

Diagnosi, “common language” e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale

**BENEDETTO SARACENO
GIOVANNA GALLIO**

1. Il non-luogo della diagnosi

Giovanna Gallio. In un testo del 1986,¹ prendendo spunto dall'enciclopedia degli animali di Borges e dal commento che Foucault ne aveva fatto introducendo *Le parole e le cose*,² definivi l'uso della diagnosi in psichiatria come un modo per trasferire i soggetti dai propri luoghi e tempi di vita, nel “non-luogo del linguaggio”: una sorta di “rapimento fantastico”, con effetti tuttavia molto reali (“un paradosso fantastico che ha tutte le caratteristiche della realtà”). Facevi l'esempio di Karl Menninger, che in un suo libro del 1963 aveva ricostruito elenchi e classificazioni di malattie mentali risalenti a duemilacinquecento anni prima, con i medesimi effetti di esilarante incoerenza del testo borgesiano.³ In questo caso, trattandosi di persone in carne e ossa, di cui la diagnosi si appropria per dislocarle in uno spazio che non è immaginario o vuoto, o “ridotto a niente” come quello di Borges, il riso si rapprende in tante domande sui materiali della realtà di cui la diagnosi si serve, e sulle nuove realtà che produce.

Benedetto Saraceno. È una constatazione quasi banale: la diagnosi in psichiatria non ha nulla a che fare con l'esperienza della persona diagnosticata. Di per sé è un processo di denominazione che separa lo psichiatra

Benedetto Saraceno ha lavorato a Trieste con Basaglia, attualmente direttore del Centro collaboratore dell'OMS di Ginevra.

1. B. Saraceno, *La diagnosi psichiatrica: uno strumento inefficace*, “Fogli di informazione”, 35, 1988, pp. 42-50. Cfr. anche B. Saraceno, E. Sternai, *Diagnosi*, “Lettera. Percorsi bibliografici in psichiatria”, 2, 1986, pp. 15-53.

2. M. Foucault, *Le parole e le cose* (1966), trad. di E. Panaitescu, Rizzoli, Milano 1967, p. 5 sgg.

3. K. Menninger, *The Vital Balance: The Live Process in Mental Health and Illness*, Viking Pinguin, New York 1963.

dalla sofferenza del paziente: non è un “ponte” che favorisce l’incontro, ma una “lama” che lo rende impossibile. Trasforma l’esperienza della sofferenza in un codice verbale, diventando un luogo riconoscibile solo per lo psichiatra, ma inaccessibile (e sostanzialmente irrilevante) per il paziente.

Fin dalle prime teorizzazioni di Claude Bernard, fare diagnosi in medicina significa fundamentalmente due cose: sapere *che cosa fare* e prevedere *come andrà a finire*. L’indagine diagnostica consente cioè di impostare la terapia e di fare una prognosi, ma in psichiatria le cose non vanno così: da un lato sono i sintomi, e non la loro organizzazione in una categoria diagnostica, a fungere da guida nella scelta del trattamento; dall’altro, le evoluzioni nel tempo delle storie individuali, a parità di diagnosi, sono talmente eterogenee da non consentire generalizzazioni prognostiche.

È invece accertato che la diagnosi psichiatrica svolge funzioni di etichettamento (e stigma) dei pazienti, assicurando il ripetersi di un rito, un gesto per così dire sovrano, destinato a conferire unità a un corpus disciplinare dai confini sempre più dilatati e incerti, e a una categoria professionale disunita e povera di identità.

L’uso ideologico della diagnosi, in cui più si riflette la capacità degli psichiatri di conservare l’egemonia nel proprio campo d’intervento, è stato messo in luce da molti studiosi e ricercatori soprattutto anglosassoni, per i quali l’idea che la psichiatria sia collegata a funzioni di controllo sociale non rappresenta uno scandalo, ma un’evidenza. Anni fa il sociologo Phil Brown,⁴ citando numerosi esempi tratti dalla storia della psichiatria, ha mostrato che non è difficile documentare la fluidità del costrutto della malattia mentale, se solo si individuano le correlazioni esistenti tra il prevalere di certe “etichette” o entità nosografiche, e il variare dei bisogni di controllo sociale nelle diverse epoche (per esempio, agli inizi del Novecento le donne sessualmente attive, che lavoravano come operaie, venivano diagnosticate come “psicopatiche” ogni volta che non erano inserite in un ordinato contesto familiare e conducevano una vita indipendente).

Le funzioni di *labeling* sono immanenti all’esercizio della psichiatria: fanno parte del dispositivo diagnostico e servono oggi più che mai a preservare l’identità medica degli psichiatri, minacciata e messa in questione da altri saperi e figure professionali. Si pensi alla penetrazione capillare,

4. P. Brown, *The Name Game: Toward a Sociology of Diagnosis*, “The Journal of Mind and Behaviour”, 3-4, 1990, pp. 385-406.

già nel secolo scorso, di saperi di derivazione psicologica e psicoanalitica, sociologica e antropologica, e all'affermarsi di criteri di autonomia operativa di molti soggetti e "attori" nel campo della salute mentale.

