

Il pregiudizio nel processo diagnostico e terapeutico in psichiatria

Prejudice in diagnostic and therapeutic processes in psychiatry

C. Maggini

Professore Emerito di Psichiatria, Università di Parma

Summary

Prejudice (from latin praeiudicium: early judgment that precedes any objective evaluation of facts) is commonly conceived of as a superficial judgment associated with refusing to question its foundation as well as to test its thoroughness and coherence due to uncritical endorsement of a particular point of view or ideological stance. Nevertheless, an alternative definition of this phenomenon sees prejudice as a constitutive element of the normal process of grasping and understanding reality. In fact, the first essential stage of this process implies both reduction and simplification of the vast array of basic information-data to lump them in homogeneous realms on the basis of theoretical assumptions and preconceived ideas.

Therefore, prejudice can be conceived of as a modality of grasping and understanding an unknown or ambiguous reality that is carried out in advance, a sort of comprehensive intuitive pre-cognition and pre-apprehension susceptible to further corrections and adjustments throughout subsequent testing.

In Psychiatry, diagnostic and therapeutic procedures ought to consider both subjective and paradigm-related prejudices as

much relative phenomena as possible and ultimately be able to emend and optimize those kinds of prejudice. Paradigm-related prejudices, in particular, should be seen as more relative phenomena depending on a critical discernment of the flaws and weaknesses of the applied paradigm. Those prejudices which stem from psychiatrist's insecurities and needs for certainty before clinical complexity are instead the ones to be emended since they are often at risk for triggering an ideological endorsement of a certain paradigm. The prejudices to be optimized include those which have allowed us to be phenomenologists, without being aware of it, in a critical and creative daily exercise of patience and humbleness during patient-doctor encounters. Those prejudices have indeed made us capable of keeping our sensitivity receptive and attentive to listen to our own subjective inner experiences and resonate with them to intimately access our patients' world.

Key words

Prejudice • Diagnosis • Pharmacotherapy • Psychotherapy • Psychopathology

Introduzione e richiami concettuali

Nell'accezione comune il pregiudizio è un giudizio superficiale, precipitoso ed erroneo associato al rifiuto di metterne in dubbio la fondatezza e verificarne la pertinenza per un'adesione acritica ad un particolare punto di vista o ad una particolare ideologia¹. Ma c'è anche un'altra accezione, che l'illuminismo aveva espulso dall'uso linguistico, pregiudizio come elemento costitutivo del processo conoscitivo, come globale pre-cognizione intuitiva di una realtà sconosciuta o ambigua, usata criticamente e suscettibile di essere corretta sulla base di successive verifiche². Gadamer³ rifacendosi al concetto heideggeriano di pre-comprensione⁴ contro la pretesa illuministica di abolire ogni pregiudizio con la ragione e contro l'assunto positivista della conoscenza come osservazione neutrale in cui il soggetto non ha un ruolo, riabilita la soggettività e i pregiudizi come condizioni di possibilità della conoscenza, come "precomprensioni" che "forniscono le linee

direttive fondamentali che orientano ogni giudizio". Nel "circolo ermeneutico" il continuo reciproco rinvio fra pre-cognizioni generalizzanti e loro verifica o disconferma empirica costituisce la via regia della conoscenza.

La "typification" che nello psichiatra esperto orienta e guida i primi passi della diagnosi, né è un esempio⁵. Questa abilità preconcettuale di tipizzare i pazienti, diversamente dalla "typification" della vita quotidiana, cui inerisce la husserliana "semplice certezza"⁶, si associa ad una "attitudine critica" che induce ad interrogarsi sul significato della percezione.

Il "fare" dello psichiatra non è esente dal pregiudizio, nella duplice accezione di cui si è detto, per fattori inerenti al processo cognitivo (ne è un elemento costitutivo), alle dinamiche della personalità (motivazioni ed emozioni cosce ed inconscie ed i correlati meccanismi di difesa) e per fattori inerenti al paradigma di riferimento. L'esperienza clinica, il senso critico, la duttilità paradigmatica potranno consentire allo psichiatra di rendersi consapevole dei

Correspondence

Carlo Maggini, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale - Dipendenze Patologiche, AUSL di Parma, Ospedale Maggiore, Padiglione Braga, via Gramsci 14, Parma, Italia.

propri pregiudizi, di “starci dentro nella maniera giusta”³ e “di immergersi nei fatti della vita psichica liberamente”⁷ pervenendo a soluzioni conoscitive ed operative consone alla realtà e talora creative.

Sulla base di queste premesse saranno affrontati, senza alcuna pretesa di esaustività, i pregiudizi che operano nel processo diagnostico e terapeutico, dopo un doveroso riferimento a quelli inerenti al paradigma neo-kraepeliniano che attualmente orienta il “fare” in psichiatria.

Il paradigma neo-kraepeliniano

Nella psichiatria italiana degli anni '80 la penetrazione del paradigma neo-kraepeliniano e del suo strumento principe, il DSM-III⁸, è avvenuta senza incontrare resistenza alcuna: nella psichiatria accademica perché detto paradigma era sostanzialmente in continuità storica con quello sino ad allora adottato, nella psichiatria territoriale perché esso forniva l'opportunità di trarsi fuori dalle sabbie mobili di un ideologizzato e caotico coacervo paradigmatico operativamente confusivo e improduttivo. Detto paradigma si è rapidamente imposto a spese degli altri. Un esempio: la collocazione nel DSM-III⁸ dei disturbi di personalità su un asse distinto da quello delle sindromi cliniche, ingenuamente recepita come il riconoscimento di un ambito clinico riservato al paradigma psicologico e all'intervento psicoterapeutico è stata dettata solo da motivazioni politiche (placare le proteste del movimento psicoanalitico per la cancellazione del concetto di nevrosi)⁹. Ben presto si è imposto un “*new understanding*” dell'etiologia dei disturbi di personalità, ha preso avvio un rimodellamento del loro trattamento (che prevede anche il ricorso agli psicofarmaci) e non sono mancati i tentativi di sottrarre all'Asse II alcuni di questi disturbi per collocarli in continuità con le sindromi cliniche.

Altri esempi: la breve vita della categoria diagnostica psicosi reattiva breve del DSM-III⁸ e del DSM-III-R¹⁰ divenuta nel DSM-IV¹¹ disturbo psicotico breve e ancora la sostituzione della categoria disturbi psicofisiologici del DSM-II¹² con quella di fattori psichici che influenzano la condizione fisica del DSM-III⁸ che, se sposta l'enfasi dalle c.d. malattie psicosomatiche al riconoscimento del ruolo dei fattori psicologici in ogni tipo di disturbo fisico, pone drasticamente l'accento sul vettore somatopsichico con perdita di un quadro di riferimento autenticamente psicosomatico.

Nello stesso anno del DSM-III è stato pubblicato il “Modello Biopsicosociale” di Engel¹³ applicato alla psichiatria con l'intento, secondo Gaemi¹⁴, di consentire la sopravvivenza del paradigma psicoanalisi/psicoterapia in un momento di inarrestabile ascesa del riduzionismo biomedico. Un modello universalmente condiviso come ideale conoscitivo e operativo, ma nondimeno considerato una giustapposizione confusiva e talora iatrogenica

di interventi, un modello non pluralistico, ma eclettico nell'accezione negativa dell'aggettivo, un “*anything goes approach*”¹⁴ in cui non sono criticamente pesati i punti di forza e di debolezza dei vari metodi, né sono forniti precisi riferimenti teorici a “*when*” e “*why*” i vari tipi di trattamento devono essere impiegati¹⁴. Questo modello peraltro è ampiamente disatteso. La psichiatria di legame, della quale questo modello costituisce il fondamento, nella maggior parte dei casi continua a declinarsi nella forma “passiva della consulenza” (richiesta estemporanea dettata dalla necessità dell'intervento psichiatrico), anziché in quella “attiva del collegamento” (rapporto continuativo di collaborazione operativa e formativa tra reparto medico o chirurgico e servizio di psichiatria)¹⁵. Lo stesso dicasi dei modelli di vulnerabilità, “*diathesis-stress*”, “*stress-coping*”, che si muovono sulla stessa linea del Modello Biopsicosociale, che stentano a calarsi nella prassi psichiatrica troppo spesso appiattita su una farmacoterapia “assolutizzata e dogmatizzata” da *guidelines* rigidamente ancorate alla decodificazione diagnostico-nosografica¹⁶.

L'adesione acritica al paradigma neo-kraepeliniano oltre ad un “pregiudizio teoretico” che “induce a vedere tutto l'osservabile alla luce di una teoria ed a non prendere in considerazione e oscurare quello che non collima con essa”⁷ comporta altri due fondamentali pregiudizi: quello “somatico” che porta a considerare l'uomo psichicamente malato come portatore di un danno neurobiologico e quello “*diagnostico*” che privilegia il disturbo e trascura la persona.

Quali le precarietà di questo paradigma? Innanzitutto l'ipersemplificazione della semeiologia: un glossario di disturbi elementari di significato diagnostico, sintomi tutto o nulla, osservabili ed obiettabili che ha ignorato il “tesoro semiologico” accumulato da generazioni di psichiatri^{17 18}. Un'ipersemplificazione rivelatasi inadeguata alla realtà psichiatrica ambulatoriale e territoriale con la sua primaria esigenza di gestione a lungo termine e di riabilitazione/riqualificazione socio-relazionale del malato che per una sorta di metamorfosi antropologica ha assunto, rispetto al passato, lo statuto di una soggettività intenzionante, consegnata al divenire temporale e dispiegata nello spazio-la città¹⁹.

