UNA METAPROSPETTIVA SULLA DIAGNOSI (1)

Petruska Clarkson

(tr.it. di Simonetta Romano , revisione di Susanna Ligabue)

Lo "Shorter Oxford English Dictionary" definisce la diagnosi come "determinazione di una condizione di malato; identificazione di una malattia attraverso l'investigazione dei suoi sintomi e della sua storia" (Onions, 1973, p.538-539). In "A Critical Dictionary of Psychoanalysis" (Rycroft, 1972), la diagnosi viene definita "l'arte di attaccare etichette alla malattia, deducendo la natura della malattia dai segni e sintomi presentati dal paziente" (pag.34). Come molti clinici attenti sanno, il processo diagnostico può essere usato con effetti sia distruttivi che benefici, indipendentemente dal modo in cui viene definito.

Questo articolo si occupa di questo tema delineando una prospettiva nuova che si pone come interfaccia tra gli approcci diagnostici di tipo tradizionale e quelli più intuitivi. Il paradigma che suggerisco legittima sia una relazione terapeutica di stampo umanistico, orientata alla persona, che il miglior uso possibile di quelle informazioni che si rifanno ai modelli del comportamento umano che i nostri predecessori, storici e scientifici, ci hanno trasmesso nel campo della psichiatria e psicoterapia. Tale paradigma utilizza la possibilità di comprendere le differenze e le interrelazioni funzionali tra i due emisferi cerebrali, destro e sinistro, e suggerisce inoltre che un modello di "gestalt" dinamica figura-sfondo può essere utile per equilibrare ed integrare i processi intuitivi e diagnostici nell'ambito della psicoterapia.

L'abuso della diagnosi

L'Analisi Transazionale, psicoterapia umanistico-esistenziale che

---

(1) P. Clarkson, *Metaperspectives on Diagnosis*, TAJ vol. 19, n.1, 1989 , tradotto con il permesso dell'Autrice.

considera "ok" ogni persona, ha avuto origine, negli iconoclastici anni '60, anche dalla ribellione contro le etichette e le pratiche della psichiatria e della psicoanalisi tradizionali.

Berne, uno dei primi psichiatri a tenere conferenze su casi clinici in presenza di pazienti, affermava che "Niente che non meriti di essere menzionato davanti ad un paziente è meritevole di essere detto del tutto" (citato da Steiner, 1974/1975, pag.6). Berne è stato un pioniere, nell'ambito del processo terapeutico, anche nell'essere aperto ed onesto verso i pazienti e nell'invitarli a partecipare ad una alleanza tra pari. Tutto questo ha rappresentato un distacco radicale dal suo iniziale percorso di formazione psicoanalitico.

Steiner (1974), una delle figure più eminenti della Psichiatria Radicale, ha affermato: "Qualunque cosa sia diagnosticata psichiatricamente, a meno che non abbia una chiara origine organica, è una forma di alienazione" (pag.16). L'enfasi data alla centralità della relazione ha fatto oscillare il pendolo della storia in direzione opposta alla diagnosi, che è stata considerata in contrasto e a detrimento del potenziale incontro creativo e di crescita tra le due persone coinvolte nel setting psicoterapeutico.

Prima di questo momento storico la diagnosi psichiatrica era stata spesso utilizzata in modo riduzionistico e controllante per etichettare le persone come incurabili o anormali - un modo questo di creare un abisso tra "noi che curiamo" e "loro che vengono per la terapia". Uno psicoterapeuta professionista può sentirsi molto più a suo agio discutendo di etichette anziché di relazioni. La diagnosi è distruttiva quando diviene un nefasto sostituto dell'impegnarsi in una relazione che porti alla guarigione.

Naturalmente non c'è una polarità reale tra diagnosi e relazione, anche se spesso sembra che ci sia.

