

Fausto Petrella

Diagnosi psichiatrica e dintorni: considerazioni di un clinico

Una serie di fatti hanno promosso questo scritto: l'uscita di una nuova edizione del DSM, la quinta; un interessante numero della rivista *aut aut* dedicato alla diagnosi in psichiatria;¹ l'invito di Franco Pieri a pronunciarmi, assieme ad altri amici e colleghi, sul tema delle prospettive filosofiche, scientifiche ed etiche della diagnosi di malattia mentale.

Una volta accolto l'invito, mi è sembrata ovvia l'idea di rispondere ripercorrendo la mia posizione verso la diagnosi, così come si è andata sviluppando nel corso di alcuni decenni di esperienza professionale. Ciò significa inevitabilmente ripensare, in modo sommario e certamente incompleto, a come tutto il problema della malattia mentale sia andato configurandosi, costruendosi, decostruendosi e ancora riconfigurandosi per me, nel corso di un tragitto professionale che in pratica devo considerare di necessità concluso. Ciò non perché io non continui a svolgere un'attività psicoterapeutica e psicoanalitica, ma perché è venuta meno, col cessare del mio ruolo "pubblico" e istituzionale ospedaliero-universitario, la domanda che scaturisce dal fatto soprattutto amministrativo di richiedere allo psichiatra diagnosi precise ai fini degli adempimenti medico-legali della cartella clinica, con le sue ricadute epidemiologiche, statistiche e giuridiche, oltre che, ovviamente, più direttamente collegate con gli atti della clinica e l'obbligo di documentarli. Poiché ho insegnato Psichiatria per più di quarant'anni agli studenti di medicina e ai futuri psichiatri, mi sono anche imbattuto nel problema ri-

levante di cosa e come insegnare. Siccome l'insegnamento della psichiatria per gli studenti deve fornire un'impostazione dottrinarie e clinica generale, mi sono sempre molto soffermato sulla storia della disciplina, sui differenti punti di vista che la travagliano, e quindi sull'esistenza di psichiatrie diverse, che producono "Trattati" differenti, molto dissimili tra loro, ma pratiche spesso stranamente simili. Non mi sono mai attardato in lezioni sulle singole malattie o sulle sindromi psichiatriche, pretendendo di illustrarle come realtà cliniche solide, ma piuttosto ho sempre cercato di illustrare come si costruisce e viene impiegato di fatto il sapere psichiatrico, in che pratiche si sostanzia e come funziona l'istituzione psichiatrica in vecchie e nuove forme. Appartengo a una generazione di studenti di medicina che ha visto i suoi docenti di psichiatria portare a lezione il malato, di fronte a una platea studentesca, magari dietro uno specchio unidirezionale, e lo spettacolo che si produceva in questi casi era tale da scoraggiare radicalmente una pratica del genere.

L'accento sempre da me posto sul metodo aspirava ad avere delle ricadute sul modo generale di intendere ed esercitare l'azione medica, e non solo quella specialistica. Un'enfasi particolare era dedicata alla relazione terapeutica e alle sue caratteristiche, e a quel momento, tipico della clinica, in cui le conoscenze di una disciplina risuonano con l'osservazione di un certo caso singolare e si devono coagulare in un giudizio e in una decisione. L'idea era di mostrare la necessità di studiare caso per caso, se si volevano attivare delle forme di aiuto rispettose e aderenti alla singolarità dell'esperienza umana. Studiare caso per caso significa evitare generalizzazioni abusive, ma certo si tratta di vedere *come* lo si studia, cioè con quali criteri.

Quanto all'insegnamento specialistico, la parte che considero più rilevante sul piano formativo ha riguardato la mia attività di supervisione, che per il lavoro psichiatrico si è sempre espressa mediante la discussione in gruppo di casi clinici e dei problemi che sorgono nella conduzione del lavoro istituzionale in ambito psichiatrico. Gli incontri in gruppo, con frequenza molto variabile secondo le circostanze (da quotidiana a mensile) erano rivolti a specializzandi, a psichiatri e psicologi, al personale infermieristico e alle figure assistenziali introdotte nel corso degli anni nell'equipe psichiatrica sia in quella che dirigevo, sia nelle altre sedi dove mi veniva richiesta la supervisione.

Credo sia abbastanza diffusa l'opinione negli specialisti più consapevoli che le pratiche psichiatriche siano in genere alquanto sgangherate metodologicamente e sicuramente insufficienti sotto vari profili. Da questo punto di vista l'insegnamento della psichiatria non può che essere critico e mostrare quanto possano essere variabili i nostri giudizi e quali ne siano le criticità eterogenee che continuamente si presentano, spesso non consapevolmente, non solo nel paziente e nel singolo operatore, ma anche nell'équipe curante e nell'istituzione terapeutica. Certo, nei libri, nella trattatistica psichiatrica e nella ricerca psichiatrica di tutti i tipi sono presenti conoscenze varie ed eterogenee. Proprio questa varietà mostra che non si può sganciare il sapere psichiatrico dagli atteggiamenti personali e di gruppo con cui lo si affronta. Così l'orientamento fortemente biologizzante assunto da parecchi anni dagli ordinamenti didattici nelle scuole di specializzazione in psichiatria trascura oggi in modo inaccettabile la dimensione psicologica e sociale della disciplina e gli elementi relazionali che ne sono a fondamento, con conseguenze a dir poco devastanti sulla formazione al lavoro clinico.²

Su questi temi ho scritto parecchio, non nascondendo un atteggiamento che tendeva a una problematizzazione che talora ha assunto con ragione la forma della netta ripugnanza verso l'atteggiamento diagnostico tradizionale e l'offensiva sbrigatività di certi giudizi clinici in psichiatria. Chi ha lavorato con me ha fatto esperienza di un modo del tutto disincantato di trattare la questione della diagnosi psichiatrica. Cercherò in questo scritto di motivare il mio atteggiamento e di formulare alcuni dei criteri che mi hanno guidato per tanti anni.

Per entrare subito in argomento, devo allora svelare un piccolo segreto e precisare che sono io l'autore di una breve noterella "redazionale" comparsa con gran tempismo nel primo numero del 1985 della rivista *Gli argonauti*.³ Quella nota, intitolata "Epidemiologia psichiatrica", fu in realtà scritta da me. In quel breve testo prendevo una posizione irridente e insieme di radicale ripulsa nei confronti del DSM III, dell'uso che era facile intuire se ne sarebbe fatto e del sintomatico *battage* propagandistico che ne accompagnò la pubblicazione. Il tono adottato in quella nota era tale da sconsigliarmi di apparirne l'autore. Il mio ruolo accademico di allora rendeva poco opportuno dichiara-

re che la posizione espressa in quella nota fosse esclusiva farina del mio sacco. Fu così che mi nascosi, forse un po' vigliaccamente, dietro il gruppo redazionale della rivista, che accettò volentieri di farmi da paravento perché condivideva la sostanza e anche la forma scherzosa e un po' sarcastica del mio scritto.

Desidero qui riportare quella nota, che fu poco considerata allora e che continua ovviamente a esserlo oggi, benché conservi, a mio parere, una sostanziale validità, sintetizzando in modo semplice una posizione che mantengo tuttora.

EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

Nota redazionale

Per i pochi che non leggono i giornali, il DSM III è un manuale nosografico, diagnostico e statistico di psichiatria, messo a punto dall'Associazione Psichiatria Americana e tradotto in Italia dall'editore Masson. Esso è stato presentato nel 1984 al pubblico italiano con grande rilievo sulla stampa e in vari congressi.

Sul *Corriere della Sera* del 28 novembre 1984 il titolo di un articolo su quattro colonne lo definisce "manuale per curare la schizofrenia".

Finalmente un rilancio della serietà scientifica, delle distinzioni chiare, dei linguaggi univoci! Ora la diagnosi psichiatrica potrà veramente essere precoce e alla portata di tutti. "Il manuale può essere usato solo dal medico?": chiede il giornalista del citato articolo all'esperto intervistato, un illustre docente romano di Psichiatria. "A rigore – dice il docente – vi può ricorrere ogni persona colta, e forse sarebbe opportuno che lo tenesse sotto mano ogni insegnante, ogni educatore, ogni persona che abbia a che fare con una comunità. In virtù di questo manuale, infatti, il tempestivo intervento dello psichiatra è assicurato: una tendenza all'isolamento, una difficoltà scolastica, un ottundimento dell'affettività (sono sempre parole del professore) indurranno l'educatore che ha rilevato questi sintomi grazie al DSM III a chiamare subito il medico".

Sul DSM III è pervenuta alla redazione de "gli argonauti" una breve poesiola non firmata. Poca cosa e poveri versi, per di più di un'estensore anonimo. Li pubblichiamo per dovere di cronaca assieme a due delle molte 'voci' nosografiche del DSM III particolarmente nuove e istruttive.

Chi sarà mai, ci siamo chiesti, questo poeta da strapazzo, che crede di disturbare la Scienza internazionale? Sospettiamo che si tratti di qualche vecchio

psichiatra arretrato e misonista, se non addirittura di un ex-degente manicomiale che ora gira pericolosamente per la città: uno di quei cronici insofferenti delle istituzioni psichiatriche, delle quali tuttavia non sembra poter fare a meno: e che si tiene aggiornato sulle armi dei suoi avversari.

Ecco la “poesia”, intitolata, per l'appunto,

Epidemiologia psichiatrica

L'analisi di quelle istituzioni
Che della mente curan le affezioni
Dimostra con frequenza impressionante
Di certi morbi il dilagar costante.
Rifletter devon dunque quei signori
Detti pomposamente operatori
Se i “disturbi di personalità”
Non allignin sovente proprio qua;
Se non riguardin proprio me o te
Le sindromi tediose del DSM III.

Ed ecco qui di seguito le due voci nosografiche da correlare ai versi precedenti.

301.60 DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

Diagnosi differenziale Agorafobia.

Criteri diagnostici Le seguenti sono caratteristiche del funzionamento attuale e a lungo termine dell'individuo, non sono limitate agli episodi di malattia, e causano un'alterazione significativa del funzionamento lavorativo o sociale, o sofferenza soggettiva.

A. Passivamente il soggetto consente agli altri di assumere responsabilità nelle aree principali della sua vita, a causa dell'incapacità di funzionare indipendentemente (per esempio, lascia al coniuge decidere che tipo di lavoro dovrà avere).

B. Subordina i propri bisogni a quelli della persona dalla quale dipende, per poter evitare qualunque possibilità di dover contare su sé stesso (per esempio, tollera un coniuge violento).

C. Manca di fiducia in sé stesso, cioè si vede inerme e stupido.

301.84 DISTURBO PASSIVO-AGGRESSIVO DI PERSONALITÀ

Diagnosi differenziale Disturbo Oppositivo, manovre passivo-aggressive usate in situazioni nelle quali non sono possibili comportamenti assertivi.

Criteri diagnostici Le seguenti sono caratteristiche del funzionamento attuale e a lungo termine dell'individuo e non sono limitate agli episodi di malattia.

A. Resistenza alle richieste per una adeguata performance sia nel funzionamento lavorativo che sociale.

B. Resistenza espressa indirettamente attraverso perlomeno due dei seguenti elementi:

- 1) procrastinazione,
- 2) perdita di tempo,
- 3) testardaggine,
- 4) inefficienza intenzionale,
- 5) dimenticanza.

C. Come conseguenza di A e B, un'inefficienza pervasiva e costante, sociale e lavorativa (inclusi i ruoli di casalinga e studente), per esempio inefficienza intenzionale che impedisce la promozione sul lavoro.

D. Persistenza di tali modalità di comportamento anche in circostanze nelle quali è possibile un comportamento più autoaffermativo ed efficiente.

E. Non soddisfa i criteri per alcun altro Disturbo di Personalità, e se sotto l'età di 18 anni, non soddisfa i criteri del Disturbo Oppositivo.

I due esempi di voci nosografiche erano offerti alla riflessione del lettore senza commenti. Parlano da sé a chi le voglia ascoltare e si provasse ad applicarle.

Il radicalismo senza pretese argomentative veramente articolate della nota citata è pari all'indignazione per l'articolo del *Corriere della sera*, e per l'entusiasmo fuori luogo che veniva espresso, rivelatore dei reali interessi in gioco e fornito senza ritegno da un esponente della psichiatria accademica. Purtroppo è accaduto che agli innumerevoli psichiatri che hanno accolto positivamente il DSM III si siano accodate – spiace dirlo – anche diverse voci di una psicoanalisi internazionale preoccupata di restare indietro e “tagliata fuori” rispetto alle presunte novità della psichiatria.

Il rifiuto per questo modo di pronunciarsi nosograficamente l'ho espresso in molte sedi nel corso degli anni, motivandolo dettagliatamente e raccogliendo i vari interventi sino al 1993 in un mio libro.⁴ L'at-

teggimento avverso a un certo tipo di stile nosografante non è una mia bizzarra idiosincrasia, ma vi sono molte ragioni per vedere nella pratica diagnostica, per come si documenta, qualcosa di molto dubbio sul piano logico, epistemologico, clinico, relazionale, etico e psicoterapeutico. Vedere le pratiche psichiatriche quotidiane e le loro classificazioni con distacco, assumendo una sorta di sguardo antropologico culturale in casa propria, è molto utile per prendere le dovute distanze dai propri pre-giudizi ed evitare l'equivoco di ritenere scientificamente motivate operazioni da prospettare e da intendere su tutt'altro terreno.⁵

Si può comprendere, con queste premesse, che l'insieme degli scritti apparsi sul numero di *aut aut* del 2013 prima citato mi trovi sostanzialmente d'accordo.

Tuttavia il problema di pronunciarsi nosologicamente non può in alcun modo essere evitato in medicina e anche in psichiatria. Mentre la nosografia è una questione di linguaggio, alla quale si potrebbe dare un peso essenzialmente descrittivo e che dovrebbe essere facile relativizzare con decisione, le pratiche effettive non sono un effetto del linguaggio, ma è semmai il linguaggio a rispecchiarle e a generarsi da esse, per finire poi per costituirsi come un apparato interiorizzato di pregiudizi atti a generare a loro volta il proprio oggetto. Insomma il vero problema non sono i linguaggi della nosografia, ma le forme dell'azione psichiatrica che essi sono chiamati a giustificare. Questo nodo venne al pettine nella crisi della psichiatria degli anni sessanta e ha sicuramente avuto effetti salutari sulla psichiatria di allora, denunciandone la scarsa consistenza scientifica e la solidarietà con il sistema manicomiale.

Mi sembra tuttavia evidente che nel corso dei decenni la psichiatria, dopo il periodo di crisi a cavallo degli anni '60 e '70, abbia nuovamente assunto progressivamente e mimeticamente stili e forme tipiche dell'approccio medico. Questa mimesi, che è stata sempre ben presente nella psichiatria europea, americana e italiana, resta un punto molto discutibile, ma, bisogna ammetterlo, ha fatto comodo a gran parte degli psichiatri. A essa si è fatto corrispondere un organicismo più di principio che veramente documentabile. L'insufficienza della prospettiva biologica e neuroscientifica, a onta di tutti gli sforzi della ricerca, è ben puntualizzata e documentata da François Gonon,⁶ che fa il punto odierno sulla situazione.

C'è una enorme e significativa differenza tra l'attitudine nosografica presente in un Pinel e nella psichiatria morale da un lato, e la smania nosologica e riduzionista all'organico di un Kraepelin dall'altro. Benché sia stato storicamente fondamentale l'approccio medico alla malattia mentale, mi è sempre apparso evidente e non eludibile il ruolo determinante dei fattori psicologici e sociali nella comprensione del disagio psichico. Un disagio che non può in alcun modo essere racchiuso in forma pressoché esclusiva entro le recinzioni dello spazio corporeo e neppure nella mirabile complessità del cervello.

Occorre rendersi conto che non può esistere per l'esperienza psichica e il comportamento umano quell'evidenza del dissesto biologico e anatomopatologico che lo sguardo medico riscontra nelle alterazioni morfologiche degli organi e nei processi patologici attestati da modificazioni istologiche e biochimiche alla base di sintomi o catene di sintomi presenti con una certa stabilità e ricorrenza. Ciò che osserviamo in ambito psicopatologico *non è mai* il prodotto diretto del funzionamento cerebrale, ma il risultato di una complessa interazione Io-Corpo-Mondo, rispetto alla quale il cervello e le sue alterazioni sono solo un momento, sia pure fondamentale. Persino le malattie, i sintomi e le anomalie comportamentali che scaturiscono da lesioni cerebrali trovano nella patologia, che chiamiamo organica un momento di disarticolazione della relazione Io-Corpo-Mondo che è tutta da comprendere e che crea organizzazioni specifiche, che possiamo anche considerare anomale, perché così appaiono, ma che in realtà sono molto più sensate di quanto non appaia a un giudizio frettoloso. Per me è sempre meravigliosamente valida l'asserzione di Freud nella *Traumdeutung* in cui afferma: «Gli psichiatri hanno rinunciato troppo presto alla stabilità della struttura psichica».⁷

