

Diagnose or Intervene

*Renzo Carli**

Abstract

With the arrival of the DSM in clinical psychological culture, diagnosis assumes alarming fashions due to its tendency to increase unchanging labels upon those who are subjected to diagnosis, without any demand: people with mental illness and children. In particular we aim to analyze diagnosis in children, especially referred to Oppositional defiant disorder (ODD). This diagnostic practice which ignores the relational and contextual setting might bring to dangerous issues.

Keywords: diagnosis; oppositional defiant disorder (ODD); DSM; children; clinical psychological intervention.

* Past Full Professor of Clinical Psychology at the faculty of Psychology 1 of the University “Sapienza” in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: renzo.carli@uniroma1.it

Carli, R. (2016). Diagnosticare o intervenire [Diagnose or Intervene]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 4-18. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Diagnosticare o intervenire

*Renzo Carli**

Abstract

La diagnosi, con l'avvento del DSM entro la cultura psicologica, ha assunto vesti preoccupanti nel suo moltiplicare etichette invariante a carico di chi subisce la diagnosi stessa, senza alcuna domanda al proposito: i malati mentali e i bambini. Nel lavoro si analizza in particolare la diagnosi a carico dei bambini. Con particolare riferimento al disturbo oppositivo provocatorio (DOP). Pratica diagnostica che, ignorando l'ambito relazionale e contestuale del "disturbo", può assumere aspetti di pericolosità problematici.

Parole chiave: diagnosi; disturbo oppositivo provocatorio (DOP); DSM; bambini; intervento psicologico.

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia1 - "Sapienza" - di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Editor-in-chief della *Rivista di Psicologia Clinica* e dei *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica-Intervento psicologico clinico e analisi della domanda (SPS), Roma.

Introduzione

La psicologia professionale ha dimenticato le sue origini. Tempi nei quali la psicologia si occupava di trattare le difficoltà di adattamento delle persone, entro i sistemi di appartenenza volti alla “produzione”: la scuola, il lavoro, le differenti organizzazioni del sistema sociale (sanità, esercito, servizi). Tempi nei quali, d’altro canto, la psicologia dava un suo importante contributo allo sviluppo dei sistemi sociali e al loro funzionamento ottimale.

In questa fase iniziale della professione psicologica, la singola persona era considerata, sempre, nelle sue relazioni organizzative e istituzionali, in funzione dei processi di produzione e di relazione, strettamente collegati: apprendimento, sviluppo della competenza tecnica, della capacità di leadership; sviluppo della competenza organizzativa, delle modalità di relazione entro la famiglia, entro i rapporti affettivi o entro le relazioni all’interno delle organizzazioni sociali.

In quella fase della professione, con il mio gruppo di lavoro, ho proposto la nozione di “competenza organizzativa”: competenza a promuovere e sperimentare relazioni volte a facilitare il funzionamento organizzativo; quella competenza che, a fianco della competenza tecnica, fonda il contributo dei singoli o dei gruppi (ad esempio il gruppo classe, a scuola) al perseguimento degli obiettivi propri delle organizzazioni d’appartenenza.

Era l’epoca in cui gli psicologi si contavano a poche centinaia; lavoravamo nei centri d’orientamento scolastico e professionale, entro le imprese produttive quali psicologi del lavoro, in qualche struttura sanitaria con compiti di formazione e di sostegno al lavoro, nell’ambito della ricerca motivazionale o della consultazione psicoterapeutica.

Ricordo due fasi importanti del contributo psicologico al sistema sociale e alla convivenza.

Negli anni Cinquanta e Sessanta il nostro paese conobbe un’importante fase di *sviluppo*: sviluppo economico, certo, ma soprattutto sviluppo culturale, sviluppo civile, sociale, lavorativo. La psicologia contribuì in modo attivo e visibile a questo sviluppo, ad esempio nella scuola con la promozione dell’apprendimento tramite la socializzazione entro il gruppo classe e con il superamento dell’insegnamento “classista”, volto a riprodurre acriticamente la cultura della classe sociale d’appartenenza, da parte degli insegnanti¹. Furono anni nei quali la psicologia contribuì in modo intelligente allo sviluppo del mercato, con la ricerca motivazionale volta a direzionare la produzione di beni e servizi alla domanda dell’utente-cliente. Anni nei quali la psicologia dei gruppi pose le basi per lo sviluppo della competenza a trattare le componenti emozionali della relazione sociale in molti ambiti, dalla sanità all’impresa, dalla scuola all’associazionismo, dalla famiglia al sindacato e alla politica. Anni nei quali la psicologia contribuì alla trasformazione del “lavoratore” in “risorsa” per l’organizzazione; trasformazione che pose nuove basi per lo sviluppo organizzativo, fondato sullo sviluppo delle risorse al proprio interno. Gli “uffici del personale” si trasformarono in “servizi di sviluppo delle risorse” e la gestione del personale vide l’affermarsi della formazione e dello sviluppo del potenziale. La psicologia diede un contributo importante a questo cambiamento di ruolo e di funzione del lavoratore, contribuendo a una nuova concezione del lavoro.

Poi seguirono gli anni Settanta e Ottanta, segnati dal *conflitto* sociale e dal confronto, spesso duro e violento, tra parti sociali ideologicamente e culturalmente diverse. La psicologia ebbe un ruolo centrale in questa fase della convivenza, promuovendo la consapevolezza che il conflitto non fosse un fenomeno da combattere, quanto invece una risorsa per la crescita del sistema sociale nel nostro paese. L’intervento psicosociale, originariamente di marca francese, conobbe in Italia uno sviluppo del tutto peculiare: dal laboratorio orientato alla psicologia dei gruppi, gli psicologi italiani esportarono l’intervento *dentro* le organizzazioni, costruendo spazi per il confronto conflittuale e per un cambiamento organizzativo coerente con il contributo di tale confronto. Gli psicologi condussero interventi di rilievo in moltissime grandi e medie aziende del paese; contribuirono in modo decisivo al cambiamento nella conduzione dei sistemi organizzativi di produzione e di servizio. Venne valorizzata l’integrazione orizzontale, ai vari livelli del sistema organizzativo; si sviluppò la prassi integrativa tra le varie componenti dell’organizzazione. Si studiarono le culture locali dell’organizzazione stessa, al fine di proporre interventi volti al cambiamento delle culture e al loro adeguamento allo sviluppo del mercato globale.

Furono anni interessanti, di ricerca e di intervento che motivarono gli psicologi a sperimentare nuove tecniche di studio delle culture locali e a proporre innovative teorie della tecnica per l’intervento psicosociale.

Poi subentrò, inesorabile, una profonda crisi sociale e politica nel nostro paese. Una crisi che, a partire dagli anni Novanta, vide il mortificarsi delle tensioni ideologiche e un profondo cambiamento involutivo guidato e condizionato dall’affermarsi del gioco finanziario sull’economia produttiva. Venne smarrita la propensione

¹ Si ricordi, in proposito, l’importante contributo di Barbagli e Dei del 1969.

allo sviluppo e l'arricchimento finanziario prese il sopravvento su tutto. Non solo in Italia, ovviamente. Ma, nel nostro paese, l'affermarsi del gioco finanziario si coniugò con la corruzione e il malaffare. Il degrado delle istituzioni arrivò a livelli mai visti dalla fine della guerra.

Per quanto concerne la psicologia, già dagli anni Ottanta arrivarono i corsi di laurea in psicologia e lo scenario professionale cambiò profondamente.

Due furono, a mio modo di vedere, i fattori del cambiamento:

1 – nelle sedi dei primi due corsi di laurea in psicologia, Roma e di Padova, non si era sviluppata alcuna esperienza psicologica professionale e quindi la formazione dei nuovi psicologi non poteva essere fondata su specifici esempi professionali. I corsi di laurea erano stati avviati per formare psicologi professionisti; non c'era, d'altro canto, alcuna esperienza nel campo, nessun riferimento esemplificativo della professione psicologica che, sia pure in modo limitato all'esiguo numero degli psicologi sino a quel momento operanti in nostro paese, potesse orientare la formazione psicologica universitaria a una qualsiasi dimensione professionale.