"Non potremo mai trovare i nostri Sé reali o di qualunque altra persona attraverso una diagnosi o delle valutazioni ed analisi. Questi metodi dividono il Sé e cercano di oggettivare e dare limiti a ciò che essenzialmente è soggettivo, unico ed infinito. Sono inevitabilmente fissati nel passato e non sono in grado di riconoscere, in quella persona unica ed in evoluzione, l'emergere del potere della scelta e le improvvise nuove consapevolezze, scoperte e creazioni. L'analisi è inevitabilmente un approccio distruttivo, perché cerca cause ed eventi dietro la realtà invece di riconoscere che la realtà è contenuta

nella esperienza immediata della persona e nella vita che scorre... Anche una persona con gravi problemi emozionali non necessita di diagnosi ed analisi. Ciò che chiede è una genuina esperienza umana, l'incontro con persone reali." (Moustakas, 1967, pag.131)

Qualità del terapeuta, come il calore, il rispetto, l'empatia, l'accettazione e la genuinità, sono state associate da molti studi e ricerche a risultati positivi in psicoterapia. (Lambert, 1986; Truax e Mitchell, 1971). Rogers (1986) lo ha affermato in modo eloquente: " Nella psicoterapia molte persone ritengono di grande importanza stabilire una relazione significativa con il paziente. Molti professionisti ritengono infatti che la relazione sia non solo un veicolo di guarigione, ma un balsamo in sé stessa. È chiaro che viene sottolineato l'aspetto della esperienza diretta all'interno della relazione. Il processo terapeutico non è considerato primariamente connesso ai ricordi del paziente o alla esplorazione del problema con cui si sta confrontando, né con la percezione che ha di sé stesso, né con le esperienze che il paziente teme di far affiorare alla coscienza. Il processo di terapia è considerato, in questa ipotesi, sinonimo della relazione esperienziale tra paziente e terapeuta. La terapia consiste nello sperimentare sé in un ampia gamma di modi all'interno di una relazione emotivamente significativa con il terapeuta." (pag.171-172)

Una eccessiva fiducia nella diagnosi può indurre false certezze se la diagnosi viene utilizzata in modo restrittivo ed insensato, spesso conducendo a piani di trattamento da ricettario in cui l'enfasi è sulla uniformità, si evita di valutare le idiosincrasie culturali e temperamentali e si aderisce a tecniche ed etichette. L'effetto pernicioso delle etichettature psichiatriche stereotipate, utilizzate nei centri di salute mentale, è stato documentato dai raggelanti resoconti degli investigatori volontari che, per studiare il fenomeno in questione, si sono fatti ricoverare in Ospedali per malattie mentali (Goffman, 1962).

Anche la terapia della Gestalt sottolinea la importanza della relazione tra persona e persona. Laura Perls (1977), che è stata molto influenzata da Martin Buber, riteneva la relazione instaurata tra psicoterapeuta e paziente come la vera essenza della terapia della Gestalt: "Un terapeuta della Gestalt non usa tecniche, mette sé stesso all'interno di una situazione con tutte le capacità professionali e le esperienze di vita che ha accumulato ed integrato. Ci sono tanti

stili quanti sono i terapeuti ed i pazienti, che reciprocamente scoprono se stessi e l'altro ed insieme inventano la loro relazione" (pag.223). E questo è vero anche per quanto riguarda i migliori lavori in Analisi Transazionale.

Altri psicoterapeuti esistenziali come Yalom (1980) affermano in modo chiaro che: "È la relazione che cura... qualunque terapeuta ha osservato più e più volte nel lavoro clinico che per il paziente l'incontro è curativo in Sé stesso, indipendentemente dall'orientamento teorico del terapeuta" (pag.40). Un problema legato alla diagnosi è che può indurre un senso di certezza falso e prematuro che ostacola la sperimentazione, l'apertura e la flessibilità intellettuale.

L'Analisi Transazionale, per l'accento che pone sulla autonomia, sull'intimità, sulla consapevolezza e sulla spontaneità, è una psicoterapia umanistica esistenziale. L'A.T. è pertanto implicitamente contraria all'uso abitudinario di etichette riduttive della persona e della sua unica esperienza umana. Ciononostante, uno dei più grandi contributi alla moderna psicoterapia, è derivato dalla facilità di Berne di individuare ed etichettare certi modelli strutturati di esperienza umana (i giochi). Questo è anche, probabilmente, uno degli aspetti della A.T. più frequentemente frainteso e pertanto abusato. Berne (1964) ha espresso la propria sensibilità a questo problema mettendo in guardia da giochi come "Psichiatria" e "Analisi Transazionale".

