

## La diagnosi psichiatrica: da strumento di sorveglianza a metodo di prevenzione?

Rosanna Tremante

Vorrei iniziare con due citazioni tratte da Freud e da Lacan.

Freud così scriveva nel 1913 nei *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*: “Far iniziare il trattamento con un periodo di prova siffatto di alcune settimane ha del resto anche una motivazione diagnostica. Molto spesso, quando si ha dinanzi a sé una nevrosi con sintomi isterici o ossessivi non eccessivamente pronunciati e di comparsa piuttosto recente [...] è necessario domandarsi se il caso non corrisponda invece allo stadio preliminare di una cosiddetta *dementia praecox* (schizofrenia secondo Bleuler, parafrenia secondo la mia proposta), destinata prima o poi a manifestarsi in un quadro clinico ben delineato. Contesto che sia sempre così facile operare questa distinzione. So che alcuni psichiatri non sono così esitanti nella diagnosi differenziale, ma mi sono convinto che altrettanto spesso essi sbagliano. Per lo psicoanalista però l’errore è più denso di conseguenze che per il cosiddetto psichiatra clinico. Infatti quest’ultimo sia in un caso che nell’altro non intraprende nulla da cui si possa trarre profitto; egli corre soltanto il rischio di commettere un errore teorico e l’interesse della sua diagnosi è meramente accademico. Lo psicoanalista invece in caso sfavorevole commette uno sbaglio pratico, si rende responsabile di un inutile dispendio e getta il discredito sul suo metodo terapeutico”.<sup>1</sup>

Nel 1967, un anno dopo la pubblicazione degli *Scritti*, Lacan è chiamato dappertutto per parlarne. In una conferenza rivolta a degli psichiatri gli viene domandato se parlerà di Clérambault. Lacan risponde: “Clérambault mi ha apportato delle cose. Mi ha insegnato semplicemente a vedere ciò che avevo davanti a me, un folle. Come si confà ad uno psichiatra, me l’ha insegnato interponendo tra me e ciò, un folle, che è tutto ciò che c’è di più inquietante al mondo in fin dei conti, una carinissima piccola teoria, il meccanicismo. Si interpone sempre quando si è psichiatri. Allora si ha di fronte un tipo che ha ciò che Clérambault chiamava <<automatismo mentale>>, cioè un tipo che non può fare un gesto senza che sia comandato [...]. Se non siete psichiatri, se avete semplicemente un’attitudine diciamo umana, intersoggettiva, simpatica, un tipo che vi racconta un trucco come questo, vi fa sudare freddo. [...] ma se voi avete decretato che si tratta dell’effetto di una specie di effetto meccanico da qualche parte, di qualcosa che vi solletica le circonvoluzioni cerebrali e che d’altronde nessuno ha mai visto, vedrete come ritornerete tranquilli”.<sup>2</sup>

A quale esigenza risponde la diagnosi psichiatrica?

---

<sup>1</sup> S. Freud, *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi* (1913-14), in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino 1975, vol. 7, pp. 334-5.

<sup>2</sup> J. Lacan, *Mon enseignement*, Seuil, Parigi 2005, pp. 35-36 (traduzione propria).

Mi sembra che vi siano diversi livelli di questa questione: da una parte vi è il mandante della diagnosi, che come la storia insegna, in campo psichiatrico, oltre al paziente, è viepiù lo stato, il potere costituito, turbato dalla follia e dal folle in quanto colui che non si adegua.

Dall'altra vi è l'esigenza a cui risponde. La diagnosi psichiatrica oltre a porsi tra il medico ed il paziente come una barriera che regola la relazione inscrivendola in alcuni binari, è anche uno strumento che lungo il percorso di questa disciplina ha manifestato il suo limite e al contempo il suo potere.

Occorre sottolineare che le diagnosi psichiatriche hanno rappresentato e rappresentano la via per accedere volontariamente o in modo coatto ai ricoveri, ai servizi, alle esenzioni, alle invalidità, per elencare solo alcune questioni. Esse sono uno strumento per la giustizia che se ne avvale per decretare o meno l'imputabilità di un reo, la sua pericolosità sociale, così come un trattamento sanitario obbligatorio comportando le misure cautelative e preventive del caso.

### **Alcuni cenni storici**

La storia della psichiatria dal punto di vista scientifico è abbastanza recente, in quanto solo a partire dalla fine del XVIII secolo e inizi del XIX, nel momento in cui grazie ad una congiuntura storica non qualsiasi, in seno alla medicina francese, il discorso clinico si istituzionalizza negli ospedali e nei manicomi o asiles, luoghi di segregazione-protezione dell'alienato mentale o, come veniva definito nel nord Italia, mentecatto. Si tratta di un'epoca in cui le diagnosi, a partire dalle quali avvenivano le suddivisioni nei vari padiglioni, si basavano sulle manifestazioni comportamentali, tanto che nei documenti del Regio manicomio piemontese si parla di fatui e furiosi, piuttosto che di imbecilli e di idioti.

In questo quadro avviene una svolta epistemologica che sulla scia dell'affermarsi del discorso scientifico toglie potere all'interpretazione magica e religiosa delle cause di tali malattie. Già nell'antichità l'ipotesi causale prevalente per le malattie mentali era quella mitico-religiosa fino a divenire possessione diabolica nel Medioevo, in particolare per le forme isteriche e le psicosi con delirio e allucinazioni, dominando sino a tutto il Seicento (ancora nel 1775, in Baviera, vi fu l'esecuzione di un'indemoniata).

Occorre citare qualche eccezione a questa ipotesi come rappresenta il pensiero di Ippocrate (460-377 a.C.) che si era posto in rottura con le credenze della sua epoca su una causalità mitico-religiosa delle malattie e su una terapeutica a cura dei sacerdoti. Così Ippocrate si esprime sull'epilessia:

“Circa il male cosiddetto sacro questa è la realtà. Per nulla – mi sembra – è più divino delle altre malattie o più sacro, ma ha struttura naturale e cause razionali: gli uomini tuttavia lo ritennero in qualche modo opera divina per inesperienza e stupore, giacché per nessun verso somiglia alle altre”.

L’operazione ippocratica, non nega un legame col divino, ma riporta il sintomo alla persona sganciandolo da intenzionalità esterne, che lasciