare psicoterapia, fece sì che questo terzo incontro non diventasse la fine della speranza della paziente, la quale dopo qualche tempo infatti mi disse: "Questa volta non avrei ulteriormente tollerato di essere buttata fuori".

3. Ma se questo è necessario, non è sufficiente a dare una risposta corretta, bisogna infatti tener conto delle reali possibilità e dei desideri evolutivi del paziente. Questo vuol dire non solo capire chiaramente la sua domanda (se vuole un adattamento o una trasformazione) ed esplicitarla, ma esplicitare anche le reali possibilità di compiere un lavoro di tipo trasformativo. Un giudizio di questo genere va accuratamente soppesato (soprattutto bisogna tener conto delle eventuali interferenze controtransferenziali), però va esplicitato. L'estremo opposto della negazione della trasformazione è rappresentato dalla tendenza all'inflazione delle possibilità trasformative.

Se tutto questo viene tenuto presente, allora la crisi del primo colloquio può avere sviluppo, sia che il lavoro (breve o lungo che sia) venga proseguito dallo stesso terapeuta, sia che questi debba inviarlo ad un altro collega.

Mi sembra utile proporre il genogramma, pur appartenendo ad una teorizzazione diversa che è quella relazionale, perché è un utile strumento per una raccolta di dati la più completa ed esauriente ai fini della conoscenza del paziente e della sua storia.

L'INTERVISTA SULLA STORIA FAMILIARE BASATA SUL GENOGRAMMA*

Silvia Mazzoni

Il genogramma è un “diagramma delle relazioni familiari che comprende almeno tre generazioni, con i gradi di parentela e gli eventi critici come nascite, morti, matrimoni e divorzi, oltre a eventuali problemi di pertinenza terapeutica emersi nel corso delle generazioni”(Gurman, Kniskern, 1995).

Nell'ambito di una psicoterapia, la costruzione del genogramma può essere effettuata insieme ad una famiglia o con un singolo componente nel primo colloquio chiedendo esplicitamente la collaborazione oppure può essere realizzata in un secondo momento dal terapeuta sulla base delle informazioni rilevate nei primi colloqui valutativi. Nel primo caso si ipotizza una ricaduta terapeutica, nel senso che il disegno del genogramma con le diverse informazioni e la narrazione possono facilitare nel paziente un processo mentale di connessione di eventi che favorisce l'analisi della domanda di psicoterapia. Nel secondo caso, è solo lo psicoterapeuta che ricava dalle informazioni una mappa con la quale orientarsi. Quando il terapeuta segue un modello di intervento che non prevede nel primo colloquio l'attenzione alla realtà relazionale del paziente, può essere comunque utile, in un lavoro di équipe, che un altro operatore addestrato faccia l'intervista in una eventuale procedura di accoglienza. La differenza tra la narrazione libera sulla storia familiare, seppur guidata dall'intervistatore, e una richiesta di informazioni preordinate è notevole. L'obiettivo è infatti quello di ricavare informazioni sul contesto relazionale, inteso nella sua complessità, in cui collocare la situazione passata e presente del paziente.

* Per un approfondimento si suggerisce di consultare il testo di McGoldrick e Coll. (1999) e di Mazzoni e Tafà (2003)

L'Intervista sulla Storia Familiare basata sul Genogramma è un' intervista aperta, della durata di circa 1 ora e ½ o 2, attraverso la quale si ottengono due prodotti:

- Il disegno del GENOGRAMMA: si tratta di un disegno, realizzato dall'intervistato o dal ricercatore, in cui viene raffigurato una specie di albero genealogico, normalmente comprensivo di almeno tre generazioni, a meno che il narrante, per motivi che possono essere oggetto di interpretazione, non vada con il racconto più indietro nelle generazioni passate o, al contrario, si limiti alla propria e a quella dei genitori dichiarando di non sapere nulla dei nonni.
- La storia della famiglia: si tratta di un testo contenente la narrazione della storia rilevata dall'intervistato che viene solitamente registrata e sbobinata per mantenere traccia dello stile narrativo del soggetto e per non perdere informazioni che possono essere codificate dopo l'intervista.

Il training necessario per effettuare tale intervista può essere sostenuto anche da una figura professionale che ha competenze tecniche e non terapeutiche, anche se tale intervista è stata tradizionalmente adottata in terapia familiare da specialisti in grado di effettuare una valutazione clinica e diagnostica. Se, tuttavia, vengono specificate anticipatamente con chiarezza le aree del ciclo evolutivo familiare che è necessario indagare, anche un tecnico può effettuare efficacemente l'intervista.

Silvana Montàgano (1989) definisce il genogramma come: “una forma di rappresentazione dell'albero genealogico che registra informazioni sui membri di una famiglia e sulle loro relazioni nel corso di almeno tre generazioni. Esso mette in evidenza graficamente le informazioni della famiglia, in modo da offrire una rapida visione di insieme dei complessi patterns familiari.”

Il genogramma, focalizzando l'attenzione sulla struttura e sulla funzionalità del sistema familiare, ne presenta un'immagine che è allo stesso tempo attuale, storica ed evolutiva.

Il genogramma è uno strumento che finora è stato utilizzato principalmente in terapia familiare o di coppia. Attualmente si tende a ritenere l'Intervista sulla Storia Familiare basata sul Genogramma una tecnica che studia le narrazioni e che può essere adottata anche da clinici di diverso orientamento oppure nella ricerca. Il riferimento per la versione standardizzata della simbologia da adottare nella costruzione del genogramma è il testo “Genograms: Assessment and Intervention”, non tradotto in Italia, curato da McGoldrick, Gerson e Shellenberger (1999).

McGoldrick e Coll. (1999), oltre a proporre un modo omogeneo di indicare le caratteristiche della struttura familiare e alcune indicazioni sui modelli interattivi che qualificano le relazioni familiari, propongono uno schema standard di intervista indicando le diverse aree che dovrebbero essere esplorate. Gli Autori inoltre indicano alcune interpretazioni che possono essere effettuate.

Anche il tempo trova spazio all'interno del genogramma in quanto questo strumento ci consente di mettere in relazione un "prima" ed un "dopo", la generazione precedente con quella/e successiva/e. Esso è presente sia sull'asse verticale dell'alternarsi generazionale e della sequenzialità degli eventi critici che hanno scandito la storia di una famiglia, sia sull'asse orizzontale dove vengono riportati i fatti e gli avvenimenti riguardanti i membri di una stessa generazione. Il primo, che potremmo definire l'asse del tempo familiare, consente di avere una sintesi del percorso evolutivo della famiglia allargata, e si incrocia con il secondo, l'asse del tempo generazionale, che fornisce uno spaccato degli eventi che riguardano gli individui di una stessa generazione, della loro successione o del loro presentarsi contemporaneamente.

La costruzione del genogramma procede attraverso la raccolta di informazioni e la loro codificazione in uno schema grafico che consente di ordinarle in forma sintetica. Esso ci fornisce un rapido quadro d'insieme della struttura familiare e ci consente di materializzarne le caratteristiche in una rappresentazione. Tuttavia oltre ad una funzione descrittiva, il genogramma sembra poter assolvere ad una funzione evolutiva in quanto consentirebbe al soggetto di prendere consapevolezza delle proprie origini e dei percorsi, attraversati nell'arco della vita, da lui e dalla famiglia ed individuarne gli elementi di ciclicità.

La consegna

Il ricercatore chiede la disponibilità al soggetto intervistato di raccontare la propria storia familiare iniziando con il disegno del Genogramma. Il soggetto viene avvisato che l'intervista avrà una durata di circa 1 ora o 1 ora e ½ e che verrà guidato nel racconto con domande non strutturate. Si tratta, infatti, di un racconto libero. Il soggetto deve essere messo a proprio agio e non ci devono essere interruzioni durante lo svolgimento dell'intervista. L'intervistatore chiederà la disponibilità a registrare l'intervista perché ciò consente di stabilire un miglior rapporto in quanto l'intervistatore non deve prendere appunti.

La consegna può essere rivolta anche ad una coppia o ad una famiglia e in questo caso bisognerà tener conto che ciò che verrà indagato sono le “memorie congiunte”: una combinazione di ricordi e di percezioni dell’uno e dell’altro componente della famiglia sulle quali ci può essere accordo o disaccordo, esplicitato e non. Se si procede nel racconto di una storia da parte di una coppia o di più componenti della famiglia sarà necessario annotare, attraverso l’osservazione diretta, la suddivisione dei ruoli: Chi prende la parola? Chi si ritiene la memoria del gruppo? C’è rispetto per il racconto degli altri? Quando qualcuno parla, c’è un atteggiamento di curiosità oppure un atteggiamento di squalifica?