I pionieri degli anni sessanta hanno trasmesso alla nostra generazione di clinici la preziosa consapevolezza della unicità, delle possibilità e delle capacità di crescita di ogni essere umano. Sarebbe un peccato se negli anni ottanta ci lasciassimo derubare di questa eredità dalla crescente professionalizzazione della psicoterapia.

L'uso della diagnosi.

L'Analisi Transazionale ha dato tradizionalmente un grande valore ad un uso accurato della diagnosi. Infatti tra le più grandi eredità di Berne annoveriamo i quattro criteri diagnostici (comportamentale, sociale, fenomenologico e storico) che devono essere utilizzati per una corretta identificazione dello Stato dell'Io attivato in una persona (Berne, 1961). Questi rigorosi criteri diagnostici permettono al clinico di distinguere se trattare il bambino di cinque anni una volta esistito nel paziente oppure il bambino di cinque anni del padre del paziente incorporato dal paziente stesso più o meno nella stessa epoca. In tal modo la diagnosi offre una struttura per il piano terapeutico, per prendere delle decisioni riguardanti gli interventi e le strategie appropriate, per predire i risultati e valutare i cambiamenti.

Berne (1971) era orgoglioso di essere un "vero Dottore" (pag.6) ed incoraggiava i propri allievi a praticare la psicoterapia nello stesso modo. Alla sua ultima conferenza pubblica utilizzò la metafora dell'uomo che aveva una scheggia in un piede e il piede divenne infetto così che l'uomo si mise a zoppicare, finché i muscoli della gamba, della schiena e del collo si contrassero, producendogli un mal di testa che si aggiunse alla febbre dovuta alla infezione. Berne esaminò il problema di quest'uomo - problema che alla fine aveva coinvolto tutto il suo corpo - da due differenti prospettive. Nella prima il dottore elenca tutti i sintomi, sottolinea la difficoltà di risultati garantiti e valuta che gli occorreranno dai tre ai quattro anni per curare il problema con l'aiuto del paziente. Nel secondo tipo di approccio il medico diagnostica un piede infettato da una scheggia, toglie la scheggia ed i sintomi scompaiono entro quaranta ore. Berne (1971) aggiunse: "Approfondendo il tema, credo che sentirete parlare del modello medico della psicoterapia come di qualcosa di spaventoso, infernale, da far venire gli incubi. Ma io penso che sia un buon modello perché funziona per altre condizioni, e se voi curerete la testa della gente penso che dovreste usare il modello medico" (pag.12).

L'iter di formazione clinica in A.T. richiede di acquisire familiarità e dimestichezza con l'uso delle diagnosi: mediche, psichiatriche ed analitico transazionali. Questa scelta può essere fonte di critiche giustificate o ingiustificate. In ogni caso il problema rispetto alla diagnosi non è che sia usata, ma come viene usata, da chi e con quale spirito. Il suo valore, quando è usata in modo appropriato, si basa sul fatto di offrire accesso ad un importante insieme di informazioni.

"Al di là di molte deviazioni e retrocessioni, il risultato è quello di una osservazione cumulativa, con un graduale sviluppo dei concetti ed una chiarificazione del pensiero che ha più di 4000 anni. Tracce del processo evolutivo sopravvivono nella terminologia psichiatrica

attuale l'evoluzione è stata anche un riflesso del progredire della conoscenza" (Brill, 1967, pag.583).

Le nostre attuali categorie diagnostiche psichiatriche, come l'ICD9(International Classification of Diseases) ed il DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) ci offrono un linguaggio comune (una stenografia tecnica) che attraversa differenti discipline e differenti paesi. Proprio come ogni altro linguaggio anche questo è aperto a fraintendimenti di significati apparentemente comuni ed è profondamente influenzato da transazioni ulteriori (variabili di processo). Ciononostante, provvista di una terminologia accuratamentedefinita, la diagnosi può essere uno strumento utile per condividere informazioni, chiarificare e spiegare i sintomi e costruire unabanca dati per ricerche nazionali ed internazionali.

La diagnosi può essere anche utile ai professionisti non ancora espertper riconoscere modelli di comportamento o problemi che sono al di là delle loro competenze. In questi casi il riconoscimento e l'apprezzamento della conoscenza professionale accumulata dai predecessori può offrire protezione sia allo psicoterapeuta che al paziente. In un certo senso, la funzione della diagnosi può essere considerata come un impegno in un processo di conoscenza sempre più rainata delle differenze individuali, cioè delle diagnosi differenziali.

