

Pensare la diagnosi in età evolutiva tra classificazione descrittiva e comprensione funzionale

Paola Bona ¹ e Zara Mehrnoosh ²

¹ Neuropsichiatra Infantile, Direttore SSD NPIA ASL2, Savona

² Pedagogista, Psicologa-psicoterapeuta, Vicepresidente OSD APS, Genova

Sommario

Il processo diagnostico in età evolutiva pone ai clinici una serie complessa di questioni teoriche e metodologiche attraverso le quali si deve tenere conto delle profonde modificazioni cognitive, affettive e relazionali che si osservano nello sviluppo del minore, della fluidità, instabilità e mutevolezza della sintomatologia manifestata, dell'influenza dell'ambiente sociale, dei fattori di rischio e protezione che possono intervenire a diversi livelli e in diversi momenti dello sviluppo per rinforzare traiettorie disadattive o promuovere risorse adattive. Risulta pertanto necessario assumere una prospettiva diagnostica e un assetto multidisciplinare che consentano di inquadrare i processi che influenzano il funzionamento del minore operando in un'ottica aperta, dinamica e flessibile, non assoluta né deterministica.

Parole chiave

Diagnosi, infanzia, profilo metapsicologico, linee evolutive

Introduzione

La diagnosi, dal greco *διάγνωσις* (*conoscere attraverso*) è un momento decisivo nella conoscenza di sé ed «è sempre un incontro: con il nostro corpo, la chimica dei farmaci, la scienza medica, la (s)fiducia nella medicina, la cura di sé, il passato dell'anamnesi, il futuro della prognosi, la nostra personalità, le nostre difese» (Lingiardi, 2018, p. IX). Un momento di conoscenza che, in età evolutiva, può aiutare a scegliere con cognizione di causa il percorso terapeutico e didattico più adeguato. In questi ultimi anni particolare importanza hanno infatti assunto le certificazioni diagnostiche in ambito scolastico che hanno permesso ai docenti di accedere a un profilo di funzionamento più preciso degli studenti che presentano disturbi del neurosviluppo, al fine di poter orientare l'attività didattica, attivare misure educative e pedagogiche idonee a supportarne pienamente il percorso scolastico e di crescita.

Il processo diagnostico pone ai clinici una serie complessa di questioni teoriche e metodologiche che non possono ignorare le profonde modificazioni cognitive, affettive e relazionali che si osservano nello sviluppo del bambino, l'instabilità e mutevolezza della sintomatologia manifestata, l'influenza dell'ambiente sociale, i fattori di rischio e protezione che possono intervenire a diversi livelli e in diversi momenti del suo sviluppo per rinforzare traiettorie disadattive o promuovere risorse adattive. Allo stesso tempo è importante tenere presente che in ogni tappa di sviluppo raggiunta, nuova e inattesa, possono emergere comportamenti che indicano non tanto una patologia ma la reazione a richieste evolutive vissute dal minore come critiche, proprio perché inaspettate e fonte di rimessa in discussione degli equilibri fino a quel momento raggiunti. All'interno di questa cornice risulta perciò necessario assumere una prospettiva diagnostica che consenta di inquadrare i processi che influenzano il funzionamento del minore operando in un'ottica aperta, dinamica, non assoluta né deterministica.

Gli attuali sistemi di classificazione diagnostica per l'età evolutiva si muovono sempre più nella direzione di conciliare una descrizione oggettiva e precisa del disturbo con una visione flessibile dei profili funzionali. Per poter concretamente assumere un assetto diagnostico aperto, dinamico e flessibile, risulta necessario poter «disporre di un sistema diagnostico che ci aiuti a leggere la dimensione strutturale e dinamica del soggetto che sta al di sotto e anima quanto possiamo osservare e descrivere in superficie, cioè il comportamento e quanto viene coscientemente percepito dal soggetto, in termini di affetti, pensieri e sentimenti» (Rigon, 2011, p.9).