La procedura

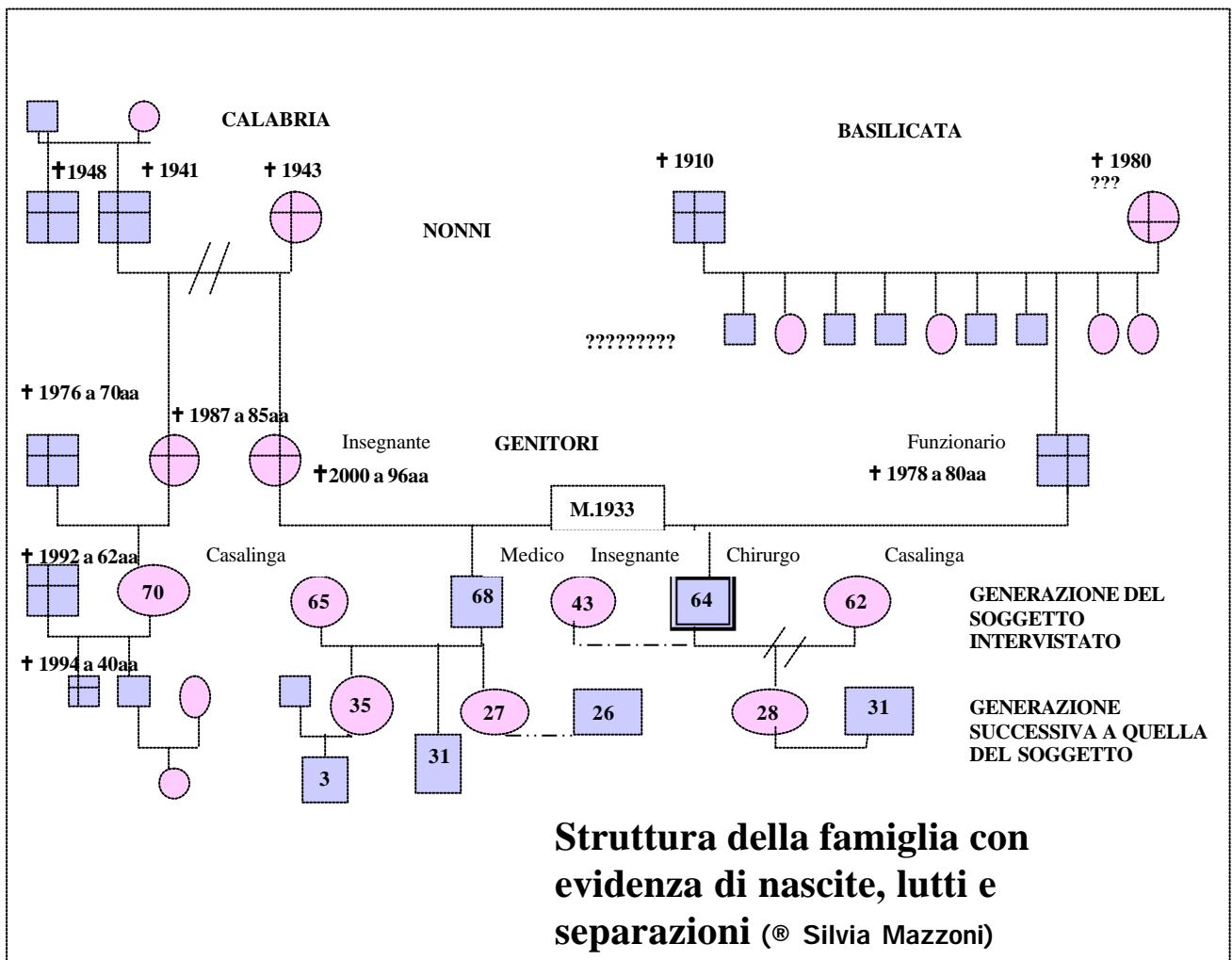
1. Il disegno del genogramma

Il disegno del Genogramma è il primo passaggio della procedura: si tratta di evidenziare la struttura della famiglia (o configurazione relazionale) della quale verrà raccontata la storia, il numero dei personaggi che compongono il gruppo familiare ed i legami di parentela che li uniscono.

Si parte dal rappresentare l’intervistato/a e i suoi genitori biologici. In questa fase si fornisce subito l’istruzione di distinguere il genere disegnando le donne con un piccolo cerchio e gli uomini con un piccolo quadrato. Si inseriscono poi i fratelli germani, e, nel caso delle famiglie separate e ricomposte, viene indicata la separazione, le nuove unioni dei genitori e gli eventuali fratelli acquisiti o nuovi nati dalla/e coppia/e ricostituita/e. Successivamente, passando dalla linea orizzontale a quella verticale (generazionale), rappresentiamo le famiglie di origine dei genitori ed eventualmente dei loro nuovi partner.

Dopo aver delineato la struttura complessiva dell’intera costellazione familiare, chiediamo all’intervistato di identificare i singoli membri specificando per ognuno il nome, l’età e la professione. Si chiede successivamente al soggetto di indicare il tipo di relazione che c’è tra i vari membri: filiazione, semplice frequentazione, convivenza, matrimonio, separazione, divorzio. Vengono inserite anche le date dei matrimoni, delle separazioni, dei divorzi, delle nuove unioni, distinguendo l’inizio della relazione/convivenza dai successivi matrimoni, quelle delle eventuali morti e di altri eventi

ritenuti critici e significativi dall'intervistato. Nel caso delle famiglie ricomposte, viene chiesto di aiutarci ad evidenziare i nuovi nuclei familiari che si sono formati dalla separazione-scissione del nucleo originario, facendo particolare attenzione nel distinguere quelli monogenitoriali da quelli ricostituiti.



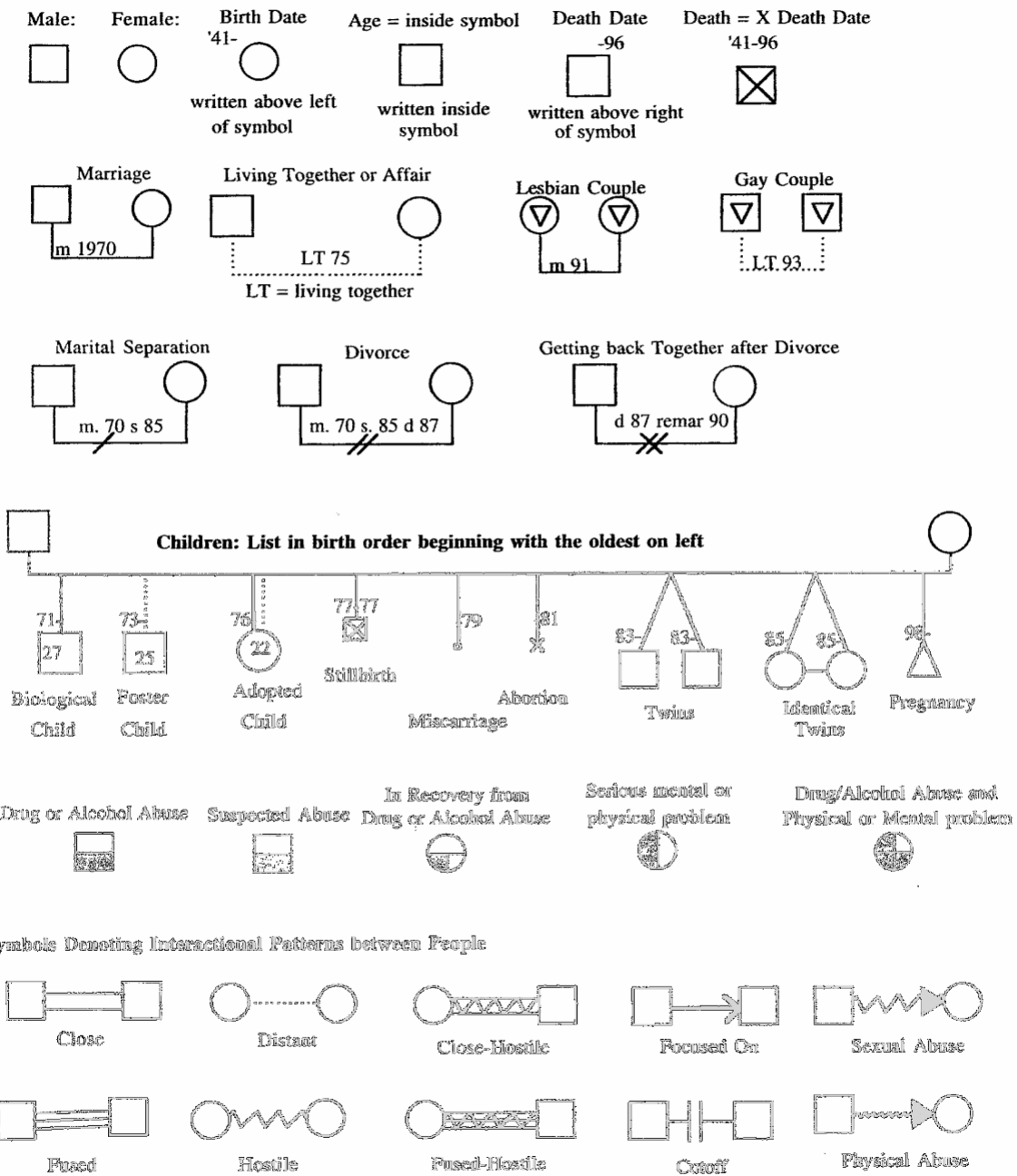
Come si può osservare il disegno si sviluppa nel rispetto della gerarchia generazionale: al primo livello la generazione dei nonni dell'intervistato, ad un secondo livello quella dei genitori e, successivamente, quella dell'intervistato stesso e dei suoi eventuali fratelli. Al di sotto si prosegue con la generazione dei figli e degli eventuali nipoti.

La complessità del disegno dipende dalle informazioni che il soggetto è in grado di fornire. Se, ad esempio, egli vuole evidenziare tutti i nuclei familiari formati dagli zii materni e paterni, sarà necessario usare razionalmente lo spazio per indicare i coniugi e i cugini, etc. Al contrario, quando il soggetto intervistato non ha o non fornisce informazioni su una parte della famiglia ciò sarà evidente come semplice assenza di informazioni o con punti interrogativi.

