

# Processo diagnostico: elaborazione in gruppo degli Specializzandi della Scuola COIRAG

a cura di Carmen Tagliaferri\*

[Ricevuto il 24/09/2022  
Accettato il 13/11/2024]

## Riassunto

Il vertice osservativo comune ai vari elaborati ha inquadrato il processo diagnostico individuando le variabili di accostamento tra la ricerca clinica della gruppoanalisi e quella clinico-empirica di McWilliams e Lingiardi. Nella prospettiva analitico-gruppale la diagnosi è concettualizzabile come incontro tra più territorialità, quelle del clinico e del paziente, e tra le rispettive gruppalità interne ed esterne. La complessità ha un carattere multidimensionale, attraversa le varie stratificazioni dello psichico: intrapsichico, intersoggettivo, gruppale. Gli autori sottolineano la centralità, nel comprendere diagnostico, della costruzione del campo co-transferale, del progetto terapeutico e del vissuto soggettivo del terapeuta. La dimensione labirintica di Venezia diventa metafora del procedere diagnostico come co-costruzione insieme al paziente della sua città interiore.

*Parole chiave:* Processo diagnostico, Progetto terapeutico, Campo co-transferale, Vertice gruppo-analitico, Co-costruzione.

\* Psicoterapeuta individuale e di gruppo. Psicodrammatista didatta SIPsA, docente COIRAG. Direttrice rivista *Gruppi* (Via Monterone 2 int.7 – 00186 Roma); direttore.rivista-gruppi@coirag.org

*Gruppi/Groups* (ISSN 1826-2589, ISSN e 1972-4837), 2/2022      A PARTIRE DALLA COIRAG  
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19793

**Abstract.** *Diagnostic process: group elaboration of COIRAG school students*

The observational perspective common to the various papers framed the diagnostic process by identifying the variables of juxtaposition between the clinical research of group analysis and the clinical-empirical research of McWilliams and Lingiard. From a group-analytic perspective, the diagnosis can be conceptualised as an encounter between several territorialities, those of the clinician and the patient, and between their internal and external groupalities. Complexity has a multidimensional character, crossing the various layers of the psychic: intrapsychic, intersubjective, and group. In the diagnostic understanding, the authors emphasise the centrality of the construction of the co-transferential field, the therapeutic project and the therapist's subjective experience. The labyrinthine dimension of Venice becomes a metaphor for the diagnostic procedure as co-construction together with the patient of his inner city.

*Keywords:* Diagnostic process, Therapeutic project, Co-transferential field, Group-analytic perspective, Co-construction.

Nei mesi precedenti il Seminario, Specializzandi e docenti della Scuola hanno condiviso, discusso, rielaborato, in gruppo, il tema proposto ai relatori Nancy McWilliams e Vittorio Lingiard: *Il campo della diagnosi, personalità, famiglia, contesto*. In ogni sede si è costituito un *focus group* finalizzato alla costruzione di un intervento che aprisse al dialogo attorno al campo e al processo diagnostico da una prospettiva analitico-gruppale.

Gli elaborati dei *focus group* hanno posto una pluralità di interrogativi non solo attorno allo scenario epistemologico e clinico che fa da sfondo ai temi approfonditi dai relatori ma anche ai dispositivi di cura messi in campo: quanto la costruzione dei dispositivi è vincolata ai presupposti teorici di una psicoterapia orientata in senso analitico-gruppale? Cosa implica, nella pratica clinica, assumere la prospettiva scientifica della struttura gruppale della mente?

Di seguito gli scritti prodotti dal lavoro gruppale nelle cinque sedi della Scuola.

### *Sede di Milano*

Il nostro gruppo di lavoro<sup>1</sup> in queste settimane si è riunito in un paio di momenti di riflessione circa il concetto di *diagnosi* ed è bastato poco perché

<sup>1</sup> Portavoce: Sandri A.; Gruppo di lavoro: Gazzaroli D., Soldi M., Oliveti L. (1° anno); Cos C., Capoferri M., Sandri A. (2° anno); Boccato E., Marconi B., Roghi V. (3° anno); Imperioso M., Lombezzi E., Scavuzzo I. (4° anno).

emergesse la chiara sensazione di come oggi, la diagnosi, includa fattori di complessità dai confini decisamente ampi.

