

Semeiotica e diagnosi psico(pato)logica

Psycho(patho)logical semeiotics and diagnosis

A. Stefana¹, A. Gamba²

¹ Psicologo; ² Psicologo psicoterapeuta, Unità Operativa di Psicologia dell'Età Evolutiva, A.O. "San Gerardo", Monza, Italia

Summary

With a subjective experience of pain, the patient is at the heart of the medical profession. Even in a psychiatric intervention, the meeting between clinician and patient, mutual observations and interaction reveal details about a certain problem, which – in this context – becomes configured and embodied. Herein, to the au-

thors present arguments on how psychiatric semeiotics must be based on adequately articulated epistemological awareness.

Key words

Semeiotic • Diagnosis • Psychopathology • Epistemology • Doctor-patient relationship

All'origine e al centro della professione medica sta il malato, con la sua esperienza soggettiva di sofferenza. *Mission* della medicina è prendersi cura dell'individuo, cercando di preservare o di salvaguardare lo stato di salute personale, anche in termini collettivi, che può essere più o meno deficitario a fronte di una qualche causa esogena e/o endogena, ivi compresi i naturali processi di invecchiamento. In tale orizzonte, l'osservazione dei fenomeni clinici, correlati tra loro e interpretati in termini di ipotesi su cause, sintomi e segni, va a collocarsi nella semeiotica, ovvero in quella branca della medicina che si occupa dei sintomi e che trova le sue origini nei testi del *Corpus hippocraticum*. Fu infatti Ippocrate (460-370 a.C.) a dare alla medicina uno statuto più scientifico, fornendola di una teoria e di un preciso metodo per perseguire la conoscenza: il metodo semeiotico, appunto, tramite il quale (con l'ispezione, la palpazione, la percussione, l'auscultazione ...) si prende nota dei dati essenziali alla composizione di quadri, insiemi, costellazioni ecc., così da poter poi intervenire sul piano causale o terapeutico.

In questo procedere viene adottato un approccio logico, nel tentativo di ricostruire l'eziologia e la patogenesi attraverso i segni e i sintomi della malattia. Gli sviluppi della medicina, della biologia e delle tecnologie medicali, realizzatisi soprattutto nell'ultimo secolo, hanno reso meno rilevante e specifica, ai fini di questo processo diagnostico ed esplicativo, la relazione individualizzata e longitudinale medico-paziente: la diagnostica strumentale e la semeiotica classica si sono dimostrate sempre più capaci (anche se non in tutte le aree della medicina) di condurre il medico a una accurata diagnosi di malat-

tia, ovvero alla individuazione di specifiche condizioni anatomopatologiche ed eziopatogenetiche, alle quali far seguire una predefinita e altrettanto specifica terapia (farmacologica o strumentale). Solitamente in questa sequenza il paziente ha il ruolo, non particolarmente attivo, di essere il destinatario dei vari trattamenti.

In questo scenario si colloca anche la psichiatria, che, interessandosi delle esperienze psichiche patologiche, rileva i fenomeni psichici in termini di cause, sintomi e segni, facendone oggetto di osservazione, classificazione e successiva interpretazione. Insomma, il procedere dello psichiatra si colloca nel medesimo orizzonte semeiotico sopra richiamato. Occorre però chiedersi quanto i parametri medici classici (tanto più efficaci quanto più la dimensione fisica-concreta è implicata) risultino adatti per un approccio allo psichico, in cui le categorie conoscitive e diagnostiche della psichiatria, così come i trattamenti applicati, sono solo in parte sovrapponibili a quelle della medicina in generale. A ciò si aggiunge il ruolo ben diverso svolto dallo specialista, che non si limita a "capire e mettere ordine", introducendo un criterio di razionalità, ma viene messo in gioco, talvolta quasi trascinato a forza dal paziente, anche in termini emozionali. In aggiunta, la strumentazione diagnostica del clinico non può prescindere dal suo patrimonio conoscitivo e dalla sua sensibilità (intesa specificamente come categoria metodologica) anche emotiva.

Nei tempi moderni (a partire dalla svolta illuminista) l'epistemologia sulla quale si è inserita la psichiatria (all'interno del più ampio contesto medico) fu quella delle scienze della natura, avente come implicito l'ideale

Correspondence

Alberto Stefana, via Fratelli Bandiera 10, 25122 Brescia, Italy • Tel. +39 338 1131304 • E-mail: alberto.stefana@email.it

oggettivistico di scienza (che è un ideale positivistico). In tale ottica, l'oggetto della scienza, qualunque essa sia, sarebbe conoscibile di per sé e le sue caratteristiche sarebbero indipendenti sia dagli strumenti utilizzati per l'osservazione che dall'osservatore stesso. Conseguentemente, il processo di osservazione porterebbe alla conoscenza dell'oggetto (dal latino *obiectum*, ciò che è posto innanzi [al pensiero o alla vista]) in quanto tale, ovvero a una conoscenza obiettiva. Eventuali errori in tale processo sarebbero dovuti a una distorsione operata da un difetto di strumentazione che andrebbe a inquinare i "dati puri", "oggettivi", ricavabili in condizioni ideali. Tuttavia, il modello fisico (utilizzato come riferimento ideale anche all'interno della medicina) è andato via via articolandosi e introducendo una maggiore complessità e paradigmi diversi, complessità e paradigmi con cui la psichiatria non si è nello stesso modo confrontata.

Nei primi decenni del 1900 l'unitarietà della visione della fisica classica (di impostazione galileiana e newtoniana) iniziò a incrinarsi, ciò in seguito ai contributi di fisici (tra cui Planck, Einstein, Bohr, Schrödinger, Heisenberg e altri) che portarono a un cambiamento dello status epistemologico di alcuni concetti chiave della fisica, in conseguenza del riconoscimento che le proprietà che si credevano essere parte delle cose osservate risultavano legate anche all'osservatore e al suo interagire con l'oggetto osservato¹. Con successive acquisizioni veniva ad arricchirsi la meccanica quantistica, nella quale le entità appartenenti al mondo subatomico venivano affrontate con strumenti assai diversi rispetto alla concezione della fisica classica, sui quali la scienza (e, in questa, la medicina) aveva cercato i suoi fondamenti teorici e metodologici. Da un osservatore "esterno" e "passivo" rispetto alle "reali" e puntiformi caratteristiche di un oggetto, con la fisica subatomica si andava a un processo di misurazione e di conoscenza che, da un lato, non poteva prescindere dall'intervento dello sperimentatore, ovvero dal sistema in cui tale misurazione avveniva e, dall'altro, doveva esprimersi in termini probabilistici.

Con il principio di indeterminazione di W. Heisenberg², nel 1927 veniva affermata la tesi che la misura simultanea di due variabili dinamiche coniugate, come posizione e quantità di moto oppure energia e tempo, non poteva essere compiuta senza introdurre un'incertezza ineliminabile, legata allo stesso processo di osservazione, che, per il solo fatto di aver luogo, influenza il risultato. La "misurazione" di un qualche parametro di un oggetto va quindi meglio descritta in termini non deterministici, in quanto inscindibilmente legata al sistema (che include lo spazio, il tempo, l'osservatore e il contesto) in cui essa avviene. Vale la pena di osservare inoltre che tale probabilismo non si configura come dovuto a una limitatezza temporanea degli strumenti di misura, quanto invece ha caratteristiche di irriducibilità intrinseche alla sua stessa con-

cettualizzazione, aspetto questo non secondario anche ai fini delle considerazioni sulla semeiotica psichiatrica.

Pur con la necessaria prudenza per il rischio di adozione ingenua di modelli particolarmente complessi sviluppati in campi diversi dalla psichiatria, non possiamo non chiederci se nell'ambito della psichiatria e della psicopatologia, e più in generale delle scienze umane, sia più convincente un modello che ricerca una descrizione oggettiva e "monopersonale" degli eventi o invece uno che privilegia la complessità e l'interazione tra le persone. Se pure i comportamenti possono essere descritti "dall'esterno" e a posteriori (come se fossero ripresi da una satellite spia, non visibile dal diretto interessato), occorre chiedersi come possa un osservatore di un fenomeno psichico non incidere esso stesso su quanto viene a essere "misurato", e quanto "osservatore" e "osservato" siano reciprocamente indipendenti laddove si vadano a descrivere stati d'animo, allarmi, angosce, diffidenze, fantasie, minacce, ecc. (senza dimenticare i problemi di validità e di sensibilità delle "misurazioni/valutazioni/giudizi", che vedremo nel prosieguo).

Quanto poi alle osservazioni in un contesto come quello ospedaliero o di pronto soccorso, o ancor di più all'interno di contesti peritali, non può certo essere messo in discussione l'impatto del sistema osservante su ciò che si intende descrivere. Altrimenti, se non si adotta in modo rigoroso questa prospettiva, dovremmo ritenerci "invisibili e trasparenti", estranei al campo relazionale del soggetto: noi lo descriviamo, diamo un giudizio su di lui ma la nostra presenza non incide su di lui. Ma gli studi che integrano neurobiologia, scienze cognitive e ricerche psicologiche ci dicono che noi siamo tutt'altro che "invisibili e trasparenti" per l'altro, e lui per noi. Come dice D. Siegel³, la mente è relazionale, nel senso che le esperienze interpersonali plasmano le strutture e le funzioni del cervello di ogni persona, sia nella primissima infanzia che nell'età adulta. Più in generale, i comportamenti verbali e non dell'altro attivano nella mente del ricevente dei processi rappresentazionali e di valutazione, come pure attivano determinati circuiti neuronali che mediano le risposte emozionali. In tale ottica, le relazioni interpersonali "specializzate" dovrebbero essere in grado di fornire un ambiente sicuro nel quale il paziente può iniziare a esplorare le proprie esperienze (passate e presenti), e nel quale paziente e clinico, attraverso processi di sintonizzazione affettiva, possono entrare in quegli stati di risonanza mentale che sono fondamento del sistema diadico. Compito del clinico è "essere in grado di percepire i segnali non verbali che gli vengono trasmessi e di rispondere non solo con le parole, ma cercando di accordare i suoi stati della mente con quelli del paziente". Ciò significa che alla base di una relazione diagnostica e/o terapeutica efficace vi è "la presenza, da parte del terapeuta, di un profondo impegno a comprendere e a

condividere le esperienze del paziente”, e, più in generale, di “comprendere e accettare gli altri per ciò che sono, cercando contemporaneamente di alimentare un’ulteriore crescita e integrazione”³.

Se già nell’ambito fisico occorre usare cautela rispetto a certezze “troppo certe”, nell’ambito psichico è del tutto necessaria una consapevolezza di quanto/quando/dove la conoscenza sia descrivibile come “obiettiva” e di quanto/quando/dove sia invece *legata a / mediata da* i processi di osservazione e di interazione. Dopotutto, “il dato osservato [...] non appartiene all’oggetto ma è il prodotto dell’interazione dell’oggetto con il sistema osservante. La conoscenza è in realtà un’interazione conoscitiva: prima che essere oggettiva, è *relazionale*. Quando poi l’oggetto da osservare è la soggettività di un’altra persona, l’interazione conoscitiva si dispiega nella sua evidenza: la relazionalità oggetto/strumento diventa relazionalità intersoggettiva. [...] Per la valutazione di quanto mediato e interpretato interviene la teoria o le teorie. Queste allora debbono essere considerate alla stregua di uno strumento e non come esplicitazione di un dato ritenuto obiettivo, neanche in via probabile”⁴. È chiaro che da ciò derivano importanti conseguenze in ordine alla semeiotica, alla diagnosi e alla terapia.

La necessità di un “discorso sulla scienza”: l’epistemologia

La riflessione epistemologica, strettamente legata a quella metodologica, non può essere per il clinico un *surplus*, una speculazione da lasciare implicita e non consapevole o lasciata ad altro specialista. L’attività gnoseologica nella quale lo psichiatra è quotidianamente impegnato implica (e se ciò non avviene consapevolmente, avviene comunque implicitamente e inconsapevolmente) una riflessione sull’oggetto dell’osservazione (il paziente, con le sue attività mentali e comportamentali) e sui metodi e strumenti di osservazione (soggetto compreso, in quanto strumento di auto-osservazione e di autovalutazione); metodi e strumenti di osservazione che sono impregnati di teorie che determinano il modo di vedere il e di agire nel mondo. Basta considerare il contesto stesso dell’incontro personale per rinvenire un immediato e importante punto di riflessione: come il paziente reagisce all’azione conoscitiva e, più in generale, come clinico e paziente reagiscono alla situazione di relazionalità intersoggettiva nella quale si trovano.

Sulla scia di un pensiero positivista non completamente esauritosi, alcuni studiosi ritengono la semeiotica una mera attività di registrazione obiettiva (a-teorica) di segni. In realtà, come sosteneva K. Popper, senza ipotesi (legate a nostri modelli concettuali, teorie e presupposti) via via rielaborate attraverso un continuo processo di verificabilità, non sarebbe possibile né raccogliere né interpretare alcun

dato semeiotico, né, di conseguenza, sarebbero possibili la diagnosi e le successive prescrizioni e prognosi. L’adozione di una posizione antiteoricistica (basata su un ingenuo “registrare i fatti oggettivi”) cela la presenza di un orientamento di cui il clinico non è consapevole e che pertanto rischia di costituire un *bias* metodologico molto rilevante e pericoloso: una prospettiva che mira a descrizioni “oggettive” si basa sul principio di verifica, tale per cui le affermazioni fatte implicano una demarcazione di senso, ovvero hanno significato, essendo basate su una loro verificabilità; al contrario ciò che non risulta verificabile è privo di senso. La struttura logica di questo ragionamento tende però ad autogiustificarsi nel momento in cui a ciò che viene descritto viene attribuito aprioristicamente un significato ontologico. Al contrario, una più accorta consapevolezza epistemologica punta non a dire le cose “vere” in sé, quanto ad aumentare sempre più (attraverso continue falsificazioni) il grado di coerenza e la potenza esplicativa di un modello teorico, assumendo un assetto prudente e non oggettivizzante, per cui ciò che viene descritto (potremmo dire specificamente per le scienze umane) è il frutto della continua interazione (talvolta non del tutto consapevole) reciprocamente esplorativa tra le persone, nei loro vari ruoli.

Si può allora concludere che l’osservatore non è, come sosteneva Bacone, una *tabula rasa*, ma piuttosto, come riteneva K. Popper, una *tabula plena*, essendo la sua mente piena di ipotesi (congetture, idee, teorie). L’osservazione è sempre orientata da aspettative teoriche, tanto per il clinico sul versante scientifico, quanto per l’individuo osservato, che a sua volta diventa osservatore portatore di proprie aspettative esperienziali, e caricato di un’emozionalità che entra quindi anch’essa in un sistema circolare che va a sovrapporsi e a interferire con la variabile da osservarsi “oggettivamente”. Questo perché già il solo partecipare a un colloquio di valutazione psichiatrica incide sul funzionamento psicologico della persona, il cui assetto è ben diverso da quello che può manifestare in un colloquio aspettando il treno.

La semeiotica è quindi indistricabilmente legata all’attività di pensiero del clinico; sono le teorie di quest’ultimo che guidano le modalità di rilevamento (come ricercarli) di segni e di sintomi. Una adeguata attenzione a questi aspetti richiede però preliminari consapevolezza e competenza, che dovrebbero trovare il loro riconoscimento nei percorsi formativi universitari e specialistici, di aggiornamento e di supervisione, in una misura molto maggiore di quanto non risulti accadere, a giudizio di chi scrive. Il lavoro degli operatori della salute mentale sarebbe enormemente arricchito da una riflessione (con un taglio operativamente applicabile) sulle fondamentali questioni filosofiche e sul dibattito culturale che la clinica sottende rispetto alla *ri-costruzione* dell’oggetto osservato, operazione in cui, che lo si voglia o no, si adottano

posizioni all'interno delle varie e intrecciate antinomie epistemologiche⁵ che caratterizzano la teorizzazione psicologica e psicopatologica.

Le motivazioni di sintomi e di segni che i pazienti quotidianamente ci portano sono complesse e multiple, è un "fatto che per ogni problema esiste sempre un'infinità di soluzioni logicamente possibili"⁶. Al contrario, il voler "prescindere da spiegazioni teoriche" è già di per se stesso adottare una teoria che poggia su un implicito strumentalismo: la conoscenza è ciò che il mio strumento rileva e ciò che le mie operazioni fanno emergere (di fatto l'enfasi sulla definizione operativa delle sindromi mentali corrisponde a quell'approccio epistemologico denominato operazionismo), con una posizione sostanzialmente autolegittimante e circolare.

È utile ricordare come la scelta di uno strumento o di un altro, l'auscultazione piuttosto che la divinazione dell'aruspice, di per se stessa delimita il campo dell'osservabile e del rilevante: ciò che è al di fuori del campo osservabile o non è meritevole di registrazione è, per definizione, già stato valutato come non pertinente.

In questo approccio, il processo di elaborazione della conoscenza prende avvio nel lavoro quotidiano coi pazienti quanto più viene dato spazio non soltanto a ciò che ci si attende, ma anche alle ragioni dell'altro, al suo modo di pensare, alla sua logica, per quanto lontane possano essere dalle nostre. In tali situazioni ci si può rendere conto che le consuete dicotomie "verità/errore", "sano/malato", "giusto/sbagliato" non sono che semplificazioni, spesso dei giudizi, di un qualcosa assai più intrecciato: il procedere clinico ha bisogno di una continua ridiscussione critica, in cui vi è il succedersi e l'intersecarsi in vario modo dei procedimenti di tipo induttivo e ipotetico-deduttivo, senza poter del tutto annullare un certo livello di probabilità (cosa che, implicitamente, ci costringe a fare i conti con la nostra capacità di gestire le incertezze).

Alcune riflessioni su normalità, psicopatologia e salute mentale

La natura del tutto particolare del dato che il clinico cerca di rilevare necessita che ci si soffermi su alcune considerazioni in merito a normalità, psicopatologia e salute mentale.

Nell'ambito della clinica psicopatologica, il più delle volte i dati su cui si lavora provengono da una serie di autodescrizioni del paziente su una propria percezione (o su una sua lettura soggettiva degli eventi), che è successivamente rielaborata dallo specialista; occorre avere ben presente che il nostro è un *tentativo* di stabilire in-

tensità, caratteristiche, durata ecc. di quanto registrato e riferito dal paziente, ovvero da un soggetto che non ha le nostre medesime coordinate concettuali né la nostra stessa condizione esperienziale. In un tale quadro, l'utilizzo di una metodica che non tenga conto di questa autovalutazione del soggetto e, ciò nonostante, pretenda di essere oggettiva, appare poco robusta.

Nella medesima impostazione oggettivizzante ricade, a nostro parere, anche la definizione di salute come uno "stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale", obiettivo da perseguire per ogni individuo, che l'OMS diede nel 1946. Non si può che esitare di fronte al concetto di "completo benessere": si tratta di un modello idealistico e totalmente irrealistico di soggettività umana, riferentesi a uno stato perfetto, che non contempla la normalità di quei sentimenti negativi (si pensi alla tristezza o, semplicemente, alla fatica) che ogni persona può, e in una certa misura deve, sperimentare nel suo sviluppo. È facile vedere come l'adozione di modelli ideali si colloca ben lontana dall'esperienza quotidiana di ciascuno: il criterio di questo "perfetto benessere" non è corrispondente alla realtà di ogni persona, per la quale la competizione tra aspirazioni, bisogni, desideri, doveri, mancanze ecc., con i rispettivi pesi soggettivamente ponderati, meglio descrive la complessità e ciò che è "qualità" per quella specifica persona.

Tra i vari studiosi che si sono occupati di queste tematiche, vorremo qui richiamare brevemente il pensiero di G. Canguilhem⁷ che, a seguito di una profonda riflessione su normale/normativo e patologico in biologia, giunse a ritenere che è l'individuo stesso, in base al proprio vissuto soggettivo, a stabilire la demarcazione tra normale e patologico. Secondo questo autore "salute" non è "normalità" (essendo il normale caratterizzato da una relatività individuale, contestuale e cronologica) se non nella misura in cui è *allo stesso tempo* normatività: essere in salute è quindi la capacità di istituire norme nuove in situazioni nuove, di adattarsi e di trasformare il proprio ambiente (sociale, storico, culturale) col quale si è sempre in tensione, senza negarlo o annullarlo. Ne risulta che la salute mentale (ci si riferisce qui non alle condizioni estreme, ma a quelle caratterizzazioni soggettive che riguardano la maggior parte della popolazione, all'interno del nostro contesto culturale) non è mai definibile una volta per tutte, nemmeno per uno stesso individuo, in termini del tutto univoci. È altresì evidente che individuo e ambiente non sono normali (o anormali) di per sé, presi separatamente, ma solo se in relazione tra loro^a.

Quanto detto ha grande rilevanza in psichiatria, perché solo con tale prudenza ci si può avvicinare adeguatamen-

^a Viene qui da fare un richiamo, per quanto minimo, a come i fenomeni migratori, la globalizzazione delle culture, il multiculturalismo pongano in primo piano il problema dell'identità personale e dei suoi confini, dentro un ambiente più ampio, a sua volta con propri identità e confini, comunque sempre meno statici.

te all'esperienza del paziente, che, qualora la sua personale sintomatologia non fosse da lui esperita come egodistonica, ovvero sentisse invece di "star bene", non avrebbe alcun motivo di collaborare con il clinico, rendendo di fatto assai complicato un percorso terapeutico e trasformativo. Questo aspetto, in misura molto maggiore che per le altre branche della medicina, porta la psichiatria a dover considerare e trattare il paziente come un partecipante attivo e determinante per l'intero processo di cura, un alleato e non un soggetto su cui lavorare.

Questa serie di riflessioni si lega a un ulteriore passaggio concettuale che concerne la tipologia di classificazioni che lo specialista si trova a fare nel momento in cui si sofferma sulla distinzione (non sempre così agevole e netta) tra *salute* e *malattia*, così come sulle differenze individuali in ordine alle modalità di funzionamento psichico: il funzionamento di ognuno si caratterizza come "sano/patologico" per aspetti qualitativi (legati all'uso di meccanismi nevrotici vs. psicotici) o per aspetti quantitativi (con eccesso/difetto dell'uno o dell'altro stile)?

Forse è più prudente e vicino all'esperienza dire che, salvo che nelle code della distribuzione gaussiana (nelle quali troviamo, ad esempio, il delirio o la depressione maggiore, cioè la psicopatologia franca), il funzionamento psichico si differenzia più spesso per variazioni quantitative anziché qualitative, potendo agevolmente trovare (non solo nei pazienti) un'alternanza di stili di funzionamento, il cui essere sotto controllo consapevole permette a ciascuno di non rientrare in una categoria diagnostica psicopatologica. Il primo modello nella dicotomia "categoriale vs. dimensionale" rimanda alla possibilità di concettualizzare entità nosografiche tra loro reciprocamente distinte e non sovrapponibili, fondate a partire da una soglia che sancisce un passaggio qualitativo da una "categoria" di salute a una di malattia. A esso si contrappone il secondo modello di funzionamento psichico in cui la differenza per ciò che si intende per "salute" e per "malattia" non è costituita da elementi qualitativi, ma si esprime in termini quantitativi: non sarebbe cioè un diverso modo di funzionare a connotare lo stato di malattia, bensì la quantità di elementi incongrui, di per sé sempre presenti nel normale funzionamento psicologico. La sfida che la diagnostica clinica ci impone risiede maggiormente nel lavoro con quei pazienti le cui dinamiche psico(pato)logiche si situano nella parte centrale della curva gaussiana, ovvero in quell'area in cui si percepisce via via l'intensificarsi di un certo funzionamento emotivo, di una fragilità, di meccanismi di difesa disfunzionali, ma non

si arriva ancora a quel punteggio soglia o all'evidenza di un disturbo conclamato e invasivo, situazione in cui non vi è divergenza nel riconoscere e definire patologico il delirare di un paziente, o un suo attacco di panico. Al contrario, è in quell'area intermedia (che dovrebbe oltretutto racchiudere in sé anche un livello di "completa salute psichica") che i problemi della doppia diagnosi, dei falsi positivi, dei disturbi sotto-soglia, della complessità ed eterogeneità delle tassonomie impongono delle riflessioni sulla capacità di giudizio, sulla validità dei criteri e sulla sensibilità degli strumenti di misurazione e di classificazione.

Appare lontano dall'esperienza professionale e personale un concepire il passaggio tra "salute" e "malattia" sempre e solo come frutto di un "salto", una sorta di cambiamento di stato, secondo una logica categoriale (che rimanda alla possibilità di concettualizzare entità nosografiche tra loro reciprocamente distinte e non sovrapponibili). Più facilmente si può pensare a questo passaggio secondo una logica dimensionale, come al risultato di un "intreccio" di fatiche, in cui la crescente intensità, lungo un *continuum*, rende più difficile rispondere alle sfide della vita nei suoi molteplici aspetti, sino quindi a poter arrivare a dei deficit di risorse, a dei crolli, settoriali o generali.

Inoltre occorre differenziare l'adozione di una logica dimensionale vs. categoriale nell'adottare un modello teorico esplicativo della sofferenza psichica (in cui tali dicotomie ben poco si addicono alla complessità umana) o in riferimento a una metodologia descrittiva che, come tale, deve individuare elementi specifici e prioritari, e attuare chiarificazioni, anche semplificando, al fine di meglio spiegare e poi operare. Certamente entrambe risultano poi utili, in relazione agli scopi, ai contesti, alle specifiche esigenze cui debbono rispondere, sempre con la profonda consapevolezza che le nostre diagnosi e tassonomie semplicemente estrapolano dei frammenti "selezionati" da un quadro ben più complesso.

Semeiotiche e psicopatologie

Il processo di valutazione risulta quindi, a nostro parere con un fondamento logico assolutamente intrinseco ed evidente, vincolato alle teorie dell'osservatore^b, attraverso un procedere clinico su cui è possibile fare ancora delle annotazioni, forse più chiare attraverso dei riferimenti metaforici.

L'abbandono di una metodologia positivista in cui la semeiotica andrebbe alla rilevazione di sintomi e di segni

^b Questo è sicuramente vero quando si indaga la soggettività del paziente che abbiamo davanti, e, ad esempio, l'articolazione del paziente con il proprio sistema di pensiero e di affetti (ogni persona vive in modo molto differente, unico, sintomatologie simili; allo stesso modo sintomatologie simili hanno significati anche molto diversi tra loro). Ma è evidente che la valutazione della sintomatologia positiva (allucinazioni, eloquio disorganizzato, catatonìa ecc.) risulta essere assai più univocamente descrivibile e meno legata alle "teorie dell'osservatore" e al rapporto intersoggettivo che si instaura tra i membri della diade.

dotati di incontrovertibile evidenza (cosa che già la molteplicità di pareri che ogni singolo caso suscita quotidianamente rende assai dubbia), a favore di un approccio più prudente, circolare, cooperativo, teso alla falsificazione delle ipotesi come modo per aumentare validità e sensibilità delle affermazioni⁸ può essere metaforicamente assimilato come il passaggio dal sistema tolemaico a quello copernicano. La posizione geocentrica del sistema tolemaico appare vicina a quella medicocentrica oggettivizzante, abbandonata a favore di una posizione eliocentrica in cui i pianeti stanno in un equilibrio dinamico. In termini più propri, da un teorizzare a partire da ciò che appare si passa a un teorizzare più consapevole delle reciproche influenze e dinamiche.

Ancora, il richiamo alla diversa capacità diagnostica che la tecnologica medica (TAC, PET, RMN ecc.) permette, ci aiuta nel chiederci quale sia il nostro personale stile nell'essere uno "strumento" diagnostico. Ciascun operatore opera con una personale "pre-disposizione", frutto dell'accumulo di conoscenze ed esperienze e della riflessione su di esse, nell'incontro con il paziente; ciò che non è compatibile con questa "pre-disposizione" rischia di non essere colto né utilizzato nel lavoro. Ciò che può rimanere escluso può essere una comunicazione del paziente, "inutile" in quanto non interpretabile all'interno del personale approccio teorico del clinico (si pensi, ad es., alla classica antinomia "fattori genetici vs. fattori ambientali" o "dati comportamentali vs. dati soggettivi"); ma possono essere esclusi anche i movimenti affettivi del clinico che può essere sollecitato o infastidito dalla soggettività del paziente che si trova a incontrare (ognuno di noi sa di trovarsi meglio con alcuni pazienti e meno bene con altri; e che con alcuni è più facile rispondere in modo difensivo/reattivo, mentre con altri possono prevalere le istanze identificatorie e di accudimento).

Un altro punto che caratterizza il lavoro semeiotico e diagnostico riguarda l'attenzione dedicata agli aspetti problematici (difficoltà, deficit, conflitti ...), più o meno (di solito, meno) integrati con le risorse e le capacità adattive del soggetto. Anche qui la classica dicotomia, metaforicamente descritta dal "vedere il bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto", lungi dall'essere un luogo comune, bene esprime tanto una tematica epistemologica e concettuale, quanto risulta applicabile allo stile operativo di ciascuno. Un atteggiamento orientato al patomorfismo adultomorfo⁹, porta a dare meno importanza sia alle risorse presenti o utilizzabili, che al versante variamente

adattivo delle fasi precedenti del soggetto e di quelle che potrebbero aver luogo in senso prospettico. Non è quindi un caso che negli ultimi anni si sia assistito a un crescente interesse e riflessione sul "futuro costruibile" per la persona che attraversa una fase difficile, ovvero sulle capacità di *coping*, sul *post-traumatic stress disorder*, sulla resilienza. Serve ricordare che la sintomatologia, come le monete, ha due facce: esprime le difficoltà, ma anche il miglior adattamento possibile per quella persona nel tentativo di difendersi dall'angoscia e dal dolore¹⁰. Il disturbo mentale ha quindi una funzione difensiva che, per quanto possa apparirci bizzarra o non riuscita, deve essere sempre rispettata nel suo valore funzionale. In ultimo, ogni specialista può essere caratterizzato per il grado di riflessione e di ripensamento sul proprio operato, sul come il personale procedere clinico sia andato a costruirsi tra le varie opzioni possibili (ad es. nell'ampiezza e profondità del colloquio clinico), diventando così più o meno consapevole delle proprie teorie, del contesto filosofico e antropologico in cui ci si trova, degli umori culturali del tempo passato e presente, della propria sensibilità e affettività personale (stanchezza e coinvolgimento inclusi), aspetti tutti che ognuno di noi vive (non sempre del tutto consapevolmente) e dai quali viene inevitabilmente condizionato¹¹. Occorre a questo proposito chiedersi quanto una riflessione sul proprio operato (non solo in ambito psichiatrico) sia a rischio di essere non adeguatamente condotta, nonostante la rilevanza dei contenuti che possono emergere e la loro utilità a fini diagnostici¹² (si pensi al tema della "*average expectable countertransference response*"^{13 14}, che rimanda alle risposte tipiche evocate in altre figure significative nella vita di quell'individuo) e trasformativi^c. Certo occorre prendersi la responsabilità umana e professionale di sentirsi coinvolti nel rapporto con il paziente, come del resto è implicito nel termine stesso di "clinica"¹⁵, ovvero di un rapporto "al letto del paziente", personale e approfondito.

Nel rapporto che viene così a instaurarsi tra semeiotica e psicopatologia, si realizza uno stato di complementarità: una attenta semeiotica getta le basi per l'inquadramento psicopatologico e in qualche modo lo delimita senza pre-determinarlo in modo rigido ed esclusivo; allo stesso tempo l'utilizzo di un atteggiamento antidogmatico arricchisce e amplia lo sguardo semeiotico. Nel procedere clinico, semeiotica e psicopatologia possono dunque essere viste nel loro insieme come costituite da una fase

^c Il processo diagnostico è un processo di conoscenza che non deve riguardare solo la figura del clinico, in quanto esperto chiamato a fare la diagnosi, ma anche il paziente. Lo scopo ultimo del nostro lavoro con i pazienti non è giungere alla formulazione di una diagnosi, bensì far nascere o facilitare lo sviluppo di uno spazio mentale di riflessione e investigazione su se stessi e di una speranza di un cambiamento. Ciò viene reso possibile dalla nostra presenza in un spazio e in un tempo nei quali il paziente si sente sostenuto e contenuto. È nostra convinzione che ogni colloquio diagnostico debba avere, in qualche misura, anche uno spessore terapeutico, nel senso appena esposto.

esplorativa, che poi necessita, più che della ricerca di altri dati a sua conferma, di una messa alla prova critica, di essere sottoposta a un vaglio “filologico” quasi con un tentativo di “smontaggio”. Una testimonianza di un intuitivo atteggiamento falsificazionista si ritrova, positivamente, nel procedere diagnostico medico (ad es. con gli esami strumentali): in tali contesti, non potendo definire in modo univoco una condizione di salute, quando non vi è evidenza di alterazioni dalla norma, si parla di “risultati negativi” al test, in modo opposto rispetto al linguaggio quotidiano, che a “positivo/negativo” attribuisce un significato diverso, di tipo valoriale. Il documentare l’assenza di un qualcosa ipotizzato, ragion per cui si fa l’esame, rappresenta un adeguato modo di procedere nella verifica delle proprie ipotesi, che, in assenza di conferme, vanno modificate. Analogo approccio sarebbe di grande utilità nei campi psicologico, psichiatrico e psicopatologico.

Per queste ragioni ha senso parlare di “psicopatologie”¹⁶, al plurale, quando si descrive la soggettività dei pazienti che si incontrano.

La semeiotica dentro l’incontro

Alla luce delle considerazioni fatte (sostenute dall’esperienza del lavoro clinico) diventa difficile non concludere che clinico e paziente sono partecipanti attivi dell’incontro, e che come tali si influenzano reciprocamente. L’aspettativa di avere un quadro psicopatologico “oggettivo”, ovvero indipendente dalla persona del clinico, risulta poco sostenibile; anzi, è necessario chiederci quali distorsioni vengano a crearsi quando una tale posizione (che elimina la variabile “osservatore” dai fattori che contribuiscono profondamente alla definizione dei contenuti: in questo caso di semeiotica, diagnosi e prognosi) viene, non senza rischi, portata avanti (se non nella teoria, nella pratica)^d.

Ne deriva la necessità di mantenere un doppio sguardo: uno alla soggettività del paziente (al suo esperire e a quanto presenta), l’altro alla nostra personale risposta teorica e affettiva¹⁷, consapevoli che anche le nostre codificazione, rielaborazione, ricostruzione ... dell’esperienza contengono sempre l’Altro. Questo intreccio non va negato, anzi, richiede un lavoro di ripensamento e di approfondimento, e di integrazione con le categorie diagnostiche descrittive, che non vanno abbandonate, bensì arricchite (in sostanza personalizzate) all’interno della relazione clinico-paziente, della realtà psichica di quella persona, del valore che l’esperienza di quei sintomi e di

quel funzionamento (che noi possiamo descrivere in termini di quadri psicopatologici) ha acquisito per lui, alla luce della sua intera storia personale. Ciò che più interessa sono le differenze che vi sono tra la persona che abbiamo davanti a noi e il soggetto che viene inquadrato in una categoria nosografica corrente. Ci si deve muovere su due piani diversi, oscillare tra un “esser-con-qualcuno” e un “aver-qualcosa-di-fronte”¹¹. Solo così la comprensione e il significato attribuito ai fenomeni osservati poggeranno su quel “criterio di significatività clinica” incluso nella maggior parte dei set diagnostici del DSM-IV, frutto di un ragionamento clinico che, come sottolineato nella *Introduzione* del DSM-IV¹⁸, è determinante per il corretto utilizzo dei criteri diagnostici. Questo perché i criteri dei sistemi categoriali, in sé e per sé, rappresentando sostanzialmente astrazioni dettate da esigenze organizzative, garantiscono la riproducibilità e l’attendibilità della diagnosi, ma non la sua validità di costruito¹⁹.

In definitiva, è esperienza comune quanto il “sistema psiche” sia assai più complesso di ogni altro sistema conosciuto: è perciò inevitabile, “fisiologico”, che le nostre conoscenze sullo stesso e sull’eziopatogenesi dei disturbi che lo affliggono siano ancora parziali. Conseguentemente non ci si può limitare a esaminare la chimica e la fisiologia del cervello, o anche il comportamento osservabile o i riscontri che la moderna tecnologica diagnostica permette, poiché l’importanza di tali approcci al paziente e alla sua psicopatologia non esaurisce la comprensione dell’essere umano e della sua esperienza, che si inserisce in un contesto e in un ambiente la cui scissione dagli elementi di comprensione introduce una semplificazione non priva di rischi. Non si tratta quindi di abbandonare alcuni strumenti classici, ma di arricchirli: “per vedere nella mente di un altro, noi dobbiamo ripetutamente immergerci nel profluvio delle sue associazioni e dei suoi sentimenti; dobbiamo noi stessi essere lo strumento che lo scandaglia”²⁰, abbandonando una semplicistica separazione dicotomica tra aspetti biologici e influenze psicosociali²¹. Non è una questione di “aut-aut” ma di “et-et”²² o, meglio, una questione di indistricabile fusione (intesa come stato di confluenza) degli uni nelle altre.

Bibliografia

- 1 Kumar M. *Quantum. Da Einstein a Bohr, la teoria dei quanti, una nuova idea della realtà* (2008). Milano: Mondadori 2010.
- 2 Heisenberg WK. *Sul contenuto intuitivo della cinematica e della meccanica quantistica* (1927). In: Gembillo G, editor. *Indeterminazione e realtà*. Napoli: Guida 1991.

^d Un’opportuna pratica preventiva, rispetto alle “malattie da schematica teorizzazione”, sarebbe quella stessa utilizzata nelle traduzioni, che avvengono in direzione forward e backward: prima il testo è tradotto dalla lingua originale, poi il testo di arrivo viene, da altri, ritradotto all’indietro e si confrontano i due diversi testi nella lingua di partenza. Potremmo, nel nostro ambito, chiederci quanto il “paziente del profilo diagnostico” corrisponde o si differenzia dal “paziente incontrato”.

- 3 Siegel DJ. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* (1999). Milano: Raffaello Cortina 2001.
- 4 Imbasciati A. *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*. Torino: Utet-DeAgostini 2007.
- 5 Marhaba S. *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea. Seconda edizione aggiornata*. Firenze: Giunti (in press).
- 6 Popper KR. *Problemi, scopi e responsabilità della scienza* (1963). In: *Scienza e filosofia*. Torino: Einaudi 1969.
- 7 Canguilhem G. *Il normale e il patologico* (1943-1966). Torino: Einaudi 1998.
- 8 Wakefield JC. *Patologizzare la normalità: l'incapacità della psichiatria di individuare i falsi positivi nelle diagnosi dei disturbi mentali*. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2010;44:295-314.
- 9 Peterfreund E. *Some critical comments on psychoanalytic conceptions of infancy*. *Int J Psychoanal* 1978;59:427-41.
- 10 Perry JC, Bond M. *Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome*. *Am J Psychiatry* 2012;169:916-25.
- 11 Cargnello D. *Ambiguità della psichiatria* (1980). *Comprendere* 1999;9:7-48.
- 12 Colli A, Prestano C. *La ricerca empirica sul controtransfert: metodi e strumenti*. In: Dazzi N, Lingiardi V, Colli A, editors. *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina 2006, pp. 301-28.
- 13 Westen D, Gabbard GO. *Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise and connectionism*. *J Am Psychoanal Assoc* 2002;50:53-98.
- 14 Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, Westen D. *Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation*. *Am J Psychiatry* 2005;162:890-8.
- 15 Imbasciati A. *"Clinico" e psicologia clinica. Breve storia di qualche equivoco*. *Giornale Italiano di Psicologia* 2008;35:13-35.
- 16 Ferro FM. *Psicopatologie*. *Giorn Ital Psicopat* 2008;14:239-42.
- 17 Stefana A, Gamba A. *Cenni storici sul controtransfert: da Freud alla scuola inglese delle relazioni oggettuali*. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2013;47:443-88.
- 18 American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione*. Milano: Masson 1995.
- 19 Maj M. *"Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic system?*. *BJP* 2005;186:182-4.
- 20 Nemiah JC. *Foundations of psychopathology*. New York: Oxford University Press 1961.
- 21 Cloninger CR. *The silence of well-being: biopsychosocial foundations*. Oxford: Oxford University Press 2004.
- 22 Gabbard GO. *Psichiatria psicodinamica*. IV ed. Milano: Raffaello Cortina 2007.