"La diagnosi differenziale tra due individui all'apparenza egualmenteansiosi ed emotivamente agitati, diagnosi di un processo schizofrenico sottostante nell'uno e non nell'altro, porterà ad un pianoterapeutico differente per ognuno. Questi esempi si potrebbero moltiplicare indefinitamente; il fatto importante è che la diagnosi differenziale non viene fatta nel vuoto e che è rilevante solo in quanto da essa dipende il destino terapeutico del paziente" (Harrower, 1965, pag.381).

È importante per qualunque disciplina essere sostenuta da teorie ben fondate, testate e validate scientificamente nel modo migliore possibile per quell'epoca. Allo scopo di presentarci misurazioni di progressi verificabili e testabili, le basi delle ipotesi non devono necessariamente essere rigide: "Un comune fraintendimento è che la classificazione dei disturbi mentali classifichi gli individui, quando in realtà sono i disturbi che gli individui presentano ad essere classificati.Per questa ragione, il testo del DSM-III evita l'uso di frasi quali

"uno schizofrenico" oppure "un alcolista" ed invece utilizza le espressioni più precise e più rispettose di "un individuo affetto da schizofrenia", oppure "un individuo con dipendenza dall'alcool". Un altro fraintendimento è che tutti gli individui descritti come affetti dallo stesso disturbo mentale siano simili. Sebbene tutti gli individui descritti come aventi lo stesso disturbo mentale presentino necessariamente le caratteristiche che definiscono quel disturbo, possono altresì differenziarsi in molti modi importanti che influenzano il trattamento ed i risultati" (DSM-III , 1980, pag.6).

La diagnosi può anche essere utilizzata per esporre chiaramente il proprio pensiero all'interno di una alleanza tra paziente e psicoterapeuta. Per esempio una diagnosi di schizofrenia paranoide, liberata dalle connotazioni di incurabilità e dagli stereotipi, può diventare una fertile matrice del percorso psicoterapeutico verso la salute. Uno dei più grandi benefici del divenire abili nel fare diagnosi differenziale - senza per questo sposare un'unica idea - sta nel semplice piacere di affinare conoscenze ed abilità, nell'aumentare sensibilità verso i diversi modelli di comportamento e nell'usare la supervisione in modo più efficace. Pertanto ogni argomento contro il valore della diagnosi può essere trasformato in linee guida per un suo utilizzo migliore e per essere attenti ad ogni abuso: le accuse contro la diagnosi riguardano piuttosto le cattive diagnosi.

Metaprospettive

I clinici che all'inizio della loro professione si accostano a questa controversia si sentono spesso come costretti a dover scegliere in modo rigido in una o nell'altra direzione: apprendere la diagnosi differenziale e divenire il peggior giocatore di "Psichiatria" (Berne, 1964) oppure evitarla, perché deumanizzante, e focalizzarsi invece sull'unicità di ogni paziente. Questa scelta rappresenta una falsa dicotomia che è basata sul conflitto che viene percepito tra certezza e complessità, come tra i sistemi Aristotelico e Galileiano (Gellert, 1975). Ogni visione è parzialmente corretta; insieme le due visioni formano un intero.

Esiste una terza alternativa alla falsa polarità tra lo Scilla di una relazione iperpreziosa e il Cariddi delle categorizzazioni determini-

stiche. Questa metaprospettiva si basa sullo studio delle differenti funzioni dell'emisfero destro e dell'emisfero sinistro del cervello:

"Le ricerche degli ultimi venti anni hanno ampiamente dimostrato che i due emisferi cerebrali tendono ad essere coinvolti in funzioni opposte e complementari. L'emisfero sinistro, che controlla il lato destro del corpo, sembra essere più specializzato nel pensiero analitico, lineare, che implica elaborare informazioni in modo sequenziale; l'emisfero destro, che controlla il lato sinistro del corpo, sembra funzionare prevalentemente con una modalità olistica, adeguata alla sintesi e tende ad elaborare l'informazione in modo più diffuso e simultaneo" (Capra, 1983, pag.318).

Questi studi mostrano che la diversa specializzazione dei due emisferi è in termini di preferenze, non di assoluta distinzione. Nelle persone che usano di preferenza la mano destra, l'emisfero sinistro è associato al funzionamento intellettuale, al tempo storico, al processo analitico, al pensiero sequenziale, alla funzione linguistica, ed opera in base al principio della causalità, in modo simile ad un computer digitale.

L'emisfero destro è collegato al funzionamento intuitivo e sensoriale, ai ritmi e alle forme, alla eternità o all'assenza di tempo, e all'elaborare l'esperienza in termini di forme e globalità, di percezione simultanea, di funzioni simboliche; questo emisfero opera non in senso causale e in modo molto simile ad un computer analogico (Ornstein, 1972). Nelle persone che usano di preferenza la mano sinistra questa differente specializzazione è rovesciata.

Per lo psicoterapeuta, comprendere ed apprezzare entrambi i tipi di funzionamento cerebrale è di suprema importanza. Con l'emisfero sinistro facciamo diagnosi differenziale, prognosi, anticipiamo e prevediamo il comportamento sulla base di sequenze passate, elaboriamo il piano di trattamento coerentemente con le somiglianze con altri clienti nella stessa categoria ed organizziamo le informazioni che abbiamo ed i nostri interventi in modo sistematico, logico ed analitico.

Con l'emisfero destro sperimentiamo ogni istante con il paziente come sempre nuovo. La Gestalt emergente di ogni dialogo io-tu sembra non correlata al tempo-orologio; condividere l'intimità per più di cinquanta minuti può essere sperimentato come una intera vita di reciprocità. Houston (1982) si riferisce a questo tipo di

distorsione temporale come ad "un processo temporale alternato" (pag.151), un fenomeno familiare in ipnoterapia. Sappiamo inoltre che l'inconscio non ha tempo; per esempio un incubo può essere percepito come se durasse per sempre e lo stato dell'Io Bambino ha una sua vita potenziale nel momento presente.

Quando lavoriamo utilizzando l'emisfero destro non facciamo analisi precise delle sequenze lineari che si presentano con maggiore frequenza, attività che è più caratteristica del modo di funzionamento dell'emisfero sinistro; con l'emisfero destro siamo più attenti alla "melodia" della relazione, alla "gestalten" complessiva che ci si presenta. Il ritmo di una specifica relazione in un determinato momento appartiene solo a quella relazione, non è mai stato suonato prima, né possiede la logica di una osservazione accurata in cui si tiene conto degli insegnamenti della esperienza passata oltre che di ciò che avviene nel presente. Tutti e due gli emisferi possono dunque essere utilizzati per assicurare al paziente un futuro migliore.

Di fatto il dilemma dello psicoterapeuta è connesso al decidere quando sia meglio usare ciascun modo di funzionamento. Molti di noi si trovano più a loro agio con uno piuttosto che con l'altro e possono perfino specializzarsi o rafforzare una di queste modalità a spese dell'altra. In ogni caso al fine di sviluppare la più ampia gamma possibile di interventi mi sembra necessario dare particolare attenzione e nutrimento alla propria modalità meno sviluppata. Per raggiungere questo scopo sono stati studiati alcuni metodi (per es. Zdenek, 1986).

Secondo Steiner (1974) la psichiatria è stata storicamente governata dai membri di sesso maschile della classe dominante e, nel sistema educativo tradizionale, il funzionamento dell'emisfero sinistro è molto più valorizzato di quanto non lo siano gli aspetti legati alla intuizione e alla relazione, associati all'emisfero destro. Uno dei maggiori contributi degli psicoterapeuti umanistici ed esistenziali è stato il rovesciamento di questo ordine. Pensatori radicali come Axline (1964), Cooper (1978), Laing ed Esterson (1970), Szasz (1961) ed altri ancora appartenenti al movimento dell'Antipsichiatria, hanno argomentato in modo eloquente per porre fine all'abuso della diagnosi psichiatrica, sfidando ciò che ritenevano un rigido riduzionismo della classe psichiatrica e insistendo sul primato della

esperienza soggettiva, della consapevolezza intuitiva e sulla validità della percezione immediata.