2 – la formazione "professionalizzante" degli psicologi fu affidata, nei corsi di laurea, a psichiatri di orientamento prevalentemente psicoanalitico, con poche eccezioni di marca sistemico-familiare. I pochi docenti universitari di provenienza "psicologica", nelle università di Roma e Padova, non avevano alcuna esperienza professionale; per la gran parte non credevano nemmeno che potesse esistere una professione psicologica. Per questo motivo, nella docenza delle discipline professionalizzanti, entro i nuovi corsi di laurea, vennero reclutati – quasi univocamente – psichiatri che esercitavano la psicoterapia.

Questi docenti proposero i rudimenti delle teorie psicoanalitiche o sistemiche, senza peraltro fondare su una specifica teoria della tecnica l'apprendimento degli studenti di psicologia. Ciò comportò l'affermarsi della convinzione che l'unica dimensione professionale possibile, in psicologia, fosse la psicoterapia; questo avvenne in aperto contrasto con l'esperienza professionale degli psicologi che lavoravano professionalmente in città come Milano, Torino, Bologna, Napoli, Bari, Palermo. Di qui l'esigenza di fondare scuole quadriennali di specializzazione in psicoterapia, volte a perseguire una formazione professionalizzante in psicoanalisi, in terapia familiare, in terapia cognitiva o in altre aree della psicoterapia, importate – inventate da persone o da gruppi i più strani e fantasiosi, nell'ambito di un "mercato" della formazione psicoterapeutica che si sviluppava, senza controlli e senza verifica, al di fuori dell'università.

Questa storia è vecchia, più volte ripetuta ma mai considerata e accettata da chi aveva responsabilità organizzative strutturanti la formazione psicologica. Gli psicologi, formati per generazioni in questo contesto a dir poco schizofrenico, si sono adeguati al contesto stesso, avallando un ambito formativo e professionale problematico nella sua confusa approssimazione, senza saper contestare un processo formativo e una dimensione professionale che d'altro canto, erano le componenti fondanti della loro identità.

Psicologia, psichiatria e diagnosi

È interessante notare che la diagnosi, così com'è oggi intesa, non facesse parte di queste esperienze formative o professionali. Nell'ambito delle facoltà di Psicologia c'era, è importante ricordarlo, l'insegnamento di "teorie e tecniche dei test", così come l'insegnamento di "psicometria". Non si trattava di insegnamenti che fondavano un lavoro psicologico di diagnosi, quanto un processo di conoscenza utile per l'intervento psicologico entro la scuola, le organizzazioni produttive o di servizio. Lo slogan che proposi allora per mettere in relazione le due fasi della conoscenza e dell'intervento, nell'ambito della relazione tra individuo e contesto, suonava così: *conoscere per intervenire*.

Psicologi e psichiatri praticavano la diagnosi, ma in modo diverso e con obiettivi differenti.

Gli psicologi, da sempre all'interno della loro professione, consideravano la *psicodiagnosi* una fase rilevante della prassi d'intervento. Per la psicodiagnosi si utilizzavano strumenti come i test psicologici e come il colloquio. Non mi dilungo su questo, ricordando peraltro che la ventata contestativa degli anni Settanta mise sotto accusa i test psicologici e ne condannò l'utilizzazione "classista". I nuovi psicologi laureati nei corsi di laurea avevano una conoscenza scarsa e prevenuta nei confronti dei test e della psicodiagnosi. Si pensava che l'intervento degli psicologi dovesse essere fondato sulla militanza politica, più che sul conoscere per intervenire.

Gli psichiatri, dal canto loro, formulavano una diagnosi psichiatrica in funzione della prescrizione e dell'uso degli psicofarmaci. L'uso delle tre grandi "famiglie" psicofarmacologiche (gli antipsicotici, gli antidepressivi e gli ansiolitici) richiedeva una conoscenza della forma psicopatologica entro la quale si intendeva intervenire con il farmaco.

Come nasce, nella cultura degli psicologi, la dimensione diagnostica, così come è oggi praticata? Credo la si debba all'introduzione del DSM entro le prove per l'esame di stato, abilitante alla professione psicologica. Con questo uso improprio del DSM si è appiattita la formazione clinica degli psicologi entro una mimesi dell'operare diagnostico psichiatrico *nouvelle vague*. Senza considerare le forti critiche che, nello stesso ambito psichiatrico, sono mosse al DSM.

Ricordo che il DSM III è stato edito nel 1980; il DSM III – R è stato pubblicato nel 1987.

I primi esami di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di psicologo sono indetti sulla base del *Regolamento D.M. 13 gennaio 1992, n. 240*, che consegue alla *legge 56/89*, istitutiva della professione di psicologo.

Interessante notare il processo “perverso” che ha avviato gli psicologi allo studio e all'apprendimento del DSM. Il DSM è nato negli USA quale tentativo di unificare, su base statistica descrittiva, le varie forme di diagnosi psichiatrica dei disturbi mentali. Una diagnostica, quella dei disturbi mentali, molto diversificata nella sua nomenclatura in funzione delle scuole psichiatriche e delle scuole psicoterapeutiche di appartenenza dei singoli psichiatri. Tentativo di classificazione unificata che riduceva al minimo, di fatto eliminandole, le ipotesi genetiche o psicodinamiche delle diverse malattie mentali.

Non solo. Nella sua pretesa di essere ateorico e fondato su quadri sintomatologici che escludono ogni considerazione del vissuto del paziente, il sistema diagnostico in analisi si affianca, senza però averne la giustificazione eziopatogenetica, al sistema nosografico della medicina generale. Eliminando, in tal modo, non solo il vissuto del paziente ma anche la ripercussione di tale vissuto nella persona che ha relazione con lui, quindi *eliminando ogni considerazione della relazione*.

Si dice che l'introduzione del DSM ha distrutto la psichiatria. Questo, a noi psicologi, potrebbe importare molto poco.

Il vero problema è che l'introduzione del DSM entro la cultura psicologica, ha distrutto la profonda differenza tra psichiatria e psicologia. Di fatto, lo studio del DSM ha allontanato definitivamente, almeno per ora, la psicologia dall'essere e dal rivendicare di essere una scienza della relazione.

Il DSM, almeno per gli psicologi ma in gran parte anche per gli psichiatri, ha reificato la diagnosi. Ne ha fatto l'unico riferimento per la formulazione di una diagnosi, quindi per organizzare le categorie di analisi e di definizione dei disturbi mentali. Il disturbo mentale, lungi dall'essere un evento fondato nella relazione tra individuo e contesto, è diventato una caratteristica propria dell'individuo, una sorta di etichetta che si è legittimati a porre a carico del singolo individuo, sulla base di categorie sintomatologiche che, il più delle volte, sono definite in base al comune senso del conformismo.

Diagnosi e relazione

Vorrei resocontare e commentare un “caso clinico” per me importante: è stata una delle prime situazioni cliniche incontrate nel mio lavoro psicologico.

Il caso di Teresa

Il contesto in cui ho incontrato Teresa, una ragazzina di 11 anni che frequentava la prima media di una scuola di Monza, era uno dei 15 Centri per l'Orientamento Scolastico e Professionale della Provincia di Milano, che dirigevo a metà degli anni '60 nel capoluogo della Brianza.

Teresa mi venne “segnalata” dalla preside di una delle scuole medie² per le quali il Centro lavorava.

Insegnanti e compagni di Teresa si lamentavano per il comportamento aggressivo e provocatorio, spesso al limite della sopportabilità, con il quale Teresa viveva le proprie relazioni scolastiche.

Organizzo, tramite un'insegnante di Teresa, un appuntamento per incontrare la giovane e parlare con lei.

Teresa, all'ora dell'appuntamento, entra nella mia stanza senza bussare; la invito ad accomodarsi al tavolo. Mi guarda con un'espressione di sfida e m'invita a far presto con questa storia del colloquio: ha fretta e la mia faccia è pure antipatica, dice con fare aggressivo.

Le chiedo per quale motivo vuole farsi prendere a schiaffi.

Teresa mi guarda stupita, poi scoppia a piangere e si siede al tavolo. Mi racconta, tra le lacrime, la sua storia. Sua madre è una donna nubile, che ha subito critiche e umiliazioni per la sua maternità “al di fuori del matrimonio”. La madre ha spostato su di lei la rabbia per la sua emarginazione sociale; una rabbia che si è manifestata non con aggressività nei suoi confronti, ma con l'ignorarla. Ricorda la freddezza con cui la madre l'ha, da sempre, accudita.

² Ricordo che con la legge n.1859 del 31 dicembre 1962 viene istituita, in Italia, la *scuola media unica*. La scuola media unica, istituita a seguito dell'abolizione degli istituti di avviamento (commerciale e industriale), completa il ciclo scolastico dell'obbligo e consente l'accesso a tutte le scuole superiori.

Teresa mi dice, singhiozzando, che il più bel regalo che si potesse aspettare da sua madre, a Natale, era proprio uno schiaffo. E per procurarsi queste manifestazioni d'attenzione ha imparato, ben presto, a provocare e far perdere la pazienza agli altri, a partire da sua madre. Era un modo per sentirsi "vista", per viverli emozionalmente importante. Una sorta di comportamento obbligato, volto ad attirare l'attenzione, sia pur disapprovante e aggressiva, nei suoi confronti.

La mia domanda sul suo "voler essere presa a schiaffi" l'ha colpita, perché le ha consentito di pensare. Pensare, in primo luogo, al fatto che l'avevo accolta e capita, senza reagire alla sua provocazione. Pensare al senso del suo provocare gli altri. Mi chiese di poter parlare ancora con me. Potemmo ironizzare sulle sue strategie volte a provocare gli altri in modo mirato, colpendo i punti deboli delle differenti persone; punti deboli che Teresa era molto brava nell'individuare. Con me, ad esempio, voleva mettere in evidenza la mia falsa gentilezza, costringendomi a sgridarla per la mancanza di quel "rispetto" che sicuramente, in quanto "il dottore", mi aspettavo dai ragazzi che venivano a parlare con me.

Dopo qualche colloquio emerse la convinzione di Teresa che le sue compagne di classe la rifiutassero, ormai definitivamente, per l'antipatia che aveva manifestato con tutte le sue forze. Chiesi allora all'insegnante che coordinava quella classe di fare un'esercitazione con il "gruppo classe". Proposi la costruzione di una torre che rappresentasse simbolicamente la classe. Chiesi alle ragazze della classe di nominare un coordinatore dei differenti gruppi di lavoro che dovevano presidiare i vari aspetti della costruzione della torre (solidità, estetica, corrispondenza simbolica, uso dei materiali). La classe, all'unanimità, chiese a Teresa di fare da coordinatrice. Teresa lavorò bene, si adoperò per realizzare una sinergia tra i prodotti dei vari gruppi ed ebbe un ruolo importante nel coordinare la fase di costruzione della torre. La torre presentava una porta d'ingresso molto grande; si trattava, dissero le ragazze nel commento, di una torre molto accogliente.

Apparentemente si tratta del "caso di Teresa". Di fatto, i temi emersi nel resoconto concernono soltanto relazioni. Vediamo di che relazioni si tratta.

1 – in primo luogo compare la relazione della preside con me, quale direttore del Centro d'Orientamento. La preside raccoglie le lamentele di alcuni insegnanti circa il comportamento di Teresa e me ne parla perché, in quanto psicologo, possa farci qualcosa. Il tema della segnalazione fa riferimento alla componente provocatoria del comportamento di Teresa, che si discosta dal modo conformista di stare a scuola. Teresa è "diversa" dagli altri ragazzi, perché non sta alle regole del gioco; sembra voler provocare l'aggressività di compagni e insegnanti, invece di adeguarsi ai comportamenti attesi. La domanda della preside è di riportare Teresa al comportamento atteso da tutti gli allievi, nella scuola.

Nella domanda della preside compare da un lato la rigidità del sistema scolastico che prevede, nell'ipotesi di rendere possibile l'apprendimento, un comportamento uniforme e disciplinato degli allievi. Dall'altro, prevede che lo psicologo possa intervenire quando, in casi particolari, si presentino allievi che non sanno stare alle regole del gioco previste dalla scuola. La domanda della preside, in altri termini, si fonda su un comportamento deviante di Teresa, per ovviare al quale si pensa sia utile una diagnosi, una prognosi e una terapia del caso stesso. La domanda è, evidentemente, di tipo medico.

In questa relazione compare innanzitutto la denuncia di un fallimento della collusione tra Teresa e il contesto scolastico. Teresa non riesce a colludere con la richiesta, implicita o esplicita, della scuola e della cultura scolastica, circa la disciplina. Teresa "vuole provocare l'aggressività del contesto scolastico nei suoi confronti" e questo non è previsto e tantomeno accettato dalla scuola. Teresa deve essere ricondotta all'ordine. La scuola non può "sopportare" che Teresa abbia dei problemi di relazione e che li manifesti nel suo adattamento alla scuola. La scuola prevede solo comportamenti ordinati e prevedibili. Le provocazioni di Teresa non sono prevedibili e, quando lo sono, appaiono come fortemente disturbanti.

2 – c'è poi la relazione di Teresa con me. Teresa, in primo luogo, viene mandata dallo psicologo; non è lei a chiedere di parlare con me, ma è obbligata a venire al colloquio. Teresa non collude con questo "invio", non subisce l'ordine, presentandosi in modo ordinato e accettante. Mi comunica, immediatamente, che lei non è al colloquio di sua volontà. Mi provoca, come rappresentante di quel contesto scolastico ove è ormai usata a evocare un rifiuto emozionale.

Non colludo con la sua provocazione, ma cerco di coglierne le finalità: farsi rifiutare e redarguire in modo violento; l'obiettivo di "farsi prendere a schiaffi" diviene la metafora del rifiuto che è solita evocare entro le relazioni scolastiche. Il tentativo di Teresa, volto a farsi rifiutare, non è agito collusivamente da parte mia. Al contrario, esso viene esplicitato e le propongo di interrogarci, assieme, sul motivo e sul senso del tentativo stesso, una volta esplicitato. Le propongo una collusione alleata, volta a dare senso al modo con il quale lei ha esordito nel rapporto con me, a rendere pensabile quanto solitamente Teresa è abituata ad agire.

Teresa raccoglie immediatamente il mio invito, sorpresa dal modo insolito della mia reazione collusiva. In Teresa avviene un cambiamento profondo che si può cogliere solo entro la relazione alla quale partecipa.

Emerge un desiderio intenso che Teresa agisce nel rapporto con me: parlare della relazione con sua madre. Teresa ha bisogno di simbolizzare l' "altro" come nemico che la rifiuta e fa di tutto perché questo avvenga: la provocazione agita le serve per confermare la fantasia che nessuno le può essere amico, riproducendo in tal modo la sua relazione con la madre. Una madre che le ha comunicato, in modo efficace, una sorta di condanna delle due: nessuno poteva essere amico della madre, così come la madre non poteva essere amica di Teresa, così come nessuno sarebbe stato amico di Teresa. Teresa, per uscire dall'ignoramento, aveva quale unica chance quella di essere vista quale nemica fastidiosa, da rifiutare. La mia proposta collusiva di interrogarci su tutto questo, ha proposto a Teresa un nuovo assetto collusivo, volto non all'agito del rifiuto ma al pensare assieme per capire il senso della sua ricerca di rifiuto.

Ci sono, poi, due relazioni quali emergono non dall'esperienza clinica del caso, ma dal racconto di Teresa: la relazione della madre con il contesto culturale e la relazione di Teresa con la madre. Analizziamo assieme questi due rapporti.

