

LA RESTITUZIONE DELLA DIAGNOSI

Il colloquio avvia una situazione interattiva tra due persone avente carattere di scambio. In primo luogo, vi è la presenza di un bisogno in uno dei due soggetti interagenti, cioè nel cliente dal quale parte la richiesta, e la presenza nell'altro soggetto, cioè il consulente, di una disponibilità e competenza professionale ad aiutare il cliente a soddisfare il suo bisogno.

Il consulente non soddisfa però tale bisogno ma aiuta il cliente a trovare la soluzione soddisfacente, nel limite del possibile, in quel momento della sua vita. Se il bisogno è il motore che mette in atto il colloquio per trovare un modo di alleviare il suo disagio o sofferenza, il cliente esprime tale bisogno in maniera più o meno distorta, mascherata e indiretta, e questo tanto più grave è la sua patologia.

Inoltre, il colloquio avviene in un contesto specifico che si differenzia da altri contesti possibili in cui “parlare di sé” e dei propri problemi; e non ultimo il colloquio, come situazione interattiva, avviene in un tempo e uno spazio particolare, dichiarato, voluto e non casuale.

Nella pratica clinica il cliente non è sempre lo stesso, può infatti essere una singola persona, ma altre volte una coppia o un gruppo familiare. Anche quando il cliente viene al colloquio da solo può farlo non per suo personale bisogno, ma essere indotto da altri in quanto paziente designato di un gruppo sofferente e patologico.

Vi è infine il caso dei soggetti in età minore, in cui il colloquio non è liberamente richiesto dal cliente ma più o meno imposto dai familiari, educatori, insegnanti ecc. La presenza di questi invianti, anche se non concreta, è ben viva e attiva e non può essere ignorata o sottaciuta; vanno invece chiariti i motivi e gli scopi della richiesta della consultazione da parte dell'inviante, scopi e motivi che debbono essere tenuti distinti da quelli del cliente.

Il disagio e la sofferenza sono talora dichiarati dal cliente in modo più o meno mistificato, ben inteso a livello inconscio o preconsciouso, vale a dire che la richiesta vera è più o meno mascherata. Così il disvelamento della vera natura della sofferenza e del bisogno, sempre entro i limiti tollerabili dal cliente, è spesso il primo passo per un reale colloquio tra cliente e consulente.

Le difese del cliente

Il cliente, nel momento del colloquio con il consulente, porta tutti quei dinamismi conflittuali, come fa in tutte le altre interazioni della sua vita, la cui emergenza sotto forma di sintomi sta alla base delle sue difficoltà, che sono a loro volta ciò che ha messo in moto il colloquio.

Parlare di sintomo, nella teoria psicoanalitica, significa introdurre il concetto di difesa. Infatti, il sintomo appare come l'espressione deformata di un compromesso tra una pulsione o un insieme di

¹ Psicologo, psicoterapeuta, socio dell'Alleanza per la Salute Mentale

pulsioni e le difese appunto che l'Io erige contro la possibilità che tali pulsioni emergano a livello conscio o si scarichino nell'azione, in quanto esse sono sentite come inaccettabili da parte del Super-Io.

Il pericolo nasce perché le pulsioni sono in lacerante contraddizione con l'immagine di sé che nel corso degli anni si è costruita e rischiano di sommergere l'Io e di privarlo delle sue possibilità di controllo e di integrazione. Quindi inevitabilmente il cliente porterà nel colloquio la propria ambivalenza tra il genuino desiderio conscio di affrontare e risolvere le proprie difficoltà e l'inconscia determinazione a difendere la propria patologia o, meglio, il proprio patologico modo di vivere e la vera natura di questo.

La richiesta di aiuto, e quindi di un colloquio, comporta da parte del cliente, l'accettazione più o meno esplicita che "così non ce la faccio più a tirare avanti". Ciò comporta una "ferita narcisistica", cioè l'incrinarsi dell'illusione nella propria onnipotenza, retaggio dell'arcaico mondo infantile; tale crisi è ben lungi dal poter essere vissuta dal soggetto come un segno positivo di maturazione psicologica.

Il colloquio quindi "sarà intessuto, sia dal punto di vista dei contenuti comunicati che da quello della forma delle comunicazioni, di una rete estremamente complessa di operazioni difensive, volte sia contro la presa di coscienza della reale natura delle proprie difficoltà ...sia nei confronti della figura del consulente che di questa eventuale presa di coscienza si appresta a divenire il catalizzatore" (Pandolfi)¹.

