

## A proposito della valutazione psichiatrica

Mario Bottone\*

### Abstract

Questo articolo analizza in modo critico i criteri di valutazione in ambito psichiatrico e psicologico. Si sofferma in modo particolare sul manuale psichiatrico americano DSM-5 per mostrare che in esso viene operata una cancellazione della soggettività particolare grazie all'uso di un linguaggio quantificato e statistico. Inoltre, l'articolo dimostra che questo linguaggio è veicolato dal discorso universitario che impone quel signifiante padrone che Lacan chiama *Un*. Esamina poi la funzione dell'immaginario nelle procedure valutative e l'importanza che assume nelle nozioni di disturbo e salute.

sintomo | valutazione | segno | discorso universitario | disturbo | salute mentale

### Prologo

In queste pagine mi propongo di articolare il linguaggio delle procedure valutative con l'immaginario, limitatamente al discorso psichiatrico-psicologico. In questo ambito, il linguaggio e l'immaginario della valutazione si propongono con forza a fronte della proclamata necessità, su cui sempre si insiste, di stabilire un accordo fra gli operatori sanitari, ossia di costituire un «linguaggio comune», univoco, trasparente e oggettivo, grazie a cui procedere a una valutazione clinica quanto più possibile scientifica. Esempio paradigmatico di questo approccio è costituito dal manuale psichiatrico americano attualmente in uso, il noto *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, meglio conosciuto come DSM, giunto adesso alla sua quinta edizione (APA, 2013). E poiché questo «sistema formale di classificazione e diagnosi dei disturbi mentali» risulta più popolare fra gli psichiatri italiani (50%), rispetto a quelli inglesi (11%), francesi (14%) e tedeschi (5%) (Maj,



\* Mario Bottone è psicoanalista dell'*Association Lacanienne Internationale* e dell'*Associazione lacaniana italiana*. È ricercatore di Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II". Svolge funzioni assistenziali presso l'Unità Operativa Complessa di Psicologia del D.A.S. di Neuroscienze Cliniche, Anestesiologia, Farmacoutilizzazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II". Mail: [bottone.mario@fastwebnet.it](mailto:bottone.mario@fastwebnet.it)

2014, p. IX), cioè risulta paradossalmente più popolare in quello che è stato chiamato il «paese di Basaglia» (Babini, 2009, p. 177), la cosa preoccupa non poco, nella misura in cui la scientificità di cui si fa portavoce rischia di escludere, di fatto e di diritto, dalla scena attuale altri discorsi, altrettanto legittimati a farsi carico del dolore psichico. Come dice Michel Foucault, la scienza non è neutrale ed è sempre in suo nome che si procede alla squalifica se non addirittura all'esclusione di altri saperi: «Quali tipi di sapere volete squalificare quando dite di essere una scienza? Quale soggetto parlante, discorrente, quale soggetto di esperienza e di sapere volete ridurre a minorità quando dite: 'Io che faccio questo discorso, faccio un discorso scientifico e sono uno scienziato'?» (Foucault, 1997, p. 18).

Secondo il DSM-5, “risultati di natura speculativa non fanno parte di una nosologia ufficiale” (APA, 2013, p. 5). Pur mettendo da parte, con un certo sforzo, il carattere ingenuo di questo enunciato, giacché lo speculativo, malgrado tutte le denegazioni, è prima dell'obiettività scientifica, e forse la abita come il suo più intimo padrone<sup>1</sup>, qui è il caso di segnalare che la volontà, implicita o esplicita, di un tale enunciato consiste nel ridurre a uno stato di non ufficialità o di clandestinità una serie di discorsi che non si qualificano come scientifici, almeno nel senso stretto del termine. D'altra parte, una critica a questa posizione è stata avanzata persino dallo psichiatra Allen Frances che aveva coordinato la *task force* della IV edizione del manuale. Nell'ingenuità dell'opposizione tra obiettività scientifica e interpretazione ideologica del disturbo mentale (Frances, 2013a, p. 7; 2013b; Di Vittorio, 2013, p. 38) si nasconde l'evidenza del fatto che la valutazione, lungi dall'essere neutrale, è innanzitutto una questione di valori



<sup>1</sup> Basterebbe poco a dimostrare quanto c'è di speculativo nella nosografia psichiatrica del DSM. Roberto Vitelli ha ben ricostruito il dibattito sullo statuto epistemologico della nozione di “disturbo mentale” – nozione senza cui, è il caso di ricordarlo, non esiste nosografia psichiatrica. Tra le cinque definizioni proposte alcune sono state utilizzate dagli psichiatri americani coinvolti nell'elaborazione delle varie edizioni di questo manuale: 1) *realista*, cioè ontologica; 2) *nominalista*; 3) *costruzionista*; 4) *pragmatica*; 5) *nichilista* (2014, nota 26, pp. 74-75). Chi non riconoscerebbe in queste definizioni gli strati di un'intera tradizione filosofica?

(Pinto, 2012, p. 32), ben leggibili tra le pieghe di quella strategia retorica che produce l'idea stessa di neutralità. In effetti, non appena si prende atto sia delle conseguenze pratiche che derivano logicamente da questo sistema di classificazione, sia della cornice che lo contiene, ossia quando si passa dalla descrizione obiettiva dei disturbi all'esame diagnostico effettivo, ci si accorge che a ispirare questa nosografia descrittiva ateorica più che la scienza sono i valori della razionalità economica. È sufficiente leggere quanto si afferma nella *«pocket guide*, parte organica del 'progetto DSM-5'» (Del Corno, Lingiardi, 2014, p. X): «Se siete efficienti ed empatici, potete elicitarne i sintomi psichiatrici fondamentali e i tratti di personalità di una persona con sofferenza o malattia mentale in 30 minuti. Per farlo bisogna esercitarsi» (Nussbaum, 2013, p. 25). Lasciamo da parte il verbo "elicitarne", ormai sempre più in voga e usato per neutralizzare il valore performativo degli enunciati dello psichiatra o dello psicologo nel corso del colloquio; qui ci interessa il fatto che, oltre alla durata del colloquio diagnostico, vengono stabilite addirittura le scansioni di quest'ultimo: che cosa deve fare il clinico nel «minuto 1», che cosa nei «minuti 2-4», poi nei «minuti 5-12» e così via, fino al trentesimo minuto (pp. 27-32). L'efficienza, valore legato all'imperativo del mercato, consiste nell'essere produttivi nel minor tempo possibile, e questo perfino in un incontro finalizzato alla cura. La razionalità economica, col prepotente immaginario neoliberale che oggi l'accompagna, si estende senza limiti in pratiche che dovrebbero essere ispirate da ben altre esigenze.

Non deve sorprendere il riferimento all'empatia in un contesto teorico che si pretende scientifico e non speculativo. Esso fa parte dell'ornamento immaginario che sempre accompagna questi discorsi e consente di meglio diffonderli e assimilarli.

È il caso dunque di esaminare, seppur entro certi limiti, il funzionamento della valutazione clinica, cosa diventano i soggetti dopo essere stati valutati e su quale immaginario si fa leva. Tutto questo, beninteso, a condizione di intenderci, almeno su due questioni.

Innanzitutto, qui non si tratta di accogliere ingenuamente l'idea che si



possa fare a meno di qualsivoglia forma di “valutazione clinica”, facendone appello, per esempio, all’antipsichiatria alla Cooper «che ha dato il *la*» all’anti-medicalizzazione (Canguilhem, 1978, p. 49), ottenendo «alla fine un risultato opposto a quello auspicato» (p. 51), vale a dire il rafforzamento dell’istanza psichiatrizzante. La logica *anti*, volente o nolente, è sempre stata complice di ciò che denuncia.

In secondo luogo, non si tratta nemmeno di “integrare”, come si dice ormai nel nostro *slang*, negli studi universitari e ospedalieri preposti alla formazione di una valutazione clinica di tipo “scientifico”, un corso che prepari il clinico a quel resto ripreso dal *pocket guide*, ossia a quella dimensione umana che trova nella capacità empatica la sua più alta espressione. Di fatto, dietro l’apparente orizzontalità dell’empatia e dell’alleanza passano i più totalitari dispositivi valutativi, con tutto ciò che hanno di perverso. Come ricordava ancora Canguilhem: «Queste soluzioni che spesso si dicono di sinistra non finiscono per colludere con un’ideologia di destra?» (Canguilhem, 1978, p. 51).

Qui invece si tratta di indagare un altro *resto*, che può emergere a condizione di sovvertire l’immaginario che circonda nozioni come *salute* e *disturbo*, e questo soprattutto nel campo della sofferenza psichica.

### Dal sintomo al disturbo

Jean-Claude Milner ha inscritto il paradigma della valutazione in una serie di tre paradigmi: *problema-soluzione* (terminologia che proviene dalla matematica in senso largo: geometria, aritmetica, etc); *valutazione* (rinvia alla misura e al calcolabile); *contratto* (ideologia politica). Questi tre paradigmi vengono sussunti da Milner sotto l’iper-paradigma dell’*equivalenza*, sussunzione che, di ritorno, istituisce fra loro una co-appartenenza, che fa sì che essi si combinino, dando luogo a passaggi impercettibili dall’uno all’altro: dalla valutazione alla struttura problema-soluzione, ma anche dalla valutazione all’ideologia del contratto (Miller, Milner, 2004, pp. 14-18).

Questa serie di paradigmi è operativa nel campo della valutazione cli-



nica. Prendiamo come punto di partenza un lamento che proviene dalla società, fondato o meno in ciò che per lo più si chiama il *male di vivere*, e che può riguardare una molteplicità di individui, di famiglie o di gruppi etc. Questo lamento si indirizza al politico, il quale, attraverso il discorso medico-psichiatrico-psicologico, si propone di risolverlo. Tale è il rapporto tra società e politica nella modernità (p. 15). Definiamo questo male di vivere *sintomo*. Dire sintomo non equivale a dire disturbo, giacché quest'ultimo si costituisce solo grazie a quel percorso valutativo che esamineremo tra poco. Questa differenza appare se evidenziamo la struttura complessa che Freud e Lacan hanno conferito al sintomo nel corso del loro lavoro teorico e clinico, e che qui mi limito a ricostruire in modo molto parziale.

### *Il sintomo*

Il sintomo è sempre avvolto da un senso enigmatico e tuttavia, pur nella sua enigmaticità, *significa* qualcosa anche se non si sa che cosa. Da qui la domanda che cade sul sintomo: *che cosa significa?* Questa domanda, interrogando la significazione del sintomo, pone il problema di una sua possibile decifrazione in vista dell'individuazione del suo senso. È ciò che sosteneva Freud: «I sintomi nevrotici hanno... un loro senso, [...] e hanno un nesso con la vita delle persone che li manifestano» (1915-1917, p. 421). Questo nesso strutturale tra il sintomo e la storia del soggetto che lo manifesta fa del primo un testo che veicola un messaggio che concerne qualcosa del secondo, e precisamente, come si vedrà, il suo desiderio. È questo il sintomo-significante che attende di essere interpretato, e tale interpretazione richiede l'articolazione con altri significanti<sup>2</sup>. Ecco perché «il sintomo lo si

<sup>2</sup> Il termine *significante* va inteso in due modi. Innanzitutto è un verbo: participio presente del verbo *significare*. Inteso in questo modo, ciò che è *significante* implica necessariamente un significato, per quanto indeterminato. In secondo luogo è un sostantivo. Come sostantivo, *il* *significante* si rende autonomo dalla significazione, non significa nulla e come tale tende strutturalmente ad articolarsi con altri significanti per potersi significare: il *significante* funziona solo in rapporto ad altri significanti. L'articolazione è una *proprietà* fondamentale del *significante*, grazie a cui si produce la significazione, la

interpreta solo nell'ordine del significante. E il significante ha senso solo nella sua relazione con un altro significante. È in questa articolazione che risiede la verità del sintomo» (Lacan, 1966a, p. 227). Tutto ciò conferisce al sintomo uno statuto di linguaggio.

Ora, punto decisivo, la necessità di una tale articolazione fa sì che il soggetto destini il suo sintomo all'Altro come «il luogo del tesoro del significante» (Lacan, 1960, p. 808), ossia come il solo luogo in cui possono effettuarsi quelle articolazioni o combinazioni significanti da cui derivano i possibili effetti di significazione. Questo tempo in cui il sintomo si trova destinato all'Altro è essenziale, e porta alla luce due aspetti strutturali che meritano di essere esaminati separatamente.

Il primo aspetto che appare è questo: *se* per venire a capo del senso del sintomo-significante il soggetto si rivolge all'Altro del significante, *allora* questo significa che la struttura significante del sintomo proviene da questo Altro<sup>3</sup>.

Tuttavia, in psicoanalisi il sintomo non si riduce a puro e semplice effetto dell'azione dell'Altro sul soggetto perché è anche ciò che permette a quest'ultimo di articolare qualcosa di quel suo desiderio inarticolabile in quanto tale, e che si proietta «al di là della catena significante» (Lacan, 1957-1958, p. 489). «È la verità di ciò che questo desiderio è stato nella sua storia che il soggetto grida col suo sintomo» (Lacan, 1957, p. 514). In altri termini, vi è qui il seguente paradosso: il sintomo si costituisce a partire dall'Altro e contemporaneamente è ciò con cui il soggetto articola qualcosa del suo desiderio come irriducibile ai significanti che gli provengono da questo Altro<sup>4</sup>.

quale è solo un effetto o una variabile dipendente di tale articolazione. E questo vale anche per il sintomo-significante.

<sup>3</sup> Il sintomo è anche costituito dal discorso dell'Altro, giacché «la condizione del soggetto (nevrosi o psicosi) dipende da ciò che si svolge nell'Altro» (Lacan, 1958, p. 545). In altri termini, la soggettività sintomatica si costituisce sempre nel rapporto con l'Altro, il che vuol dire che il corpo sintomatico è già un corpo di linguaggio, è già un corpo civilizzato. La clinica del soggetto è sempre articolata alla clinica della civiltà. Dunque, niente sintomo del soggetto senza l'Altro.

<sup>4</sup> Il sintomo non è un biglietto di sola andata – dall'Altro al soggetto – ma anche di

Da queste poche notazioni appare chiaro che il sintomo è «sempre singolare, ribelle all'universalizzazione, è principio di dissidenza, per usare un termine con una risonanza politica, che d'altra parte Lacan applica alla pulsione» (Soler, 2003, p. 189)<sup>5</sup>. Posto in questi termini, il sintomo è il luogo di un'eccedenza, di una resistenza che testimonia l'impossibilità di mettere fine al conflitto di cui è portatore. Questa dissidenza, con la sua

---

ritorno – dal secondo al primo. Se il sintomo si rivolge all'Altro è anche perché denuncia qualcosa a quest'ultimo. Freud l'aveva dimostrato a proposito dei sintomi prodotti dalla repressione della pulsione sessuale da parte della morale sessuale civile, sintomi che in un secondo tempo si ritorcevano contro le istituzioni della civiltà (principi morali, ordinamento giuridico, corpo medico, etc.) (Freud, 1908; cfr. Bottone, 2013). Da qui la tesi di Lacan secondo cui «ciò che resiste [nel sintomo] è il desiderio» (1957-1958, p. 441). Così, una volta messo in connessione con il desiderio del soggetto, il sintomo può risultare irriducibile. Inoltre, questa stessa connessione impedisce che si possa fare del sintomo un "corpo estraneo" da estirpare, come se fosse solo esterno al soggetto; qui invece si tratta di una vera e propria «esteriorità intima», ossia «*estimità*», neologismo coniato da Lacan per designare una topologia in cui l'esterno è l'esterno dell'interno e viceversa (1959-1960, p. 165).