In particolare la Terapia della Gestalt ha offerto un contributo importante a questo Zeitgeist (che tutt'ora continua) dando enfasi al meccanismo figura-sfondo presente nella percezione umana e nei processi psicologici. A molte persone è familiare la figura doppia che a volte sembra un vaso ed altre volte due profili, anche se si tratta sempre della stessa immagine.(v. fig.1)

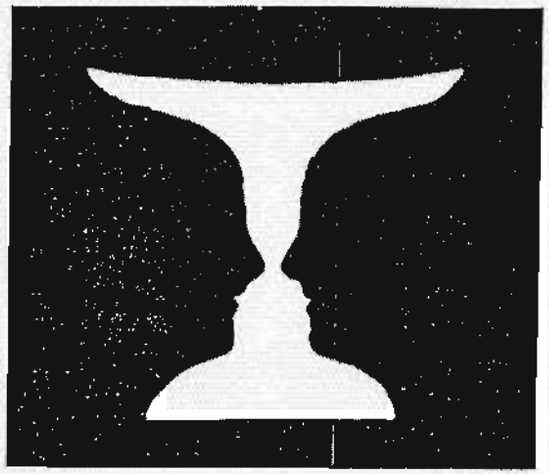


Fig. 1 - Figura e sfondo (Perls, Hefferline, Goodman, 1951/1969, p. 26)

Una delle scoperte più significative della psicologia della Gestalt è stata che gli esseri umani non possono vedere contemporaneamente figura e sfondo. Per esempio, in un certo istante potete essere più consapevoli delle parole di questo articolo mentre la posizione del vostro corpo sulla sedia può rimanere sullo sfondo. Nel momento in cui iniziate a divenire consapevoli del bisogno di stiracchiarvi questo nuovo bisogno emergente rimpiazza la figura precedente e le parole dell'articolo si spostano sullo sfondo della vostra esperienza percettiva. Questa analogia può essere utile agli psicoterapeuti che si

sforzano di vedere contemporaneamente la relazione ed il modello diagnostico. In un certo momento il qui ed ora della relazione tra due esseri umani, impegnati in un processo di guarigione mai compreso pienamente, è l'unica realtà che tutto contiene. In altri momenti più di riflessione, come nei momenti di riascolto dei nastri o di supervisione, hanno la precedenza l'analisi e la pianificazione sistematica e sequenziale della terapia sulla base di indicatori diagnostici.

Quando osservano i maestri della psicoterapia al lavoro, i novizi immaginano spesso che questi terapeuti stiano elaborando coscientemente una massa di dati ad incredibile velocità, oppure, in alternativa, che siano provvisti di qualche dote magica attribuibile alle loro specifiche qualità carismatiche. Di fatto il mistero apparente del lavoro dei maestri può essere spiegato in termini di funzionamento dell'emisfero destro e sinistro e di quanto affermato dal principio della figura-sfondo della Gestalt.

Un terapeuta competente e capace, non si fissa con un atteggiamento rigido in uno dei due processi di pensiero, né si muove accidentalmente e casualmente tra i due.

Il dibattito sulla diagnosi non potrà mai essere risolto, soprattutto perché i concetti si vanno continuamente evolvendo. In ogni modo il processo stesso del dibattito rappresenta un importante e prezioso esercizio. Incoraggio gli psicoterapeuti in formazione a rafforzare le loro abilità e conoscenze in modo da poter argomentare con la stessa passione ed intelligenza su ciascun versante del dibattito ed in modo da poter arricchire ulteriormente le considerazioni qui riportate. Naturalmente esistono preferenze individuali, ma forse una metaprospettiva ci permette di comprendere che ciò con cui ci stiamo confrontando è una falsa polarità, un paradosso, una "non-questione". Il vero obiettivo della psicoterapia è ottenere un flusso organismico tra queste due posizioni, utilizzando il meglio di entrambe, senza che una ne faccia le spese, in modo appropriato al compito e alle richieste che emergono in un autentico incontro Io-Tu.

Infine, l'idea che segue, presa in prestito dalla fisica, offre forse un modo di accostarsi a tale dualistico dilemma con humor e saggezza: anche la fisica moderna possiede una metaprospettiva che riguarda il paradigma dualistico, esemplificata dalla affermazione che il martedì la luce funziona in termini di onde e il giovedì in termini di

parelle. Nessuna delle due affermazioni è falsa e solo in apparenza sembrano escludersi reciprocamente: tutto dipende dal punto di vista dell'osservatore.

