

La diagnosi come problema relazionale in psichiatria

*Eugenio Borgna**

1. Premesse

Nel contesto di una psichiatria rivalutata come scienza umana, come scienza della intersoggettività, e non solo come scienza naturale, la diagnosi non può essere considerata nella sua ghiacciata e impersonale dimensione categoriale; ma deve essere riconsiderata nella sua dimensione problematica e interpersonale, mai statica e immobile, e mai nemmeno rigidamente programmabile.

Alle certezze in problematiche della psichiatria naturalistica, radicate nelle sue assiomatiche categorie conoscitive e diagnostiche, si contrappongono le fragili e sempre dilemmatiche certezze conoscitive e diagnostiche della psichiatria fenomenologica aperta a riconoscere gli orizzonti di senso, e le contraddizioni, che si adombrano in ogni esistenza ferita dal dolore, e dalle malattie dell'anima.

Nel contesto di una psichiatria fenomenologica i sintomi non sono mai segmenti immutabili e pietrificati, come sono quelli di una malattia somatica, ma sono esperienze vissute che narrano qualcosa di significativo in ordine alla storia della vita di chi sta male, e alla condizione umana *tout court*. Sono esperienze vissute che non hanno solo bisogno di essere constatate nella loro evidenza sintomatologica ma anche di essere interpretate nella loro ragione d'essere eidetica. Sono esperienze vissute che, nella loro plasmabilità e nella loro liquidità, si trasformano continuamente nella misura in cui da ogni colloquio terapeutico rinasca, o meno, una relazione interpersonale fondata sulla introspezione e sulla immedesimazione: strumenti radicali di conoscenza e di cura in psichiatria. Dalla fenomenologia, e dalla relativizzazione delle certezze diagnostiche in psichiatria, sono scaturite le premesse teoriche, e le conseguenti rivoluzionarie realizzazioni pratiche, del discorso antimanicomiale di Franco Basaglia. Su queste problematiche vorrei svolgere alcune riflessioni che nascono dalle mie esperienze psicopatologiche e cliniche; nella consapevolezza che la psichiatria non possa non tenere presente la necessità di riconoscere i suoi limiti, e di evitare di ricadere nei gorgi di un'onnipotenza diagnostica che inaridisca la complessità e la molteplicità dei fenomeni psicopatologici: sempre condizionati nella loro insorgenza, e nella loro evoluzione, dalle relazioni interpersonali.

2. Quali certezze?

Le psichiatrie, oggi dominanti, finalizzate a considerare nel contesto di una radicale svolta riduzionistica i fenomeni psichici come epifenomeni delle

* Primario emerito di Psichiatria dell'Ospedale Maggiore di Novara

attività neuronali, non possono non trascinare con sé la reificazione, la fatale riduzione ad oggetti, dei pazienti: con la conseguente trionfalizzazione del valore e dei significati della malattia, dei sintomi della malattia; e con la conseguente negazione della interiorità, della soggettività, dei pazienti. Nel solco di una logica naturalistica, che considera la psichiatria come esclusiva scienza naturale, non è possibile riguardare i fenomeni psichici patologici se non nella loro genesi organica, biologica, con la esclusione di ogni correlazione psicologica e sociale.

Le certezze della psichiatria naturalistica si sono accompagnate alla illusione che solo nell' area di cure somatiche, di cure biologiche, si abbiano a ritrovare le fondazioni terapeutiche della psichiatria. E, ancora, che solo nei confini chiusi di strutture ospedaliere isolate e separate, emarginate da ogni possibile umana connessione con il mondo esterno, e cioè solo nei deserti emozionali dei manicomi, queste fondazioni terapeutiche si abbiano a realizzare. Non posso non ricordare come, nei manicomi, in ogni parte del mondo, e in particolare, fra i paesi europei, in Italia e in Francia, proprio come conseguenza di una naturalizzazione e di una medicalizzazione della psichiatria, questa si è venuta realizzando in forme di assistenza e di cura del tutto estranee alla dimensione interiore, e interpersonale, della sofferenza psichica, e alle febbrili esigenze di dialogo e di ascolto, di decifrazione dell'anima, che sono in essa.

3. La scienza che guarisce l'anima

In un suo lontano lavoro Cari Gustav Jung ha scritto cose di una drastica chiarezza che dimostrano come non sia possibile accogliere la tesi della reificazione naturalistica della psichiatria. "La psichiatria è la cenerentola della medicina. Tutte le altre discipline hanno su di essa un grande vantaggio: il metodo delle scienze naturali"; e ancora: "La psichiatria, la scienza che guarisce l'anima, invece, sta ancora davanti alla porta e cerca invano d'impadronirsi dei metodi di misura e valutazione delle scienze naturali. E' vero, noi sappiamo già da tempo che c'è un determinato organo, il cervello; ma solo al di là del cervello, al di là del substrato anatomico v'è ciò che per noi è importante, vale a dire l'anima, entità da sempre indefinibile, e che continua a sfuggire anche ai più abili tentativi di afferrarla".

Non si può guardare al futuro, a quello che potrà essere il futuro delle scienze naturali e delle scienze umane, se non si riflette sul passato, su quelle che sono state le esperienze, e le conoscenze, del passato; e le folgoranti considerazioni di Jung ci dicono come, in psichiatria, le relazioni fra anima e corpo non possano risolversi nella improblematica identificazione dell' anima nel corpo. Cosa che sarà drasticamente ribadita dieci anni dopo da Kurt Schneider, uno dei più grandi psichiatri del secolo scorso, in un suo lavoro di una sconvolgente radicalità. Le parole, direi, profetiche di Kurt Schneider sono queste: "Si è cercato di indagare il cervello come l'organo della vita psichica: si è creduto di avere trovata la via che doveva condurre, alla fine, ad una localizzazione e ad una spiegazione dei disturbi psichici, e di conseguenza ad una articolazione

scientifico-naturale delle malattie psichiche, e si è giunti ai sistemi teorici di un Meynert e di un Wernicke”; e ancora: “Con la introduzione e la realizzazione della tecnica microscopica cresceva la speranza di una psichiatria fondata sulla anatomia dalla quale il concetto di anima scomparisse sempre di più”. Ma le taglienti riflessioni di Kurt Schneider non si fermano a quelle delineate; e ancora scrive: “Nel 1903 Gaupp ha sottolineato la incompatibilità di principio dei processi materiali e dei processi psichi ci, e ha affermato quello che molti, ancora oggi, si vergognano di dire: la psichiatria non è solo un ramo della medicina scientifico-naturale. La istologia patologica non potrà mai realizzare qualcosa di essenziale per la comprensione delle manifestazioni psichiche”. (Certo, la neurochimica e la neurofisiologia sono articolazioni tecnologiche enormemente più sofisticate e aggiornate di quella che è stata, nella psichiatria del secolo scorso, la istologia microscopica; ma le questioni epistemologiche in ordine alla natura delle relazioni fra l'anima e il corpo si prospettano, oggi, ma si prospettersanno anche in futuro, con analoghe implicazioni metafisiche, e con analoghe diverse implicazioni pratiche.) Non vorrei in ogni caso insabbiarmi in una querelle, che è oggi particolarmente vivace, e che tematizzerà radicalmente il futuro della psichiatria nella sua ragione d'essere di scienza solo naturale, o di scienza anche umana con le sue indelebili e decisive connotazioni conoscitive e cliniche. E vorrei solo dire che, se crediamo in una psichiatria estranea ad ogni sua riduzione neurobiologica, vengono meno le certezze cartesiane legate ad una conoscenza freddamente razionale, e riemerge la necessità di affidarsi nella diagnosi e nella cura, in psichiatria, ai vascelli inquieti della intuizione.

4. Le categorie diagnostiche

In ordine al problema delle diagnosi in psichiatria vorrei richiamarmi al pensiero di André Haynal, che è stato ordinario di psichiatria alla Università di Ginevra, e che in un suo bellissimo articolo sostiene come le diverse edizioni, a cura della American Psychiatric Association, del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM)*, il testo di una psichiatria estesa a tutto il mondo, tendano ad aumentare vertiginosamente il numero delle diagnosi, delle categorie diagnostiche, inventando senza serie prove scientifiche nuove malattie, e introducendo una indefinita e vaga denominazione semantica come è quella di "disturbo". Si creano così, egli scrive, nuove patologie, inutili e pericolose, che portano ad un abbassamento delle soglie diagnostiche di una malattia psichica: con la enorme dilatazione, una epidemica esplosione, nel numero di persone che sono fatte rientrare nell'una, o nell' altra, delle infinite possibili diagnosi, e con la conseguente dilagante somministrazione di psicofarmaci. La terza edizione, del 1983, del *DSM* ha delineate 265 diagnosi, e la quarta edizione, del 2000, ne ha delineate 365. Come ancora scrive André Haynal, le categorie diagnostiche nelle diverse edizioni del *DSM* sono, in parte, il risultato di una antica ed empirica tradizione storica, e sono in ogni caso stabilite da *commissioni* che rispecchiano senza alcuna evidenza

scientifico la sola opinione degli psichiatri che le compongono. Certo, nelle diverse edizioni del *DSM* non si parla di "malattie", ma di "disturbi", che sono in ogni caso considerati come fenomeni patologici di causa organica, e che hanno bisogno nella loro cura di psicofarmaci. (Dilaga, ad esempio, la diagnosi di "disturbo da deficit di attenzione e iperattività" che è considerato come sintomo di una condizione ansiosa emblematica di bambini a partire dai sei anni di età, e come conseguenza di un disturbo del sistema dopaminergico; e questo senza tenere presente la grande importanza del contesto familiare e scolastico nel determinare ansia e insicurezza in bambini che hanno bisogno di ascolto e di pazienza. Ai quali si prescrive "metilfenidatocloridrato", un farmaco (il *ritalin*) ad azione disinibente, che in ogni paese è largamente somministrato a bambini e ad adolescenti. Come scrive Egon Fabian, gli enormi investimenti finanziari dell'industria farmaceutica su questa sostanza hanno fatto in modo che più di dieci milioni di bambini nel mondo ne siano curati, e che la sua somministrazione sia vertiginosamente cresciuta in Germania fra il 1993 e il 2006.) Ma gli psichiatri, oggi, tendono a studiare il solo testo del *DSM*: esaurendo la loro formazione clinica, e il loro impegno diagnostico, nell'attribuire ad ogni paziente una di queste infinite possibili diagnosi che la psichiatria classica ha, da sempre, riunificato nelle aree tematiche, tuttora quelle necessarie, delle esperienze neurotiche, delle esperienze psicotiche, e dei disturbi di personalità.

5. Le certezze impossibili

Non si può non scegliere fra una psichiatria neurobiologica, e una psichiatria fenomenologica. Al di là dei conflitti teorici, ovviamente inconciliabili, le applicazioni pratiche della psichiatria biologica hanno condotto, come dicevo, alla creazione di oscure istituzioni manicomiali, e quelle della psichiatria fenomenologica alla loro chiusura, e alla loro sostituzione con servizi di psichiatria immersi nel mondo della vita; ma anche ad una ben diversa interpretazione della malattia e della diagnosi in psichiatria. Cosa ha scritto Franco Basaglia al quale si deve questa rivoluzione metodologica e conoscitiva, pratica e teorica, della psichiatria: rivalutando fino in fondo la soggettività, la interiorità, del paziente, e la insostenibilità di ogni riduzionismo oggettivante? Le sue parole sono di una decisiva importanza al fine di sottolineare fino in fondo la dignità e la dimensione umana della sofferenza psichica alla quale ci si avvicina solo in un atteggiamento di immedesimazione intuitiva, e di partecipazione emozionale. La psichiatria come scienza umana è aperta alla problematicità della esistenza, ed è radicalmente consapevole della impossibilità di giungere in essa a certezze assolute, che sono inconciliabili con la libertà e con la oscurità di ogni esistenza: sana, o malata. Le parole di Basaglia sono queste: "Ma gli uomini non sono oggetti che possano essere posti in qualunque ordine. Più precisamente, dobbiamo aver chiaro che l'uomo è un animale sociale, è una persona e un individuo, un soggetto"; e ancora: "Parlando per assurdo, potrei alimentare tutti gli uomini, offrire casa a tutti, creare condizioni di conforto materiale che