<sup>5</sup> Questa mia ricostruzione è parziale in quanto, al di là di quella significante, c'è un'altra faccia del sintomo che mostra che «non è appello all'Altro... Il sintomo, per sua natura, è godimento... godimento rintanato senza dubbio... [che] basta a se stesso» (Lacan, 1962-1963, p. 136). Il sintomo è fatto per godere. È ciò che Lacan chiamava anche «il reale del sintomo». Come si articola il sintomo-godimento con il sintomo-significante, dato che il primo, diversamente dal secondo, è slegato da ogni domanda all'Altro e, dunque, non si destina all'articolazione significante? Posso rispondere molto parzialmente a questa domanda. In effetti, occorre anche richiamare che, lungi dal confondersi col piacere, questo «godimento può tradursi in una *Unlust... dispiacere*» (p. 136, c.m.). Così, da una parte, la traduzione del godimento in dispiacere è una possibilità e non una necessità, come accade spesso quando le condizioni sintomatiche non si traducono in appello all'Altro. In questi casi, il sintomo funziona per lo più come godimento e non si fa domanda. D'altra parte, il riferimento alla traduzione mostra che il godimento può essere sottoposto a un lavoro che lo trasforma in dispiacere che, una volta giunto alla coscienza del soggetto, fa sì che articoli una domanda per venirne a capo. È questo il passaggio dal sintomo-godimento a quello significante, ossia il passaggio a una prima significantizzazione del godimento. Dunque, per destinarsi all'Altro ed essere interpretato, il sintomo-godimento deve essere stato tradotto, almeno parzialmente, in sintomo-significante. Da qui due possibilità: 1) il sintomo può essere un misto di significante e godimento e ciò consente al soggetto di accedere alla domanda all'Altro; 2) il sintomo è solo godimento e non si fa domanda all'Altro. Tuttavia, l'assenza di appello all'Altro non significa che il sintomo-godimento non derivi dall'Altro. Anche in questo caso l'Altro è costitutivo di questo corpo sintomatico e godente. La legge del godimento, infatti, viene dall'Altro, come Lacan aveva dimostrato nella sua lettura di Sade (1963, p. 770).



risonanza politica, costituisce una vera e propria sfida al discorso medico-psichiatrico in quanto rappresentante dell'ordine politico: si ritorce contro di esso per metterlo in scacco<sup>6</sup>.

Da qui la posizione del problema da parte di questo discorso e di questo ordine, con ciò che ne consegue, ossia la soluzione costituita attualmente dalla valutazione. Tuttavia, l'analisi dell'ingresso del soggetto nelle procedure valutative e del funzionamento di queste ultime nella clinica richiede un passaggio attraverso il fatto che il sintomo si destina all'Altro, esponendo la soggettività sintomatica al modo in cui l'Altro la tratta e l'accoglie<sup>7</sup>. Sia che si tratti di decifrare la significazione sconosciuta del sintomo, sia di venire a capo del suo godimento anch'esso ignoto, il soggetto invia il suo sintomo all'Altro, *supponendo* che possieda quel sapere da lui non saputo. Risiede qui il meccanismo del *transfert* connesso al "soggetto supposto sapere". Il soggetto trasferisce nel clinico o in coloro che si trovano a incarnare questo Altro, quel sapere inconscio, fatto di significanti, che gli permetterebbe, articolandosi con il significante del sintomo, di giungere alla sua risoluzione o di sciogliere il suo godimento. Tuttavia si tratta di una pura e semplice supposizione. Infatti, il "soggetto supposto



<sup>6</sup> È una delle ragioni per cui Lacan ha fatto del discorso isterico il paradigma di questa operazione: se da un lato l'isterico cerca un «*maître* perfetto», dall'altro «mette in scacco il tentativo pedagogico del soggetto della scienza» (Moroncini, 2005, p. 21). Sarebbe interessante stabilire un rapporto tra questa tesi di Lacan sul discorso isterico come resistenza irriducibile al sapere del *maître* e ciò che scrive Foucault a proposito del fatto che gli isterici «hanno rappresentato quel fronte di resistenza al gradiente demenziale costituito dal ruolo incrociato del potere psichiatrico e della disciplina manicomiale». È forse un caso che un tale fronte trovava nell'esasperazione dei sintomi, il cui statuto non era mai certo (organici o psichici?), una strategia efficace per mettere in scacco l'ordine medico-psichiatrico? (2003, p. 228. Cfr. Colucci, 2008, pp. 108-110).

<sup>7</sup> La clinica ha una propria storia e varia in funzione di quest'ultima, il che spiegherebbe perché i quadri clinici mutano nel corso del tempo. È da ritenersi puramente illusoria l'idea secondo cui ciò che si osserva è l'*immediato* in quanto tale, una specie di prodotto naturale situato fuori dalla dimensione storica. Si pensi al modo in cui è cambiata l'isteria nel corso della storia, cambiamento determinato dal modo in cui l'Altro (corpo medico-psichiatrico, politico, etc.) l'ha accolta. Sta qui il senso del gioco di parole che faceva Lacan: «Ma la storia (*histoire*), come dico qualche volta, la storia (*histoire*) è l'isteria (*hystérie*)» (1977-1978, lezione del 20 dicembre 1977). Come si può leggere, anche in questo caso l'isteria è considerata paradigmatica.



sapere” è solo una funzione che si incarna in colui che se ne fa carico ma questi non sa nulla del sapere inconscio del soggetto. Il clinico o chiunque altro, benché installato in questa funzione, non deve prendersi per colui che sa effettivamente di che cosa soffre il paziente, come se il sintomo, anziché significante che si articola con altri significanti, fosse un *segno* che rimanda in modo *univoco* a qualcosa. Questo spostamento dal significante al segno è decisivo nelle procedure valutative e per chiarirlo è opportuno fare riferimento a una differenza che riguarda la nozione di Altro e che in Lacan è capitale: l’Altro «è il luogo del tesoro del significante, il che non vuol dire del codice – non è conservata la corrispondenza univoca di un segno con qualcosa» (1960, p. 808)<sup>8</sup>. Il che significa, di converso, che se non viene superato il codice, sia l’Altro del significante che il soggetto si trovano schiacciati sul regime imposto dalla referenzialità univoca del segno, «che non ammette la metafora né genera la metonimia», ossia non ammette articolazioni significanti (Lacan, 1966b, p. 843). Questo non vuol dire che nel codice non c’è l’Altro, ma che c’è un certo funzionamento di questo Altro, ossia del linguaggio: «ciò che è omesso nella piattezza della moderna teoria dell’informazione, è che non si può nemmeno parlare di codice se già non è il codice dell’Altro» (Lacan, 1960, p. 809). Il codice, nella «correlazione fissa dei suoi segni con la realtà che significano» (Lacan, 1956, p. 290), non è altro che un livello del linguaggio o dell’Altro. Così, se il soggetto sintomatico si trova preso in questo codice, l’effetto è quello di ridurlo allo statuto di cosa semplicemente significata. Fa parte dei destini del sintomo essere preso come segno o come significante, offrirsi al linguaggio codificato o alla decifrazione significante, e questo dà luogo a conseguenze decisive. Quali sono queste conseguenze per il soggetto e la verità del suo sintomo? Dove siamo condotti?

<sup>8</sup> Il passaggio dal codice all’Altro – come luogo del tesoro del significante in cui quest’ultimo «si regge unicamente sul principio della sua opposizione a ciascuno degli altri» (*ibidem*), cioè su un principio puramente differenziale – implica il superamento della corrispondenza univoca tra il segno e qualcosa – corrispondenza che caratterizza il codice o ciò che Lacan chiama anche «linguaggio-segno» (1956, pp. 289-290). Sulla differenza tra segno e significante in Lacan, cfr. Lacoue-Labarthe, Nancy, 1990<sup>2</sup>, pp. 63-65.

*Il linguaggio della valutazione e il disturbo*

Il DSM-5 si avvale di «procedure di codifica», cioè di un linguaggio codificato che rende possibile il fatto che «ogni disturbo è accompagnato da un codice identificativo e statistico» (APA, 2013, p. 26). Il «linguaggio comune» di questo manuale è fatto «per scambiarsi *informazioni* sulle caratteristiche dei disturbi mentali presentati dai... pazienti. L'*informazione* è di grande importanza per tutti i professionisti che operano nel settore della tutela della salute mentale» (p. LIII, c.m.). Questo vero e proprio imperativo fa sì che i sintomi siano inseriti in un elenco composto da un certo numero di altri sintomi, per costituire un disturbo codificato, che funziona come segno con un suo *referente univoco* nello scambio di informazioni. Non bisogna dimenticare che l'operazione valutativa, lungi dall'essere naturale, è anche un'operazione di linguaggio, grazie a cui il corpo sintomatico – corpo godente o significante, fabbricato anche dall'Altro – può trovarsi ridotto a corpo-codificato. Così la valutazione traduce la complessità del sintomo nella lingua del segno, e grazie a questa traduzione tale complessità viene codificata e sostituita. Il fine di questa operazione è quello di far sì che il disturbo significhi *una* sola cosa. L'univocità del linguaggio-segno della valutazione si sostituisce al sintomo nel suo insieme e ne fa un disturbo (*disorder*) (Miller, 2005, p. 30). In altri termini, il sintomo si trova immesso in un codice linguistico, vero «codice dell'Altro», che ne fa *disorder*. Occorre soffermarsi sugli elementi in gioco di questa sostituzione perché sono gravidi di implicazioni, e soprattutto di conseguenze pratiche.

Poniamo la valutazione come una sostituzione. Questa operazione consiste nel fatto che la categoria di disturbo prende il posto della dissidenza del sintomo grazie all'operazione del segno. «Essa [la valutazione] sostituisce, *salva societate* – dato che il resto della società è preservata – a qualcosa che poneva un problema altra cosa che fa sì che il problema non sia più là» (Miller, Milner, p. 15). Preservare la società: il riferimento di Milner è al corso di Foucault già citato (p. 17; Foucault, 1997); la preoccupazione politica della valutazione è ridurre al silenzio il dissenso del sintomo.

Il sintomo in tutte le sue sfaccettature, come ciò che fa enigma, e che



rappresenta una *x*, viene valutato. L'operazione della valutazione fa sì che questa *x* diventi un "disturbo". Utilizzo qui, modificandolo, uno schema proposto da Miller (Miller, Milner, p. 50):

sintomo (*x*) → ■ → disturbo

La scatola nera sta al posto di tutti i questionari, test, interviste strutturate e non, inclusi gli strumenti di indagine (marker genetici, neurali, biologici), ossia tutta la strumentazione che consente alla clinica di trasformare, grazie al suo sapere, l'insieme dei sintomi in un disturbo codificato: disturbo delirante; disturbo depressivo maggiore, etc.

Ora, a mio avviso, è in questa transizione che il "discorso universitario" esercita il suo potere. In questo discorso, come è noto, il sapere è in posizione di *maître* o di agente<sup>9</sup>. Il fatto che nel discorso universitario il sapere occupi questa posizione, e soprattutto il sapere quantificato e statistico che caratterizza la nostra civiltà tecnico-scientifica, comporta un duplice effetto: da una parte conferisce realtà effettiva al soggetto supposto sapere e, dall'altra, trasforma lo stato singolare del soggetto sintomatico in un altro stato. «L'operazione della valutazione fa passare un essere dal suo stato di essere unico allo stato di uno-tra-gli-altri. Si tratta di ciò che il soggetto guadagna o perde in questa operazione: accetta di essere comparato, diventa comparabile, accede allo stato statistico» (Miller, Milner, p. 58). Quando il soggetto sintomatico nella sua particolarità passa attraverso gli strumenti di questo sapere si trasforma in una loro variabile, appunto "uno-tra-gli-altri", disgiunto dal soggetto particolare iniziale. Ritornerò più avanti su

<sup>9</sup> Il discorso universitario fa parte di una serie di quattro discorsi: il discorso del *maître*, quello universitario, isterico e analitico. In seguito Lacan propose un altro discorso, quello del capitalista, che non costituisce un vero e proprio quinto discorso. Non mi è possibile in questa sede ricostruire la logica di questi discorsi, né la matrice da cui si generano. Pertanto, per i primi quattro discorsi rinvio a Lacan, 1969-1970; per il discorso del capitalista, Lacan, 1978. Per un commento rigoroso dei primi quattro discorsi, cfr. Moroncini, 2006, pp. 155-216. Per una lettura politica di questi discorsi, cfr. Moroncini, 2014, in particolare pp. 69-126.

questa disgiunzione, per il momento è opportuno segnalare che questa trasformazione è possibile grazie all'intervento dell'iper-paradigma dell'equivalenza, giacché la sostituzione è sostituzione per equivalenza (Miller, Milner, p. 16). Infatti, il soggetto del disturbo di cui parla il DSM-5, come ben mostra il titolo – *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* –, lungi dall'essere il soggetto sofferente nella sua particolare differenza, è costituito da quel soggetto anonimo che si chiama «popolazione» (APA, 2013, p. LIII), la quale prende il posto del soggetto singolare<sup>10</sup>. I criteri utilizzati per la rilevazione statistica devono garantire le condizioni di omogeneità e di rappresentatività delle osservazioni empiriche, raccolte secondo rigidi protocolli. La novità di questo manuale, che si differenzia per molti aspetti dalla clinica classica, è consistita proprio nel presentarsi come ateorico, scevro da tutte le ipotesi eziopatogenetiche che avrebbero inficiato la purezza di questa operazione statistica, il cui riferimento è l'omogeneità della categoria, costituita dall'equivalenza di tutti i soggetti che vi fanno parte. I marker biologici, genetici, i fattori ambientali, così come il contesto culturale di appartenenza, non sono riportati come possibili fattori eziopatogenetici per individuare ciò che caratterizza la singolarità del caso, bensì per costituire, secondo criteri statistici, quei gruppi omogenei definiti disturbi. Il riferimento all'omogeneità, infatti, costituisce il momento in cui la classificazione, lungi dal trattenere la singolarità, l'annulla a vantaggio di una distribuzione statistica in una categoria. Si tratta di garantire l'omogeneità del singolo caso a tutti gli altri casi, e questo è possibile solo grazie a quei protocolli o a quelle linee guida che pongono di diritto un *certo sapere* in posizione dominante<sup>11</sup>. Da questo momento in poi il soggetto sofferente di-



<sup>10</sup> Sulla nozione di popolazione «come nuovo soggetto collettivo», cfr. Foucault, 2004, p. 43.

<sup>11</sup> Un *certo sapere*, è il caso di sottolinearlo ancora una volta. Infatti, il sapere posto in posizione dominante nel discorso universitario non è stato sempre lo stesso nelle varie epoche storiche. Il sapere quantitativo e statistico costituisce la configurazione all'interno della quale noi viviamo. Questo passaggio storico era stato segnalato da Lacan a proposito della nuova funzione del medico nella nostra civiltà: «È nella misura in cui le esigenze sociali sono condizionate dalla comparsa di un uomo soggetto alle condizioni di un mondo scientifico, provvisto di nuovi poteri di investigazione e di ricerca, che il medico si trova a dover fare i conti con dei problemi nuovi. Voglio dire

venta un'unità contabile. «Divenire unità contabile e unità comparabile è la traduzione effettiva del dominio contemporaneo del significante padrone nella sua forma più pura e più stupida: la cifra Uno» (Miller, 2006, p. 28).