E ancora l'inadeguatezza del modello nosografico categoriale che privilegia il tipico rispetto all'atipico (la stragrande maggioranza dei quadri clinici senza il ricorso a forzature diagnostiche, finirebbe nelle “*nosologic non entities*” rappresentate dalle categorie residue), che non tiene conto dei diversificati percorsi fenomenici che si determinano “nel confronto fra matrice personologica ed antropologica del soggetto e il disturbo che lo affligge”²⁰ e che trascura quelle condizioni mitigate o subcliniche che lo psichiatria in misura sempre maggiore incontra nella prassi quotidiana²¹. Un esempio, tra i tanti che si

potrebbero fare, è rappresentato da quell'area grigia di sofferenza morale dai confini incerti in cui dimora una grande varietà di stati di dolore da perdita, di solitudine da abbandono, di frustrazione da aspirazioni mancate, di tristezza da disperazione, di noia da disillusione, di demoralizzazione da fallimenti ripetuti o da lungo soffrire. Sofferenze morali non decodificabili in termini diagnostici e nosografici, che lo psichiatra può affrontare solo affidandosi alla sua capacità di ascolto e di risonanza affettiva e alle categorie ermeneutiche della psicopatologia fenomenologica.

Anche nella psichiatria di legame, che rappresenta la principale applicazione clinica dei concetti di medicina psicosomatica, i DSM si sono rivelati inadeguati a cogliere le più comuni forme di presentazione psichiatrica. Le linee guida ad hoc elaborate per superare queste inadeguatezze, peraltro appiattite su una semeiologia ipersemplicità, stentano ad essere recepite²².

In anni recenti, con la messa in crisi del concetto di comorbidità e l'emergere dei concetti di spettro e di dimensione, l'atteggiamento fideistico nei confronti del modello diagnostico-nosografico categoriale si è infranto. La psichiatria italiana si è prontamente allineata come testimonia l'affermazione di Cassano²³ che "è un errore non trascurabile adottare nell'attività clinica il DSM", un'affermazione che rinnega l'entusiasmo di un tempo ed estremizza, tardivamente, la cautela che lo stesso Spitzer²⁴ aveva espresso sull'impiego clinico delle categorie diagnostiche del DSM-III⁸. Questa presa di distanza dal modello categoriale ha sollecitato in alcune figure rappresentative della psichiatria anglofona e italiana²⁵ il recupero di una psicopatologia che, tuttavia, viene proposta come una semeiologia descrittiva meno approssimativa di quella dei DSM, con qualche concessione alla soggettività, ma ben lontana da quella disciplina che dovrebbe costituire "non solo l'itinerario formativo dello psichiatra, ma l'elemento fondante dell'autentico esercizio della psichiatria"²⁰.

Il recupero della psicopatologia fenomenologica

In questo contesto culturale il recupero della psicopatologia fenomenologica soggettiva di Jaspers⁷ e di Schneider²⁶ potrebbe rappresentare un significativo passo in avanti metodologico. Ignorare questa psicopatologia significa, infatti, rinunciare all'ascolto che consente di giungere fino al limite del comprensibile, là dove i suoni si fanno indistinti e confusi, non più intellegibili e decodificabili, là dove abita il rumore, il respiro pesante e magmatico della natura. Su questa soglia la psicopatologia fenomenologica si arresta, il suo compito cessa: al di là non c'è il "paese delle meraviglie", ma il buco nero della biologia le cui leggi oscure solo la somatologia può

tentare di decifrare²⁷. Ignorare questa psicopatologia significa rinunciare a cogliere lo scarto, la soglia che separa i fenomeni e li consegna a distinti paradigmi, ciascuno con il suo proprio metodo, le sue implicazioni, le sue applicazioni, significa, nelle parole di Gross e Huber²⁸, una grave perdita di competenza clinica con pesanti conseguenze sulla diagnostica e sulla terapia.

Questo richiamo alla psicopatologia fenomenologica soggettiva, che non intende mitizzare il passato, ma solo considerarlo come qualcosa di vivo da integrare nel presente, può suscitare un'ironica presa di distanza da parte degli psicopatologici che la considerano una specie di intuizionismo gratuito che illumina sul senso del vissuto patologico solo il clinico dotato di speciale sensibilità e che l'hanno attraversata per approdare alle più raffinate psicopatologie filosofico-antropologico-eidetiche con le quali è consentito oltrepassare i limiti jaspersiani del comprendere e il soggettivismo dell'esperienza vissuta per cogliere l'essenza (*eidos*), i modi con cui l'uomo si rivela nel suo "essere-nel-mondo" e "essere-con-gli-altri"²⁷. Psicopatologie cui vanno riconosciuti innegabili meriti nella conoscenza dei mondi psicotici, ma a cui attiene una "vocazione essenzialista sempre più astratta"²⁹ che rischia di essere "intellettualizzazione" e lo scivolamento in un terreno in cui si perde il legame con la clinica.

La diagnosi

La diagnosi è il primo step del "caring" del paziente mentalmente disturbato e non il fine, l'obiettivo che esaurisce in sé (e negli automatismi terapeutici che da essa si fanno derivare) ogni discorso psichiatrico. Troppo spesso, tuttavia, in specie negli psichiatri più giovani, che hanno fatto del DSM il loro unico o prevalente strumento di formazione, il processo conoscitivo si confina all'applicazione meccanicista dei criteri diagnostici e alla ricerca della loro corrispondenza con una delle categorie contemplate nel sistema tassonomico di riferimento. In questo modo, come ammoniva Jaspers⁷, si rischia di seppellire sotto una "etichetta diagnostica" la potenziale ricchezza conoscitiva di una moltitudine di fenomeni psichici. Nel cono d'ombra della diagnosi si nascondono elementi di non secondaria importanza per l'evoluzione e l'esito del disturbo e per la scelta e la risposta al trattamento. Inoltre confinarsi al riconoscimento di un'ipotetica malattia, attraverso i sintomi che ne sono espressione, porta a trascurare il senso di quei sintomi. La "diagnosi criteriologica", come sottolinea Kraus³⁰, dovrebbe entrare in risonanza dialettica con la "diagnosi fenomenologica" al fine di cogliere il senso dei sintomi e del loro raggrupparsi, nonché il modo di essere del paziente e il rapporto che egli intrattiene con se stesso e con il mondo. Il processo diagnostico è un banco di prova della formazione tecnico-professionale e della personalità del medico in cui si

attivano dinamiche che possono ostacolare la necessaria presa di distanza per una riflessione conoscitiva e per l'impiego critico degli strumenti tecnici di cui dispone e in via reattiva attivare "vie di fuga" in rassicuranti (pregiudiziali) scelte diagnostiche e terapeutiche.

La farmacoterapia

La farmacoterapia in passato si fondava sull'assunto (pregiudizio) che ogni sindrome clinica fosse un'entità nosologica con una propria fisiopatologia da trattare con una specifica classe di farmaci, attualmente si fonda sugli assunti (pregiudizi) della comorbidità e della dimensionalità transnosografica delle sindromi che giustificano il ricorso (in passato demonizzato) ad associazioni di varie classi di psicofarmaci riproposte in modo stereotipato per la maggior parte delle sindromi cliniche.

Per ridurre la variabilità della prassi farmacoterapeutica, migliorare il "clinical decision making" e attenuare il gap esistente tra "medicina basata sull'evidenza" e pratica clinica sono state proposte "clinical practice guidelines" che, tuttavia, hanno ricevuto scarsa accoglienza da parte degli psichiatri pur consapevoli dell'opportunità di accordare decisioni cliniche e condotte terapeutiche alla miglior evidenza disponibile. E questo per motivi inerenti non tanto alle caratteristiche delle linee guida e agli inadeguati programmi di formazione, quanto alla difficoltà ad accogliere indicazioni non agevolmente conciliabili con la cura individualizzata del paziente e interferenti con l'autonomia di medico e alla riluttanza ad adottare un "cook book approach" ed a cambiare stereotipi decisionali anche se a livello di "suboptimal decision-making"³¹. Un atteggiamento oppositivo che, peraltro, trova sostegno nel documentato rilievo dei modesti o nulli benefici terapeutici dell'applicazione delle linee guida o addirittura degli esiti peggiori rispetto al "treatment-as-usual" (connessi ai maggiori effetti collaterali per i più elevati dosaggi farmacologici proposti dalle linee guida³². Lo psichiatra non può prescindere dalla conoscenza delle linee guida, né dalle acquisizioni della ricerca psicofarmacologica, ma non può del pari trascurare la personale esperienza, né rinunciare alla capacità di vagliare criticamente i risultati delle "clinical trials" basate su una semeiologia ipersemplicata ed orfana di qualsiasi rimando psicopatologico.

Il mancato incontro tra psicofarmacologia e psicopatologia fenomenologica non desta meraviglia se si tiene conto della fondamentale antinomia di queste due discipline: la psicofarmacologia che persegue l'esclusione della soggettività del paziente e dello sperimentatore, la psicopatologia fenomenologica che considera ineludibile la soggettività. In anni recenti con l'avvento degli antipsicotici atipici, venuta meno la diffusa convinzione dell'incapacità degli schizofrenici di valutare affidabil-

mente il loro "subjective well-being", le esperienze soggettive sono state accolte nella ricerca psicofarmacologica e nella valutazione psicofarmacoterapeutica. Alla "clinicians' perspective" (symptom reductions) si è quindi affiancata la "patients' perspective" che tuttavia si avvale di strumenti di valutazione di disarmante inadeguatezza a cogliere l'autentica esperienza soggettiva dei pazienti trattati³³.

