

18 aprile 2010, ore 9.00-12.30: *Sessione plenaria* “Mappe e racconti di viaggio: diagnosi e psicopatologia”  
*Chairperson*: Gianni Francesetti. *Partecipanti*: Paolo Migone (*main speaker*), Maria Armezzani (area cognitiva), Maria Ballardini (area corporea), Ezio Menoni (area integrata), Andrea Giannelli (area analitico-dinamica), Giuseppe Ruggiero (area sistemica), Alberto Zucconi (area umanistica)

## La diagnosi come mappa del viaggio della psicoterapia

Paolo Migone

Condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (<http://www.psicoterapiaescienzeumane.it>)  
(Via Palestro 14, 43123 Parma, Tel./Fax 0521-960595, E-Mail <[migone@unipr.it](mailto:migone@unipr.it)>)

La metafora del viaggio è molto usata in psicoterapia, nel senso che la psicoterapia può essere raffigurata anche come un percorso, un'esplorazione dentro a noi stessi, al cui termine ritorniamo a casa arricchiti di esperienze e diversi da quelli che eravamo prima, possibilmente “guariti”. Il mito del pellegrinaggio è un tipico esempio: allo scopo di ottenere una grazia o di essere miracolato il pellegrino percorre distanze anche lunghissime (sappiamo tra l'altro che il faticoso viaggio che intraprende può far parte del segreto meccanismo della guarigione, anzi forse ne è l'essenza, perché viaggiando conosce posti nuovi e gente nuova, fa esperienze “correttive”, ecc.). E in un viaggio ci serviamo di mappe: nella psicoterapia una di queste mappe può essere la diagnosi. La diagnosi in psicoterapia però è sempre stata oggetto di accesi dibattiti, ne è prova anche questa sessione in cui scuole diverse si confrontano sui rispettivi modi di concepire la diagnosi.

Cosa è la diagnosi? La risposta è facile. La diagnosi (*dia-gnosis*, “conoscere attraverso”) è un modo di vedere il paziente secondo la griglia di un determinato sistema diagnostico, per cui la questione si sposta sul tipo di sistema diagnostico utilizzato. Infatti non ve ne è uno solo, ve ne sono tanti.

Prenderò quindi in rassegna le caratteristiche principali dei più conosciuti metodi diagnostici di cui disponiamo e alcuni dei problemi metodologici connessi, ma prima voglio raccontare brevemente una battuta sulla definizione di diagnosi che mi torna in mente adesso e che tanti anni fa disse Bob Spitzer (che era il capo della *Task Force* del DSM-III), riportandola da una vignetta del quotidiano *New York Post* del 1 agosto 1966 e che io volli mettere in epigrafe a un mio articolo di risposta al dibattito sulla diagnosi e sul rapporto tra psichiatria e psicoanalisi che avevo stimolato quando – al mio ritorno dagli Stati Uniti – avevo presentato in anteprima in Italia il DSM-III sul n. 4/1983 di *Psicoterapia e Scienze Umane*: «Allora l'*équipe* diagnostica si fece avanti e si mise a diagnosticare l'intera faccenda: “*Équipe* diagnostica? Ascoltami bene... ‘Agnostico’ significa ‘uno che non sa’, e ‘di’ è un prefisso che vuol dire ‘due volte’. Quindi l'*équipe* diagnostica sa appena due volte quello che sa un qualunque agnostico, giusto?”» (Spitzer, Williams & Skodol, 1980, p. 151; Migone, 1985, p. 74).

Vediamo adesso i più noti sistemi diagnostici.

### *Il DSM-IV*

Il più conosciuto sistema diagnostico è il *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) of *Mental Disorders* proposto dalla *American Psychiatric Association* (APA), oggi alla quarta edizione (DSM-IV), e nel maggio 2013 avremo il DSM-V, tanto atteso perché cercherà di risolvere alcuni dei difetti delle ultime due edizioni (anzi quattro se si includono le revisioni: DSM-III del 1980, DSM-III-R del 1987, DSM-IV del 1994 e DSM-IV-TR del 2000). Questi manuali, che hanno sposato l'approccio categoriale (invece che dimensionale) e quello politetico (invece che monotetico), notoriamente hanno poca validità, anche se hanno innalzato l'attendibilità, e il DSM-V introdurrà o amplierà alcuni aspetti dimensionali. Ritengo sia utile a questo punto spendere alcune parole sulle dicotomie validità/attendibilità, categorie/dimensioni e politetico/monotetico, perché

possono non essere chiare a tutti, così risulta più chiara la struttura di questi sistemi diagnostici a partire dal DSM-III del 1980 (per un approfondimento sugli aspetti teorici e metodologici della diagnosi, con una storia della costruzione del DSM-III e del DSM-IV, rimando a Migone, 1983b, 1985, 1987, 1992-99, 1995a cap. 12, 1995b; de Girolamo & Migone, 1995).

Il concetto di “validità” (*validity*) è molto diverso da quello di “attendibilità” (*reliability*). Esistono molti tipi di validità (ad esempio “di facciata”, “descrittiva”, “di costruito”, “predittiva”, “di contenuto”, “procedurale”, “concorrente”, “divergente”, “di criterio”, “concettuale”, ecc.); una delle più importanti è la “validità di costruito” (*construct validity*) che rappresenta l’insieme delle evidenze che supportano un modello teorico utile a spiegare l’eziologia o la patofisiologia di un disturbo. L’attendibilità (o affidabilità) invece si riferisce meramente al grado con cui operatori diversi concordano sulle diagnosi fatte indipendentemente (cioè alla cieca) l’uno dall’altro sugli stessi pazienti (nei test, l’attendibilità si riferisce anche al grado con cui si ottiene lo stesso risultato se il test viene ripetuto, ovviamente se nel frattempo non intervengono fattori che modificano il soggetto studiato); una diagnosi quindi può essere molto attendibile ma sbagliata, cioè non valida. Per fare un esempio, come osservò Feinstein (1985), due osservatori che nel descrivere la pioggia si riferiscano ad essa giudicandola neve, pur essendo tra loro in accordo (manifestando quindi una elevata “inter-attendibilità”), cionondimeno non possono essere considerati dei credibili meteorologi! L’attendibilità può essere misurata con un “coefficiente di accordo” (il cosiddetto “indice K”, che esprime il rapporto tra la concordanza osservata e quella casuale tra osservatori diversi): ad esempio nelle “prove sul campo” (*field trials*) per il DSM-III (American Psychiatric Association, 1980, pp. 467-472) è emerso che, mentre questo coefficiente nella schizofrenia era pari a 0.81, esso era invece abbastanza basso nei disturbi di personalità (cioè nell’Asse II), in cui variava da 0.26 a 0.87 a seconda dei singoli disturbi, con una media dello 0.64 (il che significa che in media solo il 64% dei clinici si sono trovati d’accordo sulle diagnosi date, all’insaputa l’uno dell’altro, agli stessi pazienti). Il DSM-III quindi ha alzato molto l’attendibilità delle diagnosi, se si pensa che precedentemente era bassissima: per fare un solo esempio, gli stessi pazienti venivano diagnosticati schizofrenici in misura dieci volte maggiore negli Stati Uniti rispetto all’Europa.

Per quanto riguarda invece la dicotomia categorie/dimensioni, il DSM-III e il DSM-IV hanno sposato un modello “categoriale” e non “dimensionale” delle malattie mentali. Secondo il modello categoriale, lo stato di malattia sarebbe qualitativamente diverso e separato dallo stato di non malattia, e ogni disturbo (ogni “categoria” diagnostica) sarebbe nettamente separato e diverso dall’altro (con “terre di nessuno” tra una diagnosi e l’altra). Secondo l’approccio dimensionale invece i disturbi mentali vengono considerati come variazioni quantitative lungo *continuum* relativi ad esempio alla personalità, alla cognizione, all’umore, ecc. Già la tradizione ippocratica concepiva un *continuum* tra la salute e la malattia lungo determinate dimensioni, e fu la rivale scuola platonica a postulare che le malattie potessero essere catalogate in tipi ideali e distinti l’uno dall’altro. Si può dire che il modello dimensionale sia più corretto perché più rispondente alla realtà (la natura è quasi sempre “dimensionale”), mentre il modello categoriale è astratto, concependo le malattie come “prototipi” difficilmente osservabili nella realtà clinica (dei quali però si può misurare la distanza dal caso in esame). Quello che è certo è che il modello categoriale è più pratico (si pensi solo alle esigenze statistiche, oltre che alla comodità per il clinico il quale può più facilmente “etichettare” un paziente con una certa diagnosi), mentre quello dimensionale è molto complesso e più adatto per la ricerca (per un panorama sui modelli dimensionali della personalità, alcuni dei quali appunto sono molto complessi, vedi Migone, 2008c). Inoltre si può argomentare che non tutta la realtà clinica è dimensionale: se è vero che un paziente può essere più o meno depresso o più o meno ansioso, non si può certo dire che una donna sia “più o meno incinta”, ma o è incinta o non è incinta, quindi in questo caso si deve adottare una logica categoriale.

Accenno ora alla dicotomia politetico/monotetico, che si riferisce ai criteri diagnostici, i quali, assieme al sistema multiassiale, sono stati la vera novità dei DSM (riguardo al termine “monotetico”, onde evitare confusioni va precisato che non va confuso con “nomotetico”, termine più noto e che appartiene invece alla dicotomia nomotetico/idiografico, a cui accennerò dopo). Per ogni disturbo mentale viene specificato un numero minimo di criteri diagnostici la cui presenza è necessaria per la diagnosi (ad esempio 5 criteri su 9), e vengono inoltre precisati criteri sia di inclusione che di esclusione. Dal DSM-III in poi è stato adottato un sistema di tipo non “monotetico” ma “politetico”, in cui i pazienti con una determinata diagnosi hanno in comune vari

criteri diagnostici tutti di ugual valore ponderale, cioè senza che uno di essi debba per forza essere presente. Al contrario, nel sistema monotetico uno o più criteri diagnostici che devono essere obbligatoriamente presenti per poter fare diagnosi; la polmonite tubercolare, ad esempio, non può essere diagnosticata solo con la febbre, la tosse, un riscontro radiografico, ecc. – che sono criteri diagnostici che posso appartenere anche ad altre malattie – ma necessariamente dal reperto del bacillo di Koch nell’espettorato, senza il quale, secondo un approccio *monotetico*, non è possibile fare diagnosi (e questo ha ripercussioni sulla terapia, perché posso dare l’antibiotico che salva il paziente, mentre se ad esempio la polmonite era virale l’antibiotico è inutile e il paziente può anche morire). Un sistema diagnostico di tipo politetico permette quindi una maggiore flessibilità di impiego nella pratica clinica, riconoscendo l’eterogeneità dei disturbi e facilitando la diagnosi per pazienti che, pur condividendo solo parte del quadro sindromico, hanno in comune alcune caratteristiche fondamentali ritenute di particolare importanza. Il fatto che tutti i sintomi sono uguali, questa sorta di “democrazia” nei criteri diagnostici, discende necessariamente dall’approccio “ateorico” del manuale, infatti il ritenere un criterio più importante di altri potrebbe implicare una teoria sottostante o un legame di causalità, mentre è stata fatta una scelta per così dire di umiltà, di rispetto verso tutte le possibili teorie, di esplicita ignoranza verso la complessità della causa delle malattie mentali e di adesione solo al criterio descrittivo. Il limite del sistema politetico però è rappresentato dalla eccessiva eterogeneità diagnostica che esso consente, e che può addirittura vanificare il senso dell’inclusione di due pazienti nella medesima categoria: ad esempio, come hanno osservato Frances *et al.* (1990), vi sono ben 93 modi differenti di soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo borderline di personalità secondo il DSM-III, mentre due pazienti potevano entrambi soddisfare i criteri per il disturbo schizotipico di personalità senza avere in comune nemmeno uno dei criteri politetici richiesti per questa diagnosi. Secondo il DSM-III infatti erano necessari solo 4 criteri su 8 per la diagnosi di disturbo schizotipico, per cui un paziente poteva soddisfare i primi 4 criteri e un altro gli ultimi 4, ed essere entrambi diagnosticati schizotipici – il DSM-III-R e il DSM-IV hanno eliminato questo inconveniente, richiedendo la presenza di almeno 5 criteri su 9 (cioè innalzando la soglia), per cui almeno un criterio deve essere in comune, e questo esempio rende bene l’idea della filosofia del manuale.

Torno ora a parlare in generale dei DSM, e del futuro DSM-V. Mentre il DSM-I (1952) e il DSM-II (1968), non avendo i criteri diagnostici, avevano suscitato poco interesse, dal DSM-III (1980) in poi questo sistema diagnostico ha rappresentato una grossa novità perché, come si è detto, ha introdotto i criteri diagnostici e adottato una concezione della psicopatologia di tipo strettamente descrittivo e “ateorico”: in altre parole, la sfida che le ultime edizioni hanno cercato di cogliere è stata quella provare a vedere se era possibile unificare la professione con diagnosi che trovassero l’accordo di tutte le scuole e i paesi del mondo, permettendo quindi la comunicazione tra operatori diversi, tramite un sistema diagnostico basato solo sull’aspetto esteriore dei sintomi, senza ipotesi teoriche o eziopatogenetiche sottostanti le quali erano responsabili della divisione tra scuole. Secondo però la maggior parte dei commentatori, il DSM-III e il DSM-IV non sono riusciti a vincere questa sfida, quindi hanno fallito il loro compito, nel senso che non sono riusciti a formulare quasi nessuna diagnosi valida, ma solo ad innalzare un po’ l’attendibilità (*reliability*). Vi è molta attesa sul modo con cui il DSM-V riuscirà a migliorare le sorti delle precedenti edizioni, però, se può interessare, vi sono già le avvisaglie di notevoli burrasche: il 10 febbraio 2010 l’APA ha ufficialmente pubblicato su Internet – al sito <http://www.dsm5.org> – un *draft* provvisorio del DSM-V (che, come si è detto, uscirà nel maggio 2013, dopo vari rinvii della pubblicazione che era stata già annunciata per il 2011 e il 2012), elencando i criteri diagnostici provvisori, il loro razionale, i dati di ricerca che li sorreggono, il paragone col DSM-IV, ecc., affinché i ricercatori potessero inviare commenti o suggerire modifiche (questo era possibile entro il 20 aprile 2010, dopo di che il sito è rimasto solo visibile, senza poter più inviare commenti). Tra le varie novità contenute in questo *draft* del DSM-V, segnalo alcune di quelle che hanno fatto maggiormente discutere: eliminazione dei disturbi di personalità Dipendente, Istrionica e Narcisistica, accorpamento della Sindrome di Asperger all’interno dei “Disturbi dello spettro autistico”, introduzione di una “Sindrome da rischio psicotico”, ecc.

Ebbene, le prime reazioni a questo *draft* sono state estremamente critiche, è infatti piovuta una pioggia di lamentele (ad esempio, riguardo alla proposta di una nuova diagnosi di “Sindrome da rischio psicotico” è stato fatto notare che non solo è ingiustificata, ma che avrebbe anche l’effetto di “psichiatrizzare” inutilmente numerose persone e far aumentare l’uso di farmaci – ad esempio degli antipsicotici di ultima generazione che tra l’altro sono molto costosi). Tra le tante proteste segnalo la durissima critica di Allen Frances [2010], molto autorevole perché era il capo della *Task Force* del DSM-IV, e il dibattito tra Allen Frances e Alan Schatzberg (presidente dell’APA) alla televisione americana PBS il 10 febbraio 2010, che è visibile su Internet [Frances & Schatzberg, 2010]). La psichiatria americana sta attraversando dunque un momento difficile riguardo alla diagnosi, ma questo non deve stupire poiché è praticamente impossibile costruire un sistema diagnostico *attendibile* e nel contempo *valido* che sia basato solo su criteri descrittivi, e del resto non è neppure possibile un sistema diagnostico attendibile e valido basato su una teoria condivisa delle malattie mentali perché la disciplina è ancora troppo giovane, frammentata in scuole diverse, senza ancora una teoria unitaria del funzionamento della mente, della teoria dello sviluppo, della teoria della terapia, del problema del rapporto mente-corpo, ecc.

Se può interessare, alcuni ricercatori del *National Institute of Mental Health* (NIMH) degli Stati Uniti (Miller, 2010; vedi <http://www.nimh.nih.gov/research-funding/rdoc.shtml>), quasi in competizione col DSM-V, stanno lavorando per rispondere alla crisi del DSM cavalcando l’estremo opposto dell’approccio esteriore o descrittivo: allo scopo di raggiungere una validità di costrutto tentano di identificare nuovi modi di classificare i disturbi mentali basati su precisi circuiti neurali chiamati *Research Domain Criteria* (RDoC). Sono già stati identificati cinque di questi “dominii” di funzionamento mentale – che ricordano per certi versi i cinque fattori di personalità dei *Big Five* (*Five Factor Model* [FFM]) di Costa & McCrae (1988) (vedi Migone, 2008c) – che corrispondono ad altrettante regioni cerebrali o vie neurochimiche (emotività negativa, emotività positiva, processi cognitivi, processi sociali, sistemi di regolazione/*arousal*), ciascuna delle quali si suddivide in altri sotto-dominii a seconda di particolari circuiti neurali. Ad esempio, la emotività negativa si suddivide in tre sottotipi: paura (derivante da una disfunzione dell’amigdala e delle aree connesse), stress e ansia (legata a anormalità dell’asse ipotalamico-pituitario-surrenale [HPA] e agli ormoni dello stress), e aggressività (legata all’amigdala e all’ipocampo, come pure ad ormoni come il testosterone e la vasopressina). L’ambizione di questo progetto dell’NIMH è ovviamente quello di correlare la ricerca sugli RDoC alla pratica clinica.

### *L’ICD-10*

Un altro importante sistema diagnostico è l’ICD-10, cioè la 10<sup>a</sup> edizione dell’*International Classification of Diseases* (ICD) proposta nel 1992 dall’*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS), che è quello a cui ci si deve adeguare ufficialmente nelle statistiche del sistema sanitario perché è frutto di un accordo internazionale (mentre il DSM-IV è più utilizzato nella ricerca scientifica a causa del ruolo di prestigio che gli Stati Uniti hanno in questo campo, e vi è una certa competizione tra i DSM e gli ICD). Si sta lavorando alla prossima edizione, l’ICD-11, prevista per il 2015, che presenterà tre versioni: una versione succinta per l’uso nella medicina generale (*primary care*), una versione dettagliata per setting specialistici, e una versione avanzata per la ricerca. (Per una discussione dell’ICD-10 e delle sue differenze dal DSM-IV, rimando a Migone, 1996b).

### *Il PDM*

Per citare un altro sistema diagnostico di cui recentemente si è tanto parlato, vi è il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006), prodotto dalla comunità psicoanalitica internazionale nel 2006 e costruito allo scopo di stimolare il dibattito sul DSM-V o affiancarsi ad esso, introducendo alcuni aspetti non solamente descrittivi. Il PDM ha modificato poco le categorie diagnostiche del DSM-IV (ad esempio ha eliminato la diagnosi di borderline, rendendola un livello di gravità di tutti i disturbi di personalità e quindi sposando la concezione di Kernberg e altri [per l’approccio di Kernberg, vedi Migone, 1990, 1991, 1995a cap. 8]), ma ha modificato la struttura degli Assi (mettendo come primo Asse la Personalità [P], come secondo Asse un “profilo del funzionamento Mentale” [M], e come terzo Asse i “Sintomi” con la loro esperienza soggettiva [S]);

di particolare interesse è l'Asse M, che contiene 9 "categorie di funzionamenti mentali di base" che vanno valutate. (Per una presentazione del PDM, rimando a Migone, 2006).

### *Due psicopatologie: "descrittiva" e "strutturale"*

Questi tre che ho elencato non sono gli unici sistemi diagnostici (per un panorama storico delle classificazioni delle malattie mentali, dall'antichità ai giorni nostri, rimando a Migone, 1996a, 1999). Sono solo quelli più noti o proposti in modo ufficiale da organizzazioni internazionali della professione. Oltre a questi, vi è una miriade di modelli avanzati da scuole o singoli autori, dai più complessi ai più semplici. Mi viene in mente a questo proposito di aver sentito dire recentemente che un collega italiano molto noto e autorevole sostiene che per lui esiste solo un sistema diagnostico: quello che divide i pazienti in "molto matti", "un po' matti", e "poco matti", ed è questo lo schema di riferimento che gli serve di più nella sua pratica clinica.

La psicoanalisi, che è uno dei primi approcci psicoterapeutici comparsi sulla scena, ha elaborato moltissimi sistemi diagnostici, dai più complicati ai più semplici a seconda degli autori a partire da Freud. Si può dire che quello che li accomuna tutti è di essere all'opposto dei DSM-III e DSM-IV, cioè di non basarsi solo sull'aspetto descrittivo (anzi, forse di non basarsi affatto sull'aspetto descrittivo, o molto poco) bensì di collegare i sintomi a una teoria sottostante, come peraltro si fa in medicina, cioè presupponendo che si conosca il senso della malattia (giusto o sbagliato che sia, intendo dire che vi è almeno la pretesa, l'ambizione di costruire una scienza). Ovviamente questo vale anche per quasi tutte le altre scuole psicoterapeutiche. In questo senso i DSM-III e DSM-IV, per il fatto di ignorare la teoria, rappresentano una anomalia, ma le varie *Task Force* del DSM sono sempre state ben consapevoli di questo limite. Ignorare la teoria è stata, come si è detto, una scelta precisa, una sfida "eroica" che si è voluta percorrere consapevolmente, partendo da una premessa di ignoranza nei confronti del mistero della malattia mentale e mettendo da parte ogni preconetto teorico per vedere se si poteva comunque fare diagnosi valide solo a partire dall'aspetto descrittivo. L'ambizione della psichiatria è comunque quella di arrivare a una eziopatogenesi condivisa da tutti, ma forse ci si arriverà in futuro quando i tempi saranno maturi, e i DSM-III e DSM-IV volevano essere essenzialmente degli *work in progress*, utili soprattutto per la ricerca, non per la clinica (questo viene detto esplicitamente nella introduzione al manuale, e il fatto che in alcuni paesi, anche in Italia, da molti siano stati scambiati per manuali di psichiatria *clinica* è un altro discorso, fa parte degli aspetti sociologici della nostra professione).

Nell'accennare ai vari modelli diagnostici abbiamo visto quindi che sono basati su premesse diverse. E per riprendere una parola del titolo di questa sessione, si può dire – come afferma lo psicologo e filosofo Civita (1999, p. 13) – che vi siano due diverse psicopatologie, che si possono definire "descrittiva" e "strutturale". Quella descrittiva è la psicopatologia dei DSM-III e DSM-IV, come abbiamo visto, poiché prescinde da una struttura sottostante e si basa solo sull'aspetto descrittivo, quasi come se fosse l'unica cosa che conta. Anche alcune scuole psicoterapeutiche seguono questo tipo di psicopatologia, ad esempio quelle prettamente comportamentistiche, o forse anche quelle sistemiche vecchia maniera (si pensi ad esempio al concetto della mente come "scatola nera"). Quasi tutte le scuole di psicoterapia seguono invece una psicopatologia strutturale, cioè viene supposta una struttura sottostante ai sintomi, e questa struttura dipende appunto dalla teoria di riferimento, dai modelli costruiti per descriverla (cioè dalla teoria della mente). La costruzione dei modelli è la vera sfida di una scuola psicoterapeutica: un modello deve essere il più semplice e il più utile possibile.

A scanso di equivoci, va precisato che anche la psichiatria biologica segue una psicopatologia strutturale, poiché ipotizza strutture biologiche che sottostanno ai sintomi. I farmaci vogliono appunto "colpire", modificare quelle strutture, infatti – si badi bene – i farmaci non devono seguire la logica dei "sintomi bersaglio", bensì modificare le strutture sottostanti ai sintomi, ad esempio a livello neurotrasmettitoriale, tanto è vero che uno stesso farmaco può modificare sintomi diversi (si pensi solo agli antidepressivi SSRI [*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*] che possono essere usati per la depressione, la bulimia, il panico, il disturbo ossessivo-compulsivo, ecc. – non entro qui nel merito della efficacia dei farmaci antidepressivi, che alcune importanti ricerche hanno dimostrato che nella depressione sono poco superiori al placebo; vedi Migone, 2005). Anche la psichiatrica cosiddetta "descrittiva" di Kraepelin era, a ben vedere, una psicopatologia strutturale, poiché lui credeva nella esistenza di strutture biologiche responsabili dei sintomi (si pensi al

concetto di “degenerazione cerebrale”); infatti fu proprio Kraepelin a osservare che sintomi totalmente diversi potevano corrispondere alla stessa “malattia” sottostante, si pensi ai diversi tipi di schizofrenia da lui individuati, o al disturbo bipolare che allora si chiamava psicosi maniaco-depressiva (fu proprio Kraepelin che per primo capì che sintomi opposti come la depressione e la mania [cioè l’euforia] erano due aspetti della stessa malattia, poiché ne osservò l’evoluzione negli stessi pazienti).

### *La diagnosi come “difesa” del terapeuta*

Veniamo ora ad alcune considerazioni più generali sulla funzione della diagnosi, e in particolare ad alcuni accenni del dibattito che vi è stato ad esempio in psicoanalisi, ma che certamente vi è stato in tante altre scuole psicoterapeutiche, magari con parole diverse. Nella psicoanalisi, come è noto, vi è sempre stata una tendenza antidiagnostica (tra i tanti, si veda Szasz, 1961), nel senso che molti autori hanno fatto notare, comprensibilmente, che la diagnosi può essere inutile, o può avere una funzione difensiva o comunque dannosa per la psicoterapia: può essere dettata dall’ansia di non capire o non saper aspettare (può servire insomma, paradossalmente, a “non vedere”), o ci fa inquadrare il paziente in modo schematico o dato una volta per tutte, impedendoci di vedere altri aspetti e soprattutto facendoci scordare che il quadro cambia, per cui una diagnosi può essere vera adesso ma non tra una settimana, un mese o un anno. Sono ben noti alcuni vecchi adagi psicoanalitici secondo cui “l’analista non fa mai diagnosi”, oppure “la diagnosi si fa soltanto ad analisi terminata”, o cose del genere.

La mia opinione è che questi discorsi sono fraintendimenti del significato della diagnosi: se noi adottiamo una concezione molto allargata di diagnosi, e cioè, come ho detto prima, come un modo di “vedere”, “capire” o “immaginare” il paziente o il suo problema, allora è impossibile non fare diagnosi altrimenti non *penseremmo* neppure, e chi dice che non fa diagnosi la fa più degli altri solo che non ne è consapevole (per cui fa più danni).

### *L’aspetto scientifico e l’aspetto filosofico della diagnosi*

Occorre distinguere tra due aspetti del problema della diagnosi, che tentativamente possiamo definire “scientifico” e “filosofico”. L’aspetto scientifico della diagnosi riguarda la valutazione di un paziente, e qui valgono i discorsi fatti prima: si può discutere i modelli che si usano, le scale di valutazione che si scelgono, le interviste strutturate o semi-strutturate che i ricercatori utilizzano, la loro attendibilità e validità, e così via.

L’aspetto filosofico invece riguarda la teoria della conoscenza. Ad esempio: è possibile una conoscenza “oggettiva”? L’osservatore influenza il dato osservato? Se sì, in che misura? E se per definizione il dato osservato è sempre influenzato dall’osservatore, come si fa a saperlo? Infatti, per sapere che il dato osservato non è “oggettivo” in teoria dovremmo avere una idea del dato oggettivo, altrimenti non potremmo dire che non lo è. Inoltre, è possibile controllare o limitare i fattori distorcanti dell’osservatore tramite apposite metodologie scientifiche o “controlli”? Oppure: esiste una realtà esterna o è sempre “costruita”? E così via. Queste problematiche sono ben note, risalgono almeno a Kant, e non è possibile approfondirle qui, mi limito a brevi considerazioni.