Addentrando su questo terreno diventa peraltro evidente che l'uso ideologico della diagnosi non esaurisce le complesse esigenze oggi rappresentate dal fatto di dover classificare le malattie mentali. Come ha scritto Gavin Andrews,⁵ vi sono almeno tre ordini di ragioni che dagli anni ottanta in poi hanno svolto un ruolo decisivo nel giustificare il bisogno della classificazione diagnostica: da un lato l'esigenza di assicurare la comunicazione e lo scambio operativo tra diverse figure professionali e ambiti di assistenza sanitaria nei quali la competenza psichiatrica è richiesta, spesso intrecciata ad altri interventi; dall'altro la crescente sofisticazione degli studi di efficacia clinica che mettono a confronto trattamenti diversi, farmacologici e non; infine le complesse procedure amministrative e assicurative collegate ai rimborsi della spesa sanitaria.

Dunque, sottesi al bisogno della diagnosi psichiatrica troviamo sia motivi ideologici (nell'accezione più deteriore del termine), sia ragioni di ordine conoscitivo che, seppure non libere esse stesse da condizionamenti ideologici, rappresentano istanze difficilmente eludibili.

G.G. La debole identità medica può spiegare l'ambivalenza degli psichiatri nei riguardi della diagnosi. A questo proposito sono due gli orientamenti di base che tu stesso hai suggerito:⁶ da un lato l'orientamento manicheo o "purista", che oppone in maniera abbastanza sterile coloro che difendono l'importanza e l'utilità della diagnosi, e coloro che la negano; dall'altro l'orientamento "additivo" o trasformista, riassumibile nella frase: "La diagnosi è indispensabile e utile, ma per poterla formulare non bastano i sintomi o le informazioni che si possono ricavare dall'osservazione clinica, sono necessarie altre variabili extracliniche". L'orientamento additivo è decisamente più interessante e oltrepassa la questione della diagnosi, essendo diventato una sorta di paradigma di azione nella salute mentale territoriale. Come possiamo spiegarlo?

B.S. Man mano che il modello biomedico della psichiatria ha dovuto, in coincidenza con la nascita del welfare, confrontarsi con modelli organizzativi diversi, ipotesi eziologiche diverse, spinte culturali

5. G. Andrews, *The Changing Nature of Psychiatry*, "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry", 4, 1991, pp. 453-459.

6. B. Saraceno, *La diagnosi psichiatrica: uno strumento inefficace*, cit., p. 43.

extramediche, istanze sociali e mutamenti politici, invece che porsi in uno stato di crisi e autointerrogazione (in quello stato epocale in cui Basaglia l'aveva salutarmente costretta), gli psichiatri si sono limitati ad "aggiungere". Aggiungere ha significato semplicemente includere nuovi ambiti di osservazione e nuove competenze, senza elaborare l'inevitabile trasformazione epistemologica e metodologica che ogni inclusione comportava. In tal modo il nucleo centrale della "questione psichiatrica" è venuto allo scoperto: ci si è cominciati a chiedere fino a che punto questa disciplina possa continuare a esistere come una branca della medicina, o se invece, nel momento in cui assume come oggetto di osservazione e intervento aspetti sempre più lontani dal suo campo tradizionale di applicazione, cessi di esistere come specialità medica e diventi qualcosa d'altro: qualcosa di indefinito e forse da definire.

Anche rispetto alla diagnosi la cultura additiva si è limitata a prendere atto dell'insufficienza dei precedenti strumenti, aggregando sempre nuove informazioni. L'impressione è che gli psichiatri non sappiano o non vogliano prendere atto che il contenitore non è infinito: l'introduzione di variabili eterogenee, di sguardi diversificati, di nuovi universi di senso, nuove pratiche mediche e non mediche, modifica la struttura del contenitore, lo ridefinisce e lo reinterroga. Da qui anche l'inutilità del dibattito pro o contro la diagnosi. La questione andrebbe piuttosto formulata nel modo seguente: fino a che punto la diagnosi continua a essere un informatore efficace se le variabili che utilizziamo come informatori parziali si moltiplicano e si sommano, ed entro quali limiti questa somma di informazioni serve a rendere la diagnosi più articolata e ricca, o (anche) a metterla in discussione e a invalidarne il potere informativo.

Facciamo un esempio concreto. A partire dagli anni settanta la deistituzionalizzazione,⁷ mutando i luoghi del trattamento, ha di fatto mutato il destino del malato: per il solo fatto di riconoscere l'antiterapeuticità dell'ospedale psichiatrico, e di spostare l'intervento in servizi non segreganti (o meno segreganti), si sono differenziati gli esiti. All'interno di

7. B. Saraceno ha insistito in molti suoi scritti sull'ambiguità della parola "deistituzionalizzazione", nel suo essere spesso confusa con la "deospedalizzazione". Mentre quest'ultima traduce una decisione politico-amministrativa di ridimensionare gli ospedali psichiatrici per ragioni di risparmio economico, o per privatizzare le forme dell'assistenza (come nel caso della deospedalizzazione selvaggia realizzata da Ronald Reagan in California negli anni settanta), la deistituzionalizzazione mira all'effettivo superamento del paradigma manicomiale, mediante un insieme di pratiche e di teorie "finalizzate a sottrarre l'esperienza di malattia a ogni sua istituzionalizzazione", B. Saraceno, E. Sternai, *Diagnosi*, cit., p. 44.