Così, da una parte, il soggetto valutato cade sotto i colpi di questo significante padrone, l'Uno, che è al principio della riduzione della plurivocità del sintomo all'*univocità* del disturbo. D'altra parte, l'omogeneizzazione imposta dal significante Uno rompe la connessione strutturale tra la particolarità della storia del soggetto e il suo sintomo. "Io ho un disturbo borderline di personalità", mi disse Giorgio, un giovane di 24 anni, sin dall'apertura del primo colloquio, dopo essere passato al vaglio delle valutazioni psichiatriche e psicologiche. Talvolta l'enunciazione reiterata da parte dei pazienti di queste categorie diagnostiche può esprimere la loro resistenza di fronte alla possibilità di essere catturati in una dimensione anonima, come anche la loro perplessità quanto a ciò che tali categorie riescono a significare della loro effettiva condizione. Infatti, Giorgio mi chiedeva anche: "ma che significa che sono borderline?" Una tale domanda mostra che l'operazione valutativa in alcuni casi lascia un resto di soggetto che, trovandosi disgiunto dall'universale della categoria diagnostica, continua a giocare la sua partita<sup>12</sup>. Da qui un possibile effetto che la valutazione

---

che il medico non ha più nulla di privilegiato nell'ordine di questa *équipe* di scienziati diversamente specializzati nelle differenti branche scientifiche. È dall'esterno della sua funzione, proprio nell'organizzazione industriale, che gli sono forniti nello stesso tempo i mezzi e gli interrogativi per introdurre le misure di controllo quantitativo, i grafici, le scale, i dati statistici attraverso cui si stabiliscono fino alla scala microscopica le costanti biologiche e che si instaura in questo campo questo scollamento dell'evidenza dal risultato che corrisponde all'avvento dei fatti» (Lacan, 1967, p. 12, c.m.). Il riferimento all'esterno, chiamato qui "organizzazione industriale", è decisivo: mostra che la formazione universitaria del medico (ma solo di quest'ultimo?) è segnata da valori che provengono dalla razionalità economica. Moroncini ha perfettamente ragione quando sostiene che il vero luogo del potere nell'epoca del tardo capitalismo consumista è costituito dal discorso universitario, che ha colonizzato le aule giudiziarie con i saperi medico-psichiatrici, ormai indistinti dai saperi socio-comunicazionali (Moroncini, 2014, pp. 87-88).

<sup>12</sup> Resto di soggetto che farebbe pensare alla posizione di resto che il soggetto barato (annotato con \$) occupa nel discorso universitario, mentre nel discorso che segue, quello isterico, passa, grazie a una rotazione di un quarto di giro, in posizione di agente. A mio avviso, la risposta isterica può trovarsi in qualsiasi struttura clinica, quando, per esempio, rifiuta il sapere che viene dall'Altro.



clinica può produrre. Si tratta della faglia che si apre tra la particolarità soggettiva e il soggetto fabbricato dall'omogeneizzazione statistica, ossia l'uno-tra-altri. Chiamerò questa faglia epistemo-soggettiva<sup>13</sup>.

Come ben sanno tutti gli psichiatri e gli psicologi, i pazienti ritornano sempre allo stesso posto, se così posso dire, determinando quella disperazione nei primi che dovrebbe pur dire loro qualcosa, ossia che questa resistenza del soggetto rivela che l'oggetto della domanda è altro rispetto a quello supposto dai procedimenti valutativi e terapeutici che sempre li seguono. Infatti, «la diagnosi di un disturbo mentale dovrebbe avere utilità clinica: dovrebbe aiutare i clinici a stabilire la prognosi, i piani terapeutici e i risultati potenzialmente attesi per i propri pazienti» (APA, 2013, p. 22). Ora, sono proprio questi piani a rivelare l'*impasse* di tutta questa operazione poiché suppongono che i risultati attesi dagli interventi terapeutici siano, *sic et simpliciter*, gli stessi che si attendono i pazienti, come se questi ultimi non potessero avere ben altre attese. Una tale supposizione non solo fa pensare che già si conosce la risposta alla domanda del paziente, cioè già si conosce l'oggetto di questa domanda, ma soprattutto fa pensare che, per il discorso psichiatrico, il soggetto della domanda è il soggetto atteso e anticipato dai calcoli di questo discorso. Sciogliamo questo passaggio decisivo.

Indubbiamente la clinica deve rispondere a una domanda. Il problema è: quale domanda? «Rispondere che il malato viene per domandarci la guarigione non è affatto una risposta» (Lacan, 1967, p. 13). Infatti, trovare subito un oggetto (la guarigione) alla domanda significativa del soggetto equivale a ridurre quest'ultima a un segno, evitando di chiedersi se è proprio la guarigione il referente unico di questa domanda. Appare chiaro che queste procedure investigative, con i loro miraggi terapeutici, «non hanno niente a che fare con il fondo di ciò che ne è della domanda del malato» (p. 18) – fondo che si trova nella «faglia che esiste tra la domanda e il desiderio» (p. 13), ossia nel fatto che ciò che si domanda a volte è totalmente

<sup>13</sup> Nel paragrafo che segue riprendo alcune riflessioni di Lacan sul rapporto tra la psicoanalisi e la medicina contemporanea per utilizzarle nel campo della sofferenza psichica (Lacan, 1967).



opposto a ciò che si desidera. In altri termini, può accadere che una cosa è l'oggetto della domanda, un'altra quello del desiderio. Inoltre, il paziente può chiedere la guarigione per conformarsi puramente e semplicemente a ciò che il corpo medico-psichiatrico si aspetta da lui, mentre la sua posizione è ben diversa. Dunque, proporre il miraggio della guarigione equivale a chiudere la faglia tra domanda e desiderio. Tuttavia, la chiusura di quest'ultima ne apre un'altra, cui abbiamo già accennato, quella tra l'Uno anonimo della categoria e il soggetto. Riprendo qui, modificandole, due espressioni utilizzate da Lacan a proposito del rapporto tra la medicina e il corpo, e ne sviluppo la logica a partire da ciò che mi interessa in questo contesto<sup>14</sup>. Le espressioni che propongo sono: "rapporto epistemo-soggettivo" e "faglia epistemo-soggettiva". Con la prima espressione intendo il rapporto che si istituisce tra la scienza psichiatrica e il soggetto generato da questa stessa scienza, ossia quel soggetto che è il prodotto eminente del linguaggio statistico della valutazione clinica, e che non è altro che il soggetto del disturbo, costruito come deviazione in riferimento a una normalità intesa come media statistica. Come ho già scritto, un tale soggetto è il risultato delle operazioni di misura effettuate su quel soggetto del sintomo che è stato «fotografato, radiografato, calibrato, diagrammatizzato» (p. 14) dalle procedure diagnostiche e ridotto ormai a loro variabile. Come ogni scienza, la psichiatria fabbrica a un tempo il suo soggetto e il rapporto con questo stesso soggetto. La seconda espressione, invece, "faglia epistemo-soggettiva", indica un effetto della prima operazione nella misura in cui rappresenta la faglia che si apre tra il soggetto ridotto a uno-tra-altri generato dall'episteme psichiatrica e il soggetto desiderante che ripropone il suo sintomo. Dunque, è grazie alla produzione di questa faglia che il soggetto può fare resistenza alla sua riduzione a uno contabile e rilanciare la sua domanda<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Le espressioni usate da Lacan sono "rapporto epistemo-somatico" e "faglia epistemo-somatica" (Lacan, 1967, p. 14).

<sup>15</sup> Questa faglia non è nuova nella storia: essa ripropone, nella contemporaneità, il conflitto tra quei tentativi totalitari – filosofici, medico-psichiatrici, psicologici, etc. – e

Un tale esito dovrebbe aprire una riflessione nel discorso clinico e far intervenire altri modi di accogliere la domanda del paziente. Infatti, le domande sono molteplici, differenziate e spetta alla sensibilità del clinico individuare di volta in volta la singolarità del dire del soggetto (sensibilità che non può essere trasmessa dal discorso universitario). Questa singolarità consiste nella posizione del soggetto nei confronti della sua cosiddetta malattia. E le posizioni possono essere molto diverse tra loro: più che chiedere la guarigione, il paziente può mettere il clinico «alla prova per farlo uscire dalla sua condizione di malato... [e] questo può implicare che egli possa essere completamente attaccato all'idea di conservarla. Talvolta, viene proprio per domandarci di legittimarlo come malato. In altri casi viene, nel modo più evidente, a domandarvi di preservarlo nella sua malattia, di curarlo nel modo a lui più conveniente, quello che gli permetterà di continuare a essere ben collocato nella sua malattia» (p. 13)<sup>16</sup>. È la ragione per cui Lacan ha potuto sostenere, in modo radicale, che lo psicotico è normale nella sua psicosi, il perverso lo è nella sua perversione e il nevrotico nella sua nevrosi, giacché costituiscono i tre termini normali della costituzione del desiderio. Detto in altri termini, ciascuno è normale nella sua struttura (Lacan, 1961-1962, lezione del 20 giugno 1962).