3 – la madre “aspetta” Teresa, confrontandosi peraltro con una maternità “al di fuori del matrimonio”. Un'esperienza difficile per la riprovazione sociale che l'evento suscita. A cominciare dai genitori della madre, che esortano la giovane all'aborto (allora illegale) e che le preconizzano una vita “rovinata” da quella maternità improvvida e deviante. La famiglia della madre di Teresa gode di agiatezza socioeconomica; fa parte di quella media borghesia brianzola che ben impersona il conformismo, culturale e sociale, diffuso nella provincia italiana. Un conformismo dal quale non ci si può difendere, che emargina, nei confronti del quale non ci si può nascondere. La madre è decisa a portare a termine la gravidanza, ma lo fa entro rapporti di disapprovazione, silenzi, amiche che si dileguano, attribuzioni di grande coraggio per l'aver deciso di affrontare un evento così difficile, senza la presenza e la protezione di un uomo responsabile. Teresa viene al mondo in un contesto d'isolamento; la madre è lasciata sola, da tutti; si fa aiutare dalla nonna di Teresa nei primi mesi dopo il parto, ma è ben presto costretta a lavorare, per mantenere se stessa e la piccola bambina. Le due sono sole, letteralmente sole. La madre vive episodi diagnosticati come depressivi e sperimenta un periodo difficile, di sconforto e di chiusura in se stessa. Questa depressione comporta anche la tendenza della madre a ignorare Teresa. Teresa ricorda lunghe giornate in casa, la madre affaccendata nella preparazione del cibo o nel riassetto casa, senza alcuno scambio verbale o affettivo tra le due. Teresa ricorda questi silenzi come una sorta di accusa da parte della madre; l'accusa di esistere. L'isolamento sociale provoca, così, un progressivo distacco tra madre e figlia, un ignoramento della madre nei confronti della piccola. Teresa impara ben presto che l'unica strada per rompere quei silenzi era il provocare la madre, il disobbedire ai suoi ordini, l'exasperare la relazione con lei sino allo sbottare rabbioso della madre che, nel rimproverarla, mostrava finalmente di accorgersi di lei, di fare i conti con la sua esistenza. Teresa vive un'infanzia isolata, senza amiche, con pochissime frequentazioni anche entro l'esperienza della scuola materna. Teresa trasferisce la provocazione nei confronti della madre a tutte le sue relazioni. Si crea in lei la ferma convinzione per cui tutti la rifiuteranno, sempre che non lei non li provochi, costringendoli ad accorgersi della sua presenza.

La strategia di Teresa sembra funzionare. Teresa non è “consapevole” di questa sua modalità di socializzazione. Raccoglie, di contro, le disapprovazioni e i rifiuti sociali come la prova del suo originario isolamento; isolamento che pensa di poter rompere soltanto con le ripetute provocazioni. Si crea così un “sistema collusivo” efficace, una sorta di circolo vizioso ove il provocare di Teresa rinforza il rifiuto sociale e, al contempo, il sentirsi rifiutata – da parte di Teresa – rinforza il suo bisogno di provocare.

Diagnosi, come ormai ben sappiamo, etimologicamente significa “conoscere per mezzo di”.

Di che cosa?

La conoscenza è un'azione orientata da categorie conoscitive che diano senso all'azione stessa.

Non c'è conoscenza senza “azione”. Ma l'azione, se vuole assumere valenza conoscitiva, deve essere orientata e organizzata da categorie riferibili a specifiche teorie della tecnica, fondanti la conoscenza che s'intende perseguire.

Per una conoscenza della relazione servono teorie della tecnica che consentano una valenza conoscitiva alla relazione stessa.

Guardiamo alle relazioni che abbiamo appena analizzato.

Nella relazione tra la preside e lo psicologo del Centro d'Orientamento si iscrive un fallimento della collusione tra Teresa e il sistema scolastico. Teresa non risponde ai canoni collusivi dell'ordine e della disciplina che reggono le relazioni tra le varie componenti della scuola: allievi, insegnanti, dirigenti scolastici, famiglie, personale di servizio della scuola stessa. La scuola, è importante ricordarlo, eroga

apprendimento collegabile alle discipline insegnate: storia, geografia, matematica, italiano, religione, scienze etc...

L'esperienza di socializzazione a scuola, d'altro canto, promuove anche l'apprendimento delle regole del gioco che reggono il conformismo sociale: puntualità, rispetto dell'autorità, modi di socializzazione nel gruppo classe, rapporti tra maschi e femmine, cortesia, attenzione alle lezioni, capacità di esprimersi verbalmente in modo coerente con le attese degli insegnanti e dei compagni, interesse per ciò che si studia e via di questo passo.

La "disciplina" o "buona condotta" è la componente più importante di questo apprendimento scolastico "secondario", tant'è vero che c'è una valutazione, appositamente formalizzata, per questo aspetto del comportamento scolastico degli allievi. Tale componente richiede un "fare come se"; in altri termini, comporta che a scuola ci si debba comportare in modo drasticamente diversificato dal comportamento che i giovani mettono in atto entro le relazioni familiari.

Teresa, a modo suo, continua entro le sue relazioni scolastiche quel comportamento che tiene con la madre e che è volto ad attirare l'attenzione su di sé, attraverso la provocazione.

Una "diagnosi" del problema posto da Teresa è possibile solo se si conosce la dinamica delle relazioni entro il contesto scolastico. Senza categorie conoscitive della dinamica scolastica, è impossibile cogliere il senso del comportamento di Teresa a scuola.

Qui appare chiaramente la differenza tra una "diagnosi" riferita a Teresa e ai suoi problemi, e una "diagnosi" che consideri la dinamica collusiva caratterizzante la scuola e il fallimento della collusione proposto da Teresa, implicante una differente dinamica collusiva entro la quale origina la domanda della preside allo psicologo.

Vediamo di approfondire il punto.

Si tratta di cogliere la differenza tra problemi riferiti all'*invarianza* di un disturbo e problemi riferibili alla *variabilità* del contesto culturale. Questa differenziazione è centrale, per cogliere la specificità dell'intervento psicologico clinico.

Una frattura ossea, è solo un esempio tra i tanti possibili entro la problematica medica, si può considerare come invariante nei confronti del contesto. Una frattura del femore è "frattura del femore", indipendentemente dal contesto entro cui si manifesta. Non è un fenomeno invariante rispetto alle cause (più frequente negli anziani, in situazioni di vita domestica etc.) ma è un fenomeno invariante rispetto alla fenomenologia con cui si manifesta, agli occhi dell'ortopedico. La variabilità è solo interna al fenomeno (frattura scomposta, interessamento delle arterie, facilità di ricomposizione della frattura etc.), non propria della relazione tra fenomeno e contesto.

La diagnosi psichiatrica tenta di imporre una sorta di invarianza alla problematica che concerne l'individuo, diagnosticato come portatore di un disturbo. *Una persona è depressa, esattamente come una persona ha una frattura al femore.* Si rimarcherà la profonda differenza tra "avere" una frattura e "essere" depressi. Qui, peraltro, anche il linguaggio medico fa confusione: c'è poca differenza tra l'avere un diabete e essere diabetici; tra l'avere un'ipertensione e l'essere ipertesi. Si usa una categorizzazione disposizionale e non categoriale, solo quando risulta impossibile un'identificazione tra la persona e il suo disturbo: ha una frattura al femore; non: "è un fratturato".

La diagnosi, in psichiatria, identifica persona e disturbo. Un po' come si dice a un ragazzino che "è cattivo" quando ha fatto una cosa che l'adulto valuta come "cattiva", cioè deviante dalle norme che l'adulto intende impersonare per il ragazzino stesso.

Questa identificazione tra persona e "disturbo", ignora la teoria psicologia dell'attribuzione disposizionale che, con Bandura, implica l'interazione tra cognizione, comportamento e ambiente (*social cognition*).

La preside ha fatto una sorta di diagnosi nei confronti di Teresa: è una ragazzina problematica perché ha un'indole volta a provocare le persone, è disturbata in questo senso. Per la preside, i problemi che emergono, nella relazione tra Teresa e compagni o insegnanti, sono riferibili solo e soltanto a Teresa.

Viene, in tal modo, ignorato il contesto relazionale entro il quale Teresa mette in atto le sue provocazioni.

Non solo; si ignora anche che il comportamento di Teresa è problematico all'interno della cultura scolastica e della dinamica collusiva che la caratterizza. Sappiamo che questo "errore fondamentale di attribuzione", volto ad attribuire specifici problemi di relazione alle caratteristiche disposizionali delle singole persone, corrisponde a ciò che usualmente chiamiamo *stereotipo individualista*.