un contenitore indifferenziato qual era il manicomio, dove si agivano interventi indifferenziati, si evidenziavano esiti indifferenziati (l'istituzionalizzazione, la cronicizzazione): a che pro dunque differenziare la diagnosi? Se la comunità scientifica produceva diagnosi differenziate, la comunità dei curanti in pratica le ignorava, dato che non proponevano alcuna differenziazione di natura prognostica o di strategia d'intervento. Da alcuni decenni la comunità scientifica e la comunità dei curanti hanno un interesse in comune che prima non avevano: differenziare le diagnosi. Questo tuttavia è vero solo parzialmente; se da un lato le offerte terapeutiche e gli "scenari" dell'intervento si sono articolati e diffusi, in modo da favorire la progressiva individualizzazione dei percorsi di cura e la differenziazione degli esiti, dall'altro le strategie d'intervento, cioè i trattamenti, sono a tuttora fortemente standardizzati, poveri di strumenti e di contenuti, e poco o per nulla modulati sui bisogni dei singoli individui.

In altre parole, la separazione fra comunità scientifica e comunità dei curanti, che è palese quando esistono i manicomi, tutto sommato permane anche fuori dai manicomi. E mentre la comunità scientifica vive nell'illusione (e mistificazione) della diagnosi come strumento altamente differenziato, la comunità dei curanti continua a praticare terapie stan-

Il termine "deistituzionalizzazione" è stato coniato negli Stati Uniti nei primi anni sessanta per segnalare l'inversione di rotta nei sistemi di trattamento della malattia mentale, "nel passaggio improvviso dall'apologia dell'isolamento terapeutico del XIX secolo, all'affermazione non meno dogmatica della superiorità del trattamento nella comunità", in F. Castel, R. Castel, A. Lovell, *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Grasset, Paris 1979, p. 102. Era stato il Community Mental Health Act, emanato dall'amministrazione Kennedy nel 1963, ad annunciare questa svolta epocale, come se fosse possibile decretare per legge il superamento dei manicomi. Così infatti non sarà, ma è con questo significato di ingiunzione politico-amministrativa a svuotare gli ospedali che la "deistituzionalizzazione" si trova subito mescolata e confusa. Il termine godrà di una fortuna crescente negli anni settanta e ottanta, essendo adeguato a rappresentare sia gli interessi dei gruppi conservatori e neoliberali che puntavano al ridimensionamento del welfare, sia le lotte e le aspirazioni di coloro che nella chiusura dei manicomi vedevano il simbolo di un'epoca nella quale tutte le istituzioni totali sarebbero state soppresse.

In Italia il termine "deistituzionalizzazione" è stato profondamente rielaborato, dal punto di vista teorico e operativo, soprattutto nell'esperienza di Trieste. Cfr. F. Rotelli, O. de Leonardis, D. Mauri, *Deinstitutionalisation, Another Way*, Health Promotion, WHO, Cambridge 1986, rintracciabile nella versione italiana del sito del Dipartimento di salute mentale di Trieste. Cfr. inoltre O. de Leonardis, *Il ciclo di una politica: la riforma psichiatrica*, in C. Donolo, F. Fichera, *Le vie dell'innovazione*, Feltrinelli, Milano 1988, pp. 47-82, e *La désinstitutionnalisation*, atti del Réseau international Alternative à la psychiatrie, "Perspectives psychiatriques", 8, 1986.

ardizzate che non “vedono” le differenze, mantenendo i propri pazienti all’interno di una indifferenziazione (e indifferenza) clinica e morale.

2. Usi valutativi e amministrativi della diagnosi

G.G. In Italia, dopo l’approvazione della legge 180 anche le esperienze più avanzate sono state sottoposte a processi di razionalizzazione amministrativa: gli operatori dovevano descrivere in positivo il loro modello, le loro “buone pratiche”, esibendo dei risultati per farsi riconoscere sia dagli amministratori e governanti, sia dalla comunità scientifica internazionale. In quegli anni sono state la valutazione e la ricerca epidemiologica, derivate da modelli anglosassoni di psichiatria sociale e di *community care*, a reintrodurre in maniera surrettizia, specie nel linguaggio scritto, le classificazioni diagnostiche per grandi categorie, senza che ne venisse problematizzato l’uso. Si parlava della diagnosi per lo più come di una convenzione nominalistica, un atto dovuto; qualcosa che bisognava più subire che discutere, se non altro per indicizzare la gravità di una condizione o di uno stato.

B.S. La domanda a cui dobbiamo rispondere, allora come adesso, è la seguente: per fare ricerca è necessario categorizzare mediante una diagnosi i soggetti ai quali si applica uno studio? La risposta affermativa non è così ovvia come parrebbe a prima vista. Senza dubbio le grandi categorie diagnostiche possono svolgere una funzione di raggruppamento, se pure un po’ semplicistico, di persone che presentano sintomi comuni, e cioè simili (ma che non necessariamente hanno problemi, contesti e opportunità simili); e poiché la valutazione di un servizio implica la conoscenza delle popolazioni di pazienti che lo utilizzano, è evidente che un certo grado di omogeneità sotto il profilo diagnostico può risultare necessario. Tuttavia non mancano, sono anzi numerosi gli studi epidemiologici condotti su servizi che al posto della diagnosi utilizzano altre variabili: per esempio i sintomi, la percezione soggettiva dei disturbi, o il grado di disabilità, o variabili descrittive della storia della malattia e dei percorsi istituzionali della persona (se è un “caso nuovo” o “ricorrente”, se il soggetto è stato indirizzato al servizio dalla famiglia o dal medico di base, ecc.). La fallacia della diagnosi può insomma essere aggirata utilizzando altri descrittori non clinici, capaci di fornire importanti informazioni.

Dunque si può dire che la diagnosi non è così indispensabile per fare ricerca valutativa. Anche l’epidemiologia psichiatrica si è in parte affrancata dalla fallacia della diagnosi ricorrendo sempre più spesso alla

cross-fertilization di diverse discipline e strumenti di valutazione: scale neuropsicologiche, schede e questionari di derivazione sociologica o antropologica. Del resto, all'impiego della diagnosi a scopi di valutazione del funzionamento dei servizi o dell'efficacia dei trattamenti, si oppongono paradossalmente gli stessi clinici: è da loro che provengono le maggiori resistenze. Anche le numerose ricerche sul DSM-III e IV,⁸ condotte tra i professionisti statunitensi, hanno evidenziato un sostanziale rifiuto dell'uso dello strumento. Il DSM sembra essere apprezzato come mezzo formale di comunicazione (se cioè si scrive un articolo scientifico), ma è considerato inutile nella pratica clinica perché non fornisce indicazioni al trattamento, né aiuta a formulare una prognosi.

Se, da un lato, la resistenza degli psichiatri all'uso di strumenti standardizzati può essere interpretata come il retaggio di una cultura dove da sempre prevale l'ipersoggettività del giudizio, e dove la preferenza viene accordata a categorie psicopatologiche basate su lessici locali, dall'altro è certo che esistono seri problemi metodologici sulla validità clinica delle classificazioni diagnostiche. La logica costruttiva che sottende la diagnosi non è univoca; il più delle volte è l'espressione del "non sapere" della psichiatria sulle malattie che tratta. In certi casi la diagnosi segue una logica puramente descrittiva, o si riferisce a modelli psicodinamici (peraltro inverificati), o a concezioni anatomo-funzionali; raramente si basa su criteri eziologici, anche perché di poche malattie mentali si conosce l'eziologia. Questa grande variabilità di modelli di riferimento testimonia del carattere eterogeneo e frammentario delle conoscenze, ma lo stato fluido del sapere psichiatrico non è un delitto, è un dato di fatto. La pretesa stabilità e coerenza dei sistemi diagnostici è invece un delitto di superbia in quanto scotomizza la fluidità, occulta il dubbio, asserisce la certezza.

Riassumendo i risultati di diversi studi, Anne Farmer e altri autori hanno asserito che un'entità nosografica per essere considerata valida deve soddisfare tre criteri: la sua unicità deve essere inconfondibile rispetto ad altre costellazioni di sintomi, reggendo il confronto con l'impiego di differenti strumenti di misurazione (*face validity*); il decorso della malattia e la risposta al trattamento devono poter essere predetti

8. Il DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) è il sistema diagnostico creato nel 1952 dall'American Psychiatric Association (APA), successivamente aggiornato nel 1968 (DSM-II), nel 1980 (DSM-III) e nel 1994 (DSM-IV).

(*predictive validity*); l'eziologia e la patogenesi devono poter essere conosciute (*construct validity*).⁹ È evidente che rispettando questi criteri di validità il numero delle entità nosografiche si ridurrebbe di molto.

G.G. Il rigore di questi criteri dovrebbe essere preteso nei diversi ambiti – amministrativi, giudiziari o medico-legali – dove la valutazione diagnostica ha effettivamente un peso: corrisponde a un costo, diventa una misura nella previsione di un rischio o nel risarcimento di un danno, serve a quantificare le risorse finanziarie destinate a un programma o a un servizio; soprattutto incide sull'entità della pena da erogare a una persona che ha commesso un delitto. Nelle società neoliberali non sono diventati questi gli usi prevalenti della diagnosi psichiatrica?

B.S. Certo, la diagnosi psichiatrica è prima di tutto uno strumento amministrativo impiegato per identificare persone che hanno diritto al riconoscimento di una disabilità (per ottenere una pensione o altri tipi di aiuti), o persone esposte a un determinato trattamento giuridico-penale, o raggruppate in via sperimentale per provare che una certa cura (generalmente il trattamento farmacologico) è più o meno efficace. Tuttavia, se gli psichiatri restano gli ambigui utilizzatori della diagnosi standardizzata è per altre ragioni: non solo perché ritengono, secondo una rigida impostazione biomedica, di non avere strumenti migliori per descrivere i loro pazienti, ma perché la ricerca farmacologica si basa sul DSM, e i finanziamenti che ne derivano sono un potente stimolo a continuare a riprodurre all'infinito questo sistema diagnostico, senza porsi troppi problemi di natura epistemologica.

Il DSM è una fonte formidabile di denaro per l'APA: dai molteplici manuali e manualetti derivati dal DSM, riprodotti in tutti i paesi del mondo, l'associazione degli psichiatri americani ricava ogni anno alcuni milioni di dollari.¹⁰ Anche tutti i tentativi fatti dall'Organizzazione mondiale della sanità per giungere a un sistema unico e universale di diagnosi psichiatrici-

9. A.E. Farmer, S. Wessely, D. Castle, P. McGuffin, *Methodological Issues in Using a Polydiagnostic Approach to Define Psychotic Illness*, "British Journal of Psychiatry", 161, 1993, pp. 824-830.

10. Pensato come uno strumento utile più alla ricerca che alla pratica clinica, il DSM è stato di fatto propagandato e diffuso come un manuale indispensabile alla formazione degli psichiatri e degli psicologi clinici; in quanto tale è ovunque utilizzato non solo nei corsi universitari, ma anche e soprattutto nelle scuole di specialità e negli esami di abilitazione all'esercizio della professione. A proposito dei limiti dell'impiego del DSM nella pratica clinica cfr. i contributi di R. Spitzer e A. Frances, i due capi delle *task force* del DSM-III e IV, in "Psicoterapia e Scienze Umane", 2, 2011, pp. 247-262.

ca, armonizzando il capitolo V dell'ICD¹¹ con il DSM, si sono scontrati con l'esigenza degli psichiatri americani di mantenere artificialmente delle differenze. Infatti, mentre l'ICD-10 è utilizzabile gratuitamente e l'OMS non ricava *royalties* dai suoi strumenti diagnostici, il DSM viene venduto ai suoi utilizzatori: se i due sistemi diventassero uno solo non vi sarebbe più alcun guadagno per l'APA. Io stesso, in quanto rappresentante dell'OMS, sono stato per vari anni co-presidente del gruppo OMS-APA, incaricato di armonizzare i due sistemi, che di fatto sono rimasti distinti per ragioni essenzialmente economiche.

3. Sistemi diagnostici a confronto

G.G. Sofferiamoci su questo punto: i cambiamenti intervenuti nella concezione e negli usi della valutazione diagnostica negli anni in cui hai diretto il Dipartimento di salute mentale e abuso di sostanze dell'OMS, dal 1999 al 2010. Se non sbaglio, è stato un decennio di profondi mutamenti nel modo stesso di concepire le politiche di salute mentale, grazie anche alla visione strategica dell'allora direttrice generale dell'OMS, Gro Harlem Brundtland, ex primo ministro norvegese.

B.S. Proprio così. Negli anni precedenti, quando la direzione del programma OMS di salute mentale era affidata a Norman Sartorius, espressione dell'establishment psichiatrico internazionale conservatore, le parole-chiave erano molto improntate ai modelli biomedici della psichiatria, e dunque la diagnosi occupava un posto preminente. Nel 2000 la direzione muta radicalmente, vengono definite nuove priorità orientate a concezioni di sanità pubblica: sono cioè le politiche di salute mentale, le legislazioni, l'organizzazione dei servizi e la questione dei diritti ad assumere un'importanza centrale. L'OMS naturalmente conserva l'obbligo istituzionale di tenere aggiornata la *Classificazione internazionale delle malattie*, ma al di là di questo obbligo si può senz'altro dire che la diagnosi è stata messa in secondo o terzo piano negli anni in cui ho diretto il Dipartimento, mentre l'enfasi è stata posta sui grandi temi dell'equità,

11. L'*International Classification of Diseases* (ICD), la cui decima edizione risale al 1992, è la classificazione diagnostica riconosciuta dall'Assemblea dei paesi membri dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS-WHO). L'ICD è molto utilizzato negli studi statistici ed epidemiologici, specie quelli rivolti alla gestione di programmi di salute e igiene pubblica; il suo periodico aggiornamento è assicurato dal fatto che i paesi membri sono tenuti a inviare ogni anno all'OMS le statistiche di mortalità e morbilità per ciascuna malattia. Il capitolo V dell'ICD è dedicato alla classificazione delle malattie mentali; attualmente è in fase di revisione, in vista di una nuova edizione che sarà pronta nel 2015.

dell'accesso ai trattamenti, della promozione e difesa dei diritti.¹² Anche l'approccio valutativo è molto cambiato: si pensi a uno strumento come l'AIMS (*Assessment Instrument for Mental Health Systems*),¹³ creato dall'OMS nel 2007, che utilizza ben centotrenta variabili descrittive dei sistemi di salute mentale senza ricorrere alle categorie diagnostiche. Certamente un linguaggio comune è necessario, e abbiamo bisogno di strumenti e classificazioni diagnostiche per comunicare, ma dobbiamo sempre aver chiaro che il loro grado di fallacia è elevatissimo, e che i raggruppamenti discreti di sintomi che oggi utilizziamo non esistono "in natura". Lo sguardo multiculturale dell'OMS permette di relativizzare il ruolo della diagnosi in sé, mettendo l'accento sulla complessità del processo diagnostico di cui l'attribuzione classificatoria non è che l'aspetto finale. Soprattutto l'uso della diagnosi deve essere *problem-oriented* e *setting-oriented*, e non centrato su una nosografia statica e artificiale.

G.G. Quali differenze esistono tra il DSM e l'ICD?

B.S. Le logiche che sottendono i due sistemi diagnostici sono in parte diverse, ma hanno qualcosa di rilevante in comune: entrambe sono improntate al modello biomedico della malattia mentale. Tuttavia bisogna onestamente riconoscere che il DSM contiene molte più aperture verso una visione meno kraepeliniana della malattia, essendo il frutto di una mediazione tra l'orientamento biomedico e la cultura psicodinamica di molti psichiatri statunitensi che, soprattutto negli anni sessanta e settanta, erano di formazione psicoanalitica. Inoltre il DSM cerca di accostarsi a una visione più evolutiva e dimensionale della malattia, grazie alla sua multiassialità e alle correzioni apportate nel corso del tempo per correggere gli errori più vistosi.

In un suo magistrale intervento del 1985, John Strauss affermava che dopo aver dedicato anni per contribuire allo sviluppo del DSM-III, era stato per lui impossibile non rendersi conto che troppo spesso i pazienti ai quali venivano somministrate le interviste e gli altri strumenti di rilevazione,

12. Su questi temi cfr. B. Saraceno, *Mental Health: Scarce Resources Need New Paradigms*, "World Psychiatry", 1, 2004, pp. 3-5.

13. L'*Assessment Instrument for Mental Health Systems* (AIMS) è stato creato per consentire ai paesi meno dotati di risorse di effettuare una valutazione dei propri sistemi di salute mentale, evidenziando i punti di forza e di debolezza. Sulla base delle criticità e dei bisogni individuati, si promuovono interventi di correzione e riforma, sottoposti in seguito a periodica rivalutazione mediante tecniche di monitoraggio. La novità introdotta dall'AIMS è che i "valutatori" sono professionisti scelti localmente, mentre di solito la valutazione è effettuata da esperti di cooperazione internazionale, inviati dai paesi che promuovono e finanziano i programmi (cfr. <www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf>).

descrivevano esperienze “intermedie” rispetto alla definizione dei sintomi (un pensiero delirante o “quasi” normale; un’allucinazione o un pensiero percepito in modo “molto intenso”); in quanto tali non erano incasellabili in modo certo nelle categorie diagnostiche, che erano spesso assegnate in modo arbitrario.¹⁴ L’arbitrarietà si spingeva fino al punto di verificare che sintomi considerati patognomonici, per esempio per la schizofrenia, non lo erano affatto. L’utilizzazione di metodi di rilevazione diagnostica rigidamente definiti mostrava che le persone “reali” si adattavano ben poco alle categorie psichiatriche, mentre emergeva un *continuum* fra diversi gruppi diagnostici, o fra diversi gruppi di sintomi, e anche fra manifestazioni sintomatiche e manifestazioni psicologiche normali.

Al contrario del DSM, l’ICD considera la malattia in modo puramente categoriale secondo una logica binaria (malattia presente/malattia assente); in questo senso riflette la cultura kraepeliniana dei suoi ispiratori. Tuttavia oggi vi è uno sforzo da parte dell’OMS di rinnovare il capitolo sulle malattie mentali dell’ICD-10 secondo criteri di *utility*, tenendo conto cioè dell’effettiva utilità della diagnosi nel progettare e realizzare un intervento terapeutico. Il fulcro della nuova logica OMS è quello di fornire uno strumento pratico per i livelli non specialistici del sistema sanitario, la cosiddetta Primary Health Care, che nella maggior parte dei paesi del mondo è il settore della sanità più esposto all’incontro con la malattia mentale e con il suo trattamento.

Non bisogna infatti dimenticare (e gli psichiatri lo dimenticano spesso, o fanno finta di non saperlo) che nel mondo, su cento persone che soffrono di un disturbo mentale solo quaranta sono destinate a incontrare un medico, e solo quindici incontrano uno psichiatra. In altre parole si può affermare, se pure con stime indirette, che l’85 per cento dei casi che dovrebbero essere oggetto di cure non incontrano la psichiatria e le sue categorie diagnostiche. Questi dati sembrano confermare lo stato di crescente frammentazione e indebolimento della disciplina di cui parlavo agli inizi, tanto che sono gli psichiatri stessi a sollevare il problema della loro sparizione in un futuro non remoto.¹⁵ Lo ha fatto di recente con ottimi argomenti anche Angelo Barbato, ricordando fra

14. J.S. Strauss, *Negative Symptoms: Future Developments of the Concept*, “Schizophrenia Bulletin”, 3, 1985, pp. 457-460.

15. Cfr. H. Katschnig, *Are Psychiatrists an Endangered Species? Observations on Internal and External Challenges to the Profession*, “World Psychiatry”, 1, 2010, pp. 21-28.

l'altro che ora sono gli utenti "a mettere in questione le modalità e l'uso del procedimento diagnostico".¹⁶

4. "Disturbi senza confini?"

G.G. In conclusione vorrei riprendere la domanda sollevata alcuni anni fa da Nikolas Rose: fin dove può spingersi la nosografia psichiatrica e il trattamento dei casi diagnosticati?¹⁷ In un intervento molto ampio e documentato, basato su dati statistici ricavati da diverse fonti, Rose interroga le responsabilità del "mercato della malattia" gestito dall'industria farmaceutica, ma anche gli psichiatri definiti "imprenditori della morale" (*moral entrepreneurs*). Seguendo le sue argomentazioni si pensa che la diagnosi, per quanto relativizzata, continua a essere uno dei principali indicatori delle risorse destinate alla psichiatria, oltre che un parametro universalmente condiviso di valutazione delle politiche di salute mentale.

B.S. I maggiori interrogativi sulla pervasività della diagnosi, e sulla sua sostanziale non credibilità, provengono oggi sia dalla proliferazione di casi di Post-Traumatic Stress Disorder dopo l'11 settembre (il vero e proprio mercato dei PTSD che si è venuto a creare in tutte le aree di emergenza del mondo), sia dall'inflazione di disturbi del comportamento nei bambini soprattutto negli Usa, dove la diagnosi di autismo sembra essere abusata. Anche la Mental Health Survey, condotta da Ron Kessler di Harvard in collaborazione con l'OMS in decine di paesi del mondo, ha rilevato tassi di malattia mentale che, nella popolazione generale, oscillano fra il 18 e il 36 per cento.¹⁸

Per comprendere l'entità del fenomeno possiamo ricorrere a un esempio. Attualmente per convenzione si considerano come patologici valori della pressione arteriosa minima superiori a 90; se decidessimo che la barra viene abbassata, e che a partire da 85 la pressione minima va

16. Scrive Barbato: "La sola definizione clinica non è sufficiente a spiegare la malattia e tanto meno la disabilità, il cui sviluppo richiede l'ingresso in gioco di altri fattori contestuali o soggettivi. L'importanza dei fattori soggettivi fa emergere prepotentemente il ruolo degli utenti e del loro sapere, alimentando le richieste che da essi vengono di mettere in questione le modalità e l'uso del procedimento diagnostico", A. Barbato, *Si accettano scommesse sulla sopravvivenza della psichiatria nel prossimo futuro*, "SouqQuaderni", novembre 2010, <www.souqonline.it/home2.asp?idtesto=778&idpadre=698>.

17. N. Rose, *Disorders without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice*, "BioSocieties", 4, 2006, pp. 465-484.

18. R.C. Kessler, S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso, S. Chatterji, S. Lee, J. Ormel, T. Bedirhan Üstün, P.S. Wang, *The Global Burden of Mental Disorders: An Update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys*, "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", 1, 2009, pp. 23-33.

considerata patologica, da un giorno all'altro aumenteremmo di decine di milioni il numero dei malati di ipertensione, decuplicando i benefici finanziari dell'industria farmaceutica di anti-ipertensivi. Questo di fatto sta accadendo in psichiatria: l'asticella del discrimine "oggettivo" fra caso e non-caso viene arbitrariamente spostata verso il basso grazie alla complicità tra psichiatri e industria, e grazie a una mediatizzazione della malattia mentale che pervade la quotidianità degli individui, appropriandosi di tutti i fenomeni normali di sofferenza psicologica e sociale, trasformandoli in malattie. L'ansia dei giovani che affrontano l'esame di maturità, o il legittimo stress conseguente a un evento traumatico, o la fisiologica depressione che consegue a un lutto: tutto viene psichiatrizzato, e per ogni sofferenza c'è una diagnosi.

Intervenendo nel dibattito che da mesi scuote il gruppo dell'APA incaricato di redigere il DSM-5, lo psichiatra e antropologo americano Arthur Kleinman¹⁹ si chiede qual è la durata "normale" di un lutto: quanti mesi si può essere tristi, turbati o sconvolti da un lutto senza venire etichettati come malati? Riferendosi alla recente scomparsa della moglie Joan, Kleinman rivendica il diritto alla normalità per il suo lutto prolungatissimo, e solleva interrogativi sull'impiego di psicofarmaci per rispondere al crescente disagio psicosociale.

Kleinman ha ragione: è urgente tornare a interrogarsi sul rischio di psichiatrizzare i conflitti sociali, le insoddisfazioni e le rabbie giovanili, la mancanza di lavoro e la disuguaglianza di reddito che colpiscono soprattutto i gruppi più vulnerabili. La psichiatria decontestualizza la sofferenza, e con l'ottimismo (non si sa se stolto o doloso) del *common language* coniato da Sartorius agli inizi degli anni settanta, si sono cancellate le differenze fra culture, contesti sociali e politici, condizioni economiche palesemente disuguali o inique, per celebrare l'universalità della malattia psichiatrica, rassicurante ma indimostrata. Le differenze culturali possono costituire una barriera invalicabile per trovare un accordo diagnostico anche tra specialisti, e il più delle volte forzare queste barriere porta a risultati che suonano come una derisione per l'intelligenza.²⁰ D'altra parte si sa, chi

19. A. Kleinman, *Culture, Bereavement, and Psychiatry*, "Lancet", 379, 2012, pp. 608-609.

20. Si pensi agli studi transculturali di Westermeyer e Chan circa le difficoltà di tradurre la diagnosi in idiomi "lontani". Cfr. J. Westermeyer, *Psychiatric Diagnosis across Cultural Boundaries*, "American Journal of Psychiatry", 7, 1985, pp. 798-805; D.W. Chan, *The Chinese Version of the General Health Questionnaire: Does Language Make a Difference?*, "Psychological Medicine", 15, 1985, pp. 147-155.

cerca trova, e se si cerca qualcosa che si è deciso di trovare a tutti i costi, lo si trova di certo. Per esempio, il “furore omicida” chiamato *amok* in Malesia, è stato cercato e trovato anche nei paesi occidentali, etichettato come “psicosi reattiva breve con comportamento *amok*-simile”.²¹

Dunque: diversità di culture, di scenari e soprattutto di scopi devono orientare a una maggiore transculturalità, semplificazione e finalizzazione dei sistemi diagnostici. In questo senso va riconosciuto all’OMS uno sforzo verso un approccio empirico e pragmatico nella formulazione dell’ICD-11, che sarà pronto nel 2015 e che ha spostato il fuoco del processo diagnostico secondo criteri di attenzione ai setting d’uso reali, affinché siano i setting a determinare il grado di complessità necessario all’intervento, e soprattutto il tipo di set complementare di informazioni che bisogna acquisire.

Se consideriamo la diagnosi per quel che è – un giacimento di dati, un archivio di categorie e modelli conoscitivi sedimentati nel tempo –, la riflessione critica sulle classificazioni diagnostiche diventa un esercizio necessario: ci aiuta a comprendere che le “variabili valutative”, cioè le informazioni che il paziente porta con sé e che possiamo effettivamente considerare come un patrimonio di rischi e di protezioni, sono più connesse alla vita della persona che alla sua malattia, e che l’identità del malato staccata dall’esistenza è un artefatto della clinica.

Molti studi negli ultimi vent’anni ci hanno insegnato a considerare il contesto e il paziente come un sistema complesso e indivisibile, così come indivisibile è per qualunque individuo la relazione-vincolo tra soggetto e intersoggettività. Malebranche diceva “il nous faut regarder hors de nous pour nous voir”: il soggetto in sé è introvabile dall’altro (il che non significa che non esista); l’altro può solamente cogliere il sistema dove il soggetto si sperimenta (il che non significa che non esista la possibilità che il soggetto colga se stesso). A sua volta Merleau-Ponty diceva che un soggetto in sé non è conoscibile dall’altro (e dunque nemmeno una malattia in sé), ma che si possono cogliere soltanto interazioni psicologiche e materiali.

Sono queste interazioni operative – tra il paziente e gli altri, tra la persona e i luoghi in cui si svolge la sua vita materiale, tra l’utente di un servizio e le risposte che riceve – il patrimonio a cui possiamo avere

21. J.-M. Guilé, *La schizophrénie existe-t-elle sous toutes les latitudes?*, “L’Information Psychiatrique”, 2, 1989, pp. 123-128.

accesso, e che può modificarsi in forza di un intervento che crei le condizioni affinché il soggetto possa esercitare più scelte. Gli strumenti di cui disponiamo sono essenzialmente l'ascolto, la solidarietà, il creare occasioni discorsive di confronto tra gli interessi del paziente e quelli della famiglia; soprattutto possiamo modificare il contesto di vita quotidiana della persona, favorendo i suoi scambi materiali e affettivi con gli altri. Si tratta di strumenti molto empirici, adattati ai contesti e alle culture locali; la loro organizzazione in tecnologie standardizzate è servita il più delle volte solo a persuadere gli psichiatri circa la scientificità della loro disciplina. In realtà è difficile stabilire una gerarchia di gesti e di interventi nel lavoro con il paziente e con il suo contesto: cambiare l'arredo di una stanza o migliorare l'habitat è importante quanto ascoltare la persona che si racconta; fare l'una o l'altra delle due azioni, senza riconoscere l'importanza di quella che viene omessa, rende probabilmente vano l'intervento.

Non vi sarà dunque una tecnologia da applicare al soggetto, ma una *praxis* che, utilizzando il patrimonio di rischi e di protezioni che il soggetto detiene, lo accompagna nella costruzione di spazi negoziali. Si assume cioè che lo scambio – il *negotium* – preceda e definisca la relazione, e non il contrario. La costruzione dei diritti di cittadinanza come asse prioritario nell'intervento psichiatrico, su cui abbiamo insistito fin dagli anni settanta, non è una scelta solo etica, ma anche tecnica: il cittadino pieno può esercitare i suoi scambi (e con essi scambiare anche follia), mentre il cittadino dimezzato non sa che farsene di "abilità relazionali" acquisite nei laboratori protetti della riabilitazione,²² poiché non avrà diritto né accesso all'esercizio di relazioni, o accederà a relazioni deprivate della materialità degli scambi che le rende reali.

22. Su questi temi cfr. B. Saraceno, *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Etas, Milano 2000.