Per iniziare a orientarci meglio abbiamo allora preferito parlare di “processo diagnostico”, in modo da sottoporre la diagnosi a una revisione critica, che partisse dalle nostre esperienze quotidiane personali e lavorative. Man mano che la discussione si sviluppava diveniva sempre più evidente la necessità di delimitare e definire il “campo” entro il quale il processo diagnostico dovrebbe operare. Tuttavia, ogni sforzo riflessivo, tecnico e teorico per cercare di delimitarne il campo contribuiva, da un certo punto di vista, ad alimentare questa complessità e determinare un paradosso: da strumento di conoscenza, di analisi e di significazione, il processo diagnostico andava trasformandosi in un processo multifattoriale così vasto da disorientare il clinico.

Nel tentativo di rispettare i tempi dell'intervento vorrei provare chiarire il paradosso, attraverso un altro paradosso: cercare di riassumere in poche righe gli elementi di complessità emersi durante il nostro confronto sul tema della diagnosi. Questa complessità ha un carattere che potremmo definire “tridimensionale” poiché non solo comprende i diversi fattori che andremo a evidenziare fra poco, ma si genera (e attraversa simultaneamente) almeno tre dimensioni dello psichico:

- il piano intrapsichico individuale;
- il piano intersoggettivo;
- la configurazione psichica del gruppo

Come scegliere, quale vertice prediligere, come poterli tenere assieme, quali e quanti soggetti, ambienti, istituzioni coinvolgere? Quanto ampio e tridimensionale deve essere il campo diagnostico nel tentativo di superare il dialogo duale fra analista e paziente?

Queste sono alcune delle domande da cui si è mossa la nostra riflessione, dalla quale sono emersi poi altri spunti critici sulla diagnosi, a volte in rapporto dialettico fra loro, a volte invece in posizioni di contrasto, che possono essere ben rappresentate come polarità contrapposte e che non necessariamente si autoescludono:

- l'esigenza di salvaguardare le caratteristiche uniche del paziente vs la necessità di standardizzazione, funzionale al dialogo tra professionisti e alla ricerca scientifica;
- focalizzarsi sui conflitti e sugli aspetti disfunzionali del soggetto oppure valorizzare le sue risorse e le sue capacità proattive;

- formulare diagnosi descrittive, categoriali aderenti alle nosografie internazionali oppure considerare il sintomo nella sua accezione dimensionale, prediligendo un'analisi funzionale del paziente;
- “cucire” la relazione che si crea all'interno del processo diagnostico su misura delle caratteristiche della persona vs mantenere una conduzione aderente agli schemi e alle indicazioni derivanti dalla teoria a cui facciamo riferimento;
- basare le nostre valutazioni su una diagnosi strumentale vs prediligere diagnosi basate sull'incontro, nella consapevolezza che le diverse personalità in gioco si influenzeranno a vicenda?

Infine, cari a un tema che caratterizza la nostra istituzione formativa, vorremmo proporre la nostra riflessione sul contesto istituzionale e il suo ruolo all'interno della definizione diagnostica: l'istituzione agevola o ostacola il processo diagnostico? Se il processo diagnostico è uno strumento di conoscenza finalizzato al cambiamento, tuttavia non è detto che l'idea di cambiamento del terapeuta coincida con l'idea di cambiamento dell'istituzione in cui lavora. A volte, l'istituzione pone dei limiti nella scelta dell'intervento da offrire al paziente (es. setting), senza considerare indicazioni e controindicazioni fornite dagli studi sull'efficacia della terapia e senza utilizzare strumenti multidimensionali.

A volte, invece, l'istituzione corre il rischio di definire la diagnosi (es. borse di studio e contributi per specifiche categorie diagnostiche che potrebbero provocare un aumento delle diagnosi a cui sono destinati i fondi). Quando l'istituzione si rivela un ostacolo, cosa possiamo fare per riabilitare la diagnosi? Come ridare valore al processo che c'è dietro? Il gruppo di lavoro propone che un modo per non essere schiacciati dall'istituzione sia quello di rafforzarsi professionalmente, attraverso una conoscenza approfondita del processo diagnostico (a cosa serve e in rapporto di quali obiettivi) e attraverso l'utilizzo degli strumenti adatti.

In assenza di un'alleanza di lavoro che coinvolge necessariamente anche i soggetti all'interno dell'istituzione, c'è il rischio che l'operatore si perda nella propria dinamica interpersonale. Come fare, quindi, diagnosi in un'istituzione che non fornisce uno spazio di supervisione o di intervizione ai suoi operatori?