La figura del consulente sarà allora investita di tutta una serie di significati *transferali* divenendo di volta in volta, a sua insaputa, agli occhi del cliente il giudice, il mago, il protettore, il persecutore, in altre parole il genitore buono e quello cattivo. È di grande importanza che il consulente sia consapevole di questa intrinseca ambivalenza della richiesta del cliente, "consapevole della scissione viva ed operante nella persona che gli sta di fronte grosso modo in due parti: una che sinceramente e autenticamente chiede aiuto e un'altra che tale aiuto è decisa a rifiutare o meglio a sabotare" (Pandolfi, op.cit.)

Di questi comportamenti "scissi", in realtà, si possono osservare solamente i derivati, cioè i segni indiretti della loro presenza; per questo motivo il "come" viene comunicata un'esperienza, un sentimento è altrettanto importante del contenuto stesso della comunicazione. Una parte importante viene assunta, in questi segni indiretti, dalle modalità difensive dell'Io. Se il problema centrale del consulente è quello di individuare il nucleo conflittuale che sta al centro del bisogno del cliente, non meno importanza assume comprendere anche quali parte sane sono rimaste operanti e adattative, quelle che sono chiamate "le capacità autoterapeutiche del cliente".

Ci si può chiedere: perché l'Io si difende e da che cosa si difende? (Anna Freud)² L'Io, ogni qual volta avverte il rischio che sentimenti, pulsioni ed emozioni possano farsi strada fino alla coscienza e alla motilità erige una barriera inibitoria. I meccanismi di difesa sono dunque una importantissima e indispensabile funzione dell'Io. Essi cominciano a diventare patologici quando sono usati in modo non appropriato, soprattutto quando continuano ad essere usati anche ove non siano più realisticamente necessari.

Le difese vanno viste non solo come qualcosa che intralcia la nostra possibilità di osservare in modo soddisfacente le problematiche ed i nuclei patologici del cliente, ma anche come uno degli indici del livello di funzionamento del suo sistema egoico e quindi della capacità di maneggiare la realtà sia interna che esterna.

Considerare le difese unicamente come espressione di patologia induce nell'errore di ignorare il vero significato dei meccanismi di difesa che è appunto quello di difendere il soggetto da una situazione altrimenti intollerabile. Significa dimenticare che il cliente ha delle difficoltà a distinguere tra realtà esterna e realtà interna; situazione nella quale la prima tende a prevaricare la seconda.

Così come occorre ricordare che il cliente vive il presente come se fosse il passato e che reagisce alla realtà non come è ma come crede che sia, per la distorta percezione che possiede della sua realtà interna/esterna. Questo spiega perché, quando si mostra al cliente una sua manovra difensiva egli si senta ingiustamente attaccato e colpevolizzato: infatti, i meccanismi di difesa non solo sono inconsci, ma anche fortemente egosintonici e pertanto il loro attacco sarebbe vissuto come un attacco all'Io, una minaccia repentina alla sua integrità e al suo funzionamento.

Le difese del consulente

È intrinseco nella definizione di colloquio clinico che il consulente dovrebbe avere difese meno gravi e massicce del cliente e soprattutto dovrebbe essere in grado di percepire a livello cosciente l'attivarsi di un proprio meccanismo difensivo che il cliente evoca in lui. In particolare, è necessario riflettere su tre aspetti: quello della neutralità, della direttività o non-direttività che possono caratterizzare il comportamento del consulente durante il colloquio (Lingiardi e Madeddu)³.

La neutralità è stata intesa troppo spesso come un insieme di atteggiamenti formali improntati ad un silenzioso distacco in cui "l'analista" si autorelegherebbe in ossequio al suo ruolo, in cui la funzione di ascolto limita la partecipazione attiva esprimendosi solo in quella interpretativa. Si può invece affermare che la neutralità del consulente è piuttosto quell'atteggiamento di ascolto che consente al cliente di potersi esprimere liberamente senza sentirsi giudicato o criticato; non è invece il restare arroccati in una situazione di silenzioso e circospetto distacco che farebbe giustamente nascere nel cliente la sensazione che ciò che sta dicendo non desta alcun interesse in colui che lo sta ascoltando.

Questa erronea interpretazione della neutralità può essere utilizzata dal consulente per difendersi da una serie di difficoltà personali quali ad esempio:

- il bisogno di conservare una distanza emotiva che sente messa in pericolo;
- la necessità di sottolineare il proprio ruolo professionale nei suoi aspetti meramente formali, generalmente in carenza di una non ancora raggiunta solida identità professionale;
- l'esigenza di usare la neutralità come rifugio di fronte all'ansia destata dal fatto di non capire e quindi non sapere come gestire la situazione;
- infine, il rigido arroccamento su una posizione indifferente più che neutrale, nasconde a volte una carenza di genuino interesse e curiosità per il cliente.

Quanto detto per la neutralità può valere anche per il problema della direttività o non-direttività. Sarebbe comunque inutile sostenere a priori una opzione o l'altra per un comportamento da tenersi in una situazione che non ancora si conosce, quella appunto del colloquio che si andrà a condurre.

Questo problema sembra oscillare tra due posizioni antitetiche, piuttosto che essere la risposta adeguata ad una relazione, quella del colloquio, che si sta svolgendo. Si può infatti venire a costituire una direttività che rischia di diventare quasi una raccolta burocratica di informazioni, anche se dettagliate ed interessanti, ma prive della loro tonalità affettiva che costituisce quel "come" "gli eventi sono stati vissuti".

Facendo un esempio, ha poco senso sapere quanti mesi è durato l'allattamento o quanto genericamente risultino soddisfacenti i rapporti sessuali, se non è possibile farsi un'idea della qualità dell'esperienza che ha accompagnato tali eventi.

Sul versante della non-direttività, una posizione rigida può scadere in un lasciar parlare il cliente a ruota libera senza mai intervenire, delegando quasi completamente a lui la conduzione del colloquio, assistendo in definitiva al suo racconto senza mai entrare in interazione e lasciandolo solo anche in momenti di intensa confusione e ansietà.

Se il colloquio diventa allora una raccolta distratta di notizie passivamente ricevute, viene a mancare l'obiettivo centrale del colloquio stesso che è quello di ottenere un quadro il più possibile corretto e puntuale della situazione del cliente.

Una delle difficoltà più importanti che il consulente incontra nel colloquio, costituisce anche una delle sue funzioni più preziose: riuscire a mantenere un buon equilibrio tra la propria parte che interagisce con il cliente e l'altra parte di sé, interna, che osserva e valuta per definire una strategia operativa efficace in ordine ai problemi, alle difficoltà ed ai bisogni del cliente.

La restituzione

L'evento diagnostico in psicologia clinica può corrispondere ad una riformulazione della questione posta dal paziente tale da costituire la base di un profondo cambiamento, che può riguardare il modo di percepire sé stesso, le proprie relazioni, i termini del problema posto, le eventuali soluzioni, la serie di ipotesi conscie o preconscie relative al suo disagio (Dazzi, Lingiardi, Gazzillo)⁴.

La diagnosi deve procurare al paziente una chiave di lettura della propria storia o della propria particolare vicenda ed essere emotivamente e cognitivamente integrata ad un livello per lui adeguato. Chiave di lettura che permetta al paziente sia di organizzare una percezione di sé che di prospettarsi un possibile mutamento, di cui l'eventuale indicazione terapeutica può essere il mezzo o uno dei mezzi. È importante che la situazione diagnostica abbia un suo setting specifico e che i clinici assumano una posizione emotiva che si mantenga strettamente differenziata da quella terapeutica. Spesso si verifica invece che si crei una presa in carico terapeutica in luogo della diagnosi e prima che questa venga formulata.

La situazione diagnostica è caratterizzata dall'essere una sorta di stato di tregua, che avviene in un clima emotivo in cui ogni giudizio è sospeso, sia da parte del clinico che del paziente. Sono pure sospese le decisioni riguardo qualunque tipo di intervento, con l'interposizione di una serie di operazioni e di una necessaria attività di riflessione ed elaborazione. Nel particolare clima emotivo proprio della situazione diagnostica è possibile l'instaurarsi di una alleanza di lavoro. La maggior parte delle persone accetta di buon grado la proposta di un lavoro diagnostico finalizzato ed è condivisibile anche dai pazienti che avrebbero invece difficoltà ad accettare un qualsivoglia trattamento.