L'esperienza soggettiva non può essere ignorata prima di instaurare un intervento terapeutico che troppo spesso si declina in una sorta di "praescritio praecox".

Nello psichiatra esperto e consapevole la scelta del farmaco e la strategia terapeutica rappresentano il momento finale di una complessa e articolata decodificazione non solo diagnostica, somatologica e psico-sociale, ma anche psicopatologica. Un'operazione scandita da un movimento pendolare tra distacco e comunicazione, osservazione e ascolto, focalizzazione della forma e del contenuto. Un movimento che per realizzarsi compiutamente presuppone una relazione dialogica che solo un approccio fenomenologico può consentire²⁷. La psicopatologia fenomenologica è, infatti, la premessa indispensabile per tematizzare le esperienze interiori dei pazienti e per armonizzare ad esse l'intervento farmacoterapeutico. Con essa è consentito del pari di stemperare la tendenza, propria della "psichiatria naturalistica", a stabilire una equazione tra "fenomeno psicopatologico" e "sintomo bersaglio" che deve essere eliminato indipendentemente dalla sua "articolazione di senso nel vissuto del paziente"²⁰. Tendenza questa che radicalizzandosi porta a trascurare che "alla normalizzazione forzata di una Gestalt psicotica delirante e allucinatória, di una esperienza di estraneità, di colpa o ossessiva può conseguire una dissoluzione radicale di ogni realizzazione esistenziale" che può esitare nel suicidio¹⁶. La "cura" deve prevedere anche il "rispetto" di certi sintomi come ci insegna il Modello dei Sintomi di Base³⁴.

Il sintomo deve essere visto come "portatore di senso", come parte di una "storia", come "espressione di un mondo di significati" e il farmaco deve assumere uno specifico significato per entrare "nel mondo antropologico del paziente"²⁰.

Molti psichiatri hanno questa naturale capacità, "questa specialissima modalità di penetrazione diretta nel cuore del fenomeno" e dell'esistenza del paziente in cui sanno calare l'intervento terapeutico in assenza di specifici rimandi culturali e dottrinari, il che testimonia, ancora una volta, come affermava Jaspers⁷, che la "terapia è un'arte che si serve della scienza come di un mezzo".

La psicoterapia

La psichiatria neo-kraepeliniana, pur inesorabilmente legata alla farmacoterapia, negli ultimi anni si è aperta

a psicoterapie orientate all'elaborazione dei fattori stressanti e delle dinamiche relazionali coscienti (ad esempio le psicoterapie cognitivo-comportamentali e la psicoterapia interpersonale [IPT]). Altre, tuttavia, sono le possibilità di intervento psicoterapeutico la cui scelta lascia ampio spazio al pregiudizio tenuto conto delle incerte basi concettuali e degli scarsi dati empirici.

A quale psicoterapia ricorrere, ad esempio, in un paziente borderline? Alla *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) di Linehan³⁵ o alla *Cognitive-Behavior Therapy* (CBT) di Bateman e Fonagy³⁶, alla *Relationship Management Psychotherapy* (RMP) di Dawson³⁷ o alla *Psychodynamically Oriented Outpatient Therapy* di Perry et al.³⁸? E nella psichiatria di consultazione quale degli interventi suggeriti dalle "clinical guidelines" adottare nel singolo caso? "Biofeedback" o "tecniche di rilassamento", "tecniche immaginative" o la *problem-solving therapy*, la *interpersonal therapy* o la *cognitive-behavioral therapy*?³⁹

Il pregiudizio potrebbe qui trovare ampio spazio, se gliene fosse concessa la possibilità. Ma questo il più spesso non accade dovendosi ricorrere a "quello che passa il convento", ammesso che il convento passi qualcosa: sotto gli occhi di tutti sono le carenze relative alle competenze psicoterapeutiche nelle strutture territoriali, negli ambulatori e nei day-hospital delle cliniche psichiatriche e nella psichiatria di legame degli ospedali generali.

I pregiudizi da relativizzare, emendare o utilizzare

Nel "fare" psichiatrico occorre essere consapevoli dei propri pregiudizi e di quelli inerenti al paradigma di riferimento al fine di relativizzarli, emendarli o utilizzarli al meglio. In assenza di sufficienti elementi per formulare un giudizio lo psichiatra, stante l'impossibilità clinica di "sospendere il giudizio", può ricorrere al "giudizio provvisorio" che secondo Kant⁴⁰ "non è un pregiudizio, ma una cautela al fine di evitarlo", peraltro spesso opportuno sul piano diagnostico e prognostico, ma anche terapeutico (valgano ad esempio le psicosi acute, il disturbo di panico, l'esordio psicotico ecc.).

Da relativizzare, mettendone in luce criticamente le inadeguatezze, sono i pregiudizi (e gli stereotipi diagnostici e terapeutici che ne discendono) inerenti al paradigma di riferimento che, per quanto attiene a quello neo-kraepeliniano, trovano motivo di continuo rinforzo nelle pubblicazioni scientifiche, nei congressi, nell'informazione farmaceutica e nell'accordo tacito e implicito tra operatori. Il richiamo al kantiano "*sapere aude*" (sappi osare; abbi il coraggio di servirti della propria intelligenza)⁴⁰ è destinato a cadere nel vuoto per molti psichiatri, in particolare per quelli più giovani orfani di padri-maestri di psicopatologia e di semeiologia e troppo spesso con una

esperienza clinica "fai da te" impossibilitati, quindi, ad un rapporto dialettico con il paradigma adottato.

Da emendare sono i pregiudizi che attingono alle insicurezze e ai bisogni di certezze dello psichiatra, di fronte alla complessità della clinica, responsabili spesso di una fuga ideologica in un paradigma rassicurante (come quello neo-kraepeliniano) per salvaguardare la propria identità professionale.

Parafrasando Meier⁴¹, non esiste psichiatra, "che non sia sottomesso al dominio tirannico di innumerevoli pregiudizi" di cui spesso è inconsapevole per motivi che attingono alle sue peculiarità personologiche (conformismo mentale e sociale, bisogno di certezze, intolleranza all'ambiguità) e scarsa propensione alla riflessione si potrebbe dire sulla scia di Adorno et al.⁴² e di Allport⁴³. Solo facendosi consapevole dei propri pregiudizi si può emendarli e avvalersene.

Da utilizzare al meglio sono i pregiudizi che, attraverso letture sapienti, non solo psichiatriche, e il critico e creativo "esercizio quotidiano di pazienza e di umiltà" nell'incontro con i pazienti ci hanno consentito di "essere fenomenologi senza saperlo", di essere cioè capaci di "tenere la nostra sensibilità in stato d'ascolto dei nostri vissuti interiori" e sulla loro eco addentrarci nel mondo dei pazienti⁴⁴.

Lo psichiatra sa che il più spesso si muove nell'incerto, nell'indeterminato, nell'ibrido, ma forse non sa che proprio da queste zone d'ombra possono emergere inaspettati rischiaramenti conoscitivi e pragmatici: la "*Lichtung*", luogo aperto alla luce degli "*Holzwege*" di heideggeriana memoria⁴⁵. Qui il pregiudizio, inteso come pre-comprensione (nel senso di Heidegger⁴ e di Gadamer³) o come giudizio provvisorio non determinante (nel senso di Kant⁴⁰, ma anche di Meier⁴¹) può essere un efficace strumento conoscitivo. Un elogio del pregiudizio? No! Più semplicemente una rinuncia al "pregiudizio del pregiudizio" e una "riabilitazione del pregiudizio" sulla scia di quella *ante litteram* di Meier⁴¹ e di quelle successive di Kant⁴⁰ e di Gadamer³ che peraltro gli psicoterapeuti hanno fatto propria.

In ogni psicoterapeuta⁴⁶, infatti, coesistono dialetticamente un modello teorico di riferimento (freudiano, kleiniano, junghiano, politeoretico ecc.) e un "modello intrinseco"⁴⁷, utilizzato nel lavoro clinico, intessuto di elementi teorici e di soggettività. Una soggettività che ha condizionato la scelta del modello teorico e la sua personale elaborazione ineludibile ai fini della conoscenza. Sulla scia del pensiero di Gadamer³, Ceruti⁴⁸ ha affermato che "i pregiudizi non appaiono come zavorra, come ostacoli da neutralizzare in vista di una progressiva purificazione dell'attività intellettuale, (essi) risultano le vere e irriducibili matrici costruttive della conoscenza, di ogni cambiamento e di ogni dialogo intersoggettivo".

Lo psichiatra colto e consapevole non intenziona il suo

paziente come il portatore di un disturbo cerebrale e non confina l'incontro alla ricerca dei segni di detto disturbo. Non si lascia abbacinare dal dogma dell'obiettività del disturbo che cura, lasciando sullo sfondo il paziente e sa commisurare il suo *fare* sul costante ripensamento critico del disturbo e della individualità e storicità del paziente. Il suo obiettivo non sarà solo quello di ridimensionare il disturbo, ma anche di mediare un equilibrio fra il paziente, il suo disturbo e il suo essere al mondo.

Lo psichiatra colto e consapevole, inoltre, di fronte al continuo divenire delle conoscenze e delle concettualizzazioni, spesso in contrasto con quelle acquisite (basta pensare ai concetti di spettro bipolare e psicotico, di temperamenti affettivi, di stati misti subclinici, di esordio psicotico con tutte le implicazioni diagnostiche e terapeutiche, ma anche etiche che trascinano) è capace di sottrarsi al rischio di pregiudiziali appiattimenti rassicuranti sul già acquisito o di pregiudiziali adesioni entusiastiche al nuovo mediante un critico lavoro dialettico fondato sull'esperienza personale e su una certa dose di creatività al fine di separare nel nuovo "il grano dal miglio" per coniugarlo costruttivamente con il già acquisito.

Un'ultima considerazione.

Un'ultima considerazione rivolta agli psichiatri più giovani (ma non solo) cresciuti all'ombra dei DSM e sottoposti ad una continua, insistente, capillare opera di persuasione da parte delle grandi "holdings" farmaceutiche con le loro "clinical trials" sull'efficacia dei farmaci di volta in volta proposti che perpetuano una visione riduttiva della semeiologia psichiatrica e l'immagine di una clinica senza psicopatologia. Abitiamo l'età dell'informazione e quindi della persuasione, dice Galimberti⁴⁹, con essa la parola esercita un potere sugli altri che "sensibili alla fascinazione, si lasciano modificare nelle loro opinioni". Cassandra è profetessa veritiera ma, per aver tradito un giuramento, è stata privata da Apollo del potere della persuasione e ora le sue parole sono inefficaci e, come dice il coro, non più degne di fede⁵⁰. Diversamente da Cassandra che vaticinava il vero, ma la cui parola priva di persuasione non era degna di fede Pannikis, la sacerdotessa di Delfi del racconto *La morte della Pizia* di Durrenmatt⁵¹ profetava a casaccio, vaticinava alla cieca, improvvisava gli oracoli, secondo gli umori del momento, ciononostante "ciecamente veniva creduta" e quanto lei vaticinava si compiva, perché la fede negli oracoli che seducendo, ella alimentava, finiva per condizionare le scelte che li realizzavano. Cassandra la cui parola non si muoveva nell'orizzonte delle apparenze, non seduceva né persuadeva, era condannata a restare veggente inascoltata. I tragici eventi che predicava alla sua famiglia e alla sua città l'avevano fatta prendere in odio e rinchiudere in una torre. Pannikis, lunga e secca, sedeva sul suo tripode nel sontuoso san-

tuario di Delfi, infagottata nel suo mantello nero e avvolta da una nuvola di tiepidi vapori e le sue parole seduttive e persuasive potevano evocare ed "inventare la verità". Il sortilegio della seduzione sta nella trasformazione delle cose in parole, nella sostituzione del senso con la fascinazione e con le trappole dell'apparenza⁴⁹.

Lettura Magistrale al XXIII Congresso Nazionale SIMP "Pregiudizio e terapie", Parma, 19-22 maggio 2011.

Bibliografia

- ¹ Jervis G. *Pregiudizio. Enciclopedia delle Scienze Sociali*. Roma: Istituto Enciclopedia Italiana Treccani 1995.
- ² Ferraris M. *Storia dell'Ermeneutica*. Milano: Bompiani 1988.
- ³ Gadamer HG. *Verità e metodo*. Milano: Bompiani 1983.
- ⁴ Heidegger M. *Holzwege*. Frankfurt am Main: Klostermann 1950 (trad. it. *Sentieri interrotti*. Firenze: La Nuova Italia 1968).
- ⁵ Schwartz MA, Wiggins OP. *Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry*. J Nerv Ment Dis 1987;175:65-77.
- ⁶ Husserl E. *Experiences and judgment*. Evanston: Northwestern University Press 1973.
- ⁷ Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Heidelberg, Berlin, Göttingen: Springer-Verlag 1913 (trad. it. *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1965).
- ⁸ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1980.
- ⁹ Livesley WJ. *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment*. New York, London: The Guilford Press 2001.
- ¹⁰ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1987.
- ¹¹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
- ¹² American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition (DSM-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1968.
- ¹³ Engel GL. *The clinical application of the Biopsychological Model*. Am J Psychiatry 1980;137:535-44.
- ¹⁴ Gaemi SN. *Existence and pluralism. The rediscovery of Karl Jaspers*. Psychopathology 2007;40:75-82.
- ¹⁵ Fassino S. *Verso una nuova identità dello psichiatra. Interazioni cervello, mente, persona*. Torino: Centro Scientifico Editore 2002.
- ¹⁶ Borgna E. *I conflitti del conoscere. Strutture del sapere ed esperienza della follia*. Milano: Feltrinelli 1988.
- ¹⁷ Maggini C, Dalle Luche R. *La diffusione del DSM-III: verso una nuova ideologia ?* Riv Sper Freniatr 1991;115:491-503.