E tuttavia, l'insistenza posta dalla valutazione e dai suoi piani terapeutici impone una domanda: perché malgrado i rifiuti che i soggetti esibiscono nei confronti dei procedimenti valutativi e di quelli terapeutici che ne seguono, la valutazione esercita e continua a esercitare un suo fascino? Non solo sui clinici che ne seguono i criteri, ma anche sui soggetti che acconsentono in molti casi e deliberatamente a sottoporsi alle procedure valutative. Un tale fascino impone di prendere in considerazione non solo ciò che il soggetto perde nell'acconsentire al linguaggio della valutazione ma anche ciò che guadagna o si illude di guadagnare. Se è vero, come sostiene

---

ciò che ha sempre fatto resistenza a questi tentativi, ossia il soggetto del desiderio.

<sup>16</sup> Anche Canguilhem aveva individuato in medicina una molteplicità differenziata di domande, e ne ha indicate alcune (1978, pp. 43-44). Credo che su questo ci sia una convergenza con il discorso di Lacan.





Miller, che la seduzione della valutazione è costituita dal fatto che sembra riprodurre il momento mitico in cui il significante impone il suo marchio al soggetto e gli fa perdere una parte del suo godimento (Miller, Milner, 2004, p. 59), operazione che sembra mimare un processo di sublimazione, è anche vero che, a mio avviso, si tratta solo di una promessa illusoria, che fa leva sulla funzione dell'immaginario. Ed è questa funzione che ora ci interessa.

### **L'immaginario nella valutazione**

È stato scritto che «la valutazione è essenzialmente una retorica» e che «i valutatori sono i sofisti di oggi» (Miller, Milner, p. 63). Ebbene, se il fine della retorica è la persuasione, e se un tale fine era esercitato dai sofisti solo a condizione di mobilitare le immagini, allora il dispositivo linguistico della valutazione chiama necessariamente in causa il fascino esercitato dall'*imago*. Certo, nel caso della valutazione clinica l'arte dell'immagine gode del marchio della scientificità, grazie a cui è possibile sostenere con baldanza che la produzione in serie dei disturbi mentali si avvale di quell'etichetta che non manca mai quando si tratta di segnalare l'originale all'acquirente: "garantito vero". Fatto sta che, trattandosi di un'etichetta, fa parte anch'essa della serie di immagini prodotte dalla strategia retorica, e pertanto è difficile riconoscerle un particolare privilegio.

Comunque sia, il significante Uno, proprio perché forma pura e stupida, ossia vuota, non potrebbe mai esercitare la sua *presa* senza il supporto delle immagini, senza quella sostanza immaginaria, quella carne immaginaria che permette la presa di questo significante sui soggetti (cfr. Miller, 2006, p. 36).

Luogo privilegiato del narcisismo e della padronanza di sé, il registro immaginario è quello che maggiormente funge da esca per catturare i soggetti nelle finalità dei processi valutativi e terapeutici. Infatti l'immaginario è una via di conduzione che gioca all'intersezione tra il reale del soggetto e il significante padrone, ed è la condizione che permette al primo di farsi



carico del secondo. Per parafrasare un testo di Lacan, potremmo dire che solo la cattura del soggetto da parte dell'immagine permette la sua presa nel campo in cui si ipostatizza nel significante padrone (1961, p. 676). E le immagini che possono ben supportare un tale significante hanno certamente a che vedere con la padronanza.

### *Disturbo, guarigione, salute*

In effetti, la precipitazione della clinica a fare della guarigione l'oggetto della domanda del paziente è determinata a sua volta da quel concetto che costituisce la vera chiave di volta di questo edificio, e cioè «la tutela della *salute mentale*», come abbiamo già letto, e che rappresenta il fine ultimo supposto dai trattamenti terapeutici che seguono la diagnosi<sup>17</sup>. È sulla base di questo presupposto che far «guarire significa di solito ritrovare un bene compromesso o perduto, la salute» (Canguilhem, 1978, p. 42). D'altronde, vi è una co-implicazione strettissima tra disturbo, guarigione e salute, giacché la stessa polisemia della nozione di *disorder*, proposta dalla comunità psichiatrica, è posta in funzione di un ritorno a quell'ordine anteriore costituito dalla salute. La salute mentale è solo apparentemente il fine atteso dal trattamento ma a ben vedere questo fine è supposto già là prima della malattia. In altri termini, la salute come un bene da raggiungere nel futuro non sarebbe altro che il ritorno di un bene posseduto in passato e momentaneamente perduto. L'intervento terapeutico guarisce quando mette fine al *disorder* e produce il ritorno all'ordine antecedente, come ben mostrano le espressioni utilizzate dai clinici: *restitutio ad integrum*, paziente ristabilito o recuperato, etc. Così, la guarigione deve invertire il processo di

<sup>17</sup> Indubbiamente la nozione di salute va ben al di là di ciò che espongo in queste pagine. Essa rientra in un discorso che si pretende “scientifico” ma in realtà concerne ciò che ormai si chiama il “diritto alla salute”, il che mostra a sufficienza che si tratta di un discorso che partecipa dei calcoli politici (Lacan, 1967, p. 19; Canguilhem, 1988, p. 29; Moroncini, 2000, p. 138). In questa sede mi interessa mostrare il valore eminentemente immaginario che la salute assume in questi calcoli e che permette di far ingurgitare pillole o proporre psicoterapie finalizzate alla restaurazione della padronanza di sé.



generazione: in essa è operativa l'idea di una temporalità reversibile, mentre, in modo perfettamente speculare, il *disorder* esibisce il suo lato progressivo. Ora, tutto questo discorso fa leva sugli ingredienti dell'immaginario più comune. Innanzitutto, che c'era all'origine un bene perduto, la salute, oggetto ideale non solo da raggiungere ma che funge da modello immaginario per valutare tutte le condizioni psichiche. Come scrive Canguilhem, «la salute non è un concetto scientifico, bensì un concetto volgare. [...] comune, alla portata di tutti» (1988, p. 25). Tradotto significa che la salute ha uno statuto immaginario, ossia è uno stato immaginario come è ben dimostrato dal fatto che ci si può *sentire* in perfetta salute, fisica e psichica, mentre non si sa di essere affetti da qualche malattia o problema pronto a scatenarsi<sup>18</sup>.

Si pensi alle stragi compiute da soggetti che, a dire dei vicini e dei familiari, godevano fino a quel momento di ottime condizioni psichiche. E tuttavia è proprio questo suo statuto che permette alla salute di funzionare da esca immaginaria: sempre irraggiungibile ed evanescente, sembra l'immagine che meglio si presta a incarnare l'oggetto fondamentalmente perduto.

In secondo luogo, e di converso, il disturbo si trova semplicemente collocato sul lato del male. Intorno alla malattia c'è tutto un immaginario che pullula e che si manifesta in quegli affetti (*affects*) che sono effetti (*effets*) del discorso, per giocare su un'omofonia cara a Lacan. In questo contesto mi limito a segnalarne due, per il peso che assumono nelle condizioni di sofferenza psichica. Innanzitutto quella *paura* mobilitata dal discorso della «segregazione politica dell'anomalia» (Lacan, 1964, p. 858), e agitata dagli stessi clinici quando si accaniscono a guarire, mostrando al malato che la sua situazione costituisce un vero problema. Poi la *vergogna*, affetto indubbiamente sociale, che si mobilita quando cade il velo del pudore, e il

<sup>18</sup> Il carattere apparente o immaginario della salute, che ne fa un oggetto situato fuori dal campo del sapere, era già stato individuato da Kant: «Ci si può *sentire* bene, cioè giudicare secondo il proprio sentimento di benessere vitale, ma non si può mai *sapere* che si sta bene. [...] L'assenza del sentimento [d'essere malati] non permette all'uomo di affermare di star bene, ma solo di star bene *in apparenza*» (Kant, *Il conflitto delle facoltà*, parte III, cit. in Canguilhem, 1988, pp. 24-25).

soggetto è svelato allo sguardo di altri nella sua *estimità*, che sia il sintomo o la sua impossibilità a rispondere agli ideali della civiltà.