Questi due aspetti del problema della diagnosi (il metodo con cui si valuta un paziente e la questione filosofica della possibilità di conoscerlo “oggettivamente”), sono però intrecciati tra loro, nel senso che il metodo scientifico che utilizziamo per vedere un fenomeno necessariamente ci permette di vedere solo gli aspetti di pertinenza di quel metodo (ad esempio, una TAC cerebrale ci fa vedere la morfologia del cervello ma non ci fa conoscere il vissuto del paziente rispetto a un conflitto lavorativo o sentimentale, un colloquio ci fornisce molte informazioni su un paziente ma non il suo esatto punteggio alla Scala di Hamilton per la Depressione che è ottenibile solo se somministriamo quella scala, una diagnosi psicoanalitica – e poi bisogna vedere di quale scuola – può essere diversa da una diagnosi fatta da un collega cognitivista o sistemico, e così via). Ne consegue che ogni metodo diagnostico produce risultati diversi che a prima vista sono incommensurabili tra di loro. Come è possibile rapportare tra loro i risultati dei tanti e diversi metodi diagnostici – e rispettivi linguaggi – che esistono sul mercato? Come si fa a compiere un viaggio se disponiamo di mappe diverse tra loro?

Questo è un problema di non facile soluzione. Posso solo dire che a questo proposito ho trovato convincenti alcune riflessioni del filosofo Agazzi (1974, 2006) sulla epistemologia delle scienze

psicologiche. Applicando l'argomentazione di Agazzi al problema della diagnosi, si può dire che anche se all'apparenza ogni metodo diagnostico "costruisce" un diverso paziente, in realtà produce solo un diverso "oggetto scientifico", un oggetto ideale che è diverso dagli "oggetti scientifici" prodotti da altri metodi diagnostici. Quindi il paziente è sempre lo stesso (la stessa *cosa*, direbbe Agazzi), ma può diventare *oggetto* di metodi diagnostici diversi, quindi un paziente in carne e ossa si trasforma in un "fascio" di *oggetti scientifici* potenzialmente infiniti: ad esempio, il fatto che venga proposta una nuova metodologia diagnostica non significa che si sia scoperto un paziente mai visto prima, significa soltanto che è stato individuato un nuovo "punto di vista" sullo stesso paziente, e i diversi punti di vista o modelli diagnostici sono destinati a rimanere per sempre, poiché per definizione la realtà è sempre inconoscibile in quanto tale, noi possiamo solo conoscerla attraverso gli "occhi(ali)" che abbiamo e gli strumenti diagnostici che utilizziamo (non posso dilungarmi su questa problematica, e per brevità rimando a Migone, 1998, 2008a).

### *I tentativi di "sospensione" del nostro giudizio e dei nostri preconcetti*

Se è vero quindi che la realtà è per sua natura inconoscibile (e questa era anche la posizione di Freud), alcuni argomentano che possiamo cercare di conoscerla nel modo "migliore possibile", o che possiamo cercare di "avvicinarci" ad essa. E nel campo della psicoterapia vi sono stati diversi tentativi di affrontare questa problematica. Ne accenno ad alcuni.

Si pensi innanzitutto alla *epoché* fenomenologica (ἐποχή, "sospensione"): come è noto, con questo termine Husserl, nell'ambito della fenomenologia, voleva alludere a una "sospensione" del giudizio sulle cose, in modo da permettere ai fenomeni che giungono alla coscienza di essere considerati senza alcuna visione preconcepita (come se li si considerasse per la prima volta). In questo modo si aprirebbe la possibilità di conoscere la "cosa in sé", senza la distorsione operata dai pregiudizi, occhiali o lenti distorcenti del nostro modello diagnostico o teorico che inquadra i dati appunto secondo quel modello, quasi al punto di non farci vedere quello che non rientra al suo interno (personalmente, ho seri dubbi che si riesca a eliminare del tutto i propri preconcetti, come se dovessimo riuscirci con la nostra "buona volontà"). È ovvio che ogni modello diagnostico, nella misura in cui inquadra i dati secondo uno schema di riferimento fatto di diagnosi preformate, rischia di farci vedere solo quelle, quindi, per così dire, ci rende ciechi di fronte al paziente, "costruisce" solo un paziente che ben si incastra nel nostro modello.

Anche Freud era consapevole di questo problema, e con la regola della "attenzione liberamente fluttuante" (o "ugualmente sospesa") da parte del terapeuta (che è il corrispettivo delle "associazioni libere" da parte del paziente, cioè della "regola fondamentale" o "regola aurea") voleva mirare esattamente alla stessa cosa. Anche il noto l'apofisma di Bion (1967) di iniziare ogni seduta "senza memoria e senza desiderio" rappresenta un tentativo di non farsi condizionare dai nostri preconcetti. Tanti approcci psicoterapeutici si pongono questo problema: si pensi ad esempio alle tecniche che si rifanno alle tradizioni orientali, tanto in voga oggi, che in un certo qual modo possono anche rappresentare un tentativo di "sospensione" in questo senso. (Per una discussione del problema della "traduzione" di aspetti delle filosofie orientali nella psicoterapia occidentale, rimando a Migone, 2008b).

### *La dicotomia nomotetico-idiografico*

Come si diceva, il problema di come "vedere" il mondo è vecchia come il mondo stesso, ed è ben rappresentata da una delle tante dicotomie della psicologia, forse la principale, la dicotomia nomotetico-idiografico (che è collegata all'altra dicotomia, attribuita a Dilthey, delle "due scienze", le scienze naturali, *Naturwissenschaften*, e le scienze dello spirito o scienze umane, *Geisteswissenschaften*).

Secondo l'approccio "nomotetico" noi cataloghiamo i dati secondo leggi (*nomos*), quindi categorie (le diagnosi sono categorie), all'interno delle quali facciamo rientrare i pazienti; e se la diagnosi di un paziente non rientra in nessuna di queste categorie noi possiamo collocarla in forme "ibride", "atipiche", "miste" o "residue" – le ben note NOS (*not otherwise specified*), in italiano NAS ("non altrimenti specificate"), dei DSM-III e DSM-IV – che sono un po' un "cestino dei rifiuti" di tutte le altre diagnosi. Questo approccio nomotetico in cui facciamo rientrare i fenomeni in leggi o categorie conosciute è tipico delle scienze naturali e permette di costruire un sistema di conoscenze che ordina il mondo, come una mappa (e si pensi alle antiche carte geografiche, quanti

pochi territori contenevano – anche disegnati male – e quanto sono state modificate mano a mano che si scoprivano nuovi territori).

L'approccio "idiografico" invece cerca di non utilizzare leggi universali e uguali per tutti, ma di vedere quello che è specifico di un singolo paziente (*idios* significa "unico", "privato", "idiosincratco" appunto); cerca cioè di aprirsi alla possibilità di conoscere quello che eventualmente non è incluso in leggi conosciute, perché è possibile che un paziente abbia un aspetto che nessun'altro ha o che non è mai stato visto prima (per cui non disponiamo di leggi in cui farlo rientrare), e allora cerchiamo di avvicinarci a lui a mente libera e senza preconcetti diagnostici, utilizzando magari l'empatia o l'intuizione. Fu Gordon Allport che, a metà del XX secolo in America, si fece difensore di questo approccio all'interno del dibattito sulla personologia (a mio modo di vedere, però, la dicotomia nomotetico-idiografico potrebbe considerarsi superata in quanto basata su una reazione, in un certo senso "romantica", a una concezione antiquata della scienza, e mi trovo molto d'accordo con la critica che ne fece Holt [1962], che fu allievo di Allport ma poi criticò il maestro).

Mi fermo qui, in questa introduzione al problema della diagnosi come mappa del viaggio della psicoterapia. Mi sono limitato a fornire delle informazioni di base, una griglia che, mi auguro, verrà "riempita" dai relatori di questa sessione, ai quali faccio tanti auguri e dico che... non vorrei essere nei loro panni.

Per approfondimenti di alcune delle cose che o detto, qui necessariamente solo accennate, rimando alla bibliografia indicata qui di seguito, e sarò ben lieto di mandare per e-mail questi articoli a chi me ne farà richiesta.

## **Bibliografia**

- Agazzi E. (1974). Criteri epistemologici fondamentali delle discipline psicologiche. In: Siri G., a cura di, *Problemi epistemologici della psicologia. Atti del 1° Simposio* (Varese, 23-26 novembre 1974). Milano: Vita e Pensiero, 1976, pp. 3-35.
- Agazzi E. (2006). Epistemologia delle scienze psicologiche. In: Giordano M., a cura di, *Burnout. Seminario gruppoanalitico nazionale. Da Franco Fornari precursore alle nuove conoscenze scientifiche*. Milano: FrancoAngeli, 2006, pp. 57-83.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* (DSM-III). Washington, D.C.: APA (trad. it.: *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Terza edizione*. Milano: Masson, 1983).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised* (DSM-III-R). Washington, D.C.: APA. (trad. it.: *DSM-III-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Terza edizione, riveduta*. Milano: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV). Washington, D.C.: APA (trad. it. basata sulla "Versione internazionale con i codici dell'ICD-10" del 1995: *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione*. Milano: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: APA (trad. it.: *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione. Text Revision*. Milano: Masson: 2001).
- Barron J.W., editor (1998). *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association (trad. it.: *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2005).
- Bion W.R. (1967). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum*, 2: 271-280. Anche in: *Cogitations*. London: Karnac, 1992 (trad. it.: *Cogitazioni*. Roma: Armando, 1996).
- Civita A. (1999). *Psicopatologia. Un'introduzione storica*. Roma: Carocci.
- Costa P.T.Jr. & McCrae R.R. (1988). From catalog to Murray's needs and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55: 258-265.

- de Girolamo G. & Migone P. (1995). Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXIX, 1: 41-80 (con una intervista a Bob Spitzer: Osservazioni sulla diagnosi in psichiatria. Intervista a Robert L. Spitzer. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995, XXIX, 1: 81-85).
- Feinstein A.R. (1985). *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Frances A. (2010). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times*, February 11, 2010: <http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/1522341>.
- Frances A. & Schatzberg A. (2010). Psychiatrists Propose Revisions to Diagnosis Manual (Judy Woodruff, interviewer). *Public Broadcasting System (PBS) Television*, February 10, 2010. Video on the Internet: [http://www.pbs.org/newshour/bb/health/jan-june10/mentalillness\\_02-10.html](http://www.pbs.org/newshour/bb/health/jan-june10/mentalillness_02-10.html).
- Holt R.R. (1962). Individuality and generalization in personality psychology. *Journal of Personality*, XXX, 3: 405-422. Versione riveduta in: *Methods in Clinical Psychology: Assessment, Prediction and Research*. New York: Plenum, 1978 (trad. it.: Individualità e generalizzazione nella psicologia della personalità. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 1963, 57/58: 3-24. Edizione del 1978 su Internet con una introduzione di Paolo Migone e una premessa di Robert R. Holt del 1998: <http://www.publinet.it/pol/ital/documig6.htm>).
- McWilliams N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: Guilford (trad. it.: *La diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999).
- McWilliams N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: Guilford (trad. it.: *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2002).
- Migone P. (1983a). Verso un aggancio tra psichiatria e psicoanalisi: il problema della diagnosi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVII, 4: 3-21 (Dibattito: P.F. Galli [4/1984], G. Lai [2/1984, 3/1984], B. Zanuso [2/1984], P.G. Battaglia & P.M. Furlan [3/1984], V. Melega & G. Neri [4/1984], P. Migone [2/1985], F. Allodi [3/1985], G. Rugi [3/1989, 4/1990], S. Fissi [2/1994], ecc.).
- Migone P. (1983b). La diagnosi in psichiatria descrittiva: presentazione del DSM-III. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVII, 4: 56-90. Anche in: Migone, 1995a, cap. 12.
- Migone P. (1985). Ancora sulla diagnosi e sul rapporto tra psichiatria e psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XIX, 2: 74-103.
- Migone P. (1987). Recensione: "American Psychiatric Association, Work Group to Revise DSM-III, Draft, *DSM-III-R in Development*. Washington, DC: APA, 1985". *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXI, 2: 350-352.
- Migone P. (1990). Evoluzione storica del concetto di "borderline". *Il Ruolo Terapeutico*, 55: 30-34. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt55-90.htm>. Anche in: Migone, 1995a, cap. 12.
- Migone P. (1991). Psicodinamica del disturbo borderline. *Il Ruolo Terapeutico*, 56: 23-26. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt56-91.htm>. Anche in: Migone, 1995a, cap. 12.
- Migone P. (1992-99). I DSM dell'American Psychiatric Association. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al., a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Masson, 1992, vol. II, cap. 37, pp. 857-861 (prima edizione); 1999, vol. II, cap. 33, pp. 1026-1036 (seconda edizione). Anche in: Migone, 1995a, cap. 12.
- Migone P. (1995a). *Terapia psicoanalitica. Seminari*. Milano. FrancoAngeli (II edizione: 2010).
- Migone P. (1995b). Alcuni problemi della diagnosi in psichiatria. *Il Ruolo Terapeutico*, 70: 28-31. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt70-95.htm>.
- Migone P. (1996a). Panorama storico delle classificazioni psichiatriche. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, LVII, 2/3: 226-245 (vedi anche: Migone P., Storia della classificazione dei disturbi in psichiatria. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al., a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. II, cap. 33, pp. 1011-1016).

- Migone P. (1996b). Il rapporto tra ICD-10 e DSM-IV. *Neurologia Psichiatria Scienze umane (N.P.S.)*, XVI, 4: 543-557 (vedi anche: Migone P., Le differenze tra ICD-10 e DSM-IV. In: Pancheri P., Cassano G.B. *et al.*, a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. II, cap. 33, pp. 1036-1040).
- Migone P. (1998). Quale modello di scienza per la ricerca in psicoterapia? (Editoriale). *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, XVII, 2: 113-119. Una versione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt88-01.htm>.
- Migone P. (1999). Cenni storici e nosografia dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza. In: Pancheri P., Cassano G.B. *et al.*, a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. III, cap. 69, pp. 2680-2691 (vedi anche: Pancheri P. & Pfanner P., a cura di, *Psicofarmacoterapia dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza*. Firenze: Scientific Press, 1999, pp. 39-73). Edizione su Internet: <http://www.autismoonline.it/coselautismo/cenni.htm>.
- Migone P. (2005). Farmaci antidepressivi nella pratica psichiatrica: efficacia reale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXIX, 3: 312-322. Edizione su Internet in PDF: <http://www.lidap.it/pdf/ArtMigoneSSRI.pdf>. Una versione su Internet aggiornata al 2009: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt112-09.htm>.
- Migone P. (2006). La diagnosi in psicoanalisi: presentazione del PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*). *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 4: 765-774.
- Migone P. (2008a). Riflessioni sul problema della pluralità dei metodi di ricerca in psicoterapia. In: Carere-Comes T., a cura di, *Quale scienza per la psicoterapia?* (Atti del III Congresso della sezione italiana della *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* [SEPI-Italia], Roma, 18-20 aprile 2008). Firenze: Florence Art, 2009, pp. 19-31. Una versione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt109-08.htm>.
- Migone P. (2008b). Il problema della "traduzione" di aspetti delle filosofie orientali nella psicoterapia occidentale (Relazione al Convegno "Singolare/plurale. Attualità del pensiero di Franco Basaglia", Reggio di Colorno, Parma, 11-13 settembre 2008). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, XLIV, 1: 35-52.
- Migone P. (2008c). Un panorama sui principali modelli dimensionali della personalità. *Il Ruolo Terapeutico*, 2009, 111: 43-59. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt111-09.htm>.
- Miller G. (2010). Beyond DSM: Seeking a Brain-Based Classification of Mental Illness. *Science*, 327 (March 19): 1437.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations [vedi il sito Internet: <http://www.pdm1.org>] (trad. it.: *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008; trad. it. delle pp. 691-764: Westen D., Morrison Novotny K. & Thompson-Brenner H., Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche [2004]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, XXXIX, 1: 7-90. Una sintesi su Internet a cura di Paolo Migone: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt98-05.htm>).
- Spitzer R.L., Williams J.B.W. & Skodol A.E. (1980). DSM-III: The major achievements and an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137, 2: 151-164.
- Szasz T.S. (1961). *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper & Row (trad. it.: *Il mito della malattia mentale*. Milano: Il Saggiatore, 1966).
- Wakefield J.C. (2004). Realtà e valori nel concetto di disturbo mentale: il disturbo come disfunzione dannosa. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVIII, 4: 439-464.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental Disorders and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO (trad. it.: *ICD-10. Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali: Descrizioni Cliniche e Direttive Diagnostiche* [a cura di D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobraccio, L. Magliano]. Milano: Masson, 1992).