possano soddisfare tutti. Tuttavia, il dolore che opprime l'uomo, l'angoscia di ogni giorno nella relazione con gli altri uomini, tutto questo io non posso risolverlo. Questa angoscia esistenziale fa parte dell'uomo, è una realtà, e tale relazione tra l'ordine sociale e la dimensione esistenziale rappresenta la contraddizione e l'opposizione della nostra vita. Non c'è ricetta, né dal punto di vista politico, né a livello di buona volontà che possa risolvere questa contraddizione". Nel contesto di una psichiatria rivalutata come scienza umana, come scienza della intersoggettività, anche la diagnosi non è più considerata nella sua fredda dimensione categoriale; ma è riconsiderata nella sua dimensione problematica e interpersonale: nella sua dimensione (anche) relazionale. Sono cose, queste, sulle quali ci invitano a riflettere altre profonde considerazioni di Basaglia: "Ciò significa che per lo psichiatra l'alternativa oscilla, fra un'interpretazione ideologica della malattia (con la costruzione di una diagnosi esatta ottenuta attraverso l'incasellamento dei diversi sintomi in uno schema sindromi precostituito); o l'approccio al malato mentale su di una dimensione in cui la classificazione della malattia ha e non ha peso"; e ancora: "Nel primo caso accetteremmo, ancora una volta, il ruolo di schedatori di cartelle per un centro meccanografico; nel secondo, saremmo noi psichiatri ad andare alla ricerca di un ruolo che non abbiamo ancora mai avuto e che ci metta – per quanto possibile - alla pari con il malato in una dimensione in cui la malattia come categoria venga messa fra parentesi". Ovviamente, non si tratta di negare il significato di una diagnosi in psichiatria; ma solo di relativizzarne, e di umanizzarne, gli orizzonti conoscitivi; nella radicale consapevolezza critica che gli orientamenti diagnostici essenziali siano quelli che distinguano le sintomatologie psicotiche da quelle neurotiche, e che le sconfiniate articolazioni diagnostiche oggi dilaganti non siano se non costruzioni ideologiche.

6. Le fragili certezze della psichiatria

Seguendo il *Leitmotiv* della possibilità, o della impossibilità, delle certezze diagnostiche in psichiatria, sono giunto a delineare alcune delle strutture portanti della psichiatria somatologica, della psichiatria naturalistica, e quelle della psichiatria della interiorità, della psichiatria fenomenologica; delineando le applicazioni pratiche dell'una e dell'altra: le assiomatiche certezze dell'una e le fragili certezze dell'altra. Non sono questioni, queste, che interessino solo la storia attuale della psichiatria, ma anche quella del futuro: nel quale la mediazione, o il conflitto, fra l'una e l'altra psichiatria saranno decisivi in ordine alla sopravvivenza, o meno, della legge italiana di riforma psichiatrica. Come si fa, del resto, ad essere prigionieri di certezze conoscitive, assimilabili a quelle che si hanno in medicina, e non aperti a sole fragili certezze, quando si abbia a che fare in psichiatria non con sintomi, dotati di una dimensione obiettiva immediatamente e univocamente riconoscibile, ma invece con segni, come sosteneva Kurt Schneider, con esperienze vissute che devono essere continuamente decifrate con una conoscenza che non può non essere anche, e anzi soprattutto, conoscenza emozionale. E questa, sulla quale ha scritto cose

decisive di matrice husserliana Ludwig Binswanger, si svolge lungo sentieri conoscitivi fragili, fatalmente fragili, perché correlati con le soggettività di chi cura e di chi è curato. La conoscenza dei modi di essere della vita psichica, delle sue espressioni emozionali in particolare, si fonda insomma sulla articolazione dialettica di una soggettività, quella di chi cura, che si confronta con quella di chi è curato, in un contesto di una relazione interpersonale mai statica e immobile, e nemmeno mai prevedibile e programmabile, e sempre invece oscillante e mutevole, che si avvicina di volta in volta, e di volta in volta si allontana, da quello che avviene nelle due soggettività contrapposte. In psichiatria non può mancare, del resto, la coscienza che i sintomi di una condizione psicopatologica cambiano, e si modificano, in continua correlazione con quello che avviene nel contesto relazionale. Ci sono pazienti che delirano con alcuni psichiatri, e che non delirano con altri psichiatri; e questo riconferma ancora una volta la plasmabilità e la plasticità dei fenomeni psicopatologici. La certezza, la consistenza tematica, di una malattia, non è sempre raggiungibile in psichiatria a causa di queste discontinuità e di queste metamorfosi delle esperienze vissute che si condensano, e si dissolvono, in una continua corrispondenza con quelle che sono le consonanze, o le dissonanze, interpersonali e sociali. I sintomi, che costituiscono le forme di sofferenza psichica, la tristezza e l'inquietudine, la disperazione e la maniacalità, la angoscia e la ossessività, la fabulazione isterica e le allucinazioni, e anche il delirare, sono sintomi liquidi: così definibili nel senso delle grandi intuizioni di Zygmunt Bauman. In ogni caso, fra le certezze, non sempre realistiche e non di rado illusionali, delle psichiatrie neurobiologiche, e il relativismo esasperato di quelle sociologiche che negano ogni componente biologica nella malattia psichica, ci sono quelle che chiamerei le fragili certezze della psichiatria fenomenologica che, senza negare la contestuale presenza di elementi biologici e sociali, fonda nel dialogo ermeneutico la sorgente della conoscenza di quello che si svolge in una soggettività ferita dalla sofferenza.