Delineati per sommi capi i fattori e le riflessioni emerse, eccoci giunti dunque alla riflessione che vorremmo proporre ai relatori oggi, sulla base della loro esperienza clinica e di ricerca: *“Com'è possibile tenere assieme tutti questi fattori e livelli di influenza all'interno del processo diagnostico, tanto in un setting individuale quanto nel contesto istituzionale? Ci sono aspetti che possono essere considerati ‘irrinunciabili’? Da tutta questa complessità è possibile ottenere una ‘semplicità’ funzionale e operativa, che*

*valorizzi l'obiettivo finale della diagnosi, ovvero orientare l'intervento terapeutico?"*.

## ***Sede di Padova<sup>2</sup>***

Venezia è una città particolare. È una città fatta di calli, le strette viuzze collegate tra loro da centinaia di ponti che oltrepassano i canali, di edifici antichi ammassati l'uno sull'altro, di portici e sottoportici, di percorsi più agili e di scorciatoie aggrovigliate. È una città che ammalia, ma che fa fare anche tanta fatica e nella quale è difficile orientarsi. Difficile per il visitatore, non certo per i nativi veneziani: si dice che soltanto i "veneziani DOC", quelli che sono nati e cresciuti all'interno e assieme alla città, possono conoscere veramente Venezia.

Per noi, il processo diagnostico è un po' come muoversi per Venezia, un "luogo" nel quale, il clinico fatica a orientarsi; mentre il paziente è come "il veneziano DOC", si muove tra i percorsi della propria mente, della propria storia, dei propri gruppi di appartenenza meglio di chiunque altro, anche se non sempre con consapevolezza.

Allora, il terapeuta diventa un visitatore, un turista, o meglio un compagno di viaggio per un pezzetto di strada che il paziente stesso accompagna alla scoperta della propria città interna.

Il terapeuta è un visitatore attento, un compagno curioso, che non si accontenta di vedere il Ponte di Rialto e Piazza San Marco, non gli basta un tour dei luoghi che tutti conoscono. No, il terapeuta-visitatore vuole vedere anche il ghetto ebraico, il bacaro da Lele, la libreria Acqua Alta, fare l'esperienza degli stivali fino al ginocchio quando l'acqua è veramente alta e la città si trasforma con assi di legno come ponti momentanei che permettono il camminamento.

Venezia è una città sull'acqua e ogni tanto diventa vulnerabile al suo stesso fondale, il suo humus, che è poi la sua predisposizione personologica; come il paziente, ha le sue crisi marine e scompensi acquatici.

Il turista-terapeuta desidera porre attenzione ai particolari dei palazzi, alle sfumature di blu dell'acqua, agli angoli meno appariscenti, che portano però a quella calle inaspettata senza altri turisti e che fa emozionare, come i luoghi

<sup>2</sup> Gruppo di lavoro composto da: Barbacane V., Dionigi B., Fuso E., Mezzalira S. (1° anno); Cerreti D., Imbimbo E. (2° anno); De Filippis M., Lorenzato B., Tassarolo E. (3° anno); Carrera S., Gabrielloni G., Gagliardoni S., Geron G., Picciano I., Turchet C. (4° anno).

interni del paziente quando si prende il rischio di perdersi e lasciare la via principale.

È certo un'esperienza importante e gratificante lasciarsi guidare da chi conosce e su di lei ha scritto manuali di riferimento e fondamentali linee guida. Ma non è sufficiente a esonerarci dall'essere ospiti attenti e consapevoli dell'unicità dell'esperienza che stiamo facendo con l'altro; presuppone di non ripetere asetticamente le parole della guida, ma – con la guida in mano – di lasciarsi sorprendere da alcune cose, alcuni dettagli che fino ad allora avevamo ignorato. Quante volte si è percorsa una stessa strada passando davanti a quell'angolo senza sostarvi?

Analogamente accade che, nella familiarità con certi percorsi della propria mente, il paziente passi accanto ad aspetti propri senza riuscire ad apprezzarli. Allora l'incontro con il clinico può diventare per il paziente un'occasione per cogliere se stesso da angolature, fino ad allora non considerate o date per scontate.

Venezia-Diagnosi forse porta a idealizzare la diagnosi e il suo processo, anche perché è davvero unica e per qualcuno la più bella al mondo! Questo sguardo, anche affettivo, può verificarsi soltanto all'interno della relazione tra paziente e terapeuta, nella quale entrano in gioco aspetti dell'uno e dell'altro: dopotutto, non si ha prospettiva senza due punti di vista!

