

Danni di ordine sociale, fisico e psicologico indotti da uso improprio di terminologia diagnostica

Qualunque paura può uccidere, ma una diagnosi paurosa,
può quasi garantire la morte da diagnosi

Henry K. Beecher

Le diagnosi eseguite dal terapeuta possono stabilire, per il paziente, dei ruoli o temporanei o permanenti. In entrambi i casi, aggiungono a una condizione dell'organismo uno status sociale che discende da una valutazione presumibilmente autorevole. La **Teoria dell'etichettamento** (Lemert, 1981) sostiene in generale che è la società che etichettando gli individui, stigmatizzando coloro i quali compiono eccezionalmente atti devianti, finisce per creare delle "carriere" devianti in costoro.

Il fatto che le istituzioni preposte alla cura di coloro che soffrono di disagi psichici siano responsabili, attraverso la comunicazione al paziente o ai suoi familiari di etichette diagnostiche, del processo con cui chi è loro affidato si ammala ancora di più è un esempio di incongruenza ironica: è il prototipo di malattia iatrogena.

Quando un veterinario diagnostica l'indisposizione di una vacca, di solito non influenza negativamente il comportamento del suo paziente. Quando un dottore della mente (psicologo o psichiatra) comunica una diagnosi ad un essere umano portatore di un disordine psichico, inevitabilmente ne influenza la condotta. La maggior parte delle malattie di ordine fisico non lascia traccia di devianza o di condotta abnorme sulla reputazione del paziente. Nessuno si interessa di un ex-allergico o di un operato di appendicite, come nessuno verrà mai ricordato per aver violato le regole del traffico autostradale. Nel caso delle cosiddette *malattie mentali*, il dottore può comportarsi come un legislatore, e le sue diagnosi possono diffamare il paziente, e talora anche i suoi figli, per tutta la vita.

Attribuendo una degradazione irreversibile all'identità di una persona, può segnalarla pesantemente con uno stigma che può rivelarsi incancellabile. La condizione obiettiva e transitoria potrà essere scomparsa da sempre, ma l'etichetta iatrogena rimane attaccata. Come ex-galeotti, tutti quelli che hanno sofferto di disturbi mentali, che sono passati attraverso l'alcolismo, i portatori del gene dell'anemia falciforme, coloro che si sono ammalati di tubercolosi, sono spesso trasformati in "diversi" per il resto della loro vita.

La diagnosi può negare la nascita ad un essere umano con geni cattivi, escludere un altro dalla carriera e un terzo dalla vita politica. La diagnosi può suddividere gli individui in quelli che possono guidare l'automobile, quelli che possono assentarsi dal lavoro, quelli che possono fare il soldato, quelli che non possono aspirare alla vicepresidenza di un Paese, quelli che sono potenzialmente in grado di commettere un delitto e quelli che sono responsabili di averlo commesso (Illich, 1976).

In verità, *in verità*, la diagnosi non ha altri scopi utili al di fuori di ciò per cui è nata: agevolare la comunicazione fra clinici per un'ottimale conduzione della terapia. Comunicata brutalmente al paziente e ai suoi familiari, aggrava lo stress, stabilisce un'incapacità, può imporre inattività ma, soprattutto, concentra i pensieri del paziente sulla non-guarigione, lo rende incerto, contribuendo in misura determinante a fargli perdere autonomia nella determinazione di sé (Buckman, 2003). Isola la persona in un ruolo speciale, la separa dai cosiddetti "normali" e dai "sani" ed esige sottomissione all'autorità di un personale specializzato.

L'antropologia ci insegna che ogni civiltà definisce le proprie malattie. Ciò che in una è uno stato patologico, in un'altra può essere anomalia cromosomica, delitto, manifestazione di sanità o santità, o all'opposto, peccato. Ogni cultura si crea un proprio atteggiamento di fronte a ciò che è sano o malato. Per il medesimo sintomo di incontenibile tendenza al furto una persona può esser giustiziata, incarcerata, esiliata, ospedalizzata, oppure ricevere elemosine e sussidi. In una società si costringono i ladri ad indossare abiti speciali, in un'altra a fare penitenza, altrove gli si mozza un dito, oppure li si sottopone a pratiche sciamaniche, o all'elettroshock.

