

## Linee guida nel trattamento del disagio psichico: una finzione difensiva

GIORGIO LECCARDI

*Summary* – GUIDE LINES IN THE PSYCHIC UNEASINESS TREATMENT: A DEFENSIVE FICTION. During the last years, psychiatrics, psychologists and psychotherapeutics expressed a growing interest in the use of valuation of instruments which are standardized, rating scales, questionnaires with multiple choice, particular handbooks of therapy and guide lines, as more and more assuming a lecture of individual used by this time by medicine and close to the theoretical paradigm of natural sciences. These ones, in fact, set getting precise measurements, repeatable data and a constant prevision of phenomena. However this bent lend itself being interpreted also as a defensive fiction to the spontaneous meeting with the mystery of the interest for the other which is present in the meeting with the other, different from ourselves. This is a fiction which risks to thwart, if not well interpreted, the success of each therapeutic “meeting”.

*Keywords:* INFERIORITY FEELING, GUIDE LINES, THERAPEUTIC MEETING

*«Da millenni attendiamo che qualcuno ci saluti al proscenio con battimani o anche con qualche fischio non importa, purché ci riconforti un nous sommes là. Purtroppo non pensiamo in francese e così restiamo sempre al qui e mai al là» (31, p. 357).*

*«Ci fu un giudice un tempo che assiso in un antro buio decise che la primavera andava sepolta. La primavera stordita e ansiosa di lunga luce guardò il giudice incredula senza capire nulla. Così io guardo a te che giudichi i miei versi ansioso di capire senza capire nulla» (27, p. 20).*

### I. Il ritorno di Prometeo

“Io morirò” è un’affermazione che, pur nella sua verità incontestabile, viene vissuta da chiunque come se non fosse vera, restando credibile fino quando re-

sta mera teoria, non vissuta come realizzabile a breve, o quantomeno sempre spostando la morte un po' più in là rispetto a quando poi giungerà effettivamente. Proprio questo "come se" fa subito intendere come vi sia in ciò un atteggiamento da un lato difensivo e dall'altro necessario [26]. Come ricorda Gadamer «per chiunque sia in vita vi è qualcosa di inconcepibile nel fatto che questa coscienza umana, in grado di proiettarsi nel futuro, un giorno si spenga» (12, p. 71), così come si coglie anche dalle parole di Paul Auster: «La morte dopo lunga malattia possiamo accettarla con rassegnazione. Anche la morte accidentale si può attribuirle al destino. Ma che un uomo muoia senza causa apparente, che muoia solo perché è uomo, ci spinge così vicino all'invisibile confine tra la vita e la morte da farci domandare su che lato di esso ci troviamo» (5, p. 3). È tale il progettarsi in avanti, l'essere perennemente persi nel fluire affannoso delle cose quotidiane, che la propria mortalità viene costantemente e abilmente tralasciata. Avviene una «rimozione sistematica della morte» (12, p. 71), o, come ancora ricorda Baudrillard, «la rimozione fondamentale [...] è la rimozione della morte» (6, pp. 142-143).

Proprio questa "illusione di immortalità" sarebbe tuttavia alla base di ogni sviluppo tecnico e scientifico [15], costituendo i fondamenti stessi della cultura e stimolando qualsiasi progetto futuro. Solo la dimenticanza della morte permette un *pro-gettarsi in avanti*; dimenticanza che, più che la tecnica del fuoco sottratta agli Dei, sembra essere il dono più importante lasciato da Prometeo agli uomini [13].

La mortalità che lo rende uomo\* viene costantemente dimenticata. Della morte non bisogna parlare né scrivere, poiché scrivere o parlare della morte «è già morte, promessa di decesso, condanna insieme terrificante e fascinosa» (23, p. 98). Ogni rischio è rischio di morte che incombe perennemente sull'uomo come una spada di Damocle. Il rischio di cancellare la divisione, la distanza tra cosa e parola, la distanza, il ritardo, la divisione, posti dalla parola, sono la coscienza umana stessa [13] e permettono, attraverso il linguaggio, di costituire un "cosmo", un ordine, svincolandosi dall'urgenza del mondo esterno e rendendolo padroneggiabile, direzionato e *com-prensibile*.

Distanza e ritardo che si esprimono in un distacco, veicolato appunto dal linguaggio, tra sé e il mondo, e che, tuttavia, permettono quel movimento oscillante che porta da sé al mondo e dal mondo a sé, in una perenne danza senza fine. Danza senza fine che ricorda quella tra sentimento sociale e volontà di

\* Si ricordino a questo proposito la definizione di Heidegger dell'uomo come *colui che muore* e non cessa semplicemente di vivere [16] e quella di Jankélévitch, secondo cui l'uomo è fondamentalmente «vulnerabile, e la morte può entrare in lui attraverso tutte le giunture del suo edificio corporeo» (19, p. 35).

potenza, polarità non in semplice opposizione tra loro, ma legate da un intreccio complesso e mutuamente condizionante. Come ricorda Adler, vi è un «*intimo rapporto fra il movimento e la vita psichica*» (3, p. 35). Simili sembrano essere anche le riflessioni di Minkowski in merito all'incessante altalenare dell'avvicinamento e dell'allontanamento dal mondo che si realizzano nella sintonia e nella schizoidia [28]. Senza tale movimento, reso possibile dal distacco, non vi può essere riflessione sulla propria condizione esistenziale, ma solo reazione meccanica e obbligata a un qualunque stimolo, esterno o interno: «Il volgersi a qualcosa di estraneo, pensarlo e rifletterlo, costituisce la premessa per poter tornare a se stessi» (12, p. 143).