Nel percorso diagnostico l'alleanza di lavoro è necessariamente provvisoria e temporanea, a differenza di quella del processo terapeutico. Infatti, è sufficiente esplicitare all'interessato il fatto che gli verranno comunicati gli elementi significativi emersi e che da essi si potranno ricavare indizi utili per un'eventuale indicazione.

Le eventuali difficoltà all'instaurarsi dell'alleanza diagnostica vanno considerate, quindi, un prezioso materiale clinico da comprendere ai fini di una corretta indicazione e previsione degli eventuali ostacoli che la realizzazione di questa potrà incontrare. Inoltre, questi dati andranno tenuti

presenti nel corso della restituzione, non solo come elementi che dovranno essere forniti al paziente secondo le modalità più idonee, ma anche come possibili indici di difficoltà alla comprensione di ciò che verrà restituito.

Il processo diagnostico avviatosi con la prima consultazione procede per approssimazione ed ipotesi successive verso l'acquisizione degli elementi significativi relativi ai vari livelli della *complessità organizzata* del paziente: somatico, intrapsichico, interpersonale, micro e macro-sociale, culturale. Tale iter consiste in una processualità emotiva-cognitiva, che corrisponde ad una progressiva precisazione, selezione ed integrazione degli elementi raccolti (Balestri, Orefice, Pandolfi, 1990).

Il paziente all'interno della situazione diagnostica porta risposte concordanti e discordanti sia ai diversi operatori (coi quali può essere venuto in contatto) sia ai diversi strumenti conoscitivi utilizzati. La corretta valutazione ed integrazione di tali concordanze e/o discordanze è parte fondamentale dell'iter diagnostico. È indispensabile che le eventuali discordanze non alimentino diatribe e conflitti tra i vari operatori e le diverse funzioni diagnostiche, ma possano essere considerate alla stregua di uno specifico materiale clinico. Va ricordato che il paziente può utilizzare la restituzione della diagnosi anche in funzione delle sue caratteristiche di personalità, della sua storia di persona e di paziente, dei motivi della consultazione attuale e del modo in cui ha vissuto e vive la situazione diagnostica, nonché della particolare relazione oggettuale prevalente e delle situazioni interpersonali più significative che si trova a vivere in generale e in quel momento.

La restituzione della diagnosi è infatti un momento particolarmente delicato in quanto esiste anche la possibilità che essa possa essere inutile e perfino dannosa. Questo avviene quando si comunicano dei dati il cui contenuto il paziente non può utilizzare, ma anche ove tali contenuti siano forniti con un tipo di comunicazione non idonea a quello specifico paziente.

Una corretta restituzione può in taluni casi modificare l'ipotesi diagnostica che il paziente aveva di sé stesso e del mondo, e dei relativi convincimenti radicati e persistenti. Il fatto che il clinico parli di certi fenomeni della vita psichica che il paziente aveva fino ad allora considerati incommunicabili, facilita di per sé un'ulteriore riflessione. Inoltre, la possibilità di comprendere che l'insorgenza di fenomeni considerati paurosi ed inspiegabili ha, invece, una sua consequenzialità, permette non solo la riduzione della paurosi, ma può consentire anche il percepirne l'eventuale modificabilità. Si debbono contemplare l'esistenza di diversi tipi di restituzione e di una tecnica della restituzione.

Dal punto di vista della struttura, si può parlare di una restituzione di tipo ricostruttivo, cioè delle informazioni che tendono a fornire al paziente una lettura integrata delle vicende affettive e relazionali della sua vita ed i relativi nessi. Le restituzioni mirate sono focalizzate, almeno inizialmente, su un aspetto specifico che si ritiene opportuno mettere in evidenza.

Da un altro punto di vista la restituzione può invece essere di tipo identificatorio o disidentificatorio: nel primo caso il clinico compie uno sforzo attivo per comunicare, essendosi messo nei panni del paziente; nel secondo invece decide di assumere una precisa distanza, relativamente al comportamento ed ai vissuti del paziente stesso.

Nei casi di pazienti gravi, soprattutto, in cui l'esame di realtà è estremamente disturbato per il tipo di relazione oggettuale arcaica, una restituzione che non tenga conto di questo elemento si può tradurre in un pesante attacco che può causare per lo meno una definitiva rottura del rapporto da parte del paziente.