Dopo aver illustrato in modo sintetico il proprio punto di vista sulla diagnosi, Petruska Clarkson propone ai partecipanti del Seminario una breve esercitazione: a coppie devono, a turno, indipendentemente dalla propria opinione personale, difendere e/o contestare, con forza e convinzione, l'uso della diagnosi in psicoterapia.

Al termine di questa interessante esperienza di "identificazione" con le due posizioni contrapposte rispetto all'uso della diagnosi, Petruska Clarkson invita i partecipanti che desiderano farlo a condividere le loro esperienze.

Discussione

Anna: A me riesce molto difficile integrare queste due posizioni.

Petruska: Non credo che queste due posizioni si possano integrare. Se volendo dare agli allievi una formazione umanistica, non è possibile farlo senza il riferimento alla diagnosi classica.

Marco S.: Forse un punto di vista di integrazione c'è. La diagnosi in termini medici funziona quando la usiamo come strumento per sintetizzare, per avere una comunicazione semplice con un collega, per avere un linguaggio comune.

Questo tipo di diagnosi diventa allora uno strumento per mettere immune delle esperienze; ma funziona anche quando, nel momento della relazione con l'altro, uso la diagnosi come strumento per rimanere ancor più in relazione, in quanto aumenta il modo in cui posso comunicare.

Giovanna: Dunque possiamo pensare che, quando faccio una diagnosi sulla testa dell'altro, realizzo una forma di alienazione dell'altro e lo relativizzo; condividere invece questa categoria mi permette di aprire una strada di comunicazione.

Marco S.: Probabilmente, nella relazione con l'altro, l'uso delle categorie rende scorrevole la costruzione della relazione solo a condizione che le categorie concettuali che uso per codificare il mio dire in termini professionali siano comprese e condivise dall'altro:

solo così mi spoglio di tutte le mie comprensioni teoriche e siamo entrambi, io e l'altro, sullo stesso livello.

Gabriella: Io penso che la temporalità ha la sua importanza. Cioè, se penso ad un mio paziente in termini diagnostici quando sono con me stessa, questo mi serve per fare dei passi avanti in termini di conoscenza rispetto a quel paziente; mentre, quando sono con lui, queste cose posso lasciarle fuori o comunque, dal momento che si sono integrate nella mia persona, sono libera di interagire con lui e di occuparmi degli aspetti emotivi e relazionali.

Petruska: Sono d'accordo. Pensare in termini diagnostici per conto nostro serve a programmare la terapia e a prevedere delle cose; quando si è con paziente, non c'è diagnosi.

Giovanna: Io penso che la diagnosi vada bene per definire, ad esempio, gli Stati dell'Io, non per il processo, per cose che succedono nel tempo.

Petruska: Sono d'accordo con te. Questo è uno dei grossi problemi della diagnosi ossia che limita il tempo e quindi la possibilità del cambiamento. Definirsi "uno schizofrenico" è come porre fine alla propria storia e questo è un peccato.

Una delle cose che insegno ai miei studenti è quella di esprimersi in questi termini, quando parlano dei loro pazienti: "Quando penso a Giuseppe a livello diagnostico, penso a questo tipo di problemi e di disturbo" e non "Ho diagnosticato Giuseppe uno schizofrenico". Quest'ultimo è un atteggiamento arrogante. È una disciplina mentale e questo aiuta a tener ferma la differenza fra lo stato e il processo.

Luisa: Io penso alla diagnosi come ad uno strumento che mi permette di utilizzare l'esperienza di coloro che sono venuti prima di me, come ad una chiave che mi permette di giungere al sapere degli altri e di orientarmi nel vasto campo delle problematiche psichiche. Non so se nel futuro saranno elaborati altri mezzi: oggi per me la diagnosi è una chiave.