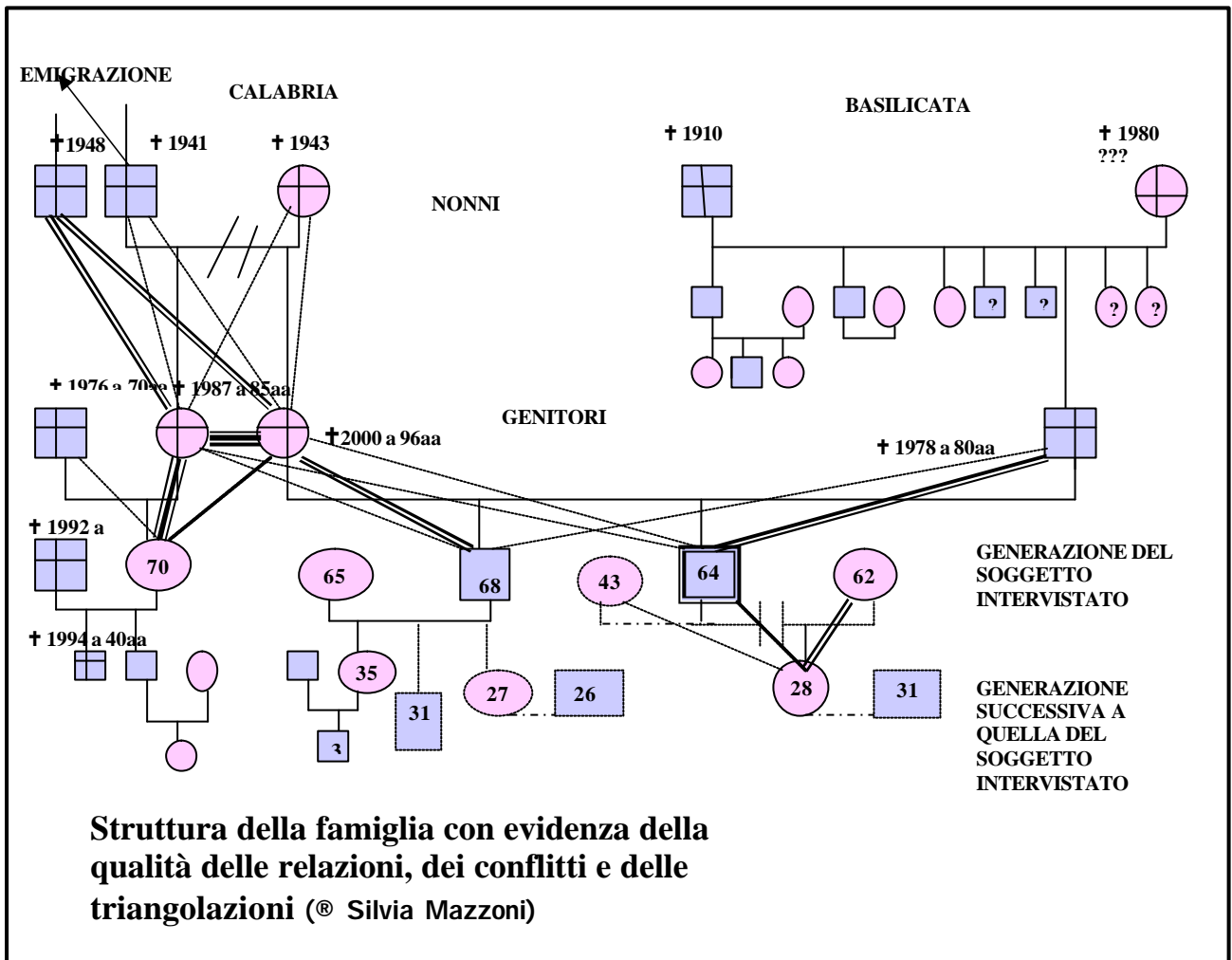
I simboli ovviamente sono convenzionali ed ognuno potrebbe scegliere quelli che preferisce, ma nel tempo i clinici e i ricercatori hanno trovato conveniente attenersi a modalità omogenee per una trasmissibilità migliore. Può essere pertanto utile e corretto riportare le indicazioni fornite in Appendice da McGoldrick e Coll. (1999) che rappresentano il risultato del lavoro di un comitato di esperti divenuto riferimento per chi voglia adottare l'Intervista sulla Storia Familiare basata sul Genogramma.