Atque chiede di pronunciarmi su dove comincia la malattia mentale. Ciò che appare come malattia mentale comincia quando i sistemi di adeguazione del singolo all'ambiente e di adeguazione dell'ambiente al singolo vengono meno del tutto o in parte e per le ragioni più diverse. Lo psichiatra è collocato su un crinale problematico dove può osservare il risultato di questa crisi, per decidere se un comportamento è folle o non lo è, e prendere i provvedimenti necessari. Il giudizio dello psichiatra è tuttavia molto relativo, legato com'è al contesto; e la sua posizione dipende parecchio da come il suo ruolo

viene inteso da lui stesso, dall'istituzione in cui opera, dall'amministrazione e dal gruppo sociale circostante. Se vuol restare sul crinale tra il dentro e il fuori, ai bordi dello spazio culturale dove Foucault riteneva di collocare l'antropologo culturale e lo psicoanalista, lo psichiatra dovrebbe avere un'autonomia dalla amministrazione da cui dipende e dalla delega a essere un regolatore dell'ordine pubblico.⁸ La legge 180 ha revocato il compito dello psichiatra di pronunciarsi sulla pericolosità del malato di mente e di essere un custode dell'ordine pubblico. Si tratta di una revoca importante, che tocca il cuore stesso della psichiatria e della sua funzione, ma che di fatto è ampiamente disattesa e insufficientemente considerata.

Ciò premesso, l'esigenza di una nosografia nasce in psichiatria con la psichiatria stessa e fa parte delle sue esigenze più caratteristiche. Si genera dall'esigenza nosografica l'incessante lavoro di *découpage* della clinica, i tentativi di accordo internazionale sulla terminologia da adottare, sui modi di descrivere i casi, sui parametri in gioco, su ciò che è da ritenersi notevole e deve essere un predicato necessario del nome nosografico e ciò che invece è accessorio, su ciò che è specifico e ciò che è comune a quadri diversi e che pertanto non serve alla loro differenziazione. Tutto questo continua a travagliare l'intesa degli psichiatri assai più profondamente di quanto non accada nella medicina generale. Che si tratti di questioni sulle quali è importante mettersi d'accordo in tanti, è del tutto evidente. Che l'accordo sia difficile, e che contenga qualcosa di insoddisfacente, è altrettanto evidente. I motivi del disaccordo sono molteplici, ma fondamentalmente vanno riferiti sia a questioni di ordine teorico, che riguardano i molti punti di vista dai quali il comportamento umano può essere considerato, sia al peso variabile che si può assegnare ai fattori in gioco, sia ai diversi usi e pratiche che da questa nomenclatura, una volta che si sia affermata, possono scaturire.

Esiste comunque un grande scarto tra una classificazione che giace in un manuale e la sua capacità di essere applicata all'esperienza. Esistono difficoltà sia a connettere descrittivamente la terminologia al singolo caso esaminato, sia ad assegnare una consistenza oggettiva a elementi che appartengono in grande parte alla sfera personale e al vissuto soggettivo.

Al di là di queste considerazioni, la nosografia psichiatrica corrisponde a esigenze classificatorie e di ordine che sembrano irrinunciabili.

bili: esse sono insite nel linguaggio e appaiono necessarie da un grande numero di punti di vista.

Non vi sarebbe bisogno di affermare una simile ovvietà, se non si fosse da sempre creato verso la nosografia psichiatrica sia adesioni acritiche spesso boriosamente ciniche e soddisfatte di sé, sia, e all'opposto, moti di antipatia e anche di squalificazione sia tra il pubblico, sia tra i medici, sia a un certo punto anche tra gli stessi psichiatri. Il rifiuto è diretto contro un atteggiamento classificatorio troppo rigido e che si limita a distribuire nomi e a creare entità teoricamente e clinicamente povere e sommarie, ma capaci di grandi conseguenze pratiche.

Molto si può dire su queste conseguenze pratiche e sul loro risvolto essenzialmente sociale. Ma vorrei qui limitarmi a ricordare una contraddizione che sta sullo sfondo del problema nosografico e della sua gestione effettiva. Il contrasto è fra la ragione ordinatrice della scienza, l'impersonalità e la freddezza delle sue descrizioni dei fatti e dello stato delle cose da un lato, e dall'altro il *pathos* di una sofferenza personale, che rivendica di essere riconosciuta come tale, non per le sue cause ipotetiche, ma per i suoi reali motivi, e la cui essenza appartiene a una dimensione soprattutto antropologica e alla natura tragica delle relazioni e dell'esistenza umana. La sofferenza psichica richiede la partecipazione da parte degli altri e di essere condivisa, anche semplicemente per poter essere individuata. Il divario fra una *ratio* che implacabilmente ordina e classifica in base a distinzioni che aspirano all'oggettività e il *pathos* di un livello emotivo del soffrire, che richiede, per essere alleviato o superato, riconoscimento e partecipazione, conduce al costituirsi di due figure estreme, di due atteggiamenti nodali che vengono sovente al pettine della clinica e che generano un contrasto specifico. Questo contrasto può assumere le più diverse fisionomie concettuali e rischia di non essere mai ricomposto e di non trovare mediazioni. La polimorfa tipologia dello psichiatra, che definisce che tipi di psichiatri siamo, può essere racchiusa nella proporzione che assegniamo a questi due ingredienti: una *ratio* che ha divorziato dal *pathos*, e un *pathos* dolente e che sente di non avere veri strumenti tecnici di fronte al dolore morale.

In un mio scritto di tanti anni fa, ho evidenziato questo contrasto ponendo a confronto due situazioni letterarie paradigmatiche, due personaggi emblematici della follia: Woyzeck e Odradek.⁹

Da un lato Woyzeck delirante, visitato da un'alienista di impronta positivista, sicuro del proprio sapere-potere sulla follia, che ispirò il personaggio del Dottore nel dramma di Georg Büchner *Woyzeck*. Questo Dottore dice a Woyzeck, angosciato e delirante, che egli ha “una bellissima *aberratio mentalis partialis*, della seconda specie, proprio ben caratterizzata... un'idea fissa in uno stato generale per il resto ragionevole...”. Con pochi efficaci tratti caricaturali il discorso medico-nosografico rivela un suo aspetto esso stesso aberrante, quando è impiegato per distanziarsi dall'angoscia e dal sentimento di morte che il paziente sta vivendo e che rappresenta per noi; e dove il Dottore evita ogni identificazione con lui ricorrendo all'azione di una parola classificatrice, che serve per respingere. Questo Dottore potrebbe aggiornarsi oggi col DSM III 5 o l'ICD 10, ottenendo lo stesso effetto genialmente denunciato già nel 1837 da Büchner (che tra l'altro era un medico).

Dall'altro la figura enigmatica di Odradek, ideata da Franz Kafka nel racconto che ha per titolo “Die Sorge des Hausvaters” (Il pensiero del padre di famiglia). Odradek è il simbolo inquietante di un figlio folle, un po' essere umano e un po' cosa, un oggetto bizzarro e inafferrabile, che il personaggio del padre non può comprendere e che nessuna descrizione riesce a rendere in modo ragionevole. Odradek si costituisce pertanto come la pena del padre, un emblema della sua impotenza operativa verso ciò che Odradek simbolizza: il nulla, la morte psichica e relazionale.

Vorrei qui ricordare uno dei non molti momenti della riflessione psichiatrica in cui il contrasto di cui sto parlando è venuto alla luce con estrema chiarezza. Penso alla critica di Hochmann¹⁰ alla “ragione nosografica”, e alle obiezioni che gli fece Daumezon. La “ragione nosografica” corrisponde all'atteggiamento teorico dello psichiatra che ordina, ritaglia e classifica il *malaise à vivre* degli uomini nello stesso modo col quale sono stati classificati, malattia per malattia, i disturbi somatici. Anziché ispirarsi all'idea di una continuità tra il normale e il patologico che ha caratterizzato sin dall'inizio l'approccio freudiano, la logica nosografica implica:

1. una filosofia della differenza e della distinzione oppositiva tra classi che si escludono l'una con l'altra;

2. un atteggiamento sostanzialista: alla malattia che si ha, corrisponde una descrizione anonima e immobile;
3. una filosofia meccanicistica delle cause e degli effetti, che dimentica che ciò che si osserva è un insieme vivente e mutevole, dove cause e effetti interagiscono al punto da divenire indiscernibili;
4. all'idea di malattia – ‘cosa che si ha’ – col suo fascio di cause, corrisponde una specifica localizzazione del male nel malato, riconducibile al tipico atteggiamento “monadico”, come Hochmann lo chiamava, che la nosografia istituisce isolando nel soggetto una sofferenza che trae spesso la sua origine e la sua forma da complessi motivi che appartengono al gioco tra la sfera dei bisogni personali, il mondo della vita e la vita stessa dell'uomo nella famiglia e nella società. Scaturiva da queste considerazioni una critica severa dell'atteggiamento “nosografante” verso il malato di mente.

A tutto questo Daumezon, nella sua prefazione all'edizione francese del testo di Hochmann,¹¹ opponeva l'obiezione che è un'esigenza dello spirito umano e di ogni azione classificare i fenomeni con cui ci si confronta; che non è possibile evitare la costruzione di molti modelli di fronte a fenomeni complessi e che la classificazione delle malattie mentali trova in questo la sua ragione sufficiente.

Molti dei problemi che la nosografia pone sta nel valore che le si attribuisce, nel peso che essa ha nel guidare gli atti clinici o gestionali successivi: se si pensa che essa sia un punto d'arrivo o solo un punto di partenza e per quale sviluppo o viaggio; se si tratta di un punto di partenza per prescrivere un farmaco, pronunciare una sentenza di morte civile o di emarginazione cronica, oppure avviare un dialogo e una più lunga interlocuzione esplorativa e terapeutica.

Ma prima ancora di sapere il destino del nome nosografico, cioè la risposta che esso susciterà, e che è così variabile, va sottolineata la difficoltà del campo osservativo da cui si parte: esso non è affatto un terreno semplice da istituire, né sono semplici le operazioni diacritiche da compiere su di esso, allo scopo di scegliere gli elementi da privilegiare per realizzare l'operazione diagnostica.

Non si possono prendere come operazioni ovvie gli atti (dialogici, osservativi, eccetera) che conducono alla costituzione di un campo somato-storico-psichico-relazionale, quello depositato per esempio

nella esposizione di un caso; né è cosa semplice estrarre da tutto questo i termini che conducono alla diagnosi. Scelte, opzioni e valorizzazioni in questo ambito sono ampiamente arbitrarie e investono la responsabilità di chi descrive in una sfera che non ha nulla a che vedere con l'oggettivazione di un'operazione semeiologica di tipo medico; ma, per esempio, con forme di percezione empatica di punti dolenti e di connessioni complesse che eccedono ampiamente la topografia del corpo e la geometria del sistema di esclusioni diagnostiche. Aggirare questi aspetti con l'impiego di scale di valutazione è praticamente possibile; ma mi sembra ovvio che con questo genere di operazioni si evitano aspetti fondamentali per la comprensione del caso. È del resto proprio questa comprensione che si vuole escludere. E tuttavia...

Vorrei fare un semplice esempio clinico. Si tratta del caso di un soggetto di mezza età, venuto alla nostra osservazione ambulatoriale. Il suo caso venne discusso dopo la sua prima visita nella riunione dello staff. Il paziente recava con sé il certificato di una precedente visita fatta presso un altro Centro psichiatrico ambulatoriale, certificato nel quale si leggeva che il soggetto "ad un'intervista psichiatrica strutturata è risultato soddisfare i criteri diagnostici per un disturbo psicotico non altrimenti specificato, secondo il DSM III-R. Stante questa diagnosi tutti gli elementi della realtà circostante vengono obbligatoriamente percepiti come ostili e minacciosi e inducono il prodursi di tematiche depressive e disforiche ricche anche di un'ideazione suicidaria. L'analisi del contenuto del pensiero evidenzia una recriminazione e una elaborazione persecutiva di tutte le vicissitudini precedenti favorite da una tendenza caratteriale al pensiero astratto e dereistico". Influenzato da questa impostazione, sulla cui "logica" interna non guasterebbe riflettere, lo psichiatra che illustrava il caso solo a fatica accertò e si decise a valorizzare un importante dato anamnestico: il paziente era sempre stato bene ed era riuscito a realizzare col suo lavoro condizioni di grande agiatezza economica, quando, quattro anni prima, la moglie che lo tradiva chiese la separazione. Si scoprì anche che due anni prima della separazione un suo figlio ebbe un incidente stradale che lo rese paraplegico. La lunga vicenda giudiziaria che accompagnò la separazione fu a lui straordinariamente sfavorevole. Il paziente ricavò dal susseguirsi di questi fatti un sentimento persecutorio di complotto.

Questi vari elementi, che avrebbero dovuto essere ospitati nell'asse IV del DSM, non vennero affatto valorizzati nel primo incontro. Essi furono ritenuti irrilevanti, semplici "vicissitudini precedenti", mentre sottolinearli significava rendere comprensibili, addirittura lampanti, i motivi – o almeno alcuni dei motivi – della caduta regressiva del soggetto, del suo andare alla deriva.

Dire che un simile paziente sta attraversando una esperienza psicotica, non ci dice molto: in tale modo si apre soltanto un problema che attende ulteriori risposte ed elaborazioni. Né ci direbbe molto introdurre un qualche ulteriore asse "psicodinamico", che sottolineasse un'eventuale fragilità narcisistica di questo soggetto, come sostenne un collega psichiatra e analista quando esposi questo caso in una relazione a un convegno psichiatrico sulla nosografia psichiatrica.

Non posso qui discutere a fondo il complicato rapporto che la psicoanalisi ha intrattenuto sino dai suoi esordi con la nosografia psichiatrica. A questo tema ho dedicato un lungo studio, che introduce la parte clinica del *Trattato di psicoanalisi* curato da Alberto Semi.¹²

Mi limiterò a dire che la psicoanalisi ha rilevato gran parte della nosografia della tradizione medico-psichiatrica e del suo linguaggio, ma ha avviato forme di esplorazione inedita rispetto alle quali la malattia e i suoi sintomi sono solo un punto di partenza. Una volta fatta convergere l'eterogeneità dei fatti clinici sul nome o i nomi della diagnosi, occorre in psicoanalisi "prolungare" l'osservazione. Questo prolungamento allontana nuovamente dalla diagnosi ed espande il suo nome lungo sentieri che vanno esplorati insieme al paziente. È per illustrare questo tipo di esplorazione che Freud introdusse la metafora archeologica, indicando una nuova attività del medico che doveva affiancarsi ai due tradizionali metodi della medicina: l'anamnesi e l'esame delle lesioni.¹³ Non si tratta solo di cimentarsi con un lavoro in profondità, ma può trattarsi anche soltanto di un'archeologia di superficie. E non si tratta neppure di una vera e propria archeologia, se l'accento viene spostato da Freud stesso sulla relazione terapeutica attuale e le sue potenzialità conoscitive e costruttive.

La nosografia medico-psichiatrica subisce, passando attraverso l'esperienza analitica, una serie di trasformazioni importanti. Indicando che le radici della sofferenza psichica, dell'angoscia, della depressione, dell'allucinazione e del delirio, i turbamenti di eros, i con-

flitti psichici, la coazione e la colpa sono temi antropologici universali, la psicoanalisi afferma inevitabilmente una dimensione anti-nosografica. In questo senso tutti siamo malati, nessuno è veramente malato. O, se si preferisce, siamo “sani immaginari”, come diceva un intenditore di roveli psicopatologici come Zeno Cosini di Italo Svevo.

L'attenzione si sposta qui dalla malattia alla persona, dall'osservato all'osservatore e alle sue risposte, ai suoi modi di considerare il paziente, alle sue interazioni con lui.

Se le cose sono destinate a svilupparsi in questa direzione, il riferimento nosografico è veramente necessario alla stessa psicoanalisi? Lo psicoanalista dedica molto tempo al suo paziente; la sua conoscenza è, o dovrebbe essere, una vera dia-gnosi, un conoscere-attraverso e insieme a lui. E non dovrebbe mai limitarsi a una riduzione al soggetto di guai e difficoltà legate a ferite dell'anima che sono il risultato di esperienze traumatiche e di vicissitudini che non possono essere ridotte né a ipotesi genetiche o a storture costituzionali, né a fattori puramente intrapsichici. Quanto alle ipotesi delle neuroscienze e agli studi relativi, essi ci riguardano ancora ben poco e li lasciamo volentieri ai genetisti e a neurofisiologi. Oggi come in passato non si tratta di “flirtare” con queste discipline, ma di rappresentare presso la scienza la sofferenza psichica nella giusta prospettiva relazionale e storica. È penoso vedere anche menti illustri di grandi studiosi delle neuroscienze parlare ipoteticamente del funzionamento neurale della schizofrenia come se sapessero di cosa si tratta!

L'istanza nosografica, nella sua forma legittima, rimanda in ogni caso anche ai vincoli strutturali sottesi alla dimensione personale di ogni sofferenza psichica. Proprio perché esistono quadri clinici, strutture provviste di una certa stabilità e inerzia, possiamo osservare evoluzioni e trasformazioni integrative o disgregative, progressive o regressive, maturative o dissolutive. Tali vincoli strutturali, che la psicoanalisi ha inizialmente riconosciuto nelle varie forme di “resistenza”, sono anche gli argini a un'immaginazione teorica che altrimenti non conoscerebbe limiti, a un linguaggio interpretativo che onnipotentemente può sempre inventare un predicato per ogni cosa, una collocazione narrativa per ogni evento.

L'osservazione psicoanalitica “prolunga” la diagnosi psichiatrica,¹⁴ ma nello stesso tempo se ne allontana, dirigendosi verso un'au-

tonoma considerazione del male e una valutazione che trova all'interno della sua teoria e nella clinica i propri riferimenti e validazioni. Il rischio della psicoanalisi è quello di perdere o rinnegare la propria funzione terapeutica, che è legata al suo articolarsi con la medicina, dalla quale del resto origina. Oppure, all'opposto, di integrarsi con la psichiatria sino a confondersi con essa, anziché limitarsi a illuminarla. Uno dei suoi compiti sembra consistere nell'andare al di là delle recinzioni nominaliste della diagnosi. Ciò che il nome nosografico pretende di concentrare richiede di essere riespanso lungo le vie del dialogo, della relazione e della comprensione. Occorre *ascoltare*, correlare, consentire la trasversalità dell'osservazione e quella trasformazione che va oltre l'idea di una malattia che si ha, e al di là del malato che si è, verso un orizzonte di elaborazione, comprensione e appropriazione personale.

La psichiatria, se non riesce a sviluppare qualcosa di simile, limita la sua azione a interventi farmacologici che sono importanti e necessari, ma non sufficienti per curare. Lo psichiatra dovrebbe rivendicare la propria funzione psicoterapeutica, senza la quale si trasforma in un amministratore, gestore e liquidatore delle forme di disagio psichico che eccedono quelle ordinarie. Ciò significa rivendicare una formazione personale e istituzionale adeguata alle esigenze cliniche dell'orizzonte bio-psico-sociale del suo operato. Un orizzonte sempre evocato, ma quasi sempre ampiamente disatteso sia sul piano concettuale sia su quello operativo.

Questi sono solo alcuni dei problemi, non certo la loro soluzione. Ma formulare correttamente problemi e interrogativi può essere necessario per non farsi irretire da qualche classificazione lungo il cammino e dalle pratiche che a essa corrispondono.

Vorrei infine concludere, ricordando uno studio clinico nel cui *abstract* mi sono casualmente imbattuto e che mi ha indotto a procurarmi l'intero articolo. Si tratta di un *Case report* dove, illustrando il caso clinico di Y, si esprimono con evidenza, in modo lucido ed esemplare, criteri scientifici, culturali, didattici che escludono gli approcci psicologici e sociali alla malattia mentale, relegando di fatto l'impegno e lo studio di questi ambiti a ranghi svalutati e non scientifici.

Cominciamo dal titolo dello studio: *Associazione di dosi molto elevate di Clozapina con Terapia elettroconvulsiva in un paziente affetto*

*da schizofrenia (Very High –Dose Clozapine and Electroconvulsive Therapy Combination Treatment in a Patient with Schizophrenia).*¹⁵

Eccone tradotto l'*abstract* che mi ha colpito:

Riferiamo qui il caso di un uomo di 19 anni affetto da schizofrenia paranoide che ha risposto solo in modo parziale al trattamento con dosi giornaliere di clozapina (1800 mg); aripirazolo, 20 mg; e clonazepam, 20 mg. Ridotta la clozapina a 1600-1700 mg, mantenendone livelli serici terapeutici, abbiamo aggiunto un ciclo di terapia elettroconvulsivante per un totale di 24 sedute. I risultati terapeutici sono stati minimali. Gli effetti collaterali negativi si limitarono a lievi disturbi cognitivi. La nostra esperienza conferma altri studi che suggeriscono che clozapina e terapia elettroconvulsivante possono essere associate senza causare eccessivi effetti collaterali avversi.

L'*abstract* riassume un breve articolo che informa della vicenda clinica di γ . Si tratta di un ragazzo di diciannove anni cui venne diagnosticata una schizofrenia paranoide all'età di tredici anni. Le prime avvisaglie della malattia furono un calo delle prestazioni scolastiche e un ritiro sociale, cui seguirono esperienze allucinatorie uditive, che gli ordinavano in maniera irresistibile di essere violento verso persone e cose. Fu ricoverato a tredici anni per undici mesi in un servizio psichiatrico per adolescenti e sottoposto a varie terapie antipsicotiche senza ottenere miglioramenti. Fallite anche altre iniziative terapeutiche imprecisate, promosse dai familiari, γ iniziò a diciassette anni la terapia con clozapina, un farmaco che avrebbe ragione dei sintomi psicotici nella metà dei casi in cui gli altri farmaci antipsicotici si sono rilevati inefficaci.

Si ebbero in effetti sensibili miglioramenti nel paziente, ma solo a elevatissimi dosaggi del farmaco. Poté così riprendere gli studi "sotto stretta supervisione volontariamente accettata in una fattoria per animali e si mise a suonare alcuni strumenti musicali". E tuttavia continuò ad avere allucinazioni uditive che gli ordinavano "di prendere a calci, urlare e sputare verso i membri della sua famiglia, il che accadeva quotidianamente".

Fu "per ottenere una migliore remissione" sintomatologica, che si decise di associare il già citato robusto dosaggio di Clozapina a un ciclo di terapia elettroconvulsivante (EST) a dosi elettriche crescenti, che

trovarono un limite nella comparsa di rilevanti sintomi collaterali. La preoccupazione degli autori è rivolta al binomio tecnica dell'EST – effetti collaterali negativi eventualmente prodotti, che non mancarono di manifestarsi, sia pure in forma non grave.

Le aggressioni ai parenti si ridussero un po' ma nel complesso i risultati terapeutici furono minimi. E gli autori concludono con qualche rammarico: “gli effetti cognitivi avversi prodotti dall'EST furono di disturbo e limitarono la dose di elettricità che avremmo potuto somministrare. Nondimeno la nostra osservazione contribuisce all'evidenza che EST e clozapina possono essere associati in modo sicuro”.

Possiamo immaginare che lo schizofrenico tredicenne Y abbia iniziato il suo calvario terapeutico dopo essere stato riconosciuto da qualche suo insegnante che teneva sulla cattedra il DSM, come consigliava il professore di psichiatria citato all'inizio? Non lo sappiamo, come non sappiamo veramente nulla su Y. Sappiamo invece parecchio sui criteri che hanno guidato la cura di Y e le scelte di campo compiute dagli estensori di questo case report. E che si tratti di criteri e scelte condivise da molti, come attesta la bibliografia sull'associazione EST – clozapina che accompagna il *case report*, non può essere un motivo di ragionevole soddisfazione.

Resta il fatto che simili pratiche terapeutiche e loro relativa pubblicazione non abbiano trovato e non trovino limiti in nessun comitato etico ospedaliero, e che possano essere pubblicate su riviste indicizzate, divenendo utili almeno come un tassello di una carriera scientifica.

Il caso di Y mostra un particolare destino pratico della parola nosografica, quando l'individuo è colto esclusivamente come esponente di una classe diagnostica definita entro una classificazione nosografica e lo si ritiene perciò stesso sufficientemente conosciuto.

All'assenza o all'insufficienza di una denuncia delle attuali condizioni della psichiatria da parte degli operatori corrisponde un'acquiescenza, dovuta alle cause più varie, ai pesanti limiti e distorsioni delle pratiche terapeutiche attuali.

Lo psichiatra sembra avere urgente e costante bisogno di riflettere sui criteri del proprio operato e si può capire che per certi aspetti sia un fatto positivo che la disciplina alla quale si ispira non sia meno scissa dei pazienti di cui si occupa; e che sia infine un bene che possa trovare ostacoli l'internazionalizzazione delle sue prati-

che tassonomiche e terapeutiche. Gli strumenti della diagnosi hanno in tutto questo la loro responsabilità, ma è anche decisivo come essi vengono utilizzati, al di là delle intenzioni dichiarate da coloro che li producono.

Note

- ¹ AA.VV., *La diagnosi in psichiatria*, in «aut aut», 357, 2013 – a cura di M. Colucci.
- ² F. Petrella, “La funzione psicoterapeutica nel lavoro psichiatrico istituzionale”, in «Gli argonauti», 12, 49, 163, 1991.
- ³ AA.VV., *Epidemiologia psichiatrica*, Nota redazionale, in «Gli argonauti», 24, 1985, pp. 67-69.
- ⁴ F. Petrella, *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, Raffaello Cortina, Milano 1993.
- ⁵ F. Petrella, “Antropologia culturale e psichiatria di fronte al processo terapeutico”, in AA. VV., *Psicoanalisi e classi sociali*, Editori riuniti, Roma 1978; ripubbl. in F. Petrella, *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, cit.; cfr. anche Id., “Stati confusionali e metafore della confusione”, in «aut aut», 164, 1978, ripubbl. in F. Petrella, *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, cit.
- ⁶ F. Gonon, “La psichiatria biologica: una bolla speculativa?”, in AA. VV., *La diagnosi in psichiatria*, cit.
- ⁷ F. Petrella, “Antropologia culturale e psichiatria di fronte al processo terapeutico”, in AA. VV., *Psicoanalisi e classi sociali*, Editori riuniti, Roma 1978, cit.
- ⁸ M. Foucault, *Le parole e le cose* (1966), trad. it. Rizzoli, Milano 1967.
- ⁹ F. Petrella, “Woyzeck, Odradek e lo psichiatra: psicoanalisi e nuova cultura psichiatrica di fronte alla psicosi”, in «Materiali filosofici», 2, 1974; ripubbl. in F. Petrella, *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*, cit.
- ¹⁰ J. Hochmann, *Psichiatria e comunità* (1971), trad. it. Laterza, Bari 1973.
- ¹¹ G. Daumezon, Préface a: J. Hochmann, *Pour une psychiatrie communautaire*, Seuil, Paris 1971.
- ¹² F. Petrella, “Nosologia e psicoanalisi”, in *Trattato di psicoanalisi* (a cura di A. Semi), vol. II, Raffaello Cortina, Milano 1989.
- ¹³ S. Freud, *Etiologia dell'isteria* (1896), trad. it. in OSF, vol. 2.
- ¹⁴ S. Freud, *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17), trad. it. in OSF, vol. 8.
- ¹⁵ Lo studio – comparso in «Journal of Electroconvulsive Treatment», 25, 4, 2009, pp. 280-281 – è di S. Kellen e collaboratori.