Ogni paziente coglie della propria città interiore soltanto qualcosa, così come ogni terapeuta ha i propri "punti ciechi": dopotutto, sebbene si sia formato per molto tempo e abbia lavorato nella sua stanza di terapia, il clinico incontra l'altro portando con sé il suo bagaglio di storia, la sua gruppalità interna, i suoi affetti e le sue zone d'ombra. In una parola: (con) la sua disposizione alla diagnosi.

E poi la diagnosi non è un qualcosa di statico, ma bensì un qualcosa che va riattraversato di continuo

Com'è possibile, allora, colorare tutti i quadratini del puzzle per dare vita a una immagine completa e tridimensionale in cui entrino la complessa soggettività del paziente, del terapeuta e del paziente e terapeuta insieme? Forse, occorre accettare l'idea che non tutto è conoscibile, che alcuni aspetti rimarranno inevitabilmente al di fuori del processo diagnostico, ma che non per questo non possiamo fare un buon lavoro.

Il terapeuta COIRAG è forse un compagno di viaggio particolare, che nello zaino vuole ritrovarsi strumenti per lui imprescindibili (organizzatori antropologici) che gli consentano di cogliere gli angoli più bui e anche le bellezze più raffinate della città-persona che lo accoglie. Insieme a umiltà, capacità di meravigliarsi e di lasciarsi sorprendere dal nuovo, delicatezza e attenzione a non essere invadente, anche le idealità non possono mancare, nel processo diagnostico.

Venezia non è una città per tutti: lo sa bene chi fatica a camminare e deve muoversi tra ponti, scale e battelli. Per attraversare Venezia occorre una buona motivazione, attraversare Venezia necessita di tempo e di sufficiente spazio. Analogamente, attraversare il processo diagnostico, costruire una relazione e abitarla non è cosa facile! Entrambi, paziente e terapeuta, devono potervi dedicare tempo, spazio ed essere disposti a fare fatica, a perdersi tra le calli-pensieri, saper stare sospesi dalla terra-ferma e, come Venezia, poggiare sull'acqua instabile, abbandonare memorie e aspettative per cogliere quel particolare che appare dietro l'angolo.

Quello che abbiamo appena descritto sembrerebbe un processo diagnostico "ideale", quello in cui sono presenti tutti i requisiti utili a un buon lavoro. Tuttavia, è esperienza di ciascuno il confrontarsi, ad esempio, con consultazioni in ambiti istituzionali complessi, che magari richiedono di "fare diagnosi" in un unico colloquio, o che danno una disponibilità limitata di colloqui con la persona. È un po' come voler correre per le calli di Venezia, attraversare i canali con un salto, cogliendo soltanto ciò che di appariscente cattura i nostri sensi. Come si fa, in tali condizioni, a co-costruire insieme al paziente una visione sufficientemente complessa della sua città interiore? Che fine fanno il mondo interno dell'uno e dell'altro, la relazione e il campo (e di campi a Venezia ce ne sono tanti), la complessità dell'incontro?

«(...) in questa città succedono cose incredibili (...)» (Corto Maltese parlando di Venezia – Hugo Pratt).

### *Sede di Palermo*

Abbiamo condiviso in gruppo<sup>3</sup>, da una prospettiva gruppoanalitica, la questione della diagnosi.

Ci siamo chiesti, sin da subito, come riuscire a parlare di diagnosi nella relazione con il paziente, confrontando i nostri pensieri, sia come terapeuti, sia come pazienti, e valutando quanto certi termini diagnostici, se non accompagnati da un uso corretto della parola, possano trasformarsi in "mattoni" difficili da maneggiare, portando con sé delle conseguenze poco utili ai fini terapeutici.

Ci siamo interrogati su quanto fosse utile comunicare i nostri ragionamenti diagnostici ai pazienti, se questi possano concretamente aiutarli a rico-

<sup>3</sup> Portavoce del gruppo: Raimondi D. (Specializzanda).

noscerci all'interno di un tratto, fatto sì di sofferenza, ma con una forma ben precisa e riconosciuta, e che contiene in sé anche un'indicazione sul trattamento, o se, al contrario, queste possano apparire come gabbie dalle quali è difficile liberarsi, e portano il paziente a sentirsi prigioniero di un destino già segnato.