Come si potrà notare, lo schema dei simboli indica anche quelli adottati per indicare i modelli interattivi tra le persone. Infatti, sullo stesso disegno del Genogramma, mentre il soggetto racconterà nella fase successiva dell'intervista la storia della famiglia, potrà essere evidenziata con dei segni convenzionali la qualità di relazioni diadiche o triadiche di cui il soggetto parla. Evidenziando infatti la qualità delle diverse relazioni diadiche, automaticamente, verranno delineate le caratteristiche di alcune relazioni triadiche cruciali e, se l'intervistatore è interessato ad esplorare tale area delle relazioni familiari potrà soffermarsi ulteriormente per raccogliere informazioni più puntuali.

Standard Symbols for Genograms



Per rendere più chiaro l'effetto che si può ottenere usando la simbologia indicata, riproponiamo il genogramma esemplificato precedentemente arricchito con la segnalazione della qualità delle relazioni tra alcuni componenti della famiglia.



2. La narrazione

Prima di fornire una traccia generale delle aree che si possono esplorare mentre l'intervistato racconta la sua storia familiare, è bene specificare che in base agli obiettivi specifici della ricerca o del colloquio è possibile calibrare le domande che intendiamo fare. Ad esempio se l'obiettivo è quello di conoscere le storie di famiglie immigrate, l'intervistatore avrà cura di rilevare un racconto sui processi migratori che hanno caratterizzato la storia; se ci interessa in particolar modo come la famiglia ha affrontato l'allontanamento dei figli dall'adolescenza in poi, si faranno domande mirate su questa fase di ciclo vitale e sui rapporti genitori-figli; se, infine, ci interessa capire come si affronta la coniugalità nella famiglia, potremo chiedere di soffermarsi in modo specifico sulle storie delle coppie presenti nel genogramma.

In generale per tutte le storie familiari le aree di indagine possono essere così sintetizzate come suggerito nella Tabella 1.

Tabella 1: Aree di indagine nell'intervista sulla storia familiare

Obiettivo generale: seguire l'intera storia familiare nel tempo concentrandosi sui fatti connessi con il mutare delle tensioni emotive nella famiglia.

Campo emotivo della famiglia nucleare (per ogni nucleo composto da una coppia)

1-Eventi critici dopo il matrimonio

- a) intimità e distanza nella coppia
- b) contatto emotivo con le famiglie estese
- c) cambiamenti di residenza
- d) acquisto di una casa
- e) successi e insuccessi professionali
- f) nascite
- g) gravi malattie
- h) morti

2- Passaggio dalla diade alla triade dopo la nascita del 1° figlio

- a) aspettative prima e dopo la nascita
- b) vicinanza emotiva tra ciascun genitore e il figlio
- c) relativi mutamenti nella relazione coniugale

3- Funzionamento della famiglia in ogni fase rispetto

- a) ai conflitti coniugali
- b) alla disfunzione in un coniuge
- c) alla disfunzione in un figlio

CAMPI EMOTIVI DELLE DUE FAMIGLIE D'ORIGINE

- 1- Modelli complessivi e generali di funzionamento seguendo le stesse aree della precedente intervista
- 2- Per ciascun fratello: ordine e data di nascita, genere di lavoro, località di residenza, notizie sul partner e sui figli, profilo dello stile di vita
- 3- Frequenza e tipo di contatti con i componenti delle famiglie d'origine

La codifica delle narrazioni

1- Copioni, miti e storie familiari

La codifica delle informazioni raccolte attraverso l'intervista sulla storia familiare basata sul genogramma è strettamente connessa con i riferimenti teorici scelti dal ricercatore o dal clinico. Il sistema di codifica di una narrazione presenta notevoli problemi di affidabilità dei giudizi ed una

particolare attenzione nel far corrispondere (operazionalizzare) i brani alle categorie di codifica stabilite in base ai diversi costrutti teorici.

Alcuni costrutti teorici particolarmente complessi quali i miti familiari o i copioni familiari (Reiss, 1989; Byng-Hall, 1995) possono essere adottati, ma la codifica comporta una ricca esperienza clinica con le famiglie oppure un procedimento di operazionalizzazione di tali concetti che limiti la scelta arbitraria delle parti della narrazione.

Byng Hall (1995) definisce i copioni familiari come: “le aspettative condivise della famiglia di come i ruoli familiari debbano essere rispettati all’interno di contesti differenti”. Perché si parli di copione deve essere specificato un contesto all’interno del quale i personaggi rivestono particolari ruoli, quindi interagiscono tra loro secondo uno schema che prevede comportamenti che, in quanto ridondanti, sono riconosciuti dai partner dell’azione, che dunque ne hanno una precisa aspettativa.

Byng-Hall (1995) classifica i copioni familiari in base alla loro funzione (es.: attaccamento, problem solving, disciplina, genitorialità, pasti, lasciare casa, lutto ecc.), alla trama (es.: script tragici, ottimistici, di successo, di supporto, pionieristici, ecc.) e in base alle relazioni implicate (es.: relazioni madre-figlia, coppia, nonna-nipote; relazioni intergenerazionali, intese come “interazioni tra le generazioni” e relazioni transgenerazionali, intese come “i pattern provenienti dalle generazioni precedenti che sono trasferiti nell’interazione attuale”, come gli script ripetitivi o correttivi). All’interno delle varie funzioni è possibile identificare la strategia più comunemente usata (es.: evitamento, riguardo all’attaccamento; autoritaria, riguardo alla disciplina; sostituzione, riguardo al lutto).

Ferreira (1963) definisce il mito familiare come: “una serie di credenze, abbastanza ben integrate e condivise da tutti i membri della famiglia, riguardanti ciascuno di essi e le loro posizioni reciproche all’interno della vita familiare. Tali credenze non vengono contestate da alcuna delle persone interessate, malgrado le evidenti distorsioni della realtà che esse spesso implicano”. Nella narrazione i miti possono essere individuati attraverso le affermazioni che servono a fornire una “spiegazione” dei copioni, in quanto in esse è esplicitato ciò che gli attori del copione ritengono giusto fare o non fare, cosa è bene e cosa è male, cosa è tipico della loro famiglia e cosa non lo è, anche se poi il loro comportamento non sempre rispecchia tali credenze.

Il mito trova sempre la sua sorgente nella cultura in cui la famiglia si è sviluppata in interazione con la specificità della storia familiare.

Stierlin (1973) afferma che, relativamente alla funzione che assolve il mito attraverso l'agito familiare, si possono distinguere le seguenti costellazioni familiari:

- famiglie che aspirano all'armonia : sono quelle famiglie che mettono in atto tutta una serie di meccanismi di evitamento del conflitto affinché qualsiasi disaccordo non esploda apertamente;
- famiglie che aspirano alla redenzione delle proprie colpe : sono quelle famiglie che utilizzano una serie di meccanismi per oscurare situazioni critiche (di cui uno o più membri si sente colpevole) spostando i conflitti su problematiche più facili da accettare;
- famiglie che aspirano alla salvezza : sono quelle famiglie che aspettano la rigenerazione, spesso scegliendo uno o più membri della famiglia come risanatore dei conflitti .

Dopo i copioni ed i miti, possono essere prese in esame le storie, esse sono una sottocategoria dei copioni e, secondo la definizione di Byng-Hall (1995), “sono le storie che le famiglie raccontano più e più volte di se stesse e che spiegano le azioni passate sotto forma di parabola o storia morale. Esse hanno la funzione di rendere esplicite le regole di condotta da adottare.” Le storie sono in stretto rapporto sia con i miti che con i copioni, infatti esse spesso illustrano come la famiglia è arrivata allo stato attuale e quindi sono una conferma di quei miti che la famiglia ha attualmente su di sé. Inoltre condividono alcuni dei loro tratti con i copioni poiché ciascuno riporta una sequenza di eventi dalla quale si possono ricavare i ruoli attuali della famiglia.

2- Lo stile narrativo

Anche lo stile narrativo può essere degno di attenzione. Ad esempio può essere utile annotare:

- da quale generazione inizia il racconto: non tutti hanno informazioni approfondite sulle generazioni precedenti e ciò può indicare che nella famiglia non è stata curata la trasmissione delle informazioni relative al gruppo

- quale parte della famiglia (materna o paterna) riguarda maggiormente il racconto: spesso si può notare uno sbilanciamento che indica una differenza della madre e del padre nel coinvolgere i propri figli a sviluppare relazioni e senso di affiliazione con le rispettive famiglie di origine
- se il racconto è conciso o esteso, se è ricco di particolari ed emotivamente coinvolgente o distaccato: si tratta di indicatori indiretti del proprio coinvolgimento nelle relazioni familiari e del riferimento ad un senso di affiliazione al gruppo.

Fiese e Coll. (2001) hanno sviluppato il Family Narrative Consortium Coding System per analizzare la qualità delle narrazioni familiari e tale sistema potrebbe essere preso come riferimento. Il gruppo di ricerca ha costruito un manuale di codifica per analizzare tre dimensioni: la Coerenza Narrativa (la consistenza interna, l'organizzazione del racconto, la flessibilità e la congruenza tra affetti e contenuti), l'Interazione Narrativa (lo stile narrativo della coppia, la coordinazione, le conferme/disconferme) e le Convinzioni sulle Relazioni (aspettative relazionali, intimità con l'intervistatore).

4- La tabella degli eventi critici e le corrispondenze con le dinamiche familiari

Più facili da codificare, usando la narrazione, gli eventi critici che hanno scandito la storia familiare e la corrispondenza tra questi e specifiche tensioni familiari o emergenze problematiche che, come già indicato a proposito delle aree da indagare nell'intervista, possono riguardare i conflitti nella coppia o tra altri componenti della famiglia, problemi in un coniuge o problemi in un figlio. A seconda della precisione e ricchezza espressa attraverso lo stile narrativo, è possibile inoltre indicare le eventuali alleanze e quindi le triangolazioni tra i componenti della famiglia. Come già detto queste ultime possono essere disegnate sullo schema del genogramma realizzato all'inizio dell'intervista. Anche la qualità della relazione in termini di relazione intensa, poco intensa o alleanza deve essere operazionalizzata, nel senso di decidere, in base alla teoria, quali siano i qualificatori trovati nel racconto che ci spingono a classificare una relazione in un modo piuttosto che in un altro.

Per mettere un ordine temporale rispetto agli eventi di cui l'intervistato può aver parlato in modo casuale, è bene inserire in sequenza nella griglia di codifica nella prima colonna di una tabella gli anni corrispondenti agli eventi oggetto di attenzione. Nelle colonne successive si possono quindi indicare gli eventi, le emergenze problematiche e le alleanze (Tabella 2).

Tabella 2: La tabella degli eventi critici

ANNO	EVENTO CRITICO	EMERGENZA PROBLEMATICA e/o CONFLITTI	ALLEANZE E TRIANGOLAZIONI
Si inizia dal passato in ordine crescente verso il presente	Vengono segnalati gli eventi <i>normativi</i> (quelli che segnano i passaggi normali del ciclo vitale della famiglia o dell'individuo) e quelli <i>paranormativi</i> (quelli che vengono percepiti come imprevisti)	Viene segnalata la corrispondenza con malattie, emergenza di sintomi o di comportamenti inusitati in un coniuge o in un figlio ed emergenza di conflitti in specifiche diadi, triadi o fra nuclei familiari oppure con altri sistemi significativi di riferimento	Sia rispetto all'emergenza problematica che ai conflitti vengono specificate le alleanze, le coalizioni e le triangolazioni

Conclusioni

La tecnica dell'Intervista sulla Storia Familiare basata sul Genogramma ha ormai una lunga storia che coincide con quella della terapia familiare. Non si può dire altrettanto della tradizione di ricerca centrata su tale metodo. Le indicazioni che abbiamo fornito vogliono quindi essere un punto di partenza per stimolare i ricercatori ad applicare metodi di codifica e di analisi dei dati che possono essere mutuati da altri ambiti di ricerca.

Nel caso delle narrazioni relative alle storie familiari gli studiosi, clinici e non, non hanno fino ad ora stabilito criteri univoci per differenziare modalità diverse di rappresentarsi i modelli relazionali tipici della propria famiglia e dunque non è stata individuata ancora in modo omogeneo una corrispondenza tra le caratteristiche delle narrazioni e quelle di diversi stili relazionali della famiglia ricostruibili attraverso le rappresentazioni dei soggetti intervistati. Nonostante tali limiti, tuttavia, è importante

sottolineare l'utilità di una raccolta di dati centrata sulla ricostruzione delle storie familiari e auspicare sviluppi futuri della ricerca per ciò che riguarda i sistemi di codifica.

Bibliografia inerente a“L'intervista sulla storia familiare basata sul genogramma”(S.mazzoni)

Byng Hall, J. (1995). *Le trame della famiglia*, Tr. it. ed. Raffaello Cortina, Milano, 1997.

Gurman, A.S., Kniskern, D.P., *Manuale di Terapia della Famiglia*, Ed Italiana a cura di Bertrando P., Boringhieri, Torino, 1995

Ferreira, A. (1963). Family myth and homeostasis, in *Archs. Gen. Psychiat.*, Vol.9 p.457-436

Fiese, B.H., Sameroff, A.J., Grotevant, H.D., Wamboldt, F.S., Dickstein, S., Fravel, D.L. (2001). Observing families through the stories that they tell: a multidimensional approach, in P.K.Kerig e K.M.Lindhal, *Family Observational Coding Systems*, Erlbaum, New Jersey

Mazzoni, S., Tafà, M. (2003). *Appunti per le tecniche di osservazione delle relazioni familiari*, Kappa, Roma

McGoldrick M., Gerson R., Shellenberger S. (1999). *Genograms: Assessment and Intervention* , Norton, New York

Montagano S., Pazzagli A., (1989). *Il genogramma: teatro di alchimie familiari*, Franco Angeli, Milano.

Reiss, D. (1981). *The Family Construction of Reality*, Harward University Press, Cambridge Mass

Stierling, H. (1973). *Group fantasies and family myths*, Family Process, Vol. 12, pp.111-1

Mi sembra opportuno chiudere qui la parte teorica; in un secondo momento verrà aggiunta una parte che esplicherà l'applicazione di questo modello (la diagnosi psicodinamica) alle varie sindromi cliniche e saranno anche riportate alcune considerazioni epistemologiche sul concetto di diagnosi.