- ¹⁸ Maj M. *Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for Schizophrenia*. Br J Psychiatry 1998;152:458-70.
- ¹⁹ Del Pistoia L. *Saggi fenomenologici*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2008.
- ²⁰ Ballerini A. *Psicopatologia fenomenologica. Percorsi di lettura*. Roma: CIC Edizioni Internazionali 2002.
- ²¹ Maggini C. *La demoralizzazione*. Riv Sper Freniatr 1996;120:613-46.
- ²² Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, et al.; The Academy of Psychosomatic Medicine. *Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting*. Psychosomatics 1998;39:8-30.
- ²³ Cassano GB. *La psicopatologia: un anello tra neuroscienze e psichiatria*. Giorn Ital Psicopat 1995;1:3-7.
- ²⁴ Spitzer R. *Introduction*. In: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1987.
- ²⁵ Cassano GB. *L'evoluzione della psichiatria: dalla psicopatologia alle neuroscienze ad un nuovo umanesimo*. Giorn Ital Psicopat 1999;5:8-18.
- ²⁶ Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag 1980. (trad. it. *Psicopatologia clinica*. Roma: Città Nuova Editrice 1983).
- ²⁷ Maggini C. *Quale psicopatologia?* Giorn Ital Psicopat 2008;14:325-8.
- ²⁸ Gross G, Huber G. *Do we will need psychopathology, and if so, which psychopathology?* Neurol Psychiat Br 1993;1:194-200.
- ²⁹ Barale F, Ucelli S. *Il vaso di Pandora. Riflessioni sull'esperienza psicotica acuta*. In: De Martis D, Barale F, Caverzasi E, editors. *La crisi psicotica acuta*. Roma: Borla 1989, pp. 141-67.
- ³⁰ Kraus A. *Phenomenological and criteriological diagnosis: different or complementary?* In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA, editors. *Philosophical perspective on psychiatric diagnostic classification*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1994, pp. 148-60.
- ³¹ Zonana H. *When is a practice guideline only a guideline?* J Am Acad Psychiatry Law 2008;36:302-5.
- ³² Falzen PR, Garman MD. *A conditional model of evidence-base decision making*. J Eval Clin Pract 2009;15:1142-51.
- ³³ Bobes J, Garcia-Portillo MP, Basaran MY, et al. *Quality of life in schizophrenic patients*. Dialogues Clin Neurosc 2007;9:215-26.
- ³⁴ Huber G, Gross G. *The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses*. Rec Prog Med 1989;80:646-52.
- ³⁵ Linehan M. *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, London: The Guilford Press 1993.
- ³⁶ Bateman A, Fonagy P. *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up*. Am J Psychiatry 2001;158:36-42.
- ³⁷ Dawson D. *Therapy of the borderline client, relationship management*. Can J Psychiatry 1988;33:370-4.
- ³⁸ Perry JC, Herman JL, van der Kolk BA. *Psychotherapy and psychological trauma borderline personality disorder*. Psychiatric Annals 1990;20:33-43.
- ³⁹ Grassi L. *Medicina psicosomatica*. In: Balestrieri M, Bellantuono C, Berardi D, et al., editors. *Manuale di psichiatria*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2007.
- ⁴⁰ Kant I. *Risposta alla domanda cosa è l'Illuminismo (1784)*. In: Bobbio N, Firpo L, Mathieu V, a cura di. *Scritti politici e di filosofia della storia del diritto di Immanuel Kant*. Torino: UTET 1965.
- ⁴¹ Meier GF. *Beytrage zu der Lehre von den Vorurtheilen des menschlichen Geschlechts*. Halle: Carl Hermann Hemmerde 1766 (trad. it. *Contributi alla dottrina dei pregiudizi*. Pisa: ETS 2005).
- ⁴² Adorno TW, Frenkel-Brunswick E, Levinson DJ, et al. *The authoritarian personality*. New York: John Wiley & Sons 1964 (trad. it. *La personalità autoritaria*. Milano: Edizioni di Comunità 1973).
- ⁴³ Allport GW. *The nature of prejudice*. Mass: Cambridge UP 1954 (trad. it. *La natura del pregiudizio*. Firenze: La Nuova Italia 1973).
- ⁴⁴ Calvi L. *Antropologia fenomenologica*. Milano: Franco Angeli Editore 1981.
- ⁴⁵ Heidegger M. *Sein und Zeit*. Tubingen: Max Niemeyer Verlag 1927 (trad. it. *Essere e tempo*. Milano: Longanesi 1976).
- ⁴⁶ Maffei G, Carboni D. *Pluralità delle teorie analitiche: diversi ascolti possibili*. In: Montecchi F, editor. *Modelli teorici e tecnici della psicoterapia infantile junghiana*. Roma: Borla 1991, pp. 7-44.
- ⁴⁷ Sandler J. *Discussione delle teorie presentate*. In: Rothstein A, editor. *Modelli della mente. Tendenze attuali della psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri 1990.
- ⁴⁸ Ceruti M. *La hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità*. In: Bocchi G, Ceruti M, editors. *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli 1988, pp. 25-48.
- ⁴⁹ Galimberti U. *Il gioco delle opinioni*. Milano: Feltrinelli 1989.
- ⁵⁰ Eschilo. *Oresteia*. Milano: BUR 1995.
- ⁵¹ Durrenmatt F. *La morte della Pizia*. Milano: Adelphi 1988.