Appare, peraltro, evidente come nelle circostanze in cui si annulli o si esaspera tale distanza e in cui ci si cristallizzi in una delle due posizioni estreme si cada nell'ambito della patologia, con condizioni che nella nosografia psichiatrica vengono identificate come gravi nevrosi, disturbi di personalità, psicosi, ma che più semplicemente segnano il confine, sempre labile, discutibile e problematico, tra "normalità" e disagio esistenziale patologico. «Nelle forme più gravi appare radicalizzato il fenomeno della *distanza* che separa l'individuo sofferente da quello normale» (36, p. XIII). La *distanza* è *distanza* sociale, affettiva, progettuale, linguistica, in una parola, esistenziale.

## II. Il paradosso dell'essere uomo

Ecco che la riflessione e la coscienza di sé come individuo insieme alla consapevolezza della propria mortalità [11, 16, 19], a una naturale predisposizione al linguaggio [3], e, a nostro avviso, a un originario rapporto con il limite [22], si fondano proprio su questo *ritardo o anticipo* rispetto a se stessi (la riflessione passata o l'anticipazione futura), su questo continuo "inciampo", su questa continua oscillazione che idealmente tenderebbe a un ritorno alla quiete. "Quietè" come fine della tensione che porta da un "qui" a un "oltre", tensione che determina altresì un *attendersi* [11] al di là di ciò che si è, tensione che stimola il continuo *pro-tendersi* in avanti alla ricerca del superamento dell'*adesso*. Superamento che *prende nascita* [28] da un'*inferiorità esistenziale, ontologica e ineliminabile*, che non può più tacere se non nella chiusura ultima della morte.

L'uomo muore, dunque, ma si ammala, anche. Anche quando non è malato nei termini strettamente medici, l'uomo è comunque malato [32], è per definizione malato, almeno in potenza: è debole, morente, insufficiente a se stesso, "malato di finitezza": «questa malattia *a priori* è la finitezza» (19, p. 34), che lo rende non *bastante a se stesso*. La finitezza è un costante accenno alla morte futura che, sebbene sia sempre evitata, spostata un po' più in là, pur sempre è morte.

La finitezza spinge a un costante richiamo e rimando all'altro, all'incontro con l'altro, all'*essere-con* come necessaria condizione per la propria sopravvivenza.

Dalle opere di Adler emerge una visione dell'uomo che, se da un lato, viene posto al *centro* dell'attenzione, dall'altro, viene *de-centrato* mettendo, appunto, in primo piano l'ontologica insufficienza dell'individuo a se stesso e la necessità di considerare innanzitutto le relazioni che egli intrattiene. «Nella storia delle civiltà umane non si riscontra nessuna forma di vita che non sia regolata in modo sociale e in nessun luogo l'uomo ha fatto la sua comparsa se non in raggruppamenti sociali» (3, p. 43).

Heidegger [16] definisce l'uomo come l'unico tra i viventi che, in quanto “ne va di se stesso”, riceve l'appellativo di “mortale”, *esiste*, cioè *ek-siste*, stando al di fuori di sé, perennemente proiettato al di fuori di sé. Gadamer, Lévinas, Jankélévitch, Galimberti ribadiscono il medesimo concetto. Minkowski afferma: «La nostra anima è ovunque salvo che in noi stessi» (27, p. 62).

Tutte queste letture interpretative sono collegate da un presupposto scandaloso, scabroso, problematico: l'uomo, cioè l'essere pensante, l'essere “superiore”, l'essere cui è affidato il “dominio sul mondo” [14], colui che, unico tra i viventi, può riflettere su di sé e sulla propria condizione [11, 16, 19], non è pensabile a meno che non si accetti di considerarlo non più come *essere isolato*, mera sommatoria del corpo e di ciò che dovrebbe trovarsi al suo interno, l'“anima”, la “mente”, lo “spirito”, o altro (a sua volta eventualmente diviso e differenziato in diversi “compartimenti” tra loro in conflitto o in comunicazione), ma come *unità* di cui partecipa anche il complesso sviluppo di reti comunicative e relazionali in cui è immerso.

L'uomo è *essere-nel-mondo* e *con-essere*, superando ogni, fittizia, divisione tra uomo e mondo, soggettività ed oggettività. Tutte letture che sembrano prendere vita da un'*etica* del rapporto, da un rapportarsi etico all'essere umano. Anche nel pensiero di Minkowski, in questo risultando estremamente prossimo ad Adler [3], l'errore sta nel «ridurre la vita e il senso alla vita impossibile di una monade» (23, p. 40). Errore a cui si può rispondere solo con un percorso diretto non verso un progressivo e inarrestabile smembramento del soggetto e una catalogazione delle sue parti, ma piuttosto attraverso un percorso opposto, indirizzato a una visione globale dell'“insieme uomo”, inteso come individuo indivisibile.

Questo cammino è estremamente arduo, poiché obbliga a congedarsi dall'idea di poter avere a che fare con un numero, anche elevato, di “frammenti umani” sempre più piccoli e quindi, almeno apparentemente, più facili da controllare [8] e da affidare volta per volta a “esperti in materia”, a “specialisti”. Diventa,

infatti, necessario confrontarsi con la *propria* finitudine, anche di medico, di psicologo, di terapeuta, oltre che umana, con le *proprie* mancanze e imperfezioni che, analoghe a quelle di chi abbiamo di fronte [12], non consentono di conoscere tutto ciò che si vorrebbe, non consentono di padroneggiare pienamente tutte le variabili in proprio possesso e obbligano, al contrario, a rispettare il silenzio, il mistero, il *non noto* dell'interlocutore.

Come ricorda Lévinas, la relazione con l'altro è una relazione con un mistero: «Il suo mistero costituisce la sua alterità» (24, p. 56). Solo così si può essere portati a considerare che vi siano altre strade, altre prospettive rispetto alla propria. Se si ha orecchio per ascoltare tale mistero, tale silenzio, non si potrà che confrontarsi con l'impossibilità di ottenere una *misurazione precisa* dei fenomeni umani, rinviando, al contrario, a una *adeguatezza*, a una *giusta misura* che, in quanto tale, non è misurabile dall'esterno, pur con strumenti raffinati e precisi, ma vivibile solamente nel rapporto. La giusta misura richiede forse che si abbandoni il pensiero freddamente esatto della logica aristotelica, fondato sul principio di non contraddizione ( $A \text{ è } A \text{ e non è non-}A$ ), per intraprendere una logica più sfumata, meno precisa ( $A \text{ è in parte } A \text{ e in parte non-}A$ ), ma molto più umana e concreta, una logica che ammette il non senso nel senso, il mistero nel già noto, la malattia nella salute, la morte in vita e la finzione nella realtà [20, 26].

L'uomo appare perennemente proiettato al di là di se stesso [35], è l'“essere (inteso sia come verbo che come sostantivo) nel rapporto”, destinato a un perenne confronto con l'impaccio suscitato dal rapporto col mondo e con gli altri; impaccio che è reso vivo dal corpo, per definizione finito, e dal confronto con la realtà, che non è mai come la si vorrebbe, pur costituendo ciò che consente una consapevolezza del Sé che si raggiunge, come ricorda Gadamer «solo quando ci volgiamo interamente a ciò che ci circonda. Soltanto quando si è completamente assorbiti dall'altro, si ritorna a sé e si è consapevoli del proprio io. L'ideale della perfetta autopresenza e dell'evidenza di sé [...] si rivela in fondo paradossale» (12, p. 143). L'individuo, perciò, appare costantemente in affanno, in perenne ritardo o anticipo su se stesso, non riuscendo mai a cogliersi, e soprattutto a cogliere l'altro, nella propria totalità.

Sulla diacronia dell'incontro dell'uomo con se stesso, in particolare ricordiamo l'incontro terapeutico che ha una natura essenzialmente duale [26]. Questa condizione esistenziale è nota anche nell'ambito delle scienze matematiche e fisiche (il principio di indeterminazione di Heisenberg e la legge di Gödel ne sono un esempio) [17]. Nel tentativo di ottenere tale pienezza giunge sempre un attimo “prima” o un attimo “dopo”, non cogliendo mai un “Io” indipendente, autonomo e autosufficiente, ma sempre un sé-con-l'altro, sé-con-gli altri, con le cose, l'appena pensato, il ricordo o per contro il futuro sperato, temuto, agognato.

Ecco la situazione paradossale che può essere colta solo da una psicologia, da una relazione con l'altro indirizzata a un'individualità che è tale *solo nella socialità* e che si concretizza *solo nel suo essere co-esistenza* ed estasi da sé stessa, *individualità che non può essere singolarità*, ma che, anzi, nella singolarità rigidamente portata all'eccesso esprime la patologia e il disagio esistenziale, *individualità che è quindi perenne tensione e paradosso, mai quiete*.

L'uomo appare come in costante rimbalzo tra un "individuo" e un mondo. Come dunque ricorda spesso Galimberti, citando Nietzsche, egli è un animale "non ancora stabilizzato" [13]. In realtà, la stabilizzazione non può essere raggiunta, in quanto tale, se non nel silenzio ultimo della morte.

### III. *Coscienza dei casi e casi di coscienza*

*«Tutto ciò – che è complesso, concreto, molto sfumato – dà luogo a quello che di solito viene chiamato un caso di coscienza, vale a dire la considerazione di una situazione che non si può troncare in modo assoluto, in un senso o in un altro. Perciò, ogni volta che viene posta una questione sono tentato di rispondere: "dipende, secondo"» (19, p. 85).*

Queste riflessioni sulla vulnerabilità, sulla mortalità che "affligge" costituzionalmente l'individuo, appaiono, a nostro avviso, determinanti, ciò nonostante le discipline che si occupano dell'uomo sofferente tendono verso un pieno e totale adeguamento al paradigma teorico delle scienze naturali. È ormai avvenuto un mutamento di rotta per il quale una certa psicologia e una certa psichiatria sembrano aver accettato la visione "medica" come unico accesso possibile alla sofferenza psichica, alla "malattia" mentale, al disagio esistenziale e, coerentemente con questa scelta, si è assistito a una crescente produzione e a un maggiore utilizzo di *strumenti*. Proprio la presenza, a volte persino ingombrante, di strumenti di lavoro, strumenti operatori, strumenti di ricerca, strumenti di analisi, strumenti terapeutici sembra essere la caratteristica predominante delle discipline che si caratterizzano per il loro rapportarsi al soggetto malato.

Gli strumenti sono ciò che dovrebbe consentire un più rapido e immediato accesso al mondo, finalizzato a una sua veloce e consistente trasformazione. Questa connotazione tuttavia fa sì che progressivamente e inesorabilmente l'accesso al mondo non sia assolutamente "immediato", ma sempre più "me-

diato” *proprio* dagli strumenti utilizzati e quindi dipendente da essi, fa sì che il mondo non sia più a *portata di mano*, più lì ad attenderci donandosi, ma solo terreno di modificazione e sperimentazione attuata appunto attraverso l’uso di mezzi, di strumenti. L’uomo ha dovuto da sempre rinunciare, per la propria sopravvivenza, ad avere un mondo *alla mano*, a portata di mano, finendo per rapportarsi a un mondo maneggevole, manipolabile, dato che solo attraverso la manipolazione del mondo stesso l’individuo può sopravvivere. Anche nel suo occuparsi della sofferenza esistenziale, ha rinunciato a rapportarsi ai suoi simili nella loro naturalezza, nella loro spontaneità, nel loro darsi libero nell’incontro duale.

L’uomo, nelle discipline che si occupano di tale sofferenza, si è progressivamente attrezzato di strumenti, come se anche l’incontro spontaneo con l’altro, non mediato quindi da strumenti o da vincoli e limiti artificiosi, estranei alla primitiva relazione umana tra due individui, potesse compromettere la sua salute e, forse, anche la sua sopravvivenza. Ha prevalso una sorta di approccio “culturale” all’uomo, invece di un approccio naturale, con le valenze difensive che la cultura si trova ad offrire [3]. Tale cultura ha prodotto vari strumenti di valutazione di cui si avvale oggi la psichiatria, ma anche la psicologia, che sono *rating scales*, interviste strutturate, questionari autosomministrati, protocolli di ricerca e “linee guida”.

Per ciò che concerne queste ultime, si può senza dubbio affermare che non solo nell’ambito del disagio psichico, ma in tutti gli altri settori della medicina, si dimostrano efficaci. Un intervento, un atto, una procedura qualsiasi è “efficace” quando raggiunge il fine in precedenza determinato o produce l’effetto che si desidera.

Qual è l’obiettivo raggiunto il quale si può a ragione dire che le linee guida siano efficaci? Qual è la finalità che è implicita nella realizzazione e nell’applicazione delle “linee guida” in ambito psicologico e psichiatrico? Analogamente a quanto si può affermare nell’ambito della medicina “somatica” occidentale, con le sue innumerevoli specificazioni, si sta qui parlando, a un livello “superficiale”, della possibilità di trovare interventi appropriati (e ben definiti) per determinate situazioni cliniche che vengono scrupolosamente differenziate in diagnosi, sottodiagnosi, categorie, specificazioni [15].

Più risultano essere precise tali specificazioni, più sono ovviamente necessarie linee-guida accurate, così da consentire una maggiore appropriatezza degli interventi. Si innesca e si mantiene così un circolo che, a seconda della prospettiva dell’osservatore, può essere definito ora *virtuoso* ora *vizioso*, ma che esprime comunque una chiara tendenza, e cioè la volontà di ottenere un *singolo intervento*, o una serie definita di interventi (che possono essere farma-

cologici, diagnostici, educazionali, coinvolgendo sia i pazienti che i parenti di questi ultimi, figure spesso di primissimo piano specie nelle situazioni più gravi e complesse) *per una singola e definita condizione*. Assumono, quindi, un ruolo determinante sistemi di classificazione sempre più raffinati (per la psichiatria il DSM ne è l'esempio emblematico [1]) che via via hanno condotto a un incremento del numero e della specificità delle diagnosi, diventando un tutt'uno con l'incremento della tendenza alla ricerca di una maggiore specificità degli interventi.

Aumenta il numero delle diagnosi e curiosamente si assiste a una riduzione della lunghezza dei nomi delle diagnosi stesse nel loro uso comunicativo e divulgativo. È divenuto, così, facile imbattersi nelle discussioni in sede seminariale e congressuale e, purtroppo, anche nella prassi clinica quotidiana, in espressioni come: la "farmacoterapia dell'OCD", la "psicoterapia del DAG", l'"intervento di crisi per il PTSD". L'uso sempre più frequente, quasi invadente di sigle, acronimi, codici nell'ambito del disagio psichico è un chiaro segno che anche in quest'area si sta verificando una perdita dell'importanza e del valore della parola e del tempo, tempo speso a dire la parola e tempo speso ad ascoltarla, tempo vissuto nello scambio dialogico rispetto al tempo scandito, normato, risparmiato, dal rapido incedere delle procedure tecniche e amministrative.

Mai come in questi ultimi anni si sta avverando il detto "Il tempo è denaro", mortificando sempre più sia il tempo, la parola, in prima istanza, la "cura" e il rapporto col malato. La terapia rischia di divenire addirittura controproducente per il malato quando la «cura della salute si tramuta in un articolo standardizzato, un prodotto industriale; quando ogni sofferenza viene "ospitalizzata" e le case diventano inospitali per le nascite, le malattie e le morti; quando la lingua in cui la gente potrebbe far esperienza del proprio corpo diventa gergo burocratico» (18, p. 49).

Se questo è in breve ciò che sta accadendo occorre chiedersi a che cosa possa portare questa situazione e soprattutto a che profonda *finalità* risponde? Qual è il fine ultimo di tale processo? Tra le conseguenze di questa tendenza si può innanzitutto annoverare il rischio di occuparsi solo, o prevalentemente, di sintomi, diagnosi, numeri e codici, al posto di occuparsi di vissuti, di racconti, di uomini, della loro esistenza *unica e irripetibile*. Viene, infatti, praticato un costante e sistematico smembramento dell'uomo, una sua perpetua e infinita parcellizzazione e catalogazione in sintomi da eliminare o quantomeno da ridurre, in sindromi da curare, in malattie da debellare o, perlomeno, da controllare, data la loro cronicità. Tutto ciò si ispira a un rigido principio di causalità che, assimilando l'uomo a un qualunque oggetto di studio della fisica, della chimica o di un'altra "scienza della natura", "condanna" paziente da una parte e te-



rapeuta dall'altra a una messa in scena stereotipata di ruoli che non ammettono eccezioni nella loro rappresentazione.

Questo è un modo di procedere che sottrae sempre più tempo, che ha perso valore se non in quanto monetizzabile, all'ascolto dell'altro. A questo si preferisce l'uso di questionari standardizzati a risposta chiusa, *rating scales*, interviste strutturate, oppure si ricorre a indagini diagnostiche anche tecnologicamente avanzate (TAC, RMN, PET).

Questi, come tutti gli strumenti, sono utili o addirittura indispensabili in circostanze specifiche e selezionate, ma nel loro uso affannoso, massivo, acritico e pre-giudiziale, forniscono al paziente e al terapeuta l'impressione che almeno qualcosa si stia facendo.

Una pratica terapeutica in cui si sia persa l'"incidentalità dell'altro" lascia perlomeno perplessi. Non si consente più all'altro di porre e di porsi alcuna domanda, incalzati come si è dal bisogno di placare l'angoscia suscitata in noi dall'incontro con l'altro e dal non sapere subito tutto di lui. Questo porta, da un lato, ad assimilare l'altro a noi stessi, o per meglio dire, a ciò che riteniamo di sapere di noi, realizzando così una sorta di "autologia" che elimina la distanza che ci separa dall'altro e, dall'altro lato, a porre nuove distanze, nuovi confini, nuovi limiti, irrevocabili nel momento stesso in cui vengono sanciti.

Non si lascia che l'*attesa*, che sola potrebbe rendere possibile che l'altro venga riconosciuto come tale, si trasformi magicamente in luogo di *accoglienza*, in aperta ospitalità, in cui si sia chiamati a svolgere il ruolo di "ospite" (nel suo duplice significato di *host e guest*), unica via questa per cui i luoghi di cura, gli "ospedali" possono trasformarsi in luoghi non solo confortevoli, ma anche *ospitali*.

Si soccombe, invece, alla necessità di tenere l'altro lontano, con la sua diversità e allo stesso tempo con la sua *somiglianza a noi*, spinti dal bisogno di porre limiti e confini invalicabili, che debbono restare rigidamente tali e che ci si premura continuamente di rispettare e di far rispettare attraverso una definizione costante e ossessiva dei ruoli. Questo senza rendersi conto che tali barriere, tali confini sono, come tutti i confini, troppo porosi, non sono e non potranno mai essere ermetici. Quasi a riprendere il Kafka de "La costruzione della muraglia cinese", ci si trova innanzi al fatto che l'angoscia legata al limite origina dal fatto che il limite «ha in sé e non fuori l'illimitato» (23, p. 26).

Si ricrea così, artificiosamente, un'altra distanza, che non prelude ad alcuna pausa di attesa e di incoraggiamento al dialogo, ma che si fa solo arida distesa in cui si prosciuga ogni vitalità e in cui si "desertifica" il possibile incontro con

un altro che, tale è la distanza a cui lo si è proiettato e condannato, tuttavia non si scorge più, determinando così un incessante monologo con se stessi [8].

Proprio l'eliminazione della dimensione dell'attesa e dell'invito incoraggiante all'altro, sostituito dalla frequente prevaricazione (ideologica) e dal pre-giudizio nei suoi confronti, dovrebbe far riflettere, dato che proprio un atteggiamento incoraggiante si pone come condizione necessaria per costruire un'alleanza di lavoro in cui l'altro, fin dal primo incontro, anzi proprio a partire dal primo contatto, si possa riconoscere parte attiva e paritaria all'interno di un rapporto [34] che abbia l'aspirazione di divenire effettivamente terapeutico.

Il rischio è che, definita la diagnosi (tra l'altro troppo spesso con gli strumenti sopra citati) e identificato il trattamento appropriato perché suggerito nell'apposita linea guida, l'altro non sia più "altro", diventando solamente un insieme di fatti, di *items* discreti, misurabili, quantificabili, monetizzabili che, con un'abile *finzione*, si reputa di conoscere, noi adesso o i nostri posteri quando si saranno affinati i mezzi tecnici di cui adesso si dispone, e che si reputa di poter gestire attraverso le nozioni "scientifiche" di cui si è in possesso e l'accuratezza delle scale di valutazione e delle linee-guida che si utilizzano. In *Etica e psichiatria* [7], viene osservato come il porre diagnosi spesso risponde a vari bisogni ed esigenze da parte degli psichiatri.

Tra questi si possono ricordare la necessità umana di risolvere i dubbi e il *caos* nel tentativo di ottenere ordine, situazione nella quale si può includere anche il bisogno di ottenere spiegazioni causali alle differenti situazioni in cui ci si trovi (nel caso specifico il poter affermare che un determinato comportamento dipenda dal fatto che il soggetto ha una determinata malattia mentale). A ciò si associa anche il bisogno di rassicurazione per cui i comportamenti anomali possono essere spiegabili dalla presenza di una diagnosi che identifichi il "malato psichico", processo col quale avviene una rassicurazione che l'altro sia diverso da noi stessi. Nonostante questo emerge comunque, più o meno esplicitamente, come i problemi di carattere etico sorgano principalmente nel porre diagnosi errate e, quindi, come il vero agire etico risieda principalmente nel porre diagnosi correttamente (con chiari elogi al DSM), momento dopo il quale diviene agevole, quasi automatico, intraprendere il trattamento appropriato.

Questo dovrebbe, secondo gli autori, portare alla possibilità di ovviare ai possibili errori che potrebbero insorgere nel rapportarsi al malato da parte del singolo con la propria soggettività. Riteniamo tuttavia che il vero agire etico nasca proprio, al contrario, dal rapporto tra due individui con le loro soggettività uniche ed irripetibili, incontro questo in cui può emergere come guida etica l'agire responsabile. La responsabilità per l'altro, il farsi carico dell'altro, sopportando il rapporto con il volto dell'altro, è ciò da cui può originare il vero agire etico.

Tutta la riflessione lévinassiana porta verso questa direzione. Chiusa al contrario la dimensione di attesa e di apertura al dialogo e al nuovo, eliminata ogni possibilità lasciata al mutamento e alla maturazione reciproca del terapeuta e di chi ne richiede l'intervento, l'altro è confinato nella "gabbia" della diagnosi che, tramandata come tale, rimane spesso intoccabile tabù che condiziona tutto il successivo agire terapeutico e umano. Riteniamo, dunque, prioritaria una riflessione sul significato del fare diagnosi cercando di porre come priorità l'incontro con l'altro.

Fare diagnosi è essenzialmente *dare nome alle cose*, dare un nome a un'entità (clinica in questo caso) che prima non era identificata. Nel nominare viene posto un "io" che nomina e un "mondo" che viene nominato, mondo che entra così a far parte dell'ordine "cosmico" sancito da questo stesso atto, risultando così padroneggiabile da parte di chi nomina (questa è in realtà una divisione arbitraria ampiamente criticata da tutta la tradizione fenomenologica sia in ambito filosofico che successivamente psichiatrico).

Accanto a ciò va considerato che uno dei significati originari della parola diagnosi – *διόγνωσις* – è quello di "discernimento, differenziazione", differenziazione che viene esercitata tra due o più situazioni o condizioni tra loro variamente somiglianti. Questo è un procedere tipico del pensiero umano, che continuamente è alla ricerca di semplificazioni, di generalizzazioni, di facilitazioni e schematismi per non perdersi nell'incessante magma del reale e per riuscire a dare ad esso una forma tendenzialmente stabile, forma che si riconosca e si distingua nel *caos*, nell'indefinito, nel brulicante che, in quanto tale è ingestibile ed angosciante, forma che sia prevedibile (non a caso Adler tratta della previsione in vicinanza di altre riflessioni che concernono la sicurezza e la sopravvivenza stessa dell'uomo) [3].

Il rischio, tuttavia, è che non si colga l'importanza di questo procedere, che lo si dia per scontato e, anzi, lo si assuma come atto doveroso e necessario. Gli psicologi e gli psichiatri sempre più spesso, in questo "favoriti" dal recente corso economicista ed "efficientista" della politica sanitaria, non ne avvertono l'importanza e continuamente formulano diagnosi senza porsi alcuna questione in proposito. Si introducono così, senza rendersene conto, i fenomeni psicopatologici in un ordine "cosmico" rendendoli così prevedibili e padroneggiabili, al prezzo però di rinunciare a cogliere il fluido dinamismo dei vissuti umani e la costruzione e il procedere di uno stile di vita individuale e di una meta personale (sempre in movimento e mai del tutto cristallizzata).

Appare evidente come ciò conduca alla *rinuncia* di un incontro duale che, in quanto tale, è sempre portatore di novità, mutamento, angoscia, per *entrambi* i partecipanti all'incontro stesso. Si tende a preferire al contrario una situazione

sicura, una base certa in cui il significato di “differenziazione” proprio della diagnosi si arricchisce di nuove valenze, questa volta meno ovvie, per cui avviene differenziazione non solo tra due condizioni più o meno simili tra loro, ma anche, e soprattutto, tra *chi è portatore della diagnosi e chi non lo è*, soggetti resi incommensurabili *proprio dalla diagnosi*, che ovviamente è stabilita dal terapeuta.

Se dunque, come ricordava Canziani [9], l'utilizzo di strumenti diagnostici come il DSM consente una comunicazione universalmente riconosciuta, riteniamo che il rischio, spesso misconosciuto, di utilizzare tale approccio come base di partenza per l'agire *terapeutico* (e non solo comunicativo-divulgativo), sia quello di scotomizzare *a priori* l'altro, affermando la sua irrecuperabile diversità e rendendo così vano ogni successivo agire che, in un'ottica individualpsicologica, dovrebbe porre come obiettivo il reperimento di uno *stile di vita individuale e perciò irripetibile*, con la chiamata in causa dell'altro come possibile co-artefice del cambiamento.

Come ricordava Illich «la medicina crea un nuovo gruppo di diversi ogni volta che fa attecchire una diagnosi» (18, p. 54). L'ateoricità del DSM è solo apparente, come è evidente nella considerazione di alcune delle diagnosi ivi inserite (un esempio specifico è il *disturbo da attacchi di panico*, patologia che deve la sua autonomia nosografica, argomento sul quale non ci soffermiamo ora, ad associazioni con determinate anomalie del funzionamento cerebrale). Se poi a questo procedere si affianca l'uso non critico, non meditato, di protocolli o linee guida, si può concretizzare ancor più il rischio di operare una divisione, artificiosa, tra un'ottica referenziale e un'ottica riflessiva del dialogo con l'altro, che spezza il rapporto con questi realizzando un parlare *di lui e non, anche e soprattutto, con lui*.

Nella diagnosi si oggettiva l'uomo rendendolo oggetto di studio tra gli altri e, soprattutto rendendolo prevedibile e dunque innocuo. Nel renderlo prevedibile si reputa superfluo il renderlo vedibile, visibile, l'incontrarlo *vis-à-vis*, l'incontrarlo in prima persona. Ci si può rivolgere dunque a un “lui” anche in sua assenza, quasi come una sorta di epitaffio in cui ci si “ricorda di”. Si parla con un assente, almeno dal punto di vista relazionale, dimenticando che *essere assenti è essere morti*. In modo meno drastico confrontarsi con l'assente, con l'assenza è lavorare di fantasia, di immaginazione: «L'essenza dell'immaginazione, perciò, poggia sulla capacità di rappresentare interiormente il reale assente, interpretando con creatività, dal proprio angolo di osservazione, sempre ricorrendo ai personali *schemi di appercezione* preformati» (35, p. 180).

Nel fare diagnosi si dice, anche, della mortalità-finitezza-imperfezione-inferiorità degli altri concretizzando, spesso, la loro morte relazionale e tralasciando

al tempo stesso la propria. Si resta così gli unici soggetti del discorso, negando la presenza dell'Altro. Si trasforma il dialogo in monologo. È *di* lui che si parla, non *con* lui. Non interessa più ciò che avrebbe da dire, poiché si è già stabilito ciò che si vuole sentire dire.

#### IV. Contro una medicina “nevrotica”

L'utilizzo delle linee guida, che “raccomandano” con precisione che cosa fare e quando farlo nelle diverse situazioni, preserva, inconsapevolmente, il terapeuta dall'angoscia di dover prendere una decisione responsabile e quindi realmente etica. Come tuttavia ricorda Derrida: «una decisione, per essere responsabile e davvero decisoria, non deve limitarsi alla messa in opera di un sapere determinabile o determinante, come se fosse la conseguenza di qualche ordine prestabilito. Ma, viceversa, chi chiamerà decisione una decisione senza regola, senza norma, senza legge determinabile o determinata? E chi ne risponderà, davanti a chi, come di una decisione responsabile?» (11, p. 16) e ancora «proteggere la decisione o la responsabilità per mezzo di un sapere, di una garanzia teorica o della certezza di avere ragione, di essere dalla parte della scienza, della coscienza o della ragione, significa trasformare questa esperienza in realizzazione di un programma, in applicazione tecnica della regola o della norma [...] tutte condizioni a cui non bisogna certo mai rinunciare, ma che, in quanto tali, costituiscono semplicemente la protezione da una responsabilità al cui appello rimangono radicalmente eterogenee» (*Ibid.*, p. 18). Decisione responsabile e agire etico passano attraverso l'incontro con l'altro, con il *volto* dell'altro, per una relazione autentica e «immediatamente etica» (25, p. 99).

L'incontro con l'altro, il trovarsi faccia a faccia con il suo volto, il passare dalla prevedibilità alla visibilità suscita, infatti, un'angoscia che origina dal non poter disporre, all'interno di un rapporto etico, di indicazioni precise che si risolvano in un semplice cammino su un percorso già tracciato. Angoscia nella quale aleggia perennemente lo spettro della perdita delle precarie certezze di riuscire a controllare la *propria* finitezza e mortalità. È in risposta a questa forma di insicurezza e inferiorità esistenziale, ineliminabile dall'uomo per il fatto stesso di essere uomo, che riteniamo nasca una certa prassi terapeutica, in cui appare necessario reperire indici che possano essere previsti con una sufficiente certezza [3], occupandosi della finitezza altrui che si ritiene di controllare e di gestire forse meglio della propria, dimenticandosi così di questa.

L'angoscia di non poter essere padroni di un tutto, favorisce, anche nell'ambito della “medicina dell'anima”, un atteggiamento che può apparire invece più appropriato nell'ambito della medicina “somatica” occidentale, ossia quello della iperspecializzazione. Tendenza questa da non rifiutare nella sua globalità,

visti gli innegabili benefici, ma da leggere sempre in modo critico, specie quando tutto l'agire medico porta a ricercare come meta «il livello di specializzazione eccessivamente astratto, l'alta ricerca, l'indagine dei fondamenti ultimi. Beninteso, una indagine siffatta non è un inconveniente quando si tratta dell'atomo, ma quando si tratta dell'uomo, dell'uomo che vive e soffre, ci si allontana, e di molto, dal malato» (19, p. 80).

Sempre più si concretizza il rischio che «non vi sia qualcuno in grado di giudicare l'insieme, cioè il malato in se stesso, vivente, con i suoi problemi, sì da poter fare la sintesi di tutto. [...Cìò, dunque,] favorisce soluzioni semplicistiche, univoche, identiche in tutti i casi, per cui poi si finisce con lo scegliere *a priori* una direzione o un'altra» (*Ibid.*, p. 86). Se consideriamo come il pregiudizio e la fobia sono due modalità di compensazione che caratterizzano lo stile di vita nevrotico [10], il rischio è quello di trovarsi di fronte a una medicina "nevrotica", che persegue essa stessa l'allontanamento dalla comunità dei viventi in favore di una base sicura che, confinando il "malato" in un territorio dal quale non è possibile uscire, protegga il terapeuta dall'angoscia. Ricordiamo qui che il «modo erroneo di procedere che caratterizza il pensiero nevrotico, è determinato anche da una tendenza alla difesa, che nel tentativo di dar corso alle aspirazioni, si serve di linee guida ben definite e rigidamente delimitate» (4, p. 271).

Si evita, in definitiva, di occuparsi *dell'altro* [15], in un incontro che obbligherebbe a stare *con* l'altro, anche nella sua incomprendibilità, nel suo non rispettare il nostro senso, nel suo mistero, con il suo mistero e con la sue angosce, con il fluire inarrestabile dei suoi vissuti, realizzando, al contrario, un'analisi spesso asettica di piccoli frammenti apparentemente immobili e cristallizzati di un uomo che, come uomo, non esiste più.

Frammenti che, ridotti in quanto a dimensioni e accresciuti in numero, ci illudono di poter arrestare il tempo e di congelare il dinamismo vitale, distraendo così lo sguardo, ma soprattutto l'ascolto, dal volto dell'altro e dalle angosce che forse non sono solo sue, ma anche nostre; angosce che, scotomizzate dall'incessante lavoro tecnico che tutto misura, *de-finisce* e *de-termina*, lasciano il posto all'illusione di avere trovato una risposta (e il più delle volte ne basta una qualsiasi). «Ecco allora che il tracciare limiti sempre più accurati non salva infine Weber dalla sua angoscia. Perché proprio alla scrittura del limite sembrano coesenziali una angoscia e una lotta interminabile con l'illimitato» (23, p. 25).

Questo procedimento non potrà avere termine in un limite ultimo che garantisca dalla propria finitezza, da cui un'angoscia che deriva dal confrontarsi con l'inconfrontabile, dal venire faccia a faccia con il limite della condizione umana,

caratterizzata da mortalità, finitezza, inferiorità ontologica, condizioni non altrimenti affrontabili se non attraverso una *assunzione* della *propria* finitudine.

È, quindi, fondamentale uno schietto e responsabile confronto con le proprie dinamiche attinenti a tali insicurezze e inferiorità, che assumono in ciascuno espressioni mutevoli, cangianti e sempre comunque individuali, a tal punto uniche e personali che, se riconosciute come tali, metterebbero comunque sempre in scacco un pensiero rigido, livellato e non dialogico, come è quello proprio di una certa pratica medica e, più specificamente, psichiatrica e psicoterapeutica.

Ciò solamente può liberare da falsi idoli di perfezione, fittizia, e superiorità, ancor di più fittizia, specialmente nei confronti dei pazienti, visti altrimenti solo come malati e inferiori rispetto alla “casta” di appartenenza [15]. Solo tale atteggiamento potrà, in ultima analisi, favorire un contatto sincero, empatico, ma soprattutto *etico*, volto a cogliere i fenomeni psichici così come ci vengono donati dai pazienti, senza il bisogno di incasellarli subito in categorie prestabili da complicati sistemi diagnostici e linee guida. Solo un atteggiamento empatico può favorire il riconoscimento e la distinzione tra i “dati” e i “presi”.

Solo tale atteggiamento può consentire che tra terapeuta e paziente si instauri un dialogo, indispensabile strumento terapeutico, «poiché solo attraverso il dialogo viene raggiunto il vero e proprio fine, ed è quindi possibile riattivare nel paziente il flusso comunicativo della vita attiva e la facoltà di stabilire dei contatti con gli altri» (12, p. 146).

Ripercorrendo con ogni singolo paziente la strada personale che conduce verso l’acquisizione della consapevolezza della propria irripetibilità, si potrà sorreggerlo [33] nello sforzo di reintrodursi nella comunità da cui si è autoescluso attraverso la patologia.

## Bibliografia

1. A.A.V.V. (2000), *DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, tr. it. *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Text Revision, Masson, Milano 2001.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell’uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1994.

4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
5. AUSTER, P. (1982), *The Invention of Solitude*, tr. it. *L'invenzione della solitudine*, Einaudi, Torino 1997.
6. BAUDRILLARD, J. (1976), *L'échange symbolique et la mort*, tr. it. *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano 2002.
7. BLOCH, S., CHODOFF, P., GREEN, S. A. (a cura di, 1999), *Psychiatric Ethics – Third Edition*, tr. it. *Etica e psichiatria – Terza edizione*, Carocci, Roma.
8. BRAMBILLA, L., LECCARDI, G. (2002), Linee guida terapeutiche, farmacologiche, educazionali: gabbie del pensiero?, *Convegno “Malati o vinti”*, Milano.
9. CANZIANI, G. (1978), Le tematiche della psicoterapia moderna e la psicologia individuale: un primo approccio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9: 9-25.
10. CASTELLO, F. (1980), Pregiudizio e fobia: due analoghe modalità di compensazione caratterizzanti stili di vita nevrotici, *Riv. Psicol. Indiv.*, 12: 52-58.
11. DERRIDA, J. (1996), *Apories. Mourir – s’attendre aux “limites de la verité”*, tr. it. *Aporie. Morire – attendersi ai “limiti della verità”*, Bompiani, Milano 1999.
12. GADAMER, H. J. (1993), *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, tr. it. *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano 1994.
13. GALIMBERTI, U. (1999), *Psiche e techne - L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano.
14. GENESI, LA SACRA BIBBIA, Edizione Ufficiale della Bibbia, Edizioni Welci 1996.
15. GRIECO, A., LINGIARDI, V. (1994), Introduzione in GADAMER, H. J. (1993), *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, tr. it. *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano 1994.
16. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 1976.
17. HOFSTADTER, D. R. (1979), *Gödel, Escher, Bach: an Eternal Golden Braid*, tr. it. *Gödel, Escher, Bach: un'eterna ghirlanda brillante*, Adelphi, Milano 1984.
18. ILLICH, I. (1976), *Limits to Medicine – Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, tr. it. *Nemesi medica – l'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977.
19. JANKÉLÉVITCH, V. (1994), *Penser la mort?*, tr. it. *Pensare la morte*, Cortina 1995.
20. KOSKO, B. (1993), *Fuzzy Thinking: The New Science of Fuzzy Logic*, tr. it. *Il fuzzy-pensiero – teoria e applicazioni della logica fuzzy*, Baldini e Castoldi, Milano 1995.
21. LECCARDI, G. (2001), Il racconto come luogo d'incontro con l'altro, *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 85-94.
22. LECCARDI, G. (2002), *Morte come fine, morte come confine in psicopatologia*, tesi di specializzazione, Università degli Studi di Milano, Scuola di specializzazione in Psichiatria, anno accademico 2001-2002.
23. LEONI, F. (2001), *Follia come scrittura di mondo – Minkowski, Straus, Kuhn*, Jaca Book, Milano.
24. LEVINAS, E. (1987), *Le Temps et l'Autre*, tr. it. *Il tempo e l'altro*, Il Melangolo, Genova.
25. LEVINAS, E. (1982), *Ethique et Infini. Dialogues avec Philippe Nemo*, tr. it. *Etica e infinito*, Città Nuova 1984.



26. MAIULLARI, F. (1992), L'analisi come finzione e l'analisi delle finzioni: mito, sogno, fiaba, *Riv. Psicol. Indiv.*, 32: 7-15.
27. MERINI, A. (2000), *L'anima innamorata*, Frassinelli, Milano.
28. MINKOWSKI, E. (1933), *Le temp vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*, tr. it. *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Einaudi, Torino 1971.
29. MINKOWSKI, E. (1939), *Naître et prendre naissance*, Rev. Interna. Philos., tr. it. *Nascere e prendere nascita*, in FRANCONI (a cura di, 1969) *Filosofia, semantica, psicopatologia*, Mursia, Milano.
30. MISTURA, S. (1998) *Introduzione*, in MINKOWSKI, E., *La schizofrenia*, Einaudi, Torino.
31. MONTALE, E. (1984), *Tutte le poesie*, Mondadori, Milano.
32. OVADIA, M. (2002), "Il malato è sacro", *Convegno "Malati o vinti"*, Milano.
33. PAGANI, P. L. (1981), Attuali problemi di ordine etico nella psicoterapia di linea adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 15-16: 24-30.
34. PAGANI, P. L. (2001), L'utilità diagnostica delle notizie raccolte nel corso del "primo colloquio" e nelle sedute dedicate alla "costellazione familiare" e ai "primi ricordi" d'infanzia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 5-26.
35. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1995), "L'immaginario fra presente, passato e futuro e la costanza dello stile di vita", *Atti 6° Congresso Nazionale "Il tempo e la memoria"*, Marina di Massa, 20-22 ottobre 1995: 175-183.
36. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Torinese, Torino.

Giorgio Leccardi  
Via Sardegna, 7  
I - 24127 Bergamo