L'"errore di attribuzione" si può definire come la tendenza ad attribuire la causa di un comportamento, proprio di un altro individuo, principalmente alla sua personalità (attribuzione disposizionale), sottostimando l'influenza che l'ambiente o il contesto possono avere nel determinare tale comportamento (attribuzione situazionale).

In medicina, e forse in psichiatria, l'attribuzione disposizionale è fondamentale per il processo diagnostico – prognostico – terapeutico. In psicologia, no.

Mettere in atto l'attribuzione situazionale, d'altro canto, significa avere categorie atte a dare senso alla situazione entro la quale avviene l'attribuzione causale.

Categorie non riferite all'individuo ma alla relazione. Categorie quali “collusione”, “fallimento della collusione”, rilevanza emozionale entro la relazione sociale, conformismo, sono tutte riferite alla relazione e non al singolo individuo. Quando la formazione psicologica non suggerisce l'uso di categorie relazionali, lo psicologo è costretto dalla stessa formazione a usare – suo malgrado – modi di conoscenza fondati sull'attribuzione disposizionale, quindi diagnosi concernenti l'individuo, non la relazione.

Il caso di Teresa e la diagnosi disposizionale

Nel linguaggio attuale, Teresa avrebbe un “disturbo oppositivo-provocatorio” (DOP). Lo stesso termine “disturbo” fa riferimento a un singolo individuo, in particolare a un bambino o a un ragazzino, non a una relazione.

Come viene definito questo “disturbo”? Utilizzerò, per ripercorrere definizioni e modi di intervento terapeutico nei confronti del DOP, testi tratti da differenti siti internet, Utilizzo questi siti perché credo siano indicativi dell'atteggiamento psicologico corrente nei confronti della diagnosi concernente disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza.

Vediamo una prima definizione del nostro DOP (www.istitutobeck.com/disturbo-oppositivo-provocatorio.html):

Si tratta di un disturbo del comportamento; riguarda cioè il modo in cui il bambino agisce il suo modo di mettersi in relazione con gli altri.

Il bambino con il DOP ha difficoltà a interagire con gli altri, in particolar modo con gli adulti, ma anche con i coetanei. La sua tendenza è di sfidare i genitori o gli altri adulti che se ne occupano, spesso istigando e cercando il modo di generare irritazione.

Non ama seguire le regole e rispettare le richieste che gli vengono fatte, opponendosi verbalmente e con le azioni. S'innervosisce facilmente, è permaloso e si arrabbia di frequente anche per futili motivi, per arrivare spesso a litigare. Di fronte al rifiuto e al non accoglimento delle sue richieste, si mostra irritato e caparcioso, sbatte i piedi e piange, si rifiuta di accettare la decisione dell'adulto.

Il bambino con DOP è spesso rancoroso e cerca di vendicarsi dei torti che crede di aver subito, poiché ha spesso un atteggiamento vittimistico e pessimistico e la tendenza ad incolpare gli altri per i suoi errori e comportamenti sbagliati.

Per fare una diagnosi di disturbo oppositivo-provocatorio è necessario che il modo di comportarsi che abbiamo descritto sia presente negli ultimi sei mesi, con una frequenza superiore a quanto ci si aspetti da un bambino della stessa età e grado di sviluppo; è necessario, inoltre, che tali comportamenti creino disagi e difficoltà in ambito familiare, scolastico o sociale.

Il disturbo oppositivo-provocatorio è riscontrabile in circa il 5-10% dei bambini in età compresa tra i 6 e i 12 anni e con maggior frequenza nei maschi che nelle femmine.

Il disturbo oppositivo-provocatorio è il risultato di una combinazione tra fattori individuali (temperamento, fattori biologici, distorsioni ed errori cognitivi) e fattori contestuali (stile educativo, caratteristiche familiari)

Ecco un'altra definizione del DOP, tratta dal sito “professione mamma” e pubblicato nell'aprile del 2012 (<http://www.professionemamma.it>):

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) è una patologia neuropsichiatrica dell'età evolutiva, caratterizzata da una modalità ricorrente di comportamento negativistico, ostile e di sfida, che però non arriva a violare le norme sociali né i diritti altrui.

È inserita nella categoria dei Disturbi da Comportamento Dirompente, e viene distinta dal Disturbo della Condotta (DC) e dal Disturbo d'Attenzione Iperattività (DDAI), per i quali bisogna eseguire una diagnosi differenziale.

Spesso tra normalità e patologia c'è un confine molto sottile, che diventa quasi invisibile quando si analizzano dei bambini³.

La psicopatologia può essere definita come una perdita, o un mancato sviluppo, di quelle competenze e abilità che normalmente sono presenti in una certa fase dello sviluppo.

³ Il corsivo è mio.

La diagnosi nell'età evolutiva è resa difficile dal fatto che il soggetto attraversa un periodo d'instabilità, in cui affronta cambiamenti repentini che lo fanno crescere mentalmente e fisicamente. Cambiano i suoi atteggiamenti, i suoi comportamenti, il suo modo di entrare in relazione con l'ambiente esterno e ciò che è normale in una fase può diventare patologico se persiste nella fase successiva. *Il Disturbo Oppositivo Provocatorio è, infatti, caratterizzato da modalità comportamentali ostili, negativistiche, provocatorie che nei primi anni di vita sono del tutto normali*⁴.

In età prescolare, infatti, l'aggressività e l'ostilità sono i mezzi attraverso i quali si esprime l'egoismo infantile e servono al bambino per imparare a distinguere il sé dagli altri, a capire le regole sociali e a sperimentare le prime forme d'adattamento.

Ma è proprio prima dell'ingresso a scuola che cominciano a comparire i sintomi del disturbo ed è per questo che, in genere, risulta molto difficile identificarli, tanto che possono anche trascorrere degli anni prima che il problema venga identificato.

Tutti i bambini possono essere scontroso e caparcioso, però nei soggetti con il DOP queste caratteristiche si presentano amplificate, tanto da arrivare a compromettere, in maniera significativa, il loro inserimento sociale.

La loro è un'ostilità continua e persistente, non rispettano le regole, hanno eccessi d'ira di fronte a obblighi e divieti, e appaiono infastiditi da chi li circonda.

Prendersene cura è molto difficile, sono causa di stanchezza, di scoraggiamento e di frustrazione per chiunque cerchi di instaurare con loro un rapporto.

Come aiutarli ad uscire da questo stato di disagio?

La parola d'ordine per un buon intervento educativo e psicologico, dovrà essere "comprensione". Sono bambini che non vanno curati, né cambiati, ma prima di tutto capiti.

Con i loro comportamenti sembrano volerci allontanare, ma se ce ne andiamo, soffrono di solitudine. Bisogna cercare, allora, di superare le barriere che ci separano dal loro mondo, capire la causa del loro male interiore.

Forse sono ostili perché cercano di difendersi, a causa di traumi che li hanno portati a diffidare degli altri, oppure vogliono attirare l'attenzione, perché hanno bisogno di comunicare i loro problemi e non conoscono altro canale che l'aggressività.

Cosa pensano i bambini DOP? Come valutano se stessi e le loro azioni? Sono contenti del loro modo di essere o vorrebbero cambiare?

Chi è estraneo al mondo della neuropsichiatria infantile, di fronte alle condotte prepotenti e aggressive dei soggetti oppositivi e provocatori, è portato a dare giudizi che però spesso sono lontani dalla verità.

Certo non è difficile cadere in errore perché, osservando il modo in cui questi ragazzini si relazionano con gli altri, si può facilmente credere che essi provino piacere nel suscitare il pianto dei compagni, nel portare gli insegnanti sull'orlo della disperazione, nel creare scompiglio e nel rompere tutto ciò che capita loro a tiro.

Si pensa che essi siano fieri di se stessi, che godano nell'essere temuti dagli altri, ma sta proprio qui la nostra cecità, nell'essere incapaci di andare, con lo sguardo, oltre le immagini apparenti, per cogliere il nocciolo della loro sofferenza.

Il soggetto affetto dal DOP non vive una vita felice e serena, non è contento del suo modo di essere e si duole per le opinioni che le altre persone hanno di lui.

L'immagine che ha di sé è molto svalutante, si considera un incapace, indegno dell'amore altrui e crede che nessuno mai gli potrà essere amico.

Si sente rifiutato, ma sa di essere lui stesso la causa del suo isolamento e così sviluppa livelli molto bassi d'autostima e spesso anche dei Disturbi dell'Umore.

Come sostiene Patterson, spesso, questa bassa considerazione che il bambino oppositivo e provocatorio ha di se stesso, nasce proprio nell'ambiente domestico.

Il rapporto che questi soggetti hanno con i loro parenti è molto complesso, si tratta di una sorta di coercizione reciproca che, alla lunga, tende a sgretolare l'unità familiare.

Sono gli stessi genitori ad attribuire ai loro figli delle etichette, a definirli "insopportabili", "aggressivi", "terribili". Queste espressioni che possono essere dettate da un momento di collera, se ripetute più e più volte, vengono interiorizzate dal bambino, diventando delle auto-asserzioni negative che egli ripeterà a sé stesso ogni qual volta si sentirà abbandonato da qualcuno.

Se qualcuno gli si avvicina per instaurare un rapporto, anziché esserne felice, si mostra diffidente e reagisce con il suo repertorio di comportamenti ostili, come a voler mettere alla prova le intenzioni del suo interlocutore.

È come se gli chiedesse "Mi vuoi bene anche se ti dimostro che non valgo niente, anche se ti faccio vedere che mi sono preso gioco di te? Mi vuoi bene anche se io stesso sono sicuro di essere un buono a nulla, e sono certo che nessuno mi potrà mai amare?".

Il soggetto DOP, quindi, è convinto che anche chi cerca di avvicinarsi a lui in veste d'amico, chi dice di volerli bene e di volerlo aiutare, alla fine, imparando a conoscerlo cambierà idea e lo lascerà nuovamente

⁴ Il corsivo è mio

solo, quindi è bene mettere subito alla prova queste persone, verificare il loro grado di sopportabilità, perché tanto anche loro impareranno ad odiarlo ed è meglio che questo accada prima che egli si illuda di poter ancora ricevere affetto.

Modificare il comportamento intervenendo sulle conseguenze: punizioni e rinforzi.

Per far sì che le provocazioni, l'ostilità e gli atteggiamenti aggressivi del DOP vadano estinguendosi, è necessario *fare in modo che il bambino incomba in delle conseguenze negative*⁵ ogni qual volta faccia ricorso a tali comportamenti.

Esistono dei metodi, utilizzabili sia in un contesto scolastico che familiare, che permettono di "punire" il bambino in maniera intelligente, evitando cioè di fare ricorso a castighi rigidi e rimproveri umilianti, che potrebbero produrre effetti indesiderati.

Alcune di queste strategie consistono nel:

- Premiare i comportamenti positivi, anche piccoli ma che conducono alla condotta desiderata e allontanano da quella indesiderata

- Preferire i premi per i comportamenti positivi (anche piccoli) alle punizioni

- Evitare le prediche

- Preferire sempre la perdita di un privilegio (es. uscire o guardare la tv) alla punizione (es. fare qualcosa di spiacevole)

- Scegliere le punizioni solo per comportamenti molto gravi (esplicito danno verbale o fisico agli altri) e solo se si è provato tutto il resto

- Decidere tre regole che tutti dovranno tenere in casa o a scuola (scegliere: "parlare a voce bassa" piuttosto che "non si grida")

- Se si decide di rimproverare farlo con poche e specifiche parole es. "avevamo stabilito questa regola, tu l'hai infranta, quindi, come avevamo stabilito ti tocca rinunciare a questo".

- Se si decide di punire NON usare mai la violenza fisica (sempre bene ribadirlo) perché non facciamo che peggiorare la situazione oltre che fare un grave danno al bambino.

- Se si sceglie di premiare o in alternativa, togliere un privilegio, questo deve essere fatto subito. Se si lascia passare troppo tempo l'effetto sul comportamento svanisce.

- Essere sempre chiari e leali.

- Ricordarsi di dare il "buon esempio". Siamo il suo principale modello. Una risposta stizzita o aggressiva non fa che rinforzare il comportamento oppositivo del bambino.

- Attenuare l'esposizione agli antecedenti che normalmente conducono a comportamenti oppositivi.

Ricercare le condizioni che attenuano i comportamenti indesiderati.

- Rimproverare in privato o comunque in modo tale che non possano udire terze persone. La punizione non dovrà servire a formulare giudizi, ma dovrà limitarsi a descrivere il comportamento indesiderato in maniera obiettiva. Al bambino verranno spiegate le motivazioni che rendono sbagliata tale condotta, verranno suggerite modalità comportamentali alternative e verranno indicati i vantaggi derivanti dalla loro messa in atto.

- Ignorare le "esibizioni" del bambino, ossia rimuovere il rinforzo derivante dall'attenzione degli "spettatori".

- Punire attraverso il Timeout, ossia attraverso il trasferimento del bambino in un luogo in cui siano inaccessibili i rinforzamenti positivi, come l'attenzione, l'approvazione dei pari, i giocattoli ed altri oggetti interessanti.

Questo luogo potrà essere il corridoio di casa, un angolo della stanza, o semplicemente una sedia, l'importante è non scegliere mai spazi che potrebbero infastidire il bimbo più del dovuto, come zone buie o confinate.

È bene ricordare, inoltre, che è sufficiente un tempo di appena tre, quattro minuti, e che aumentare tale periodo con lo scopo di rafforzare il valore della punizione è solo controproducente.

- Sorprendere il bambino con reazioni impreviste.

Questa strategia, proposta da Fiorenza e Nardone serve, in particolare, per fronteggiare gli atteggiamenti provocatori attraverso comportamenti stravaganti, che disorientano il soggetto e lo inducono a riflettere sulle proprie condotte.

La tecnica consiste nel rispondere alle provocazioni non con rimproveri o punizioni, ma con azioni che possono apparire incomprensibili, come accostarsi al soggetto e dargli un bacio sul naso, senza dare alcuna spiegazione e limitandosi ad asserire che si aveva voglia di farlo.

Questa risposta originale vuole di fatto comunicare al bambino due messaggi:

- 1) non casco nelle tue provocazioni;

- 2) sono capace anch'io di provocarti.

- Premiare e Punire attraverso guadagno o perdita di punti

- Non dare indicazioni vaghe, come ad es. "comportati bene" o "bravo, oggi ti sei comportato bene"; preferire espressioni come, ad esempio: "Bravo. Hai apparecchiato la tavola senza fartelo ripetere due volte; ti meriti un premio.

⁵ Il corsivo è mio. Vuole sottolineare l'approssimazione nel modo di esprimersi, la scarsa capacità di comunicare con il linguaggio, rilevabile in chi scrive queste "esortazioni".

Un commento a questi scritti sul DOP.

La confusione, insita nel definire questo disturbo, incombe sovrana.

Un primo elemento di confusione è dato dallo stesso statuto di “disturbo”, attribuito a un comportamento che più volte si dichiara come normale per un’età “inferiore” a quella in cui il disturbo si manifesta. Allora: siamo confrontati con un comportamento normale o disturbato? È lecito affermare che il comportamento di un bambino, poniamo, di tre anni è normale e lo stesso comportamento, se si manifesta a sei anni, è disturbato?

Una risposta a questi interrogativi si può trovare entro lo stesso testo citato. Il DOP, diagnosticato a carico del bambino, si propone, di fatto, quale evento concernente la relazione tra genitori e bambino, tra insegnanti o compagni e bambino diagnosticato DOP, ad esempio nella sua esperienza scolastica. Di fatto, il “disturbo” consiste nelle reazioni al rifiuto del quale è oggetto uno specifico bambino, nell’ambito delle sue relazioni sociali. Sarebbe più utile, quindi, diagnosticare il rifiuto entro la relazione, non la psicopatologia del bambino.

Un secondo elemento di confusione è dato dai frequenti elementi di giudizio valutativo che caratterizzano la descrizione del “disturbo”. Termini certamente non caratterizzanti la psicologia clinica, come permaloso, capriccioso, rancoroso, vendicativo, ostile, scontroso, egoista, insopportabile, costellano le descrizioni “cliniche” dei bambini DOP.