Scrivono Anna Freud che nell'infanzia è ancora più difficile tracciare la linea di demarcazione tra salute psichica e malattia perché «il rapporto di forza tra Es e Io cambia costantemente; i processi di adattamento e di difesa, sia benefici che patogeni, si mescolano fra loro; i passaggi da un livello evolutivo al successivo costituiscono punti potenziali di arresto, di disfunzione, di fissazione e di regressione; i

derivati dell'Es e le funzioni dell'Io, e con essi le principali linee evolutive, progrediscono con ritmo diseguale; le regressioni temporanee possono divenire permanenti; in breve, diversi fattori possono concorrere a minare, arrestare, deformare o deviare le forze che sono alla base dello sviluppo psichico» (Freud, 2018, p. 96).

Abbiamo quindi bisogno di volgere lo sguardo verso una *complessità clinica della diagnosi* che possa ricondurre «i sintomi e le difficoltà del paziente nel contesto della sua personalità e del funzionamento psichico; contestualizzare la diagnosi nel ciclo di vita, dalla prima infanzia all'età anziana; accogliere gli elementi relazionali e di alleanza nell'incontro diagnostico; riconoscere anche le risorse del paziente e non solo gli elementi psicopatologici; valorizzare il dialogo tra competenze cliniche e conoscenze derivate dal campo della ricerca» (Lingiardi, McWilliams e Speranza 2020, p.1).

In altre parole, si configura l'importanza di assumere la visione della diagnosi come un processo di conoscenza che possa cogliere la complessità dei fenomeni clinici (comprensione funzionale) basandosi su criteri affidabili che sappiano classificarli (comprensione descrittiva).

Crisi evolutive e diagnosi in *positivo*

Nei primi anni di vita il bambino si trova ad affrontare radicali e inaspettati cambiamenti nel proprio funzionamento intra e interpersonale che modificano continuamente l'assetto precedentemente conquistato, stimolandolo a cercare continuamente (e spesso rapidamente) nuovi equilibri. Il suo percorso di sviluppo lo pone di fronte a continue *crisi evolutive* che segnano il passaggio verso un nuovo e sempre più complesso sistema di funzionamento. È dentro questo circuito di cambiamenti continui, che si gioca una partita di equilibri tra *fattori di crisi* (normalità) e *fattori di rischio* (psicopatologia): i primi per rivedere e implementare il precedente assetto funzionale acquisito, i secondi per indebolirlo e degradarlo (Parisi e Lisi, 2014). La determinazione del rischio si iscrive in questo fluido confine tra salute e patologia e interessa un ampio spettro di situazioni psichiche. Possiamo dunque osservare un rischio psicopatologico all'interno di un continuum salute-malattia, variabile e soggetto a continue modificazioni, dipendenti dalle diverse fasi di sviluppo che il bambino attraversa.

Un *buon assetto diagnostico* saprà tenere conto di questa sfumata contaminazione, non limitandosi all'osservazione delle caratteristiche fenotipiche dell'eventuale disturbo, ma individuando i costrutti di base dello sviluppo, le dimensioni sottostanti e come queste si influenzino tra loro nel percorso di crescita.

Nel processo diagnostico, per mantenere la necessaria prospettiva flessibile e non deterministica, si delinea inoltre la necessità «di formulare una diagnosi delle capacità del soggetto - non solo dei suoi deficit, delle sue limitazioni o insufficienze - ma, appunto, *anche* delle peculiari e positive

modalità che il soggetto possiede per fronteggiare l'angoscia e per dare soluzioni ai conflitti, ciò che io definisco "diagnosi in positivo"» (Rigon, 2011, p.11). A *fini diagnostici* ciò consente di delimitare con maggiore precisione le aree di funzionamento normale dall'area della patologia, cogliere l'andamento del rapporto patologia-normalità; ai fini della *definizione del progetto terapeutico* consente di cogliere i punti di forza e di debolezza su cui modulare con più precisione gli obiettivi terapeutici a breve e medio termine; ai *fini prognostici* permette di meglio calibrare le nostre previsioni a lungo termine (Rigon, 2011).