La domanda che ci siamo posti è stata: ma a chi serve davvero la comunicazione della diagnosi? Al paziente o al terapeuta stesso?

Per noi, così come per i pazienti, è difficile stare sul “non sapere”, e dunque è la diagnosi che ci permette di affrontare questa difficoltà e di prendere delle decisioni a patto che si sia disposti a interrogarsi sul timore da cui si è attraversati.

Pensiamo che sia utile condividere il ragionamento clinico con il paziente nella misura in cui questo è capace di fornire delle indicazioni sul *come si fanno le cose* (nel mondo, nel gruppo, nei legami) e non sul *come si è*.

In questo senso, la comunicazione della diagnosi diviene strumento di orientamento per il trattamento e per la guarigione.

Se è vero che esistono le diagnosi nosografiche, le etichette e le gabbie, è vero anche che la diagnosi psicodinamica si configura come un processo che si dispiega nel tempo e consente di stare sulla soggettività, di aprire una finestra sul funzionamento del paziente attraverso una logica non escludente, di tipo e-e. Ma è veramente così?

Dovendo dunque riassumere in un'emozione quanto emerso, direi che abbiamo *paura*. Ma paura di cosa? Forse di offendere, chiudere, saturare, “ammattone”.

Allora ci chiediamo, in linea con il pensiero del preside Aprea, come sia possibile considerare in un discorso sulla diagnosi le *ambientazioni reali di vita* (e dunque i gruppi di appartenenza, i legami, il contesto, i rituali, la concezione del sacro, e così via), appunto gli “organizzatori socio-antropologici della mente”, che renderebbero la diagnosi aperta e meno saturante.

Come lo inseriamo il contesto, il gruppo, la cultura all'interno della diagnosi? Come facciamo a sistematizzare dinamiche così complesse e varie, senza scivolare nella frammentazione e nella parcellizzazione del contenuto?

Forse la gruppoanalisi ci può aiutare con la sua capacità di contestualizzare a rendere le nostre diagnosi un po' più calde, umane e meno sterili. Sì, ma come si fa?

## *Sede di Roma<sup>4</sup>*

La sede di Roma presenta una situazione clinica. Una signora di 50 anni che, tra mille difficoltà, mostra sintomi fobici marcati. Si rivolge a un CSM del centro sud chiedendo aiuto partendo dalla relazione con i suoi due figli. Il marito, affetto da schizofrenia è morto in circostanze misteriose. La figlia e il figlio mostrano disagi psicologici e ritiro sociale.

*P: Come ho fatto a non accorgermi dei bisogni che avevano i miei figli? Ci sono giorni che mio figlio vede mia figlia che sta male e si deprime anche lui, altri in cui mia figlia vede mio figlio stare male e sta male anche lei, e io sto nel mezzo! Starei bene se loro stessero bene... se lavorassero... possibile che mi basta questo per essere felice?*

La paziente sente tutto sulle sue spalle. Anche la famiglia d'origine l'ha investita del ruolo di occuparsi di tutto e tutti. Le donne sono di aiuto per gli uomini che si ammalano.

*P: Io non ce la faccio più a fare le cose per gli altri, a pensare sempre agli altri, prima mio marito, poi madre, ora i miei figli... sono passata dalla padella alla brace.*

*T: Mi sembra che stia da tutta la vita a occuparsi di qualcuno.*

*P: È tutta la vita che dura questa cosa, da quando mi trasferii da mia nonna dopo che nonno morì.*

Il nostro vertice osservativo ha provato a inquadrare il processo diagnostico individuando le variabili di accostamento tra la ricerca clinica della gruppoanalisi e quella clinico-empirica di McWilliams e Lingiardi. Riporiamo le considerazioni relative a partire dai colloqui reali.

### *1. Il concetto di identificazione sviluppato dalla ricerca psicoanalitica, ripreso da McWilliams e quello di intenzionamento familiare.*

La dimensione familiare da cui proviene Rosaria sembra configurarsi come una matrice satura, che impedisce un processo di soggettivazione. L'identità di Rosaria, fortemente ancorata all'identificazione materna, sembra esser supportata dal sistema familiare, secondo il costrutto definito dalla gruppoanalisi "intenzionamento familiare". *"Mia mamma ci diceva sempre dovete fare questo, dovete fare così, dovete essere così... e io sono stata l'unica delle mie sorelle ad aver preso questi insegnamenti. Parlandone con loro, anche loro ne sono state influenzate, però loro si sono ribellate, e io no. Mio padre diceva che io ero una santa,*

<sup>4</sup> Portavoce: Lo Cascio E.