Si tratta di valutazioni che configurano non tanto il bambino e il suo disturbo, quanto la relazione tra l’adulto che valuta e il bambino. Ancora una volta si parla di “disturbo” individuale, ma poi l’emozionalità fa riferimento alla relazione tra adulto e bambino, all’insofferenza dell’adulto per un comportamento infantile che viene “diagnosticato” quale connotazione invariante del singolo bambino, al di fuori del contesto entro il quale si manifesta. Nessun accenno, ad esempio, alle sempre più frequenti malversazioni alle quali è sottoposto il bambino nella scuola dell’infanzia; alle percosse, agli stratonamenti violenti che le educatrici della scuola dell’infanzia esercitano, in casi denunciati sempre più frequentemente dai mass media, nei confronti dei bambini. Nessun accenno alle condizioni di vita che caratterizzano oggi i bambini nelle grandi città, costretti a vivere in abitazioni e a frequentare quartieri pensati e costruiti “come se” i bambini non ci fossero. Nessun accenno alle attività predisposte e gestite da adulti-istruttori, quali il nuoto, la scuola di calcio, quella di tennis o degli sport più diversi; attività che i bambini, sin dalla più tenera età, sono costretti a praticare, mentre sempre più raro e improbabile è il gioco spontaneo con i coetanei, la creazione di situazioni ludiche di confronto competitivo e divertente, quale era possibile nei vecchi giochi quali bandiera, i quattro cantoni, rimpiattino.

Un terzo elemento di confusione è dato dalla sovrapposizione tra fattori individuali e contestuali, quali cause del “disturbo”. Si parla di temperamento e di stili educativi, di fattori biologici e caratteristiche familiari. Il vero problema è dato dal tentativo di trasformare una vicenda relazionale, di volta in volta diversa, in un’invarianza stabile e generalizzata; invarianza necessaria per fare dell’evento una “sindrome” diagnosticabile. Questa trasformazione di un evento clinico, comprensibile nella sua dinamica d’insorgenza – com’è il caso di Teresa – in un fenomeno riconducibile a un’invarianza configurante un “disturbo”, comporta problemi epistemologici gravi: il fattore comune che caratterizza la descrizione “clinica” del DOP è la reazione di rifiuto dell’adulto nei confronti del comportamento che il bambino assume entro la relazione con l’adulto stesso. Non si guarda alla relazione tra bambino e adulto, così come non si guarda alle caratteristiche di personalità o comunque psicologiche dell’adulto. Tutto viene messo a carico del bambino e delle sue invarianze, presunte o condensate entro definizioni poco attendibili.

Un quarto elemento di confusione nasce dall’esigenza di giustificare il buonismo richiesto per un intervento efficace, nei casi di “disturbo” DOP. Per dare un fondamento alla “comprensione” che si esorta ad adottare nei confronti dei bambini affetti da tale “disturbo”, si ricorda agli adulti che i bambini sono, in questi casi, insopportabili; ma, alla base del loro comportamento difficile, c’è una grande “sofferenza”.

Dietro al “sadismo” del bambino DOP c’è una vita infelice, costellata di insicurezza, di paura del giudizio altrui, di bassa autostima, di incapacità di evocare simpatia e amore negli altri. Come se queste dimensioni (insicurezza, bassa autostima, bassa affiliazione etc.) non fossero le componenti psicologiche caratterizzanti la relazione familiare, amicale e scolastica del bambino stesso.

Sembra che questa confusione nasca dal voler descrivere un disturbo individuale, senza peraltro avere categorie esplicative della relazione sociale. Di quella relazione sociale entro la quale s’iscrive, necessariamente e sistematicamente, il comportamento del bambino. Anche di quello supposto affetto da DOP.

Un *quinto elemento* di confusione è dato dall'idea che il comportamento del bambino DOP possa essere trattato con le tecniche del condizionamento. Voglio essere chiaro, al proposito. Le tecniche di condizionamento possono essere utili in alcuni casi. Non nel caso che stiamo discutendo: qui tali tecniche prendono per vero il fatto che il bambino è disturbato, reificano la sua risposta al contesto facendone una caratteristica individuale, che connota specificamente quel bambino disturbato. Come se il bambino fosse "malato". Ci possiamo chiedere quale efficacia avrebbe avuto l'applicazione di una tecnica del genere con Teresa. Più in generale possiamo chiederci quale sarebbe il modello comunicativo trasmesso ai bambini DOP, se ci comportassimo come medici che "dosano" la risposta adulta al comportamento provocatorio del bambino, come se fosse un farmaco. Un farmaco che si vuole buono ma, di fatto, un farmaco che non è "buono" per nulla. Si prescrivono iniziative di falso buonismo, come è sempre falso ogni buonismo. Si prescrivono, d'altro canto, iniziative vendicative e aggressive, giustificate ad esempio dal non rinforzare alcune aspettative del bambino, quali l'esibizionismo. Ignorare i tentativi del bambino o del ragazzino di attirare su di sé l'attenzione dell'adulto significa sottoporre il bambino stesso a una frustrazione molto forte, fonte di vergogna. Nelle iniziative proposte manca simpatia per il bambino DOP. Così come manca ogni tentativo di comprensione del senso che il comportamento del bambino può acquisire nella relazione con l'adulto o gli adulti, con i coetanei.

Tutto questo avviene per un motivo che traspare chiaramente dai suggerimenti espressi nei testi in analisi: l'adulto, genitore, insegnante o educatore che sia, è considerato come una persona *senza emozioni*. Così come vuol apparire senza emozioni lo psicologo che scrive, così come vuole essere senza emozioni la teoria cognitivista di riferimento. Questo è, a mio avviso, molto grave. È molto grave perché avvia gli psicologi, quelli che aderiscono a questo modello di analisi dei disturbi infantili, a pensarsi senza emozioni. Le emozioni, nell'ottica che traspare da queste pagine, è un "disturbo" da correggere, non una risorsa da utilizzare per la conoscenza della relazione. Di più. La relazione sociale è, fondamentalmente, emozione. Per noi emozione collusiva. Se si vuol eliminare l'emozione, quindi, la più urgente cosa da fare è quella di eliminare la relazione. Vi invito a rileggere le istruzioni volte a correggere il DOP. Ciò che stupisce è che ci si trova confrontati con un testo ove non si fa alcun accenno alla relazione tra chi ha a che fare con il bambino DOP e il bambino stesso. Al posto della relazione, con la sua fondamentale emozionalità collusiva, ci si confronta con una sorta di strategia correttiva fredda e sicura di sé, preoccupata solo di cambiare il bambino, di renderlo meno antipatico, più sopportabile. Si possono allora capire i vocaboli aggressivi con i quali si pretende di descrivere "clanicamente" il bambino DOP, come ho evidenziato nel secondo elemento di confusione. In queste "diagnosi" cognitive emerge una profonda antipatia per l'altro diagnosticato, confrontato sistematicamente con la superbia dello psicologo che, con la sua antipatia, sottolinea la profonda differenza tra la persona problematica e se stesso.

Da una diagnosi all'altra, senza fine. Riflessioni conclusive

Un'ultima notazione: le diagnosi del tipo che stiamo considerando sono una sorta di catena di sant'Antonio. nella loro descrizione si pongono le basi per altre diagnosi. Prendiamo, ad esempio, quanto si dice sul DOP sul seguente sito (www.cpr.roma.it/distoppprov.htm):

Si ipotizzano tre principali fattori eziologici:

- Fattori biologici
 - Il Disturbo oppositivo provocatorio potrebbe essere causato dai bassi livelli dei neurotrasmettitori nel cervello che controllano il controllo del giudizio, del ragionamento e dell'impulso. Questo potrebbe causare ad un bambino di fraintendere i segnali sociali degli altri e reagirvi con ostilità.
- Fattori genetici
 - Il Disturbo oppositivo provocatorio potrebbe avere un collegamento genetico, visto che si verifica spesso nelle famiglie con precedenti di questo tipo. Il DOP tende anche ad essere predominante nei bambini che hanno genitori con disturbi da deficit di attenzione, iperattività, disturbo bipolare, depressione o problemi di abuso di sostanze.
- Fattori familiari
 - Un disturbo oppositivo può essere causato da fattori familiari disfunzionali, come il divorzio, conflitti coniugali, violenza in famiglia o abusi sui minori. Il DOP potrebbe anche derivare dalla scarsa interazione genitore-figlio, come la mancanza di supervisione di uno o pratiche disciplinari incoerenti, così come regole e norme comportamentali.