«Due sono le domande guida che...[...]... è utile porsi se vogliamo tradurre nella pratica clinica questa diagnosi in positivo. La prima è questa: "perché il paziente non è organizzato su un livello più regredito di quello che ci presenta?" Ovvero, "cosa lo sostiene su un livello di funzionamento più maturo?" Quesiti chiaramente tesi ad evidenziare i punti di forza del soggetto; l'altra domanda è "Quale è stato il livello di funzionamento più elevato che ha raggiunto? Quando e in quali condizioni? Quando e come lo ha perduto?" Domanda che ci richiama a valutare quanto di potenzialmente raggiungibile rimane ancora disponibile per il soggetto e per il suo contesto di vita» (Rigon, 2011, p.11). Un modo quest'ultimo per evidenziare quella *zona di sviluppo prossimale*, potremmo dire citando Vygotskij (2010), che distanzia l'attuale livello di sviluppo del bambino con ciò che potrà raggiungere se adeguatamente supportato.

Il profilo metapsicologico

Scriva Anna Freud che «nel corso della valutazione clinica si ottiene una massa di informazioni composta da dati di differente portata e relativi a zone e strati diversi della personalità del bambino: elementi organici e psichici, ambientali, innati e acquisiti; eventi traumatici e positivi; sviluppo, comportamento e acquisizione del passato e del presente; difese e sintomatologia, ecc...[...]... la cosa fondamentale è che nessuna singola voce venga valutata indipendentemente, cioè senza essere vista nell'insieme del quadro» (Freud, 2018, p. 121).

Nella mente dell'analista (e potremmo aggiungere del clinico impegnato nel percorso diagnostico) tutto il materiale raccolto può organizzarsi in un *profilo metapsicologico*, cioè in un quadro che comprenderà i *sintomi* per i quali il bambino è stato segnalato; la sua *descrizione*, l'*ambiente* e la *storia familiare*; un elenco delle *influenze ambientali* che possono essere state significative. Si passerà poi al quadro interno per raccogliere informazioni sulla *struttura di personalità* del bambino; la dinamica che la governa; i *fattori economici* concernenti l'attività istintuale e l'intensità relativa delle forze dell'Es e dell'Io; l'*adattamento* alla realtà; *ipotesi genetiche* (Freud, 2018).

Le voci raccolte nel *profilo metapsicologico* consentiranno al clinico di comprendere se, nonostante la presenza di un disturbo, lo sviluppo della personalità del bambino è essenzialmente *sana*

e può rientrare nell'ampia gamma delle *varianti della normalità* oppure se i sintomi osservati sono di tipo transitori e possono essere classificati come *sottoprodotti delle tensioni evolutive*; oppure ancora se le regressioni e i punti di fissazione portino a *conflitti di tipo nevrotico*, a funzionamenti *borderline o psicotici*; se vi siano *deficienze primarie di natura organica*; se siano in atto *processi distruttivi* (di origine organica o psichica) che hanno o stanno per provocare un crollo psichico (Freud, 2018).

La diagnosi quale processo di conoscenza

La valutazione diagnostica necessita spesso di un intervento multidisciplinare e multimodale, che si arricchisca del lavoro sinergico di diversi professionisti che costituiscono l'equipe (neuropsichiatra infantile, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, psicologo, logopedista, educatore professionale, ecc.). L'approccio multidisciplinare permette la descrizione del funzionamento del minore nelle sue diverse aree, consentendo di delimitare meglio la patologia rispetto alle aree di funzionamento *normale*, definendo così l'andamento del rapporto patologia-normalità, un rapporto che, come già sottolineato, non è rigidamente stabilito ma si muove lungo un continuum salute-malattia, all'interno di un assetto variabile e soggetto a continue modificazioni, dipendenti dalle diverse fasi di sviluppo.