Ma cos'è la salute mentale e a chi spetta decidere chi sia da considerarsi sano o meno?

La società ha trasferito ai clinici (psicologi e psichiatri) il diritto esclusivo di stabilire che cosa è malattia, chi è o potrebbe diventare malato e che cosa occorra fargli. Ma in quanto esseri umani, considerando quanto si è più sopra scritto, essi non sono immuni da errori. Il problema che più di frequente si verifica nel nostro campo è rappresentato dal fatto che dal momento in cui si attribuisce ad una persona una diagnosi, qualunque reazione questa possa manifestare – reazioni che in altri contesti situazionali sarebbero ritenute perfettamente sane – finisce per confermare la diagnosi di malattia mentale.

In particolare, nel caso della classificazione psichiatrica si osserva un interessante fenomeno noto da tempo ai filosofi del linguaggio (Austin, 1962): il fenomeno relativo al fatto che *dare il nome* ad una cosa significa costruire una realtà, la quale, anche se completamente inventata e scollegata dalla realtà empirica, diviene una referenza effettiva, *come-se* la cosa nominata esistesse davvero. Austin si è occupato di quel tipo di atti linguistici che poi ha definito "performativi" nel senso che costruiscono realtà concrete al di là dell'effettiva concretezza di tali realtà.

Se assumiamo la classificazione tradizionale delle patologie come la “verità” su un paziente come persona e non solo *un modo* condiviso per parlarne fra esperti senza fraintendimenti, effettuiamo atti performativi ed ingiuntivi del tipo descritto da Austin. Infatti se si definisce un soggetto per es. “psicotico” (invece che momentaneamente affetto da psicosi), la sua famiglia lo tratterà come tale, i conoscenti lo tratteranno con circospezione e lui stesso finirà per identificarsi con l’etichetta, comportandosi come-se fosse psicotico, finendo per confermare tale profezia diagnostica.

Giova ricordare che nel passaggio dal DSM III al DSM III-R, sia stata operata la più grande terapia di massa mai conosciuta. I curatori dell’aggiornamento del manuale, sotto la pressione dei gruppi politici gay americani, hanno cancellato dalla classificazione nosografica dei disturbi mentali l’*omosessualità*, che nelle precedenti versioni del Manuale era inserita tra i *gravi disturbi mentali*, definiti “perversioni”. Con un semplice tratto di penna è stata operata una vera e propria guarigione di massa di questa categoria di “diversi”. Si è trattato di un poderoso atto linguistico performativo: ciò che prima era “malato” *per definizione*, è diventato di colpo “sano” *per definizione*.

Presunte “psicosi”, “depressioni”, “gravi fobie” vengono spesso catalogate come scompensi cronici per i quali si può pensare solo ad una gestione del sintomo e non ad una guarigione. Se teniamo a mente le enormi e frequenti possibilità di errore diagnostico, proviamo a chiederci quale può essere l’effetto di una diagnosi di cronicità ed immutabilità di un disturbo su una persona. Nella più frequente delle ipotesi, questi assumerà l’atteggiamento nei confronti degli altri e di se stesso, di malato di mente cronico, entrando nel ruolo sociale del “matto”. Sottoporre ad indagine diagnostica il paziente per rilasciare a lui e ai suoi familiari una diagnosi clinica sul modello delle diagnosi tipiche di altre specialità mediche diverse dalla psichiatria biologista (cfr. Premessa) non può non avere effetti pragmatici sulla situazione clinica e sul suo evolversi.

Il fatto che la maggior parte dei dottori della mente non si interrogano su come la diagnosi verrà “letta” secondo le premesse del ricevente, comporta gravi rischi iatrogeni legati alla diagnosi stessa. Frequenti sono le conseguenze nefaste del processo di reificazione delle proprie ipotesi e delle proprie teorie esplicative quando vengono ad assumere un valore letterale: le manifestazioni psicopatologiche si modellano progressivamente sulle concettualizzazioni teoriche usate per guarirle, anzi ne diventano quasi delle materializzazioni, delle forme tangibili.

Il terapeuta razionale non è colui che per salvare la diagnosi uccide il paziente; bensì è colui che, per salvare il paziente uccide le sue diagnosi sbagliate e tenta di arrivare così alla diagnosi esatta, apprendendo dai propri errori. Perché l’errore in clinica ha un alto costo.

In uno scritto sulle caratteristiche iatrogene dei servizi psichiatrici pubblici di Diagnosi e Cura e sull'amplificazione della malattia mentale indotta dalla prassi clinica di tali servizi, lo psicologo Giovanni Rotondo (in Bianciardi, Telfener, 1998) analizza il caso dell'evoluzione del disagio di un giovane affidato ai vari operatori succedutisi col passare del tempo in un Dipartimento di Salute Mentale italiano. Rotondo rileva come ogni transazione terapeutica o, meglio, ogni posizione assunta da chi è chiamato a curare, *elicitati* e *strutturati* da diverse prospettive, parti complementari del comportamento disturbato del giovane, che impara a parlare, attraverso il linguaggio delle teorie psichiatriche, il linguaggio dei suoi sintomi e dei suoi comportamenti. Il giovane apprende piano piano a gestire in modo psicosociale, poi relazionale, poi psicoanalitico le sue parti di follia. Come se incontrandosi con le teorie dei diversi terapeuti, il giovane vestisse di panni sempre diversi il suo comportamento (poco importa se definito problematico, disturbato, protestatario o malato) e progressivamente adattasse sempre meglio al suo corpo quei vestiti, facendoli diventare il suo guardaroba in cui poter scegliere liberamente cosa indossare a seconda della festa in cui è invitato.

Rotondo scrive che il comportamento che in senso lato definiamo "patologico", oggetto di studio e di intervento dello psicologo o dello psichiatra, non si pone come esistente di per sé, né risulta inquadrabile attraverso segni obiettivi sicuramente presenti, unicamente identificabili con esami di laboratorio. Esso non è mai descrivibile né analizzabile come "altro" dal complesso contesto che lo determina e dallo specialista che lo *indaga* attraverso il proprio strumentario logico, lo *ricosce* attribuendogli valenze significative e lo *nomina* in un costrutto diagnostico. Il terapeuta finisce per arrestare il processo evolutivo del suo paziente nel momento in cui attribuisce a manifestazioni per loro natura relazionali un'esistenza intrapsichica ed autonoma. Così facendo egli reifica tali manifestazioni come se fossero un oggetto malato proprio dell'individuo e concettualizza di conseguenza la cura come restituzione ad un preesistente stato di salute. Non è detto che ciò avvenga solo attraverso affermazioni esplicite, tutt'altro. È sufficiente che il terapeuta, incapace di compiere interventi riguardanti principalmente *il suo* proprio modo di categorizzare e rispondere, confermi la patologia come realtà inevitabile ed indipendente dalla relazione stessa, senza cogliere le possibilità di cambiamento che essa contiene (Rotondo, 1992).

Il mandato sociale di psicologi clinici e psichiatri impone di sentirsi responsabili delle azioni, delle emozioni e dei pensieri che si condividono con l'utenza, dei mondi e degli universi che si creano, delle narrazioni che si fanno emergere.

Posizioni che neghino implicitamente il ruolo del rapporto e del contesto nel mantenimento dei circoli viziosi alla base di molte patologie, contribuiscono a fissare nel paziente un comportamento nato come espressione momentanea di disagio e, molto spesso, a sanzionarne l'irreversibilità all'interno di una prigione di assunti, reciprocamente condivisi e mutualmente inducentisi. E le cosiddette malattie mentali vanno strutturandosi come sistemi dal tasso di modificabilità progressivamente tendente allo zero.

I servizi psichiatrici pubblici di Diagnosi e Cura, con la loro stessa esistenza, rappresentano una materializzazione fisica e macroscopica di quelle posizioni, contribuendo alla creazione e cronicizzazione di valenze antiterapeutiche se non proprio patologizzanti.