7. Le certezze pericolose

Non è possibile non sottolineare drasticamente l'importanza che ha in psichiatria tenere presenti i limiti della conoscenza ai fini della diagnosi, in particolare. Senza cadere in insostenibili generalizzazioni, i modi di essere psicopatologici sono la risultanza di elementi psicologici, biologici e sociali, che si intrecciano gli uni con gli altri, e non sempre è possibile valutarne la reciproca consistenza tematica e formale. Quando siano dominanti gli elementi psicologici e sociali, sintomatologie psicotiche ad insorgenza acuta sono friabili e ad evoluzione benigna; e gli errori diagnostici sono possibili e inevitabili. Ma non sono cose che avvengono ogni giorno in medicina? Certo, gli errori sono immanenti ad ogni prassi medica; e nondimeno essi, una volta riconosciuti, non lasciano tracce nella vita e nella storia di vita di ogni paziente. Una diagnosi sbagliata in psichiatria, una diagnosi di schizofrenia in particolare, non si cancella più dalla storia della vita di un paziente: divorata dal potere implacabile, e non ancora

sconfitto, chi sa quando lo sarà, dello stigma; ed è per questo che, in psichiatria, è necessario rimettere in discussione, ogni volta, le constatazioni cliniche: guardandosi dalle certezze, e divenendo sempre più consapevoli dei limiti delle nostre conoscenze e delle nostre diagnosi. E questo significa che ogni colloquio clinico, e ogni cartella clinica, abbiano a realizzarsi con grande attenzione e grande partecipazione, anche emozionale, al destino di dolore, di angoscia e di disperazione, di ogni paziente. Non si può, del resto, dimenticare che le parole, con le quali ci rivolgiamo ai pazienti aride, o palpitanti di emozione, indifferenti, o salvifiche, fredde, o riservate, svolgono una immediata azione antiterapeutica, o terapeutica, sulla condizione di malattia: accentuandola, o arginandola. Ne conseguono risonanze emozionali imprevedibili che non sono collocabili in un contesto di astratta razionalità.

8. Conclusioni

Avviandomi alla conclusione vorrei solo sottolineare come, al di là delle diverse tesi in ordine alla ragione d'essere teorica e pratica della psichiatria, la sopravvalutazione del paradigma delle certezze diagnostiche, e della possibilità di facilmente raggiungerle, si confronta con obiezioni, come quelle che sono venute esponendo, alle quali almeno nell' area di una psichiatria fenomenologica non è facile sottrarsi. Ma già la riflessione su questi rischi ci dovrebbe indurre a tenere ben presente la dilemmaticità della psichiatria: lacerata fra la sua connotazione scientifico-naturale e quella fenomenologica e antropologica. Benché la climax culturale, in cui viviamo, sia tale da farci temere che la naturalizzazione della psichiatria sia destinata, in un futuro vicino e lontano, a crescere e a dilatarsi. E nondimeno ci sono ancora spazi, direi, alla speranza che si possa giungere ad una qualche forma di conciliazione e di mediazione fra le due concezioni teoriche e pratiche della psichiatria.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association, (1983) *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- American Psychiatric Association, (2000) *DSM-IV-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- Basaglia, F., (1981) *Scritti*, I, 1953-1968, Einaudi, Torino.
- Basaglia, F., (2000) *Conferenze brasiliane*, Cortina, Milano.
- Bauman, Z., (2005) *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari.
- Binswanger, L., (1957) *Schizophrenie*, Neske, Pfullingen.
- Borgna, E., (1995) *Come se finisse il mondo*, Feltrinelli, Milano.
- Borgna, E., (2012) *Di armonia risuona e di follia*, Feltrinelli, Milano.
- Fabian, E., (2010) *Anatomie der Angst*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Haynal, A., (2011) Critiques des bases de la psychiatrie actuelle, in *Psychothérapies*, 31, pp.237-232.
- Jung, C. G., (1971) *Psicogenesi delle malattie mentali (1908- 1915)*, Boringhieri, Torino.

Schneider, K., (1962) Reine Psychiatrie, symptomatische Psychiatrie und Neurologie, in *Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 99, 1925, pp. 159-1966

Schneider, K., (2007) *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart.