

## Il processo diagnostico e relazionale in psichiatria. Validità epistemologica tra normalità e patologia

Alfio Allò\*

**SOMMARIO.** – Il presente lavoro vuole definire la bassa rilevanza epistemologica che il metodo assume in psichiatria. Si sono dunque circoscritte differenti problematiche, presenti all'interno del rapporto terapeuta-paziente. Problematiche che si rappresentano nell'etichettamento diagnostico, nel frazionamento del sistema di possibilità del paziente e nell'impossibilità di controllare le differenze fra i terapeuti, per quanto di soggettivo può emergere nella relazione terapeutica. Questioni che richiedono una valutazione in funzione della ricerca clinica, nella possibilità di trovare una linea di continuità fra normalità e patologia, non esistendo peculiarità comuni rintracciabili solo tra i pazienti. In pratica è possibile osservare una fluttuazione fra un comportamento maggiormente adattivo e un comportamento maggiormente disfunzionale, sia all'interno di un quadro patologico sia all'interno di una cosiddetta normalità. Una fluttuazione basata su un impianto relazionale, più o meno adeguato, che caratterizza entrambe le dimensioni, segnando un *continuum* nel passaggio fra normalità e patologia. In effetti un impianto che può indebolirsi fino a decifrarsi nella patologia. A partire da tali osservazioni è possibile giustificare il paziente al di là degli aspetti tipicamente circoscritti dalla malattia mentale. Una questione che può definire una visione maggiormente comprensiva delle possibilità del paziente, quindi ponendo una valutazione maggiormente oggettiva, in tal modo decostruendo in parte il processo di frammentazione riferibile all'etichettamento diagnostico.

*Parole chiave:* Etichettamento; frazionamento; giudizio soggettivo; metodo; relazione; ricerca clinica.

### Introduzione

La diagnosi consente di osservare il paziente sulla base di un particolare impianto cognitivo (Migone, 2011). Un impianto che Kagan (1998) ha decifrato nel senso di una classificazione diagnostica parziale, tale da condizionare la terapia, mentre Laing (1959) ha sottolineato il presentarsi di catego-

---

\*Alfio Allò, collaboratore esterno del Laboratorio di Psicologia e Scienze Cognitive dell'Università di Genova. E-mail: alfio.allo@gmail.com

rie mentali preconcepite che influenzano la relazione terapeuta-paziente. Viene così a porsi un etichettamento diagnostico che può inibire quella che definiremo come una 'relazione d'aiuto' gestita dallo psichiatra.

Una relazione da distinguere rispetto ad un approccio psicoterapico, nella possibilità lo psichiatra faccia *anche* psicoterapia. Verranno così tralasciate le problematiche relazionali della psicoterapia, per quanto rilevato ad esempio da Allò (2014, 2017). Verranno d'altronde tralasciate le problematiche deontologiche vincolate alle caratteristiche relazionali del rapporto terapeuta-paziente (Corradini, Crema, Lupo, & Saviane Kaneklin, 2011). Una relazione d'aiuto inoltre da distinguere rispetto ai riferimenti utili ad esplorare una specifica forma d'intervento. Verrà quindi tralasciata la costruzione di una domanda che può definire il rapporto fra paziente (committente) e terapeuta (Carli, 1993; Carli & Paniccia, 2003).

Sia presente o meno un approccio psicoterapico, o un modello di preparazione per uno specifico intervento clinico, è possibile si ponga in psichiatria una relazione d'aiuto che deve essere interrogata. Verrà quindi rilevata una prassi diagnostica da contrapporre ad un orientamento relazionale, mostrando implicazioni potenzialmente utili alla ricerca clinica.

## Validità del metodo

Sciacchitano (2013) ha sottolineato la debolezza epistemologica della psichiatria, che del 'rigore' della medicina ha solo l'apparenza esteriore, in effetti ponendosi una linea di demarcazione non accettabile rispetto a quanto dovrebbe definirsi come 'scienza'. Viene così a delimitarsi un margine labile fra le regole del metodo e quanto l'oggetto di studio può rappresentare al di là di tali regole, nelle discrepanze agite rispetto al metodo.

Naturalmente dobbiamo intendere un concetto di 'scienza' perfettibile, comunque *decidibile*, per osservazioni (sempre limitate) che dovrebbero contenere la possibilità di produrre alternative utili a variare (o abbandonare) il metodo. Tutto ciò *decidendo* della validità delle ipotesi di lavoro, in funzione di una loro modifica. Non si critica dunque la possibilità di fare diagnosi, piuttosto si criticano parametri di valutazione *più limitati del dovuto* nella difficoltà ad *ottimizzare* il metodo. Si definisce pertanto una pregiudiziale epistemica nella mancanza di un valido controllo sull'oggetto di studio, tramite ipotesi di lavoro passibili di essere ottimizzate nella definizione del metodo.

Va così sottolineato che il *Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-5) non si occupa del singolo individuo, ma di un insieme di individui, proponendo valori statistici per gruppi omogenei di popolazione, in tal modo adottando una linea d'intervento *tecnologica*, per interessi vincolati alle terapie farmacologiche e alle compagnie assicurative

(Sciacchitano, 2013). Inoltre, se è vero che una diagnosi può porsi in maniera differente sulla base delle varie correnti psicoterapiche (Migone, 2011), è anche vero che una frammentazione del paziente già si pone all'interno dei maggiori sistemi diagnostici. Sistemi analizzati, fra gli altri, da Migone (2011), si voglia il DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), l'ICD-10 - *Classificazione Internazionale dei Disturbi Psicologici* (World Health Organization, 1992) - o il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006).

Ponendosi problematiche condivise dai maggiori manuali di riferimento Sciacchitano (2013, p. 250) può ad esempio decifrare il PDM come una «stanca imitazione» del DSM, non fondandosi la psicoanalisi su un nesso causale giustificato fra ciò che si *vorrebbe* come inconscio e ciò che si *descrive* con il sintomo. Naturalmente ogni sistema diagnostico si pone ad osservare una parte di 'realtà' (Migone, 2011), ma va sottolineata una categorizzazione già limitata nelle proprie premesse (per ipotesi di lavoro *più limitate del dovuto*), tesa a frammentare il paziente nelle descrizioni date (per diagnosi che colgono un frammento eccessivamente limitato del paziente), nell'incapacità di ri-definirlo (ricomporlo) sotto un profilo maggiormente comprensivo. Osservazioni che nel fermarsi su singoli elementi comportamentali non riescono quindi a 'ricostruirsi' su un livello d'analisi sovraordinato. Questo non semplicemente nel labile confronto fra i punti di vista dei differenti sistemi, piuttosto per quanto ogni sistema già definisce nelle regole che lo circoscrivono, nell'incapacità di produrre un profilo maggiormente rispettoso di quanto il paziente può rappresentare al di là dell'etichettamento diagnostico. Infatti la «pretesa stabilità e coerenza dei sistemi diagnostici è (...) un delitto di superbia in quanto scotomizza la fluidità, occulta il dubbio, asserisce la certezza» (Saraceno & Gallio, 2013, p. 27).

Certo, i limiti appena definiti non escludono un'attendibilità riferibile alla concordanza diagnostica che differenti psichiatri possono avere su uno stesso paziente, anche nell'ipotetico ripetersi del processo diagnostico, ma il problema è che una diagnosi può continuare a rivelarsi errata (Migone, 2013). In pratica i DSM hanno alzato «l'attendibilità, che precedentemente era bassissima, ma non (...) modificato la validità delle diagnosi, che restano semplici convenzioni» (Migone, 2013, p. 572). Infatti il paziente può essere contemporaneamente 'decifrato' attraverso differenti diagnosi (Migone, 2013). D'altronde, nell'ammettere ipotesi di lavoro più limitate del dovuto, è possibile sottolineare che nonostante «lo sbandierato rigore scientifico (...) gli psichiatri non saprebbero distinguere in maniera rigorosa una malattia dalla normale sofferenza quotidiana» (Migone, 2013, p. 579). È vero, con il DSM-5 si sono inserite forme dimensionali utili ad osservare il paziente nelle proprie modificazioni quantitative (personalità, cognizione, umore...), così *avvicinando* la malattia ad una cosiddetta 'normalità', ma questo non significa aver tralasciato un punto di vista (teorico e metodolo-

gico) che si definisce nella descrizione della malattia, non nella definizione delle cause che potrebbero fondarla negli elementi costitutivi (Migone, 2013). Se dunque il DSM-5, come i precedenti DSM, rivela tale incapacità, sarebbe stato meglio per il DSM-IV-R «fermarsi lì bloccando la logica implicita (ed esplicita) del metodo (...) perché ormai sarebbe bastato un passo in più per far emergere la inadeguatezza della sua epistemologia» (Galli, 2014, p. 568).

Un problema dunque si pone, soprattutto nel pensare che la progressione (inadeguata) dei DSM è dovuta alle regole (inadeguate) che più in generale definiscono oggi l'approccio psichiatrico (Di Vittorio, 2013). Non a caso «se due clinici usano strumenti diversi (...) può accadere che giungano a valutazioni diverse» (Cornoldi, 2007, p. 79).

Diventa allora opportuno sottolineare che sulla base del paradigma attuale lo «studioso (...) smette di indagare, esplorare, tentare di conoscere il complesso sistema che sottende le manifestazioni psichiche normali e patologiche, rinuncia a vivere una relazione terapeutica con l'altro, evita il lavoro di autoriflessione», in tal modo «diventando (...) un professionista che si estranea dal sistema relazionale, nel quale è inevitabilmente coinvolto» (Iorio & Iorio, 2016, p. 64). Ciò che conta diventa così ricavare una diagnosi dalla descrizione dei sintomi osservati. Un compito che per il terapeuta si rappresenta con un automatismo carente nel riferirsi ad informazioni (inadeguatamente) pre-costituite dai manuali di riferimento (Iorio & Iorio, 2016). Questioni da osservare, fra l'altro, all'interno di un «riduzionismo biologico (...) camuffato sotto le mentite spoglie di una moderna veste scientifica. Con esso sembra quasi celebrarsi un addio alla psicopatologia (...) alla relazione terapeutica» (Iorio & Iorio, 2016, p. 67). Non che si voglia «negare l'importanza della ricerca biologica in psichiatria, ma contestare la dimensione epistemologica distorta che la sostiene» (*Ibid.*). Insomma, la confusione dell'unione (estremamente limitata) fra concetti 'biologici' e 'psichici' viene trasferita al livello di ciò che si vorrebbe come 'scienza', per linee di demarcazione (e di identificazione) tutt'altro che adeguatamente definite.

Non a caso possiamo decifrare una diagnosi che impone uno stigma *non giustificato* al paziente, mancando un nesso causale condivisibile. Non solo. Possiamo decifrare una diagnosi che lascia libero il paziente di auto-imporsi tale stigma sulla base di definizioni assunte arbitrariamente, non esponendo più al terapeuta il proprio malessere, nel complesso dei sintomi *supposti* adatti a descrivere la malattia, piuttosto esponendo senza alcuna mediazione (senza cognizione di causa) l'etichetta (*creduta*) adatta a rappresentare lo stato morboso (Iorio & Iorio, 2016).

A questo punto dobbiamo iniziare a delimitare una differente questione, considerando il sistema relazionale nel quale lo psichiatra è inevitabilmente coinvolto. Sistema che può essere indebolito dall'impianto diagnostico, ma

che può anche rappresentarsi con tematiche proprie. Ad una diagnosi che impone un etichettamento labile, frammentando inadeguatamente l'individuo nelle descrizioni date, dobbiamo dunque aggiungere una problematica *relazionale*. In effetti, se è vero che il rigido schematismo dei manuali di riferimento può ammettere un arbitrio inadeguato, ovvero una capacità di giudizio inadeguata, è anche vero che un arbitrio inadeguato non viene escluso sulla base delle caratteristiche relazionali dei singoli terapeuti. Caratteristiche che hanno la possibilità di implementarsi all'interno del campo semantico circoscritto dalla diagnosi (e dalla relativa terapia farmacologica). In pratica, al di là della diagnosi (per schemi che tendono ad eliminare l'elemento relazionale), differenti psichiatri possono agire in maniera difforme verso i diversi pazienti (o su un ipotetico stesso paziente) sulla base delle caratteristiche *personali*. Un'azione che non può essere controllata dagli schemi diagnostici, non sistematizzati per un tale scopo. In questo senso dobbiamo chiederci se il 'metodo' relazionale è capace di produrre regolarità oggettive significative, con ciò controllando un'azione potenzialmente caratterizzata dalla libera scelta dello psichiatra. Possiamo quindi definire la mancanza di una validità epistemologica nel chiederci se lo psichiatra è messo nelle condizioni di ri-controllare la propria azione sulla base di norme procedurali - ipotesi di lavoro - intersoggettivamente controllabili, replicabili e decidibili. Una dimensione procedurale non esile perché nel mancare una validità epistemologica può essere data una validità terapeutica, nell'ottenere un adeguato risultato *relazionale*, ma *senza validità epistemologica non è possibile validare il risultato*, giustificandolo in base alla procedura attuata (nella possibilità che venga così replicato da altri terapeuti).

In effetti, se ammettiamo lo psichiatra nell'atto di non trascurare la relazione col paziente, ad esempio tramite colloqui non strutturati o nella condivisione di una specifica quotidianità, possiamo sostenere che agisce nella mancanza di un metodo condiviso e condivisibile, non decidibile nel basarsi su regole soggettivamente valide, dunque non adatte a controllare l'oggetto di studio. Ci siamo quindi spostati dalle regole del metodo diagnostico, non adatto ad una procedura relazionale, ritrovando regole non funzionali allo scopo, inadeguate ad eliminare le (possibili e *non necessariamente idonee*) differenze che possono innestarsi rispetto ai diversi terapeuti. Sarà chiaro che se le regole del metodo non possono controllare le differenze (potenzialmente arbitrarie) fra gli psichiatri, allora non possono nemmeno assumersi la responsabilità di controllare (adeguatamente) l'azione del paziente, visto che tale azione risulta riconducibile alle capacità soggettive dello psichiatra. Un'azione dunque riconducibile a quelle che possono anche mostrarsi come capacità inadeguate, a meno che non si vogliano le capacità *personali* degli psichiatri sempre adatte, o adattabili, agli scopi preposti (e al particolare paziente).

Si pone pertanto un'azione inadeguata nel voler seguire pedissequamen-

te il metodo diagnostico, d'altronde non escludendo un'azione (potenzialmente) arbitraria nel volersene emancipare, demandando (almeno una) parte del processo terapeutico alla relazione terapeuta-paziente. In pratica può strutturarsi un processo inadeguato nella possibilità dello psichiatra di basarsi sulla propria empatia, sulla propria sensibilità, sulla propria intuizione, comunque nella possibilità di porre osservazioni non mediate da ipotesi di lavoro riconducibili ad una precisa metodologia. Osservazioni che possono dunque mostrarsi non replicabili fra i differenti terapeuti, basandosi più su capacità personali che su un metodo deputato a regolare tali capacità. Naturalmente voler regolare le capacità succitate non significa volerle inibire, piuttosto consentendo si esplichino in maniera chiara e coerente, anche nella possibilità di ottimizzarle nelle regole su cui dovrebbero basarsi. Per fare questo tali regole devono però essere osservate in maniera condivisa e condivisibile nelle ipotesi applicate. Non si vuole quindi fare a meno delle capacità dei singoli terapeuti (ad esempio di un'empatia più o meno sviluppata), piuttosto volendo un metodo che, nel controllare il terapeuta, possa essere da questo anche, ed eventualmente, modificato, proprio nell'aver chiare le regole sulla base delle quali si agisce. Insomma, non si vuole una validità soggettiva (potenzialmente arbitraria) nella possibilità di sovrascrivere il metodo, bensì un metodo che possa permettere alla soggettività di esprimersi chiaramente, se necessario anche violando le regole che il metodo vorrebbe imporre (nella possibilità siano chiaramente definite). Nel mostrare come basilare l'importanza della relazione bisogna dunque anche mostrarla nei suoi elementi costitutivi, non necessariamente positivi.

Un primo problema si pone dunque nell'inscrivere l'individuo entro un etichettamento semplicistico (Maslow, 1962). Un etichettamento che l'autore riteneva indebolirsi, nella difficoltà a ritrovare nella realtà dei fatti un paziente così come pre-fissato dai testi di riferimento. Problematiche che invece continuano a proporsi nella difficoltà a spiegare il paziente con ipotesi valide sotto il profilo scientifico. Certo, Laudan (1977) ha posto non pochi dubbi sui percorsi della ricerca scientifica, non giustificandoli nella (mancata) possibilità di essere *esattamente* ricostruiti, ma rimane il fatto che in psichiatria i percorsi concettuali si pongono in maniera *più limitata del dovuto*. In effetti lo psichiatra agisce all'interno di un contesto in gran parte definito nella mancanza delle cause delle malattie, quindi nell'obbligo di un riferimento (eccessivamente limitato) al DSM o all'ICD-10, posti nel seguire una stessa dialettica (Wakefield, 2010). In tal modo «l'integrità concettuale dei criteri diagnostici rimane un problema affrontato ancora in modo così poco sistematico che a volte sembra che le diagnosi corrette dipendano dal caso» (Wakefield, 2010, p. 300). Infatti, come sottolineato da Frances (2010a, p. 251), è possibile «rubricare come malattia mentale molte varianti comportamentali normali, col risultato di minare il concetto stesso di 'disturbo mentale'». Inoltre, rispetto alle differenze fra una «prospettiva

dimensionale» e un «sistema categoriale», l'autore ribadisce che «la nostra disciplina non ha mai raggiunto un consenso su quali dimensioni scegliere e su come misurarle» (Frances, 2010a, p. 255). Una critica, verso il DSM-5, che è possibile ritrovare in Spitzer (2011) e in Spitzer e Frances (2011).

Il secondo problema fuoriesce invece da un differente, ma parallelo, ordine di fattori, nel considerare che ci sono «prove sempre più abbondanti (...) che una buona pratica psichiatrica richiede in primo luogo un impegno con le dimensioni non tecniche del nostro lavoro, per esempio quelle relazionali» (Bracken *et al.*, 2012, p. 9). Infatti gli psichiatri nella «propria esperienza quotidiana» utilizzano «tutta una serie di conoscenze induttive organizzate più o meno come *Gestalt* inconsce e preconscie di modi di agire col paziente», così definendosi «linee-guida dettate dall'intuito o dall'esperienza» (Migone, 2015, p. 50). Un procedere che, nel definire la qualità della relazione fra lo psichiatra e il paziente, si è mostrato poter incidere in maniera più significativa che non la terapia farmacologica (Migone, 2015). Non ci si può quindi limitare ad una diagnosi che fissa l'oggetto di studio, con ciò disumanizzando il paziente (Dell'acqua, 2013). Una diagnosi che tralascia la soggettività del paziente cancellandola per ragioni culturali, politiche, economiche (Benedice, 2013). A maggior ragione nel pensare che i disturbi mentali «sono costrutti che abbiamo inventato (...) Per esempio (...) non esiste un prototipo di 'schizofrenia' che possa essere spiegato grazie a un modello biologico» (Frances, 2010b, p. 101). Non a caso il paradigma descrittivo ha fallito nel delimitare un mutamento capace di indirizzare verso le cause della patologia (Frances, 2010b) e non a caso la «psicopatologia (...) presenta sovrapposizioni non solo per il suo modo di manifestarsi ma anche nella patogenesi. È probabile che ci siano centinaia di percorsi che portano alla schizofrenia» (Frances, 2010b, p. 103). Del resto, «al di là di (...) rari casi di legame causale, la genetica ha evidenziato solo dei fattori di rischio sempre piuttosto deboli» (Gonon, 2011, p. 146), peraltro ammettendo l'importanza dell'ambiente nello svilupparsi della patologia.

Nel considerare i limiti diagnostici suddetti, al contempo rilevando gli innegabili vantaggi di un approccio relazionale, come definire dunque il secondo problema, relativo agli aspetti non tecnici del lavoro dello psichiatra, dunque relativo all'impianto relazionale? Lo possiamo definire nel registrare una dimensione non valida nell'essere legata alle possibili differenze che i vari terapeuti possono implementare sulla base di capacità personali non necessariamente adeguate. È ad esempio possibile controllare, nello svolgersi del percorso relazionale, i processi induttivi succitati, riferibili alle dimensioni non tecniche del lavoro dello psichiatra? È possibile controllare processi organizzati su basi inconsce e preconscie, utili a formare determinate intuizioni, non necessariamente adeguate? È quindi possibile escludere la possibilità si stia agendo in maniera errata? Certo, una volta concluso un determinato percorso relazionale è possibile si osservi un risultato positivo,

ma questo significa escludere possa anche mostrarsi l'incapacità di costruire una relazione qualitativamente proficua? Dobbiamo dunque chiederci se il paziente è messo nella posizione di agire quella responsabilità di cui hanno parlato Beck (1976), Beck, Rush, Shaw, and Emery (1979) o Rogers (1942), così chiedendoci se è possibile delimitare la reale responsabilità - autonomia - del paziente rispetto al terapeuta. Questo nel prodursi di regole labili nel controllare la relazione terapeuta-paziente. Se in effetti la delimitazione che il terapeuta compie del paziente diventa personale, come definire il tipo di libertà, e di responsabilità, che il terapeuta *può lasciare* (o non lasciare) al paziente? Naturalmente una responsabilità che può anche mostrarsi adeguata, ma sempre nel legarsi alle personali capacità dello psichiatra, dunque *innalzandosi* la possibilità possa mostrarsi *anche* inadeguata. In psichiatria il processo inferenziale in effetti non consente *apparentemente* di violare determinate regole, nell'essere l'azione pre-determinata dagli schemi diagnostici, ma una violazione si pone nel momento stesso in cui subentra l'incognita data dalle scelte *personali* dello psichiatra, quindi per modifiche non giustificabili sulla base del metodo, quale esso sia, lo si voglia diagnostico (nell'incapacità di regolare le caratteristiche relazionali del terapeuta) o nell'ammettere un (supposto) metodo relazionale (nel basarsi sulle personali regole del sistema di possibilità dello psichiatra).

### Schematizzazione del ragionamento

Se lo schema definisce quali informazioni devono essere circoscritte nel rilevare determinati effetti (sintomi), viene a porsi un problema nel ridurre fenomeni diversificati a un'etichetta diagnostica (Jaspers, 1959). Infatti la descrizione della patologia non può esaurire l'individuo nel suo complesso (Jaspers, 1959). Per questo risulta basilare ricercare un livello di analisi maggiormente comprensivo delle possibilità dell'individuo, quindi nella necessità di considerare che «in linea di massima, il nome che si dà a un quadro clinico non è di importanza vitale» (Freud, 1911, p. 511). La diagnosi deve essere dunque rilevata come un'ipotesi soggetta a prova empirica, nella necessità di poter essere riformulata (Beck *et al.*, 1979). Uno schema diagnostico dovrebbe quindi definire una schematizzazione provvisoria (Jaspers, 1959). Con il concetto di schema vengono in effetti presupposti dei confini, volti a definirlo come tale, che non è possibile esattamente delimitare. Non potendo porre dei confini in teoria non potremmo nemmeno parlare di uno schema, o meglio, possiamo parlarne, senza però pretendere di riuscire a dimostrarlo in quanto tale. Non se pensiamo con ciò di poter *realmente* riferire la nostra azione allo schema che crediamo attuare (Marsonet, 1997). In pratica non bisogna lasciare spazio a quelle forme che Kant (1787) ha posto in maniera rigida a categorizzare la realtà. In effetti l'individuo non fa altro che agire per ipotesi - pone



in atto un determinato *credere* - e questo è comunque vincolante (Feyerabend, 1975; Putnam, 1990). Il problema, nel domandarci se «vi sia una realtà delle cose in grado di determinare quale schema concettuale, tra quelli che ci sono così utili», possa risultare «realmente vero» (Putnam, 1990, p. 229), pone dunque una questione irrisolvibile. Per questo dobbiamo sentirci obbligati a trovare alternative d'azione utili ad ottimizzare un determinato livello di 'verità'. Infatti, se il nostro approccio alla situazione determina le scelte successive (Laing, 1959), questo significa che dovremmo tendere a variare le premesse su cui agiamo, nelle regole deputate a controllare le nostre scelte. Nel nostro caso nella necessità di trovare uno stimolo funzionale alla variazione degli schemi diagnostici.

A questo punto dobbiamo tenere presente quanto sostenuto da Sullivan (1953, p. 342), ovvero che non esistono «caratteristiche manifestate solo dagli ammalati», ponendosi «le uniche differenze (...) nel grado, cioè nell'intensità e nella durata, di ciò che è comune a tutti». Va quindi rilevato che, sulla base delle relazioni che l'individuo esperisce nel quotidiano, è possibile osservare una fluttuazione fra un comportamento maggiormente adattivo e un comportamento maggiormente disfunzionale, sia all'interno di un quadro patologico sia all'interno di una cosiddetta normalità, nella presenza di discrepanze comportamentali *potenzialmente* più rilevanti in patologia. Ossia, in patologia può presentarsi una fluttuazione maggiormente significativa, con gradazioni comportamentali maggiormente accentuate nelle differenze poste fra un polo adattivo e un polo disfunzionale.

Una fluttuazione che possiamo osservare come un *continuum* all'interno della normalità o della patologia, non potendo assumere linee di demarcazione nette a circoscrivere un comportamento perfettamente adattivo o assolutamente disfunzionale, ovvero non potendo decidere in che preciso momento, e sulla base di quali cause (supposte esatte), un comportamento si trasforma da adattivo in disfunzionale o viceversa. Infatti si parla di un comportamento *maggiormente* adattivo o *maggiormente* disfunzionale.

Possiamo ad ogni modo assumere che, oltre una determinata soglia, il comportamento disfunzionale, relativo alla sfera della normalità, passi nella patologia, mentre quello adattivo, relativo alla sfera della patologia, passi nella normalità, a conferma di un ulteriore *continuum*, di una continuità fra le differenti dimensioni. Un *continuum* che può rappresentarsi anche con dinamiche episodiche, nel passare dell'individuo in maniera momentanea nella patologia o nella normalità.

Una continuità da osservare sulla base di un impianto relazionale (più o meno adeguato) che caratterizza entrambe le dimensioni. Un impianto che si conserva nel passaggio fra normalità e patologia circoscrivendo il comportamento rispetto ad un polo di significati condivisi e condivisibili, dunque definendo la possibilità per l'individuo di allontanarsi da determinate convenzioni sociali.

Una discrepanza personale, nel fluttuare fra stimoli positivi e negativi (all'interno della normalità o della patologia), viene dunque ad accompagnarsi ad una discrepanza sociale (nella possibilità di allontanarsi, nel formarsi della patologia, da un sostrato semantico condivisibile). Una dinamica sempre posta sulla base delle caratteristiche relazionali definenti un comportamento più o meno adeguato, con ciò definendo l'individuo, ossia definendo la possibilità di riconoscersi e di essere riconosciuti tramite determinate norme sociali. Ovviamente norme necessariamente perfettibili, comunque nella possibilità si mostrino adatte a decifrarsi nella costruzione di stimoli relazionali più o meno funzionali ad un corretto riconoscimento sociale, per quanto di esse il singolo individuo si mostra capace di osservare in maniera utilitaristica.

Una *linea di continuità*, quella posta fra normalità e patologia, che dovrebbe far riflettere su quella che sovente si presenta come la (mancata) possibilità di giustificare il paziente al di là degli aspetti che la categoria - la sindrome - circo-scrive. Una questione adatta a definire una visione maggiormente comprensiva delle possibilità del paziente, mostrandosi un meccanismo che persiste al di là delle differenti patologie. Un meccanismo quindi condiviso fra i differenti schemi diagnostici, per un livello d'analisi *maggiormente oggettivo* - con un valore epistemologico significativo - nella possibilità di spiegare l'individuo al di là dei diversi sintomi legati alle differenti patologie. In effetti, nel tendere a fissarsi sulla connessione 'effetto rilevato → definizione della patologia' si può faticare a riconoscere il fluttuare che il comportamento del paziente può assumere all'interno del quadro clinico. Vale a dire, un comportamento che può a volte rivelarsi maggiormente positivo, altre volte maggiormente negativo, nell'influenza posta dalle particolari *relazioni*, tali da definire la situazione vissuta. Nella possibilità di un comportamento che può prescindere da quanto si è rigidamente etichettato si ha così la possibilità di *de-costruire* in parte la frammentazione riferibile all'etichettamento diagnostico. Allora, se l'alternanza (o fluttuazione) può essere data, non è possibile escludere di definire la patologia *non* centrandosi sui sintomi, su quanto la categorizzazione delimita, ma su quanto il paziente può agire a prescindere dalla categorizzazione data. In pratica possiamo sottolineare un comportamento che può modificarsi a prescindere dai significati che delimitano il sintomo nella *descrizione* data, distaccandosi dalle relazioni che possono confermare il sintomo in quanto tale. Un comportamento che si vincola a significati che possono essere dati *nonostante* il sintomo, pertanto decifrando l'individuo al di là di quanto la patologia *semberebbe* delimitare, nella possibilità di non essere ad essa (del tutto) asservito. Questo nel crearsi di percorsi riconducibili a norme che, almeno parzialmente, appaiono differenziarsi da quelle deputate a regolare la patologia.

Un'azione che pone una premessa assolutamente rilevante, nella neces-

sità di chiederci non cosa significa il sintomo, *ma cosa possono consentire le relazioni, come valutarle e come stimolarle* per inibire la patologia, anche, ed eventualmente, nelle giustificazioni addotte. D'altronde è proprio nello spazio che viene a crearsi fra l'attesa verso il sintomo e quanto concretamente il paziente può agire che si presenta l'opportunità di una libertà da sfruttare nell'allentarsi di determinati vincoli.

Si potrebbe dunque pensare ad un livello teorico e metodologico che possa giustificare tale agire. Una misura di tale dinamica potrebbe ad esempio porsi nel valutare la degradazione dei rapporti sociali, nel degradarsi della possibilità di un riconoscimento utilitaristico. Si potrebbe quindi delimitare una forma dimensionale utile ad osservare il paziente nelle gradazioni quantitative del comportamento, ad esempio delineando una scala volta a valutare tramite interviste, questionari o test (e/o un'osservazione ecologica) la *dimensione* che viene a porsi fra un comportamento positivo e uno negativo. In pratica si potrebbe delimitare la discrepanza fra un polo positivo (adattivo) e un polo negativo (disfunzionale) esaminando la dimensione della cognizione e/o dell'umore nella capacità di essere stimolati da relazioni positive o di affrontare relazioni negative, quindi osservandone gli effetti nel concretizzarsi dell'azione vissuta in rapporto ad un sostrato semantico condivisibile. Questo per situazioni costruite e recepite come più o meno intrusive, più o meno stressanti, più o meno coinvolgenti, definendo un'azione comprensiva delle gradazioni tendenti verso uno dei differenti poli.

Una dimensione adatta ad avvicinare patologia e normalità per quella che sovente si presenta, da parte del paziente, come una capacità di giudizio significativa nel discernere le occasioni positive, utili, a volte anche opportunistiche, per una dinamica troppo spesso celata dai significati che, in maniera macroscopica, appaiono a caratterizzare condizioni palesemente stigmatizzanti. Non a caso è possibile giungere a quella «*volontà di malattia*» di cui parla Jaspers (1959, p. 458), tramite la quale i «malati vogliono essere compatiti, (...) sottrarsi all'obbligo di lavorare, ottenere una pensione». Non è dunque da assumere in maniera scontata il fatto che la volontà del malato non sia così destrutturata come sovente è dato credere, in tal modo riconoscendo il fluire che il comportamento può definire all'interno della patologia, insieme all'importanza degli aspetti relazionali. D'altronde rilevare tali aspetti non significa sottovalutare la gravità della patologia, visto che sono proprio i significati che definiscono determinate relazioni a poterla far riemergere prepotentemente.

All'interno di un determinato quadro clinico è dunque possibile osservare una curva comportamentale variabile e non regolare, rappresentabile su un piano cartesiano. Sull'asse delle ordinate (asse *y*) possono essere rappresentati i valori negativi delineati dai sintomi della patologia, nell'accentuarsi di un comportamento patologico (nelle progressive e potenziali gradazioni), mentre, in senso opposto, si possono rappresentare (nelle progressive e

potenziali gradazioni) i valori positivi delineati dalla remissione dei sintomi, nel manifestarsi di un comportamento adattivo, maggiormente funzionale. Sull'asse delle ascisse (asse  $x$ ) può invece rappresentarsi l'osservazione dei soggetti in un tempo  $t$ . Il susseguirsi dei possibili eventi è quindi da valutare rispetto alla percezione, da parte dei soggetti, degli stimoli positivi o negativi, tali da influire sui sintomi della patologia. In pratica è possibile valutare il valore delle relazioni misurando la remissione o l'accentuarsi dei sintomi (asse  $y$ ) in un tempo  $t$  (asse  $x$ ). Su determinati livelli, con valori dati dal tipo di relazione percepita e agita, sarà quindi possibile assumere un comportamento maggiormente ricettivo, anche nell'attuarsi di una riflessione pronta a reagire ad alcuni significati, con essi momentaneamente formandosi. Questo se l'influsso ambientale appare ai soggetti di segno positivo, in contrasto con i significati riconducibili alla patologia, quindi nella possibilità di attenuare i sintomi con un comportamento che fluttua verso la normalità. Al contrario, su differenti livelli è possibile assumere i soggetti nel sentirsi maggiormente 'liberi' di seguire le regole che la patologia impone (o che credono debba imporre, ad essa asservendosi). Il sintomo si pone pertanto come la variabile dipendente (dallo stimolo o evento relazionale), mentre lo stimolo, positivo o negativo nelle relazioni addotte, si pone come la variabile indipendente, manipolabile dallo psichiatra (in maniera utile ad incidere sulla variabile dipendente).

Così è possibile non mettere «in dubbio il fatto che egli fosse ammalato di schizofrenia (...) Il problema era che questo fatto (...) diventava nella pratica un'opinione (...) contrapposta: da un lato, Fabrizio era pericoloso (...) destinato all'isolamento (...) dall'altro, (...) poteva andare al bar a bere un caffè e restare fra la gente» (Colucci, 2013, p. 7). Fabrizio era dunque da un lato sottomesso alla patologia, per quanto recepito dal personale della struttura nella quale era ricoverato, per quanto era possibile *credere* della diagnosi data, ad essa asservendosi nella schematizzazione che la confermava in quanto tale, anche nel tipo di comportamento che da essa sarebbe derivato. D'altro lato Fabrizio poteva essere accompagnato fuori dall'isolamento da uno psichiatra (Colucci) in grado di osservare (ragionare ed agire) al di là della schematizzazione data. Ecco un esempio, tutt'altro che scontato, di relazione d'aiuto, nella possibilità del terapeuta di accompagnare un paziente in una mera mansione quotidiana (l'entrata in un bar). Una possibilità solo *apparentemente* semplice, infatti non ritenuta possibile, né auspicabile, dal personale sanitario, eppure resa concreta (ed auspicabile) nella costruzione di una fiducia reciproca (*relazionale e personale*), con un terapeuta presente al di là delle implicazioni diagnostiche e psicoterapiche: «Quello che riuscii a fare con Fabrizio fu di slegarlo ogni volta che ero di turno in reparto, cercando di restare accanto a lui, anche in silenzio, situazione che Fabrizio apprezzava, non staccandomi mai gli occhi di dosso» (Colucci, 2013, p. 6). In pratica Colucci è riuscito a *crearsi* una possibilità,

naturalmente per quanto già consentito dal sistema di possibilità del paziente al di là della schematizzazione data.

Certo, rimane da chiederci se un altro psichiatra avrebbe stimolato il paziente secondo le stesse modalità (nel decidere di agire in tal senso) ma, anche lo avesse fatto, avrebbe necessariamente ottenuto lo stesso risultato? Inoltre, quanto risultano controllabili i percorsi relazionali nell'immediatezza di scelte che, al di là del risultato di Colucci, potrebbero anche rivelarsi errate? Questioni che abbiamo già sottolineato e che verranno parzialmente riprese, per adesso nella necessità di rilevare che, nel giudizio contrapposto suddetto, relativo da un lato al Fabrizio 'oggetto' della patologia e dall'altro 'soggetto' indipendente dalle stimmate della patologia, non deve apparire scontato il rappresentarsi di una schematizzazione tendenzialmente imm modificabile. In effetti «la prima opinione pesava di più della seconda», facendo «funzionare il fatto della schizofrenia come un argomento perentorio e non discutibile» (Colucci, 2013, p. 7). Si potrebbe dire con Heisenberg (1984) che cogliere un determinato stato di un sistema non dovrebbe far perdere di vista ciò che il sistema può rappresentare sotto un differente stato, con ciò ritrovando la possibilità di una *continuità d'azione* tutt'altro che trascurabile, in ciò favoriti dall'approccio relazionale.

### Importanza di una valida dimensione relazionale

Un problema dunque si pone nel dipingere «un quadro caratterizzato da gentilezza ma anche da fretta, dal desiderio di 'sbrigare' la faccenda, interazioni determinate dai protocolli della valutazione del rischio, in cui le domande dello psichiatra rispecchiano una routinarietà un po' agghiacciante» (Galeazzi & Curci, 2007, p. 48). Deve essere così rilevata una disabitudine alla relazione, al contempo sottolineando come determinati cambiamenti evolutivi, «prodotti da una relazione empatica profonda, abbiano una maggiore possibilità di rimanere stabili ed efficaci nel tempo, rispetto, persino, agli effetti della sola terapia farmacologica» (Disanto, 2009, p. 58). Insomma, la 'terapia relazionale' può risultare più efficace della somministrazione farmacologica (Disanto, 2009). D'altronde, se per l'individuo una figura d'attaccamento si mostra basilare nell'intero arco dell'esistenza, nella possibilità di acquisire determinate risposte e una determinata fiducia (Bowlby, 1998), va rimarcata una relazione che non andrebbe sottovalutata nell'intervento psichiatrico. In psichiatria la dimensione farmacologica, e ancora prima diagnostica, non dovrebbe quindi porsi a discapito della dimensione relazionale, occultando aspetti che dovrebbero essere rilevati. Infatti la presenza di determinati presupposti 'tecnici', a circoscrivere il ruolo dello psichiatra, *non necessariamente di per sé* delimita l'instaurarsi di una relazione d'aiuto adeguata, per capacità non riconducibili, in senso

stretto, alle conoscenze teoriche e metodologiche. Non a caso, anche in psicoterapia, «la tecnica» può essere secondaria «rispetto alla relazione terapeutica» (Clarkson, 1989, p. 39).

Per riflettere meglio sulle problematiche della relazione d'aiuto trasleremo il campo semantico di una dimensione pedagogica, dove la relazione è fondante, verso una dimensione psichiatrica. Questo nella possibilità, in entrambi i casi, venga ad attuarsi una pratica relazionale in grado di *formare* l'individuo.

Cominciamo col dire che, nella progressiva costruzione della professionalità dell'educatore, ci si è posti a ricercare un modello di riferimento specifico, al contempo accorgendosi di non poter ridurre il lavoro educativo ad un modello rigidamente pre-costituito (Demetrio, 1990; Tosco, 1993). Infatti è «necessario che l'educatore (...) si metta in gioco in prima persona, pena la sterilità della relazione interpersonale» (AIEJI, 2011, p. 7). Un educatore da non rilevare come attore unico del processo educativo, portando quindi l'attenzione verso la diade educatore-assistito, superando l'asimmetria nella comune intenzionalità (Stella, 2002). Una relazione, e dunque una comunicazione, che va sostanziata valorizzando l'ascolto di chi si racconta in un linguaggio verbale o non verbale (Disanto, 2009).

A questo punto dobbiamo chiederci quanto lo psichiatra risulta adattabile a tali richieste. Può prenderle in considerazione? O può mostrarsi nella *disabitudine* ad adottare un tale approccio, se dobbiamo pensare la relazione come medio inserito fra due estremi (Stella, 2002)? Questo nell'agire una 'verità' intersoggettiva che, seppur collegata ad un modello teorico-clinico, rimane comunque vincolata ad un contesto relazionale (Ceruti & Lo Verso, 1998). Infatti l'evento «educativo si caratterizza innanzitutto come evento *relazionistico*», non «riguarda (...) un singolo soggetto (...), ma (...) coinvolge entrambi i poli della relazione» (Iori, 2000, p. 109). Si mostra quindi necessario «procedere sempre dal concetto di relazione per comprendere l'educazione come rapporto tra soggetti e la pedagogia come area di sapere che studia le interazioni tra i soggetti entro questo specifico rapporto» (*Ibid.*). Un rapporto, ed una concezione educativa, che risulta collegabile alle dinamiche terapeutiche, ad esempio rilevando l'accettazione dell'altro come un mezzo per riconoscersi ed influenzarsi reciprocamente (Calonghi, 1976).

Naturalmente lo psichiatra può anche non (voler) assumere un ruolo 'pedagogico', ma una relazione sarà comunque presente, fosse solo nell'attuarsi di un colloquio semplicemente funzionale a stabilire la terapia farmacologica (o l'eventuale 'scalaggio' o incremento). Una relazione che nell'atto di essere presente, dunque nella possibilità di influenzare il paziente al di là dell'intenzionalità espressa, può mostrarsi inadeguata. Il paziente potrà dunque anche provare fiducia verso il terapeuta, ma se questa fiducia non verrà adeguatamente 'riconosciuta' il colloquio rappresenterà una labile stampella, pronta a svanire nelle ore successive alla relazione psichiatrica.

Una relazione in questo senso non 'educativa', lasciando l'onere delle problematiche del paziente alla terapia farmacologica, non in grado di sopportare tale responsabilità.

Stiamo ovviamente discutendo di significati impliciti, ovvero lo psichiatra non necessariamente deve disconoscere in maniera palese la figura dell'assistito, anzi, può mostrarsi accogliente e disponibile. Se però il colloquio risulterà finalizzato alla terapia farmacologica nulla di veramente valido potrà venire co-costruito dagli attori in causa. Il paziente potrà anche mostrarsi momentaneamente soddisfatto nel vincolarsi *alla (perfettibile) relazione terapeutica*, somministrata da parte di una persona che il paziente può ritenere (o vuole credere) significativa, ritrovandosi però mancante di fronte a se stesso una volta terminati i positivi (e momentanei) effetti dell'incontro psichiatrico.

Il concetto di relazione non deve essere dunque *scontato*. Non a caso fino «all'inizio del Novecento l'attenzione pedagogica era incentrata sulla predominanza della funzione docente (...) e, quando si è iniziato a spostare l'attenzione sull'importanza del discente (...), si è continuato a considerarlo in termini di singolarità», ossia «nelle sue caratteristiche psicologiche o funzionali (...), lasciando generalmente in secondo piano gli elementi *relazionali e interattivi* tra docente e discente» (Iori, 2000, p. 109). È solo «in anni più recenti» che «si è iniziato ad attribuire importanza alla funzione discendente nella sua interazione con quella docente e gli interessi pedagogici si sono maggiormente rivolti alla transazione, agli scambi relazionali che intercorrono nel rapporto educativo», cosicché «comprendere l'educazione in quanto *relazione* presuppone il ricorso a nuovi strumenti interpretativi e nuove categorie ermeneutiche» (Ivi, pp. 109-110). Naturalmente ogni «persona 'è-con-gli-altri', trovandosi inevitabilmente in una rete di relazioni e rapporti» (Ivi, p. 110), ma appare ovvio che bisogna saper implementare una relazione adeguata, definendo da parte di entrambi gli attori in causa il fine ultimo, dato dall'incontrarsi in maniera fertile (Stella, 2002).

La motivazione reciproca diventa dunque essenziale, da co-costruirsi sulla base di una conoscenza pregressa che deve essere consolidata in maniera graduale, ma quale conoscenza può derivare da una relazione labile? Non a caso «l'apprendimento significativo» dipende «dall'adeguatezza delle conoscenze precedenti» (Novak, 1998, p. 37), per un dialogo che si pone alla base di un racconto che deve essere co-costruito tramite una «natura organizzata su base narrativa» (Bruner, 1990, p. 54). Se attraverso le dinamiche appena espresse «l'interesse del pedagogo» si rivolge «alla costruzione e al perfezionamento dell'identità personale» (Zanniello, 1992, p. 58), può allora lo psichiatra non mostrarsi interessato ad una dimensione relazionale? Ovviamente a partire dal proprio ruolo (nell'intenzione di ri-formare un'identità positiva), comunque nella disponibilità ad una «decostruzione' del proprio punto di vista» (Nicoli, 1994, p. 76), visto che «buona parte del suc-

cesso di un'azione formativa si gioca» su un «*livello soggettivo o relazionale*» (Ivi, p. 75). Una de-costruzione dunque basata su una osservazione che dovrebbe svincolarsi dagli schemi diagnostici (e farmacologici).

Appare così evidente che se lo psichiatra non si *abitu*a a delineare una relazione d'aiuto, come potrà adeguatamente 'supportarsi', e supportare il paziente, nello 'scalaggio' della terapia farmacologica? Se l'individuo dovrebbe essere messo in grado di «superare lo *status* in cui si trova», appare in effetti «patologico, inumano», se tale stato «dovesse protrarsi oltre lo stretto necessario» (Braido, 1967, p. 63).

Quante volte il paziente può quindi sentirsi abilitato ad assumere un ruolo definito dalla mancanza di una relazione? Dunque definito dal mancare di una conoscenza reciproca? Ossia, quante volte il paziente può intenzionalmente accentuare o inibire determinate mancanze? E quante volte lo psichiatra può cadere nella trappola proprio nel mancare di una relazione? Come è possibile educare, nel senso di condurre verso possibilità non esigue (magari 'educando' alle 'ragioni' della patologia), se l'educare presuppone un «incontro di persone» (Bertagna, 1991, p. 216)? Se tali persone rimangono basate su un sistema di valori centrato più sull' 'avere' che sull' 'essere' (Fromm, 1976), il paziente non può forse demandare la propria azione al possesso del farmaco? Non può forse deresponsabilizzarsi con l'aiuto dello psichiatra, felice di *avere* uno schema pre-programmato di facile applicazione? Quale evento formativo potrà dunque essere dato?

Tenendo dunque presente «che è più probabile un effetto interattivo fra motivazione estrinseca e motivazione intrinseca» (De Beni & Moè, 2000, p. 36), diventa importante «oltre al rinforzo (...) il riconoscimento dell'autorità della persona che premia o punisce, la percezione di autoefficacia, il concetto di sé e tutti i processi cognitivi ed emotivi» (Ibid.). La motivazione è quindi «un insieme di esperienze soggettive, di origine intrinseca o estrinseca, quali gli obiettivi, le aspettative, i processi emotivi, i valori, gli interessi personali, le attribuzioni» (Ivi, p. 37). In che misura tali processi risultano però vincolati alla figura dello psichiatra? Quali sono le sue aspettative? Lo psichiatra approfitta della propria autorità per motivare il paziente alla relazione? Rinforza il paziente (e si rinforza) nell'intenzione di ricercare un riconoscimento non farmacologico? Le attribuzioni non sono generalmente centrate sul farmaco? O su una relazione ben poco significativa, rapida e sbrigativa, forse accogliente, comunque basata su una condivisione semantica che può non andare oltre la mera cortesia? Se la motivazione «è sempre più concepita come il frutto di scopi, aspettative, elementi cognitivi e non come spinta esterna» (Ivi, p. 44), diventa opportuno che un rinforzo, fosse anche esterno, venga a crearsi, e a potenziarsi, sulla base di una relazione che, nel reciproco riconoscersi, pone le condizioni adatte a far sì che possa implementarsi proprio *quel determinato rinforzo* (e non un altro). Un rinforzo così creato in maniera spontanea e non artefatta, conseguenza della



particolare relazione, cioè della particolare costruzione semantica, consentita dai *personali* sistemi di possibilità dei soggetti agenti. Non a caso «la motivazione non può più essere considerata solo in base a modelli meccanicistici, quali quello del rinforzo, ma deve fare riferimento anche a costrutti in cui viene sottolineato il ruolo dell'interpretazione data dal soggetto alla situazione» (Ivi, p. 49). Ma quale interpretazione può essere implementata dagli attori coinvolti sulla base di quanto finora espresso? Tale interpretazione, nel centrarla sulla figura dello psichiatra, non fa riferimento a canoni di ragionamento fissi, univoci, pre-stabiliti dai maggiori manuali diagnostici? Tale interpretazione non influenza a sua volta l'interpretazione del paziente, inducendolo a cadere nella trappola farmacologica? Inducendolo a cadere entro schemi descrittivi e non eziologici? Le aspettative non sono forse riconducibili al metodo, ai parametri di valutazione della teoria di riferimento? Una teoria che troppo spesso rientra all'interno del vigente paradigma (farmacologico e diagnostico).

Se dunque risulta basilare essere motivati alla relazione e se la motivazione può essere «migliorata e modificata attraverso opportuni training o stimolazioni da parte dell'ambiente» (Moè, 2010, p. 13), dobbiamo chiederci che tipo di relazione può essere consentita allo psichiatra dall'ambiente in cui si muove (sulla base dell'attuale paradigma). Infatti, se «molte motivazioni confluiscono in un sistema di credenze (*beliefs*) che direziona non solo il comportamento, ma anche il modo in cui la realtà è percepita e interpretata» (Ivi, p. 15), si avrà un'interpretazione che farà riferimento ad un sistema di credenze collegato, in maniera più o meno implicita, ai manuali diagnostici, quindi al modello di ragionamento che con tali credenze si definisce (sulla base dei parametri di valutazione progressi).

Risulta allora importante sapersi scontrare con le regole che il paradigma impone, disconfermando motivazioni, processi di pensiero, credenze e spiegazioni. Nel riconoscere la possibilità di una fluttuazione comportamentale sarà così possibile non ricondurla alla presenza o all'assenza di una terapia farmacologica. Il processo relazionale diverrà dunque rilevante nell'essere «costituito da persone che credono nelle potenzialità dell'altro (bisogno di relazione)» (Moè, 2010, pp. 171-172). In tal modo è possibile sostenere che «il rinforzo (...) rinforza e motiva chi lo dà piuttosto che chi lo riceve» (Ivi, p. 184).

Con tutto ciò non si vuole porre la relazione d'aiuto come panacea per tutti i mali. Insieme agli aspetti positivi da essa gestiti devono in effetti essere sottolineati gli aspetti negativi. Se quindi l'identità personale di chi opera una relazione d'aiuto si pone a fondarne la professionalità (Stella, 2002), se una componente importante si rappresenta con l'empatia, basata sulla capacità di riconoscere le emozioni e i sentimenti altrui, nella comprensione dei differenti punti di vista (Disanto, 2009), se dunque lo psichiatra può utilizzare, insieme a determinate competenze e conoscenze, la propria sensibilità

nel decidere nell'immediatezza della situazione se una capacità procedurale può unirsi a caratteristiche prettamente personali, a quello che può anche essere un sostrato valoriale o una determinata personalità, ecco che possono subentrare incognite tali da rendere difficile 'oggettivare' il compito relazionale nel diversificarsi degli psichiatri (come nel diversificarsi degli educatori), anche rispetto ad uno stesso (ipotetico) paziente. Se le caratteristiche peculiari dello psichiatra si mostrano essenziali verso lo scopo di uno sviluppo armonico della relazione, se lo psichiatra deve essere in grado di segnalare, a se stesso e ad altri, anche i significati minimali della situazione vissuta, non semplicemente quelli che appaiono in maniera macroscopica a caratterizzarla, e se tutto questo può mostrarsi fondamentale nella costruzione di un rapporto significativo, ebbene, non sono semplicemente le conoscenze 'tecniche' a potersi mostrare rilevanti, piuttosto mostrandosi (probabilmente più) rilevante una qualità *soggettiva* che risulta difficile sottoporre a valutazione. Una qualità che, nei processi costitutivi, può in effetti risultare non facilmente sottoponibile ad un controllo adeguato, tale da regolare la relazione d'aiuto permettendo uno sguardo 'oggettivo', ossia uno sguardo adatto a creare situazioni potenzialmente replicabili nel poter essere intersoggettivamente controllabili.

## Conclusioni

Gli argomenti trattati hanno fatto riferimento alla mancata validità del metodo, ponendosi una linea di demarcazione non giustificabile rispetto a quanto può rappresentare il paziente e quanto viene a delimitarsi nelle regole diagnostiche.

Allo stesso tempo si è mostrata la mancata validità del 'metodo' relazionale, definito dalle norme procedurali *personali* dello psichiatra. Regole che delimitano il personale sistema di riferimento del terapeuta, non mediato da regole teoriche e metodologiche adeguate. Insomma, nella difficoltà di rendere organica, omogenea, sottoponibile ad un controllo intersoggettivo, la prassi relazionale.

Se il paradigma tecnologico si basa su schemi descrittivi e su un rapporto causale riduttivo, nella frammentazione del paziente avulso da un adeguato livello di analisi (Bracken *et al.*, 2012), va dunque sottolineato, come ha fatto Wakefield (2010), il bisogno di non centrarsi unicamente su determinati sintomi, non a prescindere da un esame adeguato del vissuto del paziente, in maniera da rendere meno labili i confini fra normalità e patologia. Insomma, allo psichiatra non dovrebbero bastare osservazioni limitate a quanto sembra già deciso rispetto ad un livello comportamentale, o al limite caratteriale, con ciò ponendosi aspetti caricaturali (Stoppa, 2013). Se poi un impegno proficuo delle neuroscienze sembra traslarsi verso confini

non ancora delimitabili (Bracken *et al.*, 2012), ecco che una variazione di paradigma si mostra auspicabile. Non abbiamo pertanto trascurato «le fondamentali questioni epistemologiche che stanno al cuore dei nostri modelli», per un «paradigma tecnologico» che ha sottolineato la «tendenza alla medicalizzazione della vita quotidiana che a sua volta è associata all'espansione del mercato degli psicofarmaci» (Bracken *et al.*, 2012, p. 11). Al contempo abbiamo però dato un valore adeguato anche alle questioni epistemologiche che *non sono attinenti* al paradigma tecnologico. Se dunque nel primo caso si sono rilevate le mancanze di un metodo incapace di definire un controllo adeguato sulla patologia, e pertanto sul paziente, nel secondo caso si sono rilevate le mancanze, e le implicazioni, di un metodo centrato sulla relazione col paziente, nella possibilità di definire un controllo inadeguato sulla relazione, quindi di nuovo sul paziente.

Dinamiche che possono mostrarsi sostanziali, anche per cercare di sfuggire ad un paradigma sempre più mancante a se stesso. Infatti è possibile rilevare ricerche che fissano su una soglia trascurabile le differenze tra terapia farmacologica (orientata dalla diagnosi) e placebo, peraltro nella rilevazione delle conseguenze negative che gli psicofarmaci possono veicolare (Bracken *et al.*, 2012). Tali questioni non devono però semplicemente accentrare l'attenzione sugli aspetti diagnostici (e, conseguentemente, sui possibili effetti farmacologici) o, nel desiderio di sfuggire ad un paradigma instabile, *sulla mera contrapposizione diagnosi/relazione*, piuttosto nella necessità di interrogare l'arbitrarietà che è possibile agire a *prescindere* da determinate contrapposizioni, anche in funzione di uno stimolo da dare alla ricerca clinica.

#### BIBLIOGRAFIA

- AIEJI. (2011). *Le competenze professionali dell'educatore sociale*. Piattaforma concettuale (versione in lingua italiana). International Association of Social Educators, retrieved at: [aieji@anep.it](mailto:aieji@anep.it)
- Allò, A. (2014). Valore epistemologico del colloquio terapeutico. *Epistemologia*, 37(2), 289-302. doi:10.3280/EPIS2014-002008
- Allò, A. (2017). Psicoanalisi: una valutazione dei principi teorici e metodologici. *Rivista di filosofia Neo-Scolastica*, 109(1), 3-33.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5. Washington D.C.: American Psychiatric Association [trad. it.: DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Raffaello Cortina, 2014].
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press [trad. it. *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1984].
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press [trad. it. *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987].
- Benedice, R. (2013). Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica. *Aut aut*, 357(1), 187-211.

- Bertagna, G. (1991). Collegialità e individualità nella professione docente. In Acone, G., Agazzi, A., Bertagna, G., Bertoldi, F., Chiosso, G., Garancini, G., Giffoni, E., Serpico Persico, L., & Vico, G. (Eds.), *Dimensioni attuali della professionalità docente*. Brescia: Editrice La Scuola.
- Bowlby, J. (1998). *A secure base*. London: Routledge [trad. it. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina, 1989].
- Bracken, P., Thomas, P., Timini, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., Moldavsky, D., Moncrieff, J., Mullins, S., Nelki, J., Pizzo, M., Rodger, J., Smyth, M., Summerfield, D., Wallace, J., Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-34. doi:10.1192/bjp.bp.112.109447. [trad. it. Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII(1), 9-22, 2013. doi:10.3280/PU2013-001002].
- Braido, P. (1967). *Filosofia dell'educazione*. Zürich: PAS-VERLAG.
- Bruner, J. (1992). *Acts of meaning*. Cambridge (Mass.) - London: Harvard University Press [trad. it. *La ricerca del significato*. Torino: Bollati Boringhieri].
- Calonghi, L. (1976). *Valutazione*. Brescia: Editrice La Scuola.
- Carli R., a cura di (1993). *L'analisi della domanda in psicologia clinica*. Milano: Giuffrè Editore.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Ceruti, M., Lo Verso, G. (1998). *Sfida della complessità e psicoterapia*. In Ceruti, M., Lo Verso, G., a cura di, (Eds.), *Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Clarkson, P. (1989). *Gestalt counseling in action*. London - Newbury Park - New Delhi: SAGE Publications [trad. it. *Gestalt counselling*. Roma: Sovera, 1992].
- Colucci, M. (2013). Fabrizio, con una zeta. Per una critica della ragione diagnostica. *Aut aut*, 357(1), 5-20.
- Cornoldi, C., a cura di (2007). *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Corradini, A., Crema, S., Lupo, M., & Saviane Kaneklin, L. (2011). *Etica e deontologia per psicologi*. Roma: Carocci Editore Studi Superiori.
- De Beni, R., & Moè, A. (2000). *Motivazione e apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Dell'acqua, P. (2013). Se la diagnosi non è una profezia. *Aut aut*, 357(1), 59-76.
- Demetrio, D. (1990). *Educatori di professione*. Firenze: La Nuova Italia.
- Disanto, A.M. (2009). La costruzione della relazione educativa. *International Journal of Psychoanalysis and Education - IJPE*, 1(2), 49-88.
- Di Vittorio, P. (2013). Malati di perfezione. Psichiatria e salute mentale alla prova del DSM. *Aut aut*, 357(1), 37-58.
- Feyerabend, P.K. (1975). *Against method*. London: NB [trad. it. *Contro il metodo*. Milano: Feltrinelli, 2005].
- Frances, A. (2010a). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times*; February 11 [trad. it. Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV(2), 251-62].
- Frances, A. (2010b). DSM in philosophyland: curiouser and curiouser. *Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry (AAPPP)*, 2, 21-25 [trad. it. Il DSM nel paese della filosofia. *Aut aut*, 357(1), 99-112, 2013].
- Freud, S. (1911). Il caso di Schreber. In *Opere 1905-1921*. Roma: Newton Compton, 1992.
- Fromm, E. (1976). *To have or to be?* New York: Harper & Row [trad. it. *Avere o essere?*. Milano: Mondadori, 1977].
- Galeazzi, G.M., Curci, P. (2007). Una controversia di trent'anni: Rosenhan, la diagnosi psichiatrica e il rapporto utenti-operatori. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLI(1), 39-58.

- Galli, P.F. (2014). Editoriale. L'anatra zoppa: DSM-5 e crepuscolo del diagnosticismo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVIII(4), 567-76. doi:10.3280/PU2014-004001.
- Gonon, F. (2011). La psichiatria biologica: une bulle spéculative? *Esprit* novembre 2011 [trad. it. La psichiatria biologica: una bolla speculativa? *Aut aut*, 357(1), 143-64, 2013].
- Heisenberg, W. (1984). *Ordnung der Wirklichkeit*. In Blum, W., Dürr, H.P., Rechenberg, H., a cura di, (Eds.), *Gesammelte Werke* (pp. 217-306). München: CI Piper [trad. it. *Indeterminazione e realtà*. Napoli: Guida, 2002].
- Iori, V. (2000). *Filosofia dell'educazione. Per una ricerca di senso nell'agire educativo*. Milano: Guerini.
- Iorio, G., Iorio, N. (2016). Il paradosso della nosografia psichiatrica del XXI secolo. *Modelli della mente-Open Access*, 1, 60-72.
- Jaspers, K. (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag [trad. it. *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1964].
- Kagan, J. (1998). *Three seductive ideas*. Cambridge-London: Harvard University Press [trad. it. *Tre idee che ci hanno sedotto*. Bologna: Il Mulino, 2001].
- Kant, I. (1787). *Critica della ragione pura*. Milano: RCS, 1996.
- Laing, R.D. (1959). *The divided self*. London: Tavistock Publications Limited [trad. It. *L'io diviso*. Torino: Einaudi, 2001].
- Laudan, L. (1977). *Progress and its problems. Towards a theory of scientific growth*. Berkeley: University of California Press [trad. it. *Il progresso scientifico*. Roma: Armando, 1979].
- Marsonet, M. (1997). *La verità fallibile*. Milano: FrancoAngeli.
- Maslow, A.H. (1962). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Nostrand Company [trad. it. *Verso una psicologia dell'essere*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1971].
- Migone, P. (2011). Presentazione dei principali sistemi diagnostici in psichiatria e alcune riflessioni sul problema della diagnosi. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXV(2), 19-40. doi:10.3280/RSF2011-002003.
- Migone, P. (2013). Presentazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII(4), 567-600. doi:10.3280/PU2013-004001.
- Migone, P. (2015). Le due facce della psichiatria. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXIX(2), 49-65. doi:10.3280/RSF2015-002006.
- Moè, A. (2010). *La motivazione*. Bologna: Il Mulino.
- Nicoli, D. (1994). La progettazione formativa nella formazione professionale. In Cortellazzi, S., Nicoli, D., & Vergani, A. (Eds.), *La formazione professionale. Problemi e prospettive*. Brescia: Editrice La scuola.
- Novak, J.D. (1998). *Learning, creating, and using knowledge: Concept Maps as facilitative tools in schools and corporations*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, In. [trad. it. *L'apprendimento significativo*. Trento: Erickson, 2001].
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations [trad. it. *PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008].
- Putnam, H. (1990). *Realism with a human face*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press [trad. it. *Realismo dal volto umano*. Bologna: Il Mulino, 1995].
- Rogers, K.R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin [trad. it. *Psicoterapia di consultazione*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1971].
- Saraceno, B., & Gallio, G. (2013). Diagnosi, 'common language' e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale. *Aut aut*, 357(1), 21-35.
- Sciacchitano, A. (2013). La diagnosi statistica. *Aut aut*, 357(1), 245-50.
- Spitzer, R.L. (2011). Psychological warfare: The DSM-5 debate. *HCPLive*; February 25 [trad. it. Intervista a Robert L. Spitzer. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV(2), 248-50, 2011. doi:10.3280/PU2011-002007].
- Spitzer, R.L., & Frances, A. (2011). Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV(2), 247-62. doi:10.3280/PU2011-002007.

- Stella, A. (2002). *La relazione educativa. Complessità, transazione e intenzione nel rapporto educatore-educando*. Milano: Guerini e Associati.
- Stoppa, F. (2013). Un sintomo smarrito. A proposito della diagnosi borderline. *Aut aut*, 357(1), 251-265.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company Inc. [trad. it. *Teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1975].
- Tosco, L. (1993). *Professione educatore*. Milano: FrancoAngeli.
- Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19(4), 337-51. doi:10.3109/09638237.2010.492418 [trad. it. Patologizzare la normalità: l'incapacità della psichiatria di individuare i falsi positivi nelle diagnosi dei disturbi mentali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIV(3), 295-314, 2010. doi:10.3280/PU2010-003001].
- World Health Organization. (1992). *Classification of mental disorders and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines; ICD-10*. Geneva: WHO [trad. it. *ICD-10. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Milano: Masson, 1992].
- Zanniello, G. (1992). I problemi scolastici del 'rientro'. In: Zanniello, G., a cura di, (Ed.), *Interculturalità nella scuola*. Brescia: Editrice La Scuola.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 20 marzo 2020.

Accettato per la pubblicazione: 20 marzo 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:277

doi:10.4081/rp.2021.277

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*