Comunque sia, è la malattia che si cerca di scalzare, ma questa malattia non è disgiunta dalla civiltà che la genera, così come non sono disgiunte da questa civiltà le tecniche terapeutiche fabbricate per rimuoverla, o per fabbricarla in un altro modo.

### *Una nuova tecnica*

Le nuove tecniche del *Self*, proposte dalle terapie cognitivo-comportamentali, compagne privilegiate della valutazione clinica, e ormai ritenute superiori, secondo il rapporto *Inserm*<sup>19</sup>, a tutte le «altre psicoterapie» (in Laurent, 2006, p. 27), fanno leva sul miraggio immaginario per eccellenza: l'affermazione di sé. Questa nuova tecnica è indubbiamente adatta a produrre, con la sua retorica, l'immagine della padronanza. Si tratta di qualcosa di molto lontano da quegli esercizi spirituali che Foucault aveva esaminato e in cui aveva visto una convergenza con il discorso di Lacan (Foucault, 2001, pp. 26-27; Bottone, 2010). La promessa avanzata dalla tecnica di affermazione di sé è la promessa fatta al soggetto di raggiungere un potere illimitato su se stesso, in perfetta sintonia con gli ideali fabbricati dalla civiltà contemporanea. Non a caso questa tecnica terapeutica si rivolge a quei soggetti in cui le competenze sociali sembrano compromesse dalle loro condizioni psichiche, e si propone di prepararli ad affrontare le situazioni sociali difficili. Possiamo riassumere questa tecnica in alcuni messaggi principali, che si raccomanda di ripetere con insistenza per far sì che i soggetti li incorporino a dovere: 1. rispettate gli altri; 2. affermate i vostri diritti; 3. dovete avere un'immagine positiva di voi stessi; 4. lottate contro la depressione; 5. affrontate gli altri (Miller, 2003-2004, lezione del 21 gennaio 2004). Come non leggere qui le formule, trite e ritrite, che hanno sempre caratterizzato la pastorale? D'altronde è noto che «la



<sup>19</sup> *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* francese.

dimensione della pastorale non è mai assente nella civiltà, e non manca mai di offrirsi come rimedio al suo disagio» (Lacan, 1959-1960, p. 104), e la proposta delle terapie cognitivo-comportamentali va proprio in questa direzione. Inoltre, si vede bene che la principale caratteristica di questa tecnica consiste nel non presentare alcuna costrizione, ma tutto si gioca sull'auto-governo e l'auto-controllo (Pinto, 2012, p. 51), forme immaginarie per eccellenza. È solo dal momento in cui i soggetti hanno incorporato l'idea che sono imprenditori di se stessi, solo dal momento in cui, passati al vaglio della valutazione che individua il disturbo e propone la migliore terapia, che essi possono flagellarsi e sentirsi inadeguati ai compiti (p. 149). È questo vissuto di inadeguatezza che può fabbricare una tecnica che insegue gli ideali immaginari della civiltà tardo-capitalista. Se in tale tecnica la costrizione è ben occultata, è perché si vanta di fondarsi su una concezione democratica delle relazioni umane, che fa appello al consenso dell'altro.

#### *Consenso alla valutazione e perversione*

C'è un consenso alla valutazione, e questo consenso è il momento di quel terzo paradigma costituito dall'ideologia del contratto (Miller, Milner, 2004, p. 19). Qui i partner sono ritenuti equivalenti sul piano della forza e ciascuno ha qualcosa di equivalente da scambiare (p. 18). È la dissimmetria fra gli attori in gioco che si trova abilmente occultata in questo consenso o in questa «condivisione», come si era espresso Coulomb, il direttore dell'*ANAES* in un dibattito avvenuto in Francia (p. 60)<sup>20</sup>. Si pensi, per esempio, alla funzione svolta dal “consenso informato”, come se si trattasse non solo di far condividere un sapere a chi si suppone non sappia, ma anche di ridurre l'equivocità strutturale del linguaggio: le informazioni devono essere date al paziente in modo chiaro e trasparente. Ma da qui si comprende anche il valore dato, nel colloquio clinico, all'empatia, all'alleanza, cioè a tutte quelle forme di relazione immaginaria utilizzate per far passare democraticamente i dispositivi valutativi più autoritari. Non è un

<sup>20</sup> *Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.*



caso che si moltiplicano le esigenze, in campo universitario, di insegnare queste cosiddette “abilità relazionali” ai futuri professionisti della salute: come fare alleanza con il paziente, come accoglierlo ed eventualmente come coccolarlo<sup>21</sup>.

Un ultima considerazione molto breve. Cos’altro dire del consenso che la valutazione trova presso i clinici, gli universitari o addirittura, come sta accadendo da un po’ di tempo a questa parte, presso gli stessi psicoanalisti? Di che cosa partecipano quando sottopongono altri e se stessi alle procedure valutative e alla violenza che vi si esercita nelle pieghe della loro apparente democrazia? Miller ha considerato «la valutazione come un metodo perverso» (Miller, Milner, 2004, p. 67). È legittimo far intervenire una posizione clinica, qual è la perversione, per parlare della valutazione, che si pone e si impone come una procedura scientifica? Che cosa il processo di valutazione, ormai standardizzato, istituzionalizzato, e pertanto riconosciuto dalla comunità scientifica, comporterebbe di perverso? Come può una posizione clinica soggettiva spiegare un processo che riguarda una collettività?

Risponderò brevemente a queste domande, ricordando che Lacan non aveva esitato a ritenere che la posizione perversa, per quanto soggettiva, potesse tranquillamente politicizzarsi, ossia divenire collettiva, e forse perché era già strutturata politicamente, se mi è permessa questa formulazione. Così, rileggendo le tesi di Hegel sulla filosofia antica nella *Fenomenologia dello spirito*, Lacan aveva fatto dello stoicismo romano «un masochismo politicizzato» (Lacan, 1969-1970, p. 220). D’altronde è noto che «la perversione si politicizza più facilmente rispetto ad altre posizioni cliniche del soggetto» (Miller, Milner, 2004, p. 49).

<sup>21</sup> È quanto si legge in un sedicente trattato di psicoanalisi a proposito della situazione analitica: «È chiaro che una situazione del genere non si verifica nelle consuete relazioni adulte. Essa è caso mai paragonabile a quella di un bambino piccolo particolarmente amato e coccolato dalla propria madre, e i pazienti che vanno dallo psicoanalista spesso non hanno mai sperimentato un rapporto materno così gratificante. L’analisi rappresenta perciò, da questo punto di vista, un invito ad abbandonarsi nelle braccia di una buona madre» (Saraval, 1988, p. 576). Lasciamo che questo passo si commenti da sé.



E a proposito dello stoicismo come masochismo politicizzato, ossia come struttura perversa, devo dire che ciò che maggiormente mi colpisce è l'atteggiamento di accettazione passiva che caratterizza i miei colleghi di fronte all'apparente necessità della valutazione: "le cose stanno così e dobbiamo accettarle, dobbiamo sottoporci ai metodi valutativi, anche se è ben certo che continueremo a conservare nella nostra interiorità ciò che maggiormente sta a cuore alla nostra anima". Non so cosa ne pensano i lettori di questa risposta ma a me ricorda da vicino la posizione dello stoico Stilpone di Mégara nel *De constantia sapientis* di Seneca:

«Demetrio, detto il Poliorcete, aveva conquistato Mégara: chiese al filosofo Stilpone se nell'assedio avesse perduto qualcosa. "Proprio nulla, rispose costui, i miei beni sono tutti con me". Eppure il suo patrimonio faceva parte del bottino di guerra, il nemico gli aveva portato via le figlie, la patria era caduta in mani straniere; lui, poi, veniva interrogato altezzosamente da un re vittorioso circondato dai suoi soldati» (Seneca, 1995, 4, 6).

Allora, che cosa può voler dire che la valutazione potrebbe essere rubricata come un masochismo politicizzato? Vuol dire semplicemente che il valutato, *malgré lui*, si fa oggetto del godimento dell'Altro e di tutti i suoi dispositivi. E non c'è dubbio che, lo sappia o no, ne trarrà un godimento anche lui, che forse non si tradurrà in dispiacere per la sua coscienza, o anche, se questa traduzione avverrà, si limiterà a installarlo in un lamento destinato a raddoppiare il suo godimento. È stato posto giustamente un binomio indissolubile tra valutare e punire (Pinto, 2012), ma mi sembra importante interrogare anche chi domanda di essere valutato e punito, e come tale acconsente alla perversione della valutazione. Ovviamente per *par condicio* anche costui è da ritenersi "normale nella sua struttura".



## About psychiatric evaluation

di Mario Bottone

### Abstract

This article scrutinizes the evaluation criteria which operate in the field of psychiatry and psychology. It focuses, in particular, on the American psychiatric manual DSM-5, showing that its use of a quantitative and statistic language tends to erase specific subjectivity. The language used is fully supported by the university discourse imposing a main signifier, the Lacanian *Un*. The article also examines the function of the imaginary within the evaluating procedures and its relevance regarding the current definitions of disorder and mental health.

symptom | evaluation | sign | discourse of the university | disorder | mental health

Mario Bottone is a psychoanalyst of the International Lacanian Association and of the Italian Lacanian Association. He is a Researcher in Clinical Psychology at the Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" and offers clinical assistance at the Unità Complessa di Psicologia of the D.A.S. of Neuroscienze Cliniche, Anestesiologia, Farmacoutilizzazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II". E-mail: [bottone.mario@fastwebnet.it](mailto:bottone.mario@fastwebnet.it)

### Riferimenti bibliografici

- APA (2013), *Diagnostic and Statistical Manual Disorder, Fifth Edition, DSM-5*; trad. it. 2014, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Babini V. (2009), *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del novecento*. Bologna, Il Mulino.
- Bottone M. (2010), *Lacan, Foucault e il discorso psico*, in Ciambelli M., Marino S., *L'etica del disagio*, Napoli, Filema.
- ID. (2013), *Quel che la psicoanalisi contemporanea misconosce*, in de Conciliis, Meccariello A., *Leggere il presente*, Trieste, Asterios.
- Canguilhem G. (1978), *È possibile una pedagogia della guarigione?*, in Canguilhem G., *Sulla medicina*, Einaudi, Torino, 2007.
- ID. (1988), *La salute: concetto volgare e questione filosofica*, *ivi*.
- Colucci M. (2008), "Scienza del pericolo, clinica del deficit. Sulla medicalizzazione in psichiatria", *Aut Aut*, 340, 105-122.
- Del Corno F., Lingiardi V. (2014), Nota introduttiva all'edizione italiana, Nussbaum A. M., *L'esame diagnostico con il DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina Editore.



- Di Vittorio P. (2013), “Malati di perfezione. Psichiatria e salute mentale alla prova del DSM”, *Aut Aut*, 357, 37-58.
- Foucault M. (2001), *L'erméneutique du sujet*, trad. it. 2003, *L'ermeneutica del soggetto*, Milano, Feltrinelli.
- ID. (1997), “*Il faut défendre la société*”, trad. it 2009, “*Bisogna difendere la società*”, Milano, Feltrinelli.
- ID. (2003), *Le pouvoir psychiatrique*, trad. it. 2004, *Il potere psichiatrico*, Milano, Feltrinelli.
- ID. (2004), *Sécurité, territoire, population*, trad. it. 2005, *Sicurezza, territorio, popolazione*, Milano, Feltrinelli.
- Frances A. (2013a), *Saving Normal*, trad. it. 2014, *Primo, non curare chi è normale*, Torino, Bollati Boringhieri.
- ID. (2013b), “Il DSM nel paese della filosofia”, *Aut Aut*, 357, 99-112.
- Freud S. (1908), “La morale sessuale ‘civile’ e il nervosismo moderno”, *OSF*, 5.
- ID. (1915-1917), “Introduzione alla psicoanalisi”, *OSF*, 8.
- Lacan J. (1956), *Funzione e campo della parola e del linguaggio in psicoanalisi*, in *Scritti*, Torino, Einaudi, 1974.
- ID. (1957), *L'istanza della lettera nell'inconscio o la ragione dopo Freud*, *ivi*.
- ID. (1957-1958), *Il seminario. Libro V. Le formazioni dell'inconscio (1957-1958)*, Torino, Einaudi, 2004.
- ID. (1958), *Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi*, in *Scritti*, cit.
- ID. (1959-1960), *Il seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi (1959-1960)*, Torino, Einaudi, 2008.
- ID. (1960), *Soversione del soggetto e dialettica del desiderio nell'inconscio freudiano*, in *Scritti*, cit.
- ID. (1961), *Nota sulla relazione di Daniel Lagache: «Psicoanalisi e struttura della personalità»*, *ivi*.
- ID. (1961-1962), *L'identification*, Publication hors commerce. Document interne à l'Association lacanienne internationale et destiné à ses membres.
- ID. (1962-1963), *Il seminario. Libro X. L'angoscia (1962-1963)*, Torino, Einaudi, 2007.
- ID. (1963), *Kant con Sade*, in *Scritti*, cit.
- ID. (1964), *Del «Trieb» di Freud e del desiderio dello psicoanalista*, *ivi*.
- ID. (1966a), *Dei nostri antecedenti*, *ivi*.
- ID. (1966b), *Posizione dell'inconscio*, *ivi*.
- ID. (1967), “Psicoanalisi e medicina”, *La psicoanalisi*, 32, 9-20.
- ID. (1969-1970), *Il seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi (1969-1970)*, Torino, Einaudi, 2001.
- ID. (1977-1978), *Le moment de conclure*, Publication hors commerce. Document interne à l'Association lacanienne internationale et destiné à ses membres.



- ID. (1978), *Lacan in Italia*, Milano, La Salamandra.
- Lacoue-Labarthe P., Nancy J.-L. (1990<sup>2</sup>), *Le titre de la lettre*, Paris, Galilée.
- Laurent E. (2006), *Lost in cognition. Psicoanalisi e scienze cognitive*, Macerata, Quodlibet.
- Maj M. (2014), Introduzione all'edizione italiana, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, DSM-5*, cit., IX-XV.
- Miller J.-A. (2003-2004), *La psychanalyse et l'évaluation*, inedito.
- ID. (2005), "Una fantasia", *La psicoanalisi*, 38, 17-34.
- ID. (2006), "L'uomo senza qualità. L'epidemiologia della salute mentale", *La psicoanalisi*, 39, 25-44.
- Miller J.-A., Milner J.-C. (2004), *Voulez-vous être évalué?*, Paris, Bernard Grasset.
- Moroncini B. (2000), Postfazione. Illuminazione profana, in Bentham J., *Teoria delle finzioni*, Napoli, Cronopio.
- ID. (2005), *Sull'amore. Jacques Lacan e il Simposio di Platone*, Napoli, Cronopio.
- ID. (2006), *Il discorso e la cenere*, Macerata, Quodlibet.
- ID. (2014), *Lacan politico*, Cronopio, Napoli.
- Nussbaum A. M. (2013), *The pocket guide to the DSM-5. Diagnostic Exam*, trad. it. 2014, *L'esame diagnostico con il DSM-5*, cit.
- Pinto V. (2012), *Valutare e punire*, Napoli, Cronopio.
- Saraval A. (1988), *La tecnica classica e la sua evoluzione*, in Semi A. A., *Trattato di psicoanalisi*, Milano, Raffaello Cortina Editore, vol. I.
- Seneca L. A. (1995), *De constantia sapientis*, in Seneca, *Dialoghi Morali*, Torino, Einaudi.
- Soler C. (2003), *Ce qui Lacan disait des femmes*, trad. it. 2005, *Quel che Lacan diceva delle donne*, Milano, Franco Angeli.
- Vitelli R. (2014), *Gender Dysphoria in Adults and Adolescents as a Mental Disorder... but, What is a Mental Disorder?*, in Beverly L. M. (a cura di), *Gender Identity*, Nova Publishers, New York.

