
EDITORIALE

In un recente scritto (2010, [1]) Romolo Rossi riflettendo sul cambiamento in atto nella psichiatria, o meglio nello psichiatra, a partire dallo stimolo di una ipotetica e metaforica evoluzione darwiniana, raccoglie in sette gruppi le “specie”, le caratteristiche, quand’anche fra di loro embricate e intersecate, dei vari modelli di psichiatra. Uno degli aspetti, dei tratti distintivi di ogni gruppo è certamente l’uso dello strumento della diagnosi, l’accettazione e l’aderenza ai vigenti sistemi nosografici. Così lo “psichiatra narratore” non ama molto la diagnosi, la descrizione del paziente pare sufficiente, e ogni caso solitamente fa categoria a sé. Così lo “psichiatra tendenzialmente farmacologo o neurobiologo” è certamente interessato alla nosologia, ma i suoi veri e “sicuri” riferimenti diagnostici derivano *ex adjuvantibus* e molte categorie diagnostiche nascono *ex novo* dai dati farmacologici. Così lo “psichiatra iperdiagnosta” tende ad accettare senza riserve il DSM che ritiene una sorta di testo di riferimento per la validità della diagnosi, confortato anche dal fatto che le riviste internazionali più prestigiose difficilmente accetterebbero un lavoro senza tale diagnosi. Uno psichiatra poco interessato alla diagnosi e alla nosologia e a tutto ciò che riguarda la cosiddetta *evidence based psychiatry* è invece lo “psichiatra economico-positivo o positivista classico” che predilige in generale la psicoterapia. E così via, per gli altri gruppi di psichiatri descritti.

Il tema della diagnosi per ogni psichiatra mette in luce con estrema chiarezza quella che Cargnello (1961,[2]) indicava come una strutturale “(...) ambiguità della psichiatria, nel suo incerto proporsi come scienza, (...) che costringe chi la esercita a oscillare tra un aver-qualcosa-di-fronte e un essere-con-qualcuno”. In altre parole, sempre secondo Cargnello (*ibid.*), per lo psichiatra concludere frettolosamente con un giudizio diagnostico significa abbandonare il paziente come uomo e ridurlo a caso clinico. Infatti, il termine “diagnosi” implica il modello della medicina come statuto di riferimento e di legittimazione scientifica con il *corpus* delle conoscenze sviluppate, delle ipotesi, delle teorie in una continuità storica anche a fronte delle numerose modifiche cui è andato incontro il concetto stesso di malattia.

RSF VOL. CXXXV - N° 2, 2011

In psichiatria la “diagnosi” si deve confrontare con una radicale complessità inerente il soggetto con la sua sofferenza, con il suo sviluppo e le sue relazioni nell’ambiente fisico e sociale, e, proprio per questo, male si adatta alle coordinate del modello medico se non al prezzo di drastici riduzionismi, di importanti e decisive rinunce. Si è assistito nella nosologia psichiatrica, pur in presenza di una incessante ricerca di inseguire le certezze del resto della medicina, a una sorta di discontinuità storica con tendenze, deviazioni, proposizioni teoriche anche al di fuori del campo medico. Lo psichiatra anche e soprattutto in ragione di questa complessità storica e teorica non dovrebbe mai dare nulla per scontato, non dovrebbe mai accettare senza porsi problemi di fondo alcun sistema diagnostico nella sua validità e attendibilità, ritenere che nella sua pratica quotidiana le procedure diagnostiche, e i principi nosologici e le classificazioni nosografiche che le sottendono, siano strumenti impersonali, non pesantemente condizionanti, che non risolvono, anzi che sono espressione, della contraddittorietà dei saperi psichiatrici. In effetti, la scienza psichiatrica sembra rappresentare in modo esemplare quella situazione nella quale, secondo Gargani, “(...) il *sapere troppo* o il *presumere troppo* (...) non sono in realtà il sapere o l’aver cognizione di qualcosa, ma corrispondono a una rete di classificazioni, di ripartizioni categoriali secondo le quali si sono pensati o si devono pensare i problemi e secondo le quali si sono definiti atteggiamenti e discipline intellettuali” (1985, [3]).

Nel modello medico quello della diagnosi è un passaggio centrale dell’intero incontro del medico con il paziente, tutto ciò che avviene prima è in funzione di giungere a una formulazione diagnostica, tutto ciò che avviene dopo discende necessariamente dalla formulazione diagnostica stessa. In questa accezione, la diagnosi nosografica racchiude e rimanda a tutto il sapere della patologia, di cui è una espressione riassuntiva, e consente così l’elaborazione di una valutazione prognostica e di un progetto terapeutico; non a caso già due mila anni fa Ippocrate riconosceva nella *prónoia* la conoscenza del presente, del passato e anche del futuro della malattia costituendo il fondamento dello specifico “ragionare” del medico. In psichiatria la diagnosi nosografica appare soprattutto come una ipotesi che esprime la complessità delle conoscenze e le possibili chiavi interpretative della sofferenza psichica, ipotesi da sottoporre incessantemente al vaglio del dubbio e dell’interrogazione critica e che non si configura come un punto di arrivo dell’incontro con il paziente, ma piuttosto come l’inizio di un percorso. Al proposito, Minkowski (1953, [4]) ricordava che “(...) una volta formulata la diagnosi di schizofrenia, oltre a sapere che il malato è schizofrenico, importa altrettanto, se non di più, vedere fino a che punto non lo è (...). In psichiatria, con la diagnosi, l’analisi clinica non fa altro che incominciare”.

Uno degli aspetti più importanti e significativi dell'attuale dibattito, ricco di una infinita letteratura centrata soprattutto sulle proposte della serie dei DSM e degli ICD, in tema di diagnosi psichiatrica è certamente il rapporto che esiste, che deve esistere, fra diagnosi e progetto terapeutico. Senza dubbio non tutti i sistemi diagnostici si prestano ad articolarsi coerentemente con il progetto terapeutico, in particolare quelli carenti sia di una organizzazione gerarchica dei sintomi sia di interesse e considerazione per la storia personale; sistemi diagnostici che rendono faticoso se non impossibile interrogarsi sugli aspetti evolutivi di quella particolare sofferenza, di accogliere e comprendere la dimensione del vissuto del sintomo. Se poi ci si confronta con la realtà del lavoro nei Servizi Psichiatrici, centrata sulla multiprofessionalità e sulla pluralità dei linguaggi, la ricerca di una diagnosi che non si presti soltanto a esigenze epidemiologiche e di programmazione, ma sia funzionale al progetto terapeutico diviene necessaria e imprescindibile; in particolare, la condizione di presa in carico protratta da parte dell'*équipe* implica una sistematica attività di riconoscimento e di discriminazione, una incessante ricerca di conoscenza e di valutazione di tutti gli elementi potenzialmente utili al trattamento e alla riabilitazione. Non estraneo a tutto ciò è anche il processo del "fare diagnosi" che sembra oggi contrapporre l'uso di questionari e di protocolli per la diagnosi operazionalizzata al colloquio più "tradizionale" fondamento della relazione psichiatra/paziente: contrapposizione che vede da una lato la ricerca di un *setting* quanto più possibile "asettico", impersonale, di laboratorio, e dall'altro la centralità del "sentire" del clinico che presuppone viceversa un *setting* che favorisca l'incontro intersoggettivo e l'ascolto.

Ed è proprio il problema del processo diagnostico e dell'uso della diagnosi nei Servizi Psichiatrici che abbiamo posto al centro di questo numero di RSF.

Nel suo contributo, *Le fragili certezze della diagnosi in psichiatria*, Eugenio Borgna tocca da subito i più significativi nodi problematici che contrappongono le certezze della psichiatria naturalistica con le sue categorie conoscitive e diagnostiche sovrapponibili a quelle della scienza medica, alle impossibili o fragili certezze diagnostiche di una psichiatria, come scienza dell'intersoggettività, aperta alla problematicità dell'esistenza. È, in altre parole, la contrapposizione fra una certezza conoscitiva come quella della scienza e una conoscenza emozionale, quasi per definizione fragile in quanto correlata alla soggettività di chi cura e di chi è curato in una relazione interpersonale mai statica ed immobile, né prevedibile e programmabile che rende ragione anche della plasmabilità e plasticità dei fenomeni psicopatologici. Borgna mette, inoltre, in guardia dalle certezze pericolose, di diagnosi e di prognosi sbagliate, che dovrebbero indurre a mantenere sempre in primo piano la dilemmaticità della psichiatria. Le conclusioni dell'Autore

rimandano a quell'esigenza ineliminabile per la pratica psichiatrica di ricercare incessantemente, "(...) in ogni incontro con esistenze neurotiche e psicotiche, e al di là di ogni interna articolazione diagnostica e farmaco terapeutica, una comunità di cura e di destino fra chi cura, e chi è curato".

Il secondo contributo, *Presentazione dei principali sistemi diagnostici in psichiatria e alcune riflessioni sul problema della diagnosi*, di Paolo Migone offre una ampia e documentata rassegna dei sistemi diagnostici oggi vigenti: le ultime edizioni del Diagnostic and Statistical Manual (DSM) dell'American Psychiatric Association (il DSM-III del 1980, il DSM-III-R del 1987, il DSM-IV del 1994, il DSM-IV-TR del 2000, e il DSM-V previsto per il 2013), la 10ª edizione dell'International Classification of Diseases (ICD-10) proposta nel 1992 dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM) prodotto dalla comunità psicoanalitica internazionale nel 2006. Si sofferma inoltre sul serrato dibattito a proposito del futuro DSM-V, previsto per 2013. Il contributo di Migone però non si limita a questa panoramica, ma propone altresì alcune riflessioni sui problemi più significativi della diagnosi a partire anche da alcune delle più radicali dicotomie: due psicopatologie, "descrittiva" e "strutturale"; la diagnosi come "difesa" del terapeuta; l'aspetto scientifico e l'aspetto filosofico della diagnosi; i tentativi di "sospensione" del nostro giudizio e dei nostri preconcetti; la dicotomia nomotetico-idiografico.

Il contributo di Euro Pozzi, *La diagnosi di Disturbo di Personalità nella pratica dei CSM*, prende spunto sia dalla osservazione che le diagnosi formulate nelle cartelle cliniche presso i Centri di Salute Mentale non corrispondono quasi mai con la diagnosi che ha in mente lo psichiatra che ha in carico il caso, sia dal significativo divario fra i dati epidemiologici della letteratura circa i Disturbi di Personalità e quelli in possesso dell'autore, divario che testimonia una importante tendenza di tali disturbi a essere sottodiagnosticati. Vengono quindi analizzate le possibili ragioni di una tale situazione e le pesanti conseguenze inerenti un mancato trattamento specifico al fine anche di avanzare proposte organizzative e operative per una adeguata e forte presa in carico di questi pazienti.

Paola Carozza, nel suo contributo dal titolo *La diagnosi e la valutazione del funzionamento nel trattamento riabilitativo*, sposta l'attenzione su uno degli aspetti fondamentali del lavoro nei Servizi Psichiatrici e propone il tema della diagnosi riabilitativa e degli strumenti necessari allo scopo (l'intervista al paziente e la somministrazione di test). Si sofferma poi sulle principali metodologie di valutazione del funzionamento (con particolare riguardo

all'approccio di Spivak, Anthony e Libermann), in ordine alla definizione dell'obiettivo della riabilitazione, che prendono in esame, accanto ai sintomi, soprattutto le specifiche abilità del paziente.

Nel loro contributo, *Le attribuzioni di causa e il giudizio clinico in psichiatria forense e psicologia giuridica*, Alessandro Salvini e Antonio Iudici affrontano il complesso tema del giudizio clinico in psichiatria forense e in psicologia giuridica in cui ai problemi, alle difficoltà, alle incertezze della diagnostica psichiatrica si associa la necessità di integrare le finalità conoscitive del diritto. Essi prendono in considerazione i cosiddetti errori sistematici di giudizio di cui l'atto diagnostico è il punto focale. Allo scopo gli autori utilizzano gli studi specifici sui processi cognitivi implicati nella valutazione e le conoscenze della psicologia dell'attribuzione circa i condizionamenti propri dei processi di ragionamento come le inferenze, le attribuzioni di causa e le relative euristiche mettendo il luce soprattutto le incongruenze epistemologiche.

Bibliografia

- [1] Rossi R. *Sottovoce agli psichiatri*. Padova: Piccin; 2010.
- [2] Cargnello D. *Ambiguità della psichiatria*. In: *Scienza, linguaggio e metafilosofia*. Scritti in memoria di Paolo Filiassi Carcano. Napoli: Guida Editori; 1980.
- [3] Gargani AG. *Lo stupore e il caso*. Bari: Laterza; 1985.
- [4] Minkowski E. *La schizofrenia*. Torino: Einaudi; 1998.

Paolo Curci, Gian Maria Galeazzi