*ero l'unica delle mie sorelle. Me l'hanno inculcato!!! Che una madre dev'esser tutto per i figli, deve vivere per i figli!"*

La famiglia, intesa quale costante psichica della cultura, dovrebbe promuovere lo sviluppo della personalità nelle nuove generazioni. Per il bambino il riconoscimento dell'ambiente è reso possibile dall'identità familiare. Il processo di costruzione dell'identità nel pensiero psicoanalitico è strettamente connesso alla qualità delle identificazioni (*primitive versus mature*). Il pensiero di Nancy Mc Williams, si concentra maggiormente sulla componente intrapsichica, individuando puntualmente la costituzione di meccanismi di difesa, evoluti o primitivi.

2. *L'utilizzo del sogno nella fase del comprendere diagnostico e come elemento per monitorare il processo terapeutico.*

Il sogno è un potente indicatore del livello organizzativo del carattere e del livello evolutivo delle difese, ma è anche un efficace termometro del clima affettivo che si sviluppa e che si trasforma durante il processo, nel campo relazionale.

Emerge il ricordo di un sogno, solo accennato, che aveva fatto quando ancora viveva con il marito: *Sognavo di guidare, prendevo la macchina e guidavo, guidavo, scendevo per....*

La paziente guida e può parlare di sé, a volte attraverso "la patente" dei figli, a volte in prima persona.

3. *Parallelo tra area culturale e credenza patogena.*

Nelle due edizioni del PDM, si ritrova la credenza patogena quale caratteristica relativa a se stessi. Si tratta delle convinzioni, delle contrazioni e delle illusioni che rappresentano la "mitologia" specifica del disturbo. Questi si manifestano come coazioni a ripetere di rappresentare se stessi e il rapporto con gli altri e il mondo. Infatti, Rosaria manifesta alcune credenze patogene che originano dalla matrice specificatamente culturale: i proverbi, ad esempio, vengono utilizzati come veicoli simbolici di codici prescrittivi di comportamento.

*Quando la figlia sta male le dice di pregare, per i miracoli. Fa l'esempio della vicina angelo che le portava il latte proprio quando lei non l'aveva e ne aveva bisogno, o prestiti e altri favori ricevuti senza averli mai chiesti.*

In tal senso l'analisi della specifica area culturale, nell'inquadramento diagnostico della "malattia mentale", riguarda anche le tradizioni familiari e il loro intrecciarsi nella malattia. Si tratta di temi culturali che nella loro dimensione etiologica, riguardano proprio la storia intera della cultura dalla sua nascita, al suo ammalarsi e guarire sino alla sua fine.

4. *Il campo con-transferale e il vissuto soggettivo del terapeuta.*

Nel setting gruppoanalitico le storie personali si realizzano quali catene associative che favoriscono l'attivazione co-transferale. La trasformazione da

oggetti-Sé in oggetto-Relazione avviene in un campo relazionale circolare, in cui le costellazioni relazionali sedimentate nei soggetti A e B e provenienti dalla loro esperienza privata e professionale sono connessi alla storia del contesto organizzativo/istituzionale in cui la relazione si svolge. Nella seconda edizione del PDM è di rilievo l'osservazione della posizione emotiva manifestata dal terapeuta durante la costruzione delle prime ipotesi diagnostiche, soprattutto per l'individuazione del livello evolutivo del carattere e del sistema difensivo del paziente.

In un'ottica intersoggettiva storia e personalità del terapeuta, campo istituzionale e personalità del paziente si influenzano reciprocamente.

Nella scena che segue possiamo notare che la terapeuta manifesta una difficoltà nel comprendere la fatica mostrata dalla madre nel favorire processi evolutivi di autonomia nel figlio. La terapeuta si sente vicina al vissuto del figlio e spinge la madre a considerare il punto di vista del figlio. Ma ciò non sembra avvenire in un clima affettivo di comprensione. Ogni qualvolta che la madre prova a introdurre l'argomento lavoro, il figlio si arrabbia.