Anna: Berne non solo era decisamente contrario ad usare un certo tipo di diagnosi psichiatrica, ma non era d'accordo nemmeno ad adoperarla come strumento di comunicazione tra colleghi che si trovano a parlare "dei" pazienti e non "con" i pazienti. Allora mi chiedo se il futuro non possiamo cominciare a costruircelo noi, inventando un modo di gestire l'esperienza che vada oltre la diagnosi che è stata così abusata. Un aspetto che mi interessa molto e che

stiamo già vedendo insieme è, per esempio, quello della restituzione della diagnosi.

Ritengo, fra l'altro, che Berne avesse un atteggiamento di "restituzione", dal momento che sosteneva che bisognava comunicare al paziente, anche dal punto di vista teorico, le cose che noi sappiamo e che vediamo in lui.

Petruska: Per rispondere a Luisa, dico che sono d'accordo su entrambi i punti, riguardo al fatto che ci vuole una chiave per accedere ad una conoscenza, al sapere del passato e anche sull'importanza del costruire magari un nuovo linguaggio per il futuro.

Uno degli svantaggi della diagnosi fatta dagli altri è che quando la si legge, si legge quello che non si può fare e non quello che è possibile fare per aiutare la persona.

Marco S.: Allora da una parte possiamo considerare la diagnosi come una chiave che ci apre un mondo, che è quello dell'esperienza degli altri, come un modo per organizzare il sapere, ed esprime il bisogno di codificarlo, di renderlo semplice, di avere un punto di vista che solidifica l'esperienza; dall'altra c'è il bisogno di rimanere nell'esperienza, nel processo. Se tutto questo lo portiamo nella relazione col paziente, probabilmente succede esattamente la stessa cosa: nel costruire con l'altro l'esperienza, a volte siamo entrambi dentro a delle cose, a volte entrambi abbiamo bisogno di un punto di vista che solidifica, un punto di vista che ci tiri fuori dal processo, che ci metta in una qualche cosa che sia cristallizzata. In questo senso dei momenti di diagnosi possono essere utili: ossia quando trasferiamo quella struttura alla nostra relazione. La diagnosi ha questo duplice aspetto, morbido e duro contemporaneamente, aspetto che vede anche l'altro contemporaneamente duro e morbido. Una formula, in campo scientifico, non serve a niente se non è un modo per descrivere il reale. La stessa cosa penso sia per la diagnosi.

Petruska: Sono pienamente d'accordo con quanto dice Marco. Quando parliamo della relazione, noi lavoriamo con il nostro emisfero destro: questa è una pienezza, una forma, un ritmo, un odore. Quando, invece, lavoriamo con la diagnosi, lavoriamo con l'emisfero sinistro, il classico pensare sequenziale, causale; il lavorare insieme è il lavorare con entrambi i lati del cervello. Ma io penso che una persona immersa nella discussione non può fare contemporaneamente tutte e due queste cose: è come l'immagine del vaso e dei volti, o si vede l'uno o si vedono gli altri, non si possono vedere entrambi contemporaneamente. Per una psicoterapia efficace dobbiamo passare da una cosa all'altra e non dobbiamo bloccarci nell'una o nell'altra e neppure stare lì nel mezzo.

Stavo pensando alla potenza della diagnosi e quanto potente si sente una persona quando può diagnosticare un'altra persona.

Luisa: Secondo me le due cose, sia fare una diagnosi, sia non farla, possono essere usate dal terapeuta in maniera difensiva: fare la diagnosi protegge dai sentimenti, non farla può giustificare, ad esempio, una mancanza di direzione terapeutica. Quindi, fondamentalmente, la cosa importante è poter essere là, con la persona, assumendosi il proprio ruolo.

Petruska: Questo è un punto molto valido, perché, spesso, una persona non fa la diagnosi perché troppo pigra per imparare. Quindi bisogna imparare a fare la diagnosi. Se uno una cosa la conosce veramente può anche sceglierla, può decidere se usarla o non usarla.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. ed). Washington, DC: Author.

Axline, V. (1964). *Dibs: In search of self.* Middlesex: Penguin Books.

Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy.* New York: Grove Press.

Berne, E. (1971). *Games people play.* New York: Grove Press.

Berne, E. (1971). "Away from a theory of the impact of interpersonal interaction on non verbal participation". *TAJ*, 1 (1), 6-13.

Boyers, R., & Orril, R. (1972). *Laing and anti-psychiatry.* Middlesex: Penguin Books.