Particolarmente importante è l'osservazione diretta del bambino oltre ai necessari accertamenti di tipo testistico, strumentale e di laboratorio. Lo psichiatra Paolo Migone, prendendo spunto dal filosofo Agazzi, ci ricorda che avere a disposizione più metodi diagnostici è un bene perché promuove il processo di conoscenza: «Il paziente è sempre lo stesso (la stessa cosa, direbbe Agazzi), ma può diventare *oggetto* di metodi diagnostici diversi, quindi un paziente in carne e ossa di trasforma in un “fascio” di *oggetti scientifici* potenzialmente infiniti: per esempio, il fatto che venga proposta una nuova metodologia diagnostica non significa che si sia scoperto un paziente mai visto prima, significa soltanto che è stato individuato un nuovo “punto di vista” sullo stesso paziente, e i diversi punti di vista o metodi diagnostici sono destinati a rimanere per sempre, poiché per definizione la realtà è sempre irricognoscibile in quanto tale, noi possiamo conoscerla solo attraverso gli “occhi/ali” che abbiamo, cioè gli strumenti diagnostici che utilizziamo» (Migone, 2013, p.96).

Attraverso questo insieme di procedure si giungerà, come già sottolineato, a un esito psicodiagnostico capace di cogliere la complessità dei fenomeni clinici (comprensione funzionale) basandosi su criteri affidabili che sappiano classificarli (comprensione descrittiva) senza tradursi in una rigida etichetta diagnostica, che rischierebbe di non aprire alla conoscenza ma ad incapsulare il minore entro inflessibili criteri che finirebbero con l'influenzare la percezione di sé, in un momento cruciale dello sviluppo in cui l'identità è fragilmente in costruzione. Si pensi ad esempio agli adolescenti, alle prese con i compiti di sviluppo e le sfide ad essi connessi. Cosa può rappresentare una rigida etichetta diagnostica

prodotta nel delicato momento i cui sono impegnati nel rinegoziare i contenuti simbolici per reinvestire narcisisticamente i *nuovi* aspetti del Sé, controbilanciando i processi di lutto dettati dal processo di separazione e individuazione dalle figure genitoriali?

Un'ultima riflessione ci porta al momento della *restituzione*. Essa «è un momento in cui, per citare Shakespeare, il clinico deve fare come il poeta: menzionare le “cose sconosciute”, intuirne “la forma definitiva” e dare “all’aereo nulla un luogo in cui abitare e un nome”» (Lingiardi, 2018, p. 81). Nella nostra esperienza clinica è sempre stato fondamentale prevedere un momento attraverso cui restituire al minore, con un linguaggio appropriato e accessibile, la conclusione diagnostica, per mettere in luce gli aspetti di fragilità ma anche (e soprattutto) le risorse cognitive e psichiche, i punti di forza e di adattamento che spesso rimangono posti in ombra dagli aspetti psicopatologici, per tracciare insieme inediti percorsi terapeutici e di intervento, di conoscenza e cura di sé.

La condivisione dell'esito diagnostico e del possibile progetto riabilitativo *pensato* appositamente per *quel* minore, promuoverà l'attivazione dell'alleanza terapeutica, componente essenziale e fondante in qualsiasi percorso terapeutico.

Bibliografia

- Freud A. (2018), *Normalità e patologia del bambino. Valutazione dello sviluppo*, Feltrinelli Editore, Milano
- Lingiardi V. (2018), *Diagnosi e destino*, Einaudi editore, Torino
- Lingiardi V., McWilliams N. e Speranza A.M., (2020), *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico. Infanzia e adolescenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Migone P. (2013), *La «filosofia» della diagnosi psichiatrica*, in «Aut-Aut», n.367, pp.77-98
- Parisi C. e Lisi G. (2014), *Psichiatria dell'età evolutiva*, in Siracusano A. (ed.), *Manuale di psichiatria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Rigon G. (2011), *Dimensione clinica ed esistenziale nel percorso diagnostico in psichiatria dell'età evolutiva*, «Giornale Neuropsichiatria Età Evolutiva» n.31, pp.9-16
- Vygotskij L. (2010), *Lo sviluppo psichico del bambino*, Editori Riuniti, Roma