*P: Con lui non si può parlare. Non si può proprio domandare "Alfrè che hai deciso?!" che lui si arrabbia....*

*T: Insomma, forse lui le sta comunicando così che vuole vedersela da solo.*

*P: ..allora me ne devo andare per vichi e vicarielli.*

#### 5. *Livello istituzionale, diagnosi e progetto terapeutico.*

Nella prospettiva multipersonale, come scrivono Lo Coco e Lo Verso, l'incontro diagnostico e terapeutico è incontro tra gruppi, al di là che si tratti di una terapia individuale, familiare o grupppale. Questi gruppi (terapeuta, paziente, altre figure professionali coinvolte) sono portatori di saperi differenti sulla sofferenza mentale.

Qual è il pensiero sulla patologia, sulla cura e sulla guarigione del gruppo dei curanti, in questa situazione clinica? La paziente mostra un conflitto sulla possibilità di aiutare il figlio ad accedere alle cure psicologiche. Il figlio si trova in uno stato di ritiro sociale.

*P: Non voglio essere io a cercare una psicologa per Alfredo (il figlio), o un altro centro, non so come si fa, non so dove cercare... Io vorrei qualcuno che ci dicesse cosa fare, per pensare a una psicologa, a un altro centro...*

*T: Non so se potrò esserci io, vede, penso che sia importante che lo spazio che ha con me sia solo suo... potremmo invece pensare, in parallelo a questo spazio con me, a uno spazio familiare con un'altra dottoressa; quali sono le sue aspettative?*

*P: Di Alfredo ho paura che resti così.*

Dopo poco durante il colloquio la paziente dirà che lei vuole che A. faccia tutto da solo: *Non voglio fare con lui quello che ho fatto con mio marito... Io l'ho accompagnato per anni dalla psichiatra.*

Da questi temi poniamo alcune domande che prendono spunto dal dialogo paziente-terapeuta.

- 1) In fase diagnostica possiamo considerare l'identificazione come un concetto solo individuale o intrapsichico o può essere considerato l'esito di un processo più ampio, mentalizzazione di strumenti e di modalità di pensiero dell'organizzazione antropologica di riferimento?
- 2) A partire dal concetto di credenza patogena e dimensione antropologica, nella prossima edizione del PDM ci sarà spazio per una sezione dedicata al livello culturale?
- 3) Che ruolo può avere il lavoro sui sogni nello sviluppo del processo diagnostico e del progetto terapeutico, a partire dalla valutazione dei tre assi inseriti nel PDM?
- 4) È possibile associare l'analisi del controtransfert a quella del co-transfert?
- 5) In che modo la formazione del terapeuta, i ruoli e le gerarchie nell'istituzione influenzano le ipotesi diagnostiche e il progetto terapeutico, sviluppati attraverso il PDM?

### ***Sede di Torino***

Il lavoro di riflessione della sede Torino si è articolato attraverso due incontri di gruppo<sup>5</sup> che hanno previsto la partecipazione di Specializzandi di anni differenti col duplice obiettivo di approfondimento delle tematiche del sem1 inarario e di co-costruzione della mattinata di seminario.

Alla domanda iniziale dei conduttori: *“A partire dalle vostre esperienze cliniche, quando si parla di campo diagnostico quali sono gli elementi che ritenete importante tenere in campo, quali fuori, quali i possibili confini?”*, le prime risonanze e attinenze sono fluite sotto forma di vissuti, immagini e brevi stralci clinici.

<sup>5</sup> Gruppo di lavoro composto da: Montefusco G., Bordogna A., Nespeca S. (1° anno); Granata F., Belli F., Piacentini R. (2° anno); Nocchiero D., Paracchino C., Bima G. (3° anno); Guarino J., Rossi E. (4° anno); *Conduttori*: Pellegrino A. (docente di Psicopatologia), Cerutti G. (coordinatore 3° anno), Gasparini E. (vicedirettore).

Anche successivamente è stato più semplice convergere su dimensioni evocative e insature, mentre decisamente più complicato trovare definizioni condivise.

### *Prima riflessione*

È difficile parlare di diagnosi tracciando confini chiari e netti, così come talvolta per noi terapeuti in formazione è difficile assumere la responsabilità di stendere nero su bianco le ipotesi diagnostiche.

Il confronto sul tema della diagnosi e l'allargamento del campo hanno a più riprese immerso il gruppo in fitti banchi di nebbia, di confusione e spaesamento proprio come spesso accade nella stanza quando assumiamo un mandato diagnostico: l'immagine che ne è emersa è stata la necessità di una mappa che possa indirizzare e una bussola che possa orientare nell'attraversamento del processo diagnostico.