Possono esistere restituzioni che si traducono in un processo complesso, articolato in più colloqui, con una continua verifica di quanto il paziente ha la possibilità di capire ed elaborare,

utilizzando gli stessi fraintendimenti come ulteriore materiale esplicativo delle difficoltà evidenziate nel corso del processo diagnostico.

Altre volte la restituzione può essere un passaggio intermedio in cui, sulla base di quanto si è sinora compreso, si prospetta al paziente una prosecuzione del processo diagnostico con la tecnica delle sedute di osservazione. Questo tipo di prolungamento della situazione e del processo diagnostico può rendersi necessario nel caso in cui sia importante verificare la possibilità, da parte del paziente, di utilizzare una tecnica terapeutica oppure di prospettarsi od operare un determinato cambiamento o, più generalmente, per dirimere un dubbio diagnostico rimasto irrisolto. Le sedute di osservazione possono permettere, comunque, di accertarsi dell'effetto che la restituzione ha avuto sul paziente.

Può anche capitare che non sia opportuno occuparsi di restituire in modo esaustivo gli elementi diagnostici raccolti, quando, per esempio, il paziente non è assolutamente interessato in modo autentico a ciò, essendo il suo problema in quel momento l'allarme relativo alla presenza di determinati sintomi psichici. In tal caso la restituzione può consistere in un intervento che mira a modificare la situazione in atto, considerando unicamente un nucleo o una situazione conflittuale circoscritta correlata alla difficoltà che ha condotto il paziente alla consultazione. Molto spesso ciò si verifica in situazioni di crisi, per cui la restituzione è, almeno inizialmente, centrata sulla crisi stessa.

Esistono ancora casi in cui la restituzione consiste nel chiarire ed evidenziare al paziente che la situazione di conflitto o dilemma con cui si è presentato alla consultazione, è conseguenza, in quel momento, di una erronea "diagnosi" dei suoi bisogni. Egli antepone, per esempio, una determinata scelta al bisogno, che ha invece una importanza fondamentale ed è da lui sottovalutato, come quando alla richiesta di un intervento psicologico fa riscontro, in realtà, un bisogno di ben altro livello, di tipo medico, economico, legale ecc.

In altri casi si deve tener conto nella restituzione della presenza più o meno determinante dell'utile secondario, del quale spesso il paziente è solo parzialmente consapevole. Qui il clinico dovrà essere particolarmente cauto, in quanto l'utile secondario può rappresentare un elemento importante o addirittura vitale nell'esistenza del paziente e a cui possono essere connessi sentimenti di inadeguatezza e di colpa.

La considerazione clinica dell'importanza della diagnosi che il paziente fa di sé stesso e del cambiamento che si può attivare dal processo diagnostico, attraverso il lavoro della restituzione, fa sì che non si cada in una procedura formale di indicazione o controindicazione per un eventuale tipo di intervento, ma assuma le caratteristiche di un rilevante intervento in sé.

"L'esperienza clinica ci ha persuaso che in molti casi la diagnosi e la restituzione posseggono potenzialità spesso non utilizzate e tale, invece, da produrre un effetto significativo che talvolta può rendere superflua una ulteriore indicazione. Qualora esse debbano essere seguite da una indicazione ad un ulteriore intervento, possono fornire al paziente, con una migliore comprensione della sua condizione, la possibilità di utilizzare e condividere in modo più autentico e consapevole l'indicazione medesima, per cui l'eventuale successivo processo terapeutico acquisisce più chiaramente le connotazioni di un mezzo anziché di un fine" (Balestri, Orefice, Pandolfi).

Bibliografia

- 1 Pandolfi A.M., Le difese nel colloquio clinico, in Quadrio A., Ugazio V. (a cura di), Il colloquio in psicologia clinica e sociale, F: Angeli, Milano, 1980
- 2 Freud A., The Ego and Mechanisms of Defence, Hogarth, London, 1937, (tr. It. L'Io e i meccanismi di difesa, Martinelli, Firenze, 1969
- 3 Lingiardi V., Madeddu F., I meccanismi di difesa, Cortina Raffaello, Milano, 1994
- 4 Dazzi N., Lingiardi V., Gazzillo F., La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia, Raffaello cortina, Milano, 2009