Al momento, dunque, si hanno a disposizione soltanto delle ipotesi, le quali mettono in evidenza quei fattori di rischio che possono influenzare la genesi, l'evoluzione e la prognosi della malattia.

Gli studi concordano che i fattori biologici predispongono alla vulnerabilità per la possibile presenza di un DOP ma sono i fattori di rischio ambientali e gli eventi stressanti a favorire la probabilità della comparsa del disturbo: ciò significa che anche se c'è una familiarità di tipo genetico per il DOP, se il bambino cresce in un ambiente protettivo e stabile è molto probabile che non sviluppi il disturbo. Viceversa, se l'ambiente in cui cresce è incoerente, conflittuale e instabile è molto probabile che il disturbo si presenti.

A tal proposito vengono individuati sei fattori di rischio per lo sviluppo delle condotte aggressive e del DOP:

- Permissivismo: è caratterizzato da una mancanza di regole definite, che impedisce al bambino di capire quali saranno le risposte genitoriali alle sue azioni.
- Incoerenza: i genitori mancano di tempismo nei loro interventi, alternano punizioni e ricompense senza una ragione precisa, lasciandosi molto condizionare dai loro stati d'animo.
- Rifiuto: la coppia parentale trascura il figlio, esercita su di lui uno scarso controllo, e nei suoi riguardi nutre aspettative molto basse. Il rapporto genitori-figli è freddo e poco comunicativo.
- Disinteresse: i genitori, forse per la volontà di non apparire opprimenti, lasciano molta libertà al bambino, arrivando a non mostrare il giusto grado di interesse per le sue attività, i suoi pensieri, i suoi stati d'animo. Questa mancanza d'informazioni impedisce loro di conoscere bene il figlio e soprattutto li mette nell'impossibilità di comprendere il problema che egli manifesta.
- Uso eccessivo delle punizioni: è tipico di quelle famiglie che credono di poter contrastare l'aggressività dei figli facendo uso di punizioni corporali. Si tratta di uno degli errori educativi più clamorosi in quanto significa voler insegnare al bambino a non usare la violenza, utilizzandola contro di lui. Questi genitori non capiscono che se il bambino è già di per sé aggressivo, la punizione non farà altro che rafforzare ancor più la sua tendenza, in quanto egli imparerà dai loro modelli comportamentali, che l'aggressività è il mezzo più utile per imporre la propria volontà.
- Iperprotezione: questo stile educativo è caratterizzato da un controllo genitoriale eccessivo che opprime il bambino e ostacola lo svolgimento di quelle esperienze che sono importanti per la sua crescita socio-cognitiva. Un rapporto di tal genere, oltre a rendere il soggetto poco sicuro di se stesso, può determinare atteggiamenti di ribellione capaci di sfociare in vere e proprie condotte aggressive, caratterizzate, in particolare, da un rifiuto dell'autorità adulta.

Guardiamo ai fattori di rischio: sono presenti tutti gli estremi per un disturbo della genitorialità. I genitori di bambini DOP, quindi, hanno grandi probabilità di essere inadeguati alla funzione genitoriale. I loro figli potranno, quindi, essere allontanati dalla famiglia e affidati a adulti più sani, meno problematici nel loro atteggiamento educativo.

Con questo vorrei sottolineare come le diagnosi, in età evolutiva, rischiano di trasformare lo psicologo in una sorta di gendarme sospettoso che vede problemi e disturbi in ogni dove. Disturbi che portano lo psicologo stesso a fare diagnosi, nella gran maggioranza dei casi, a carico di persone e famiglie che non hanno una domanda nei suoi confronti. È l'assenza di una domanda l'elemento "patognomonico" che caratterizza il lavoro del diagnosta legato ai dettami del DSM.

A tutto questo va aggiunto il fattore numerico. Il DOP, ad esempio, ha un'incidenza tra il 4 e il 16% dei bambini in età scolare dell'obbligo. Un istituto comprensivo di medie dimensioni può ospitare (nell'ambito della scuola per l'infanzia, dell'elementare e della scuola media) circa 1000 ragazzini dai 4 ai 12 anni. Ebbene, se guardiamo alle statistiche di morbilità del DOP, in quell'istituto ci saranno non meno di 150 bambini con DOP. Aggiungiamo a questi 150 DOP, i bambini affetti da ADHD (disturbo d'attenzione e iperattività), da disturbi dello spettro autistico, da disturbi specifici e aspecifici dell'apprendimento, da disturbi della condotta, da disturbo generalizzato dello sviluppo, da disturbo d'ansia da separazione, da mutismo selettivo, da disturbo ossessivo compulsivo, da fobia scolare, da depressione infantile, da disturbo alimentare, da disturbo dell'evacuazione, da ritardo mentale, da disturbo specifico del linguaggio, da disturbo della coordinazione motoria – scusate se ho dimenticato qualcosa, l'ho fatto di sicuro; altrimenti si tratta solo d'aspettare il prossimo DSM. Arriviamo alla quasi totalità dei bambini presenti nella nostra scuola.

Abbiamo smarrito per strada il bambino normale. Quel bambino normale che, tutti noi, ricordiamo nell'infanzia che abbiamo vissuto. Un bambino con i suoi problemi, con le sue difficoltà, ma anche le gioie di giochi creativi, di rapporti ironici o tragici, con un'emozionalità intensa, Matte Blanco direbbe infinita.

La diagnosi intesa quale individuazione di "invarianze" problematiche, etichettate quali disturbi, è un fenomeno altamente problematico; molti psicologi pensano di organizzare la loro identità tramite questo atteggiamento diagnostico nei confronti dei bambini: quei bambini che non pongono una domanda diagnostica e che debbono subire, spesso drammaticamente, un processo di "etichettatura" disturbata con reazioni "medicalizzate" del contesto atte a disadattare, spesso irreversibilmente, il bambino stesso. La

domanda diagnostica non è del bambino; è posta, di contro, da chi ha a che fare con il bambino stesso e non ha competenza e passione, sufficienti per stabilire una relazione “amica”. Si tratta di genitori, insegnanti, parenti, genitori degli amici del bambino. Presi dal sospetto di un “disturbo”, non appena il bambino ponga dei problemi nella relazione con lui.

Si potrebbe lavorare con gli adulti “insofferenti” nei confronti dei problemi posti dal bambino. Ricordando che ogni bambino pone problemi nella sua relazione con gli adulti o con i coetanei. Trasformare un problema di relazione in un disturbo individuale e diagnosticabile rischia di danneggiare il bambino “diagnosticato” e di avvalorare una cultura molto simile a quella dei totalitarismi del secolo scorso.

Bibliografia

APA, (1987). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. DSM III – R. [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition]. Milano: Masson.

Barbagli, M., & Dei, M. (1969). *Le vestali della classe media. Ricerca sociologica sugli insegnanti* [The vestal virgins of the middle class. Sociological research on teachers]. Bologna: Il Mulino.

Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 27 del 30 – 1 – 1963. Legge 31 dicembre 1962, n. 1859. Istituzione e ordinamento della scuola media statale [Establishment and sort of middle school]. Retrieved from: www.gazzettaufficiale.it

Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 70 del 24 – 3 – 1992. DL 13 gennaio 1992, n. 240. Regolamento recante norme sull'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di psicologo [Regulation laying down rules on the examination of State for the qualification to the profession of psychologist]. Retrieved from: www.gazzettaufficiale.it

Sitografia

www.cpr.roma.it/distoppprov.htm

www.istitutobeck.com/disturbo-oppositivo-provocatorio.

www.professionemamma.it/professione-mamma/i-racconti-di-laura-itinerario-pedagogico/479-disturbo-oppositivo-provocatorio-indicazioni-per-genitori-e-insegnanti.html