### *Seconda riflessione*

Se consideriamo la diagnosi fondamentalmente come incontro, come "campo relazionale" attraversato dal terapeuta e dal paziente, è legittimo porsi la domanda rispetto a chi abbia in mano la mappa e chi sia il territorio?

Nella nostra prospettiva analitico-gruppale il percorso diagnostico è concettualizzabile come incontro tra territorialità, quelle del clinico e quelle del paziente, e tra le rispettive gruppalità interne ed esterne, tra elementi istituzionali, culturali, sociali e antropologici; è incontro con i potenziali interlocutori dello scenario familiare e istituzionale che possano restituire tridimensionalità e profondità di campo; la diagnosi è terra di mezzo e d'incontro tra alterità da "etichettare" e accomodare e al contempo finestra che si apre su territori da esplorare; rapporto dialettico tra ricerca di somiglianze e similitudini, dell'identico (*idem*) e scoperta creativa di unicità e singolarità.

Nel momento in cui questa tensione dialettica viene meno emergono forti le dicotomie e le possibili polarizzazioni: la diagnosi è utile per il clinico o per il paziente? È territorio di incontro e conoscenza o meccanismo di difesa che protegge il clinico e molte volte l'istituzione? È un processo di ipersemplificazione o ipercomplessificazione?

In particolare, ci siamo soffermati sulla possibile dicotomia tra diagnosi psicologica e diagnosi psichiatrica, sintetizzata nel confronto tra vertice PDM e DSM.

### *Terza riflessione*

In gruppo proviamo a immaginare e collocare DSM e PDM su un possibile *continuum*, come potenziali mappe di un unico territorio. Qualcuno suggerisce la necessità di trovare un buon traduttore tra due linguaggi che talvolta sembrano radicalmente diversi, ma che potremmo avvicinare e accostare considerandoli semplicemente due dialetti; si parla della necessità di attraversamento di una terra di mezzo che è quella del paziente, usando il dialetto DSM per sgrossare e quello del PDM per raffinare.

Infine, una parte della riflessione è stata dedicata alla diagnosi come gesto, come atto e come azione: non per niente siamo chiamati a “fare diagnosi”. La diagnosi dà un nome, orienta, indica, definisce un tempo, influisce sulla relazione, ha un mandato, forma e informa. Riverbera su diversi piani e comporta svariati costi, rispetto alla storia personale e familiare del paziente, ai contesti di vita e alle istituzioni di cura. In quanto gesto richiede al clinico un’assunzione di responsabilità che talvolta saremmo tentati di evitare o per lo meno stemperare.

In quanto gesto chiede non solo una chiara definizione, ma successivamente anche la comunicazione al paziente. Gesto da assumere con particolare tatto e delicatezza.

Se è vero che spesso la diagnosi può essere etichetta o stigma, ci siamo interrogati su quanto nella contemporaneità ricevere una diagnosi talvolta possa colmare vuoti e mancanze e restituire possibili forme identitarie. Ci si riferisce, ad esempio, a una certa fascia di popolazione adolescente per cui l’utilizzo tra pari di etichette diagnostiche sia diventato “gergale” e potenziale modo per identificarsi e distinguersi.

### *Riflessione conclusiva*

Non ultima in termini di importanza è la qualità temporale della diagnosi che rende maggior giustizia della complessità del compito diagnostico e, più in generale, della complessità dell’esistere umano. Il suo continuo farsi, il non essere limitata a un gesto e a un momento, ma atto che si estrinseca in un divenire conoscitivo forse continuo, potenzialmente infinito.

Come clinici non possiamo (o non dovremmo) mettere, almeno nella nostra mente, un’etichetta definitiva al paziente che ci troviamo di fronte; bensì assumere un atteggiamento aperto a nuove esplorazioni e conoscenze che ne arricchiscano l’immagine e ne articolino la trama esistenziale, passata come futura.

Inevitabili giungono alcune domande conclusive che, sebbene possano suonare retoriche, riteniamo utile proporre: si finisce mai di diagnosticare un

paziente? Esiste realmente una differenza tra diagnosi e psicoterapia oppure è possibile affermare che il processo diagnostico è esso stesso terapia? Si tratta, quindi, di divisioni artificiali finalizzate a fornire punti fermi all'interno di un fluire conoscitivo e relazionale che continua, consciamente e inconsciamente, anche all'esterno della stanza d'analisi e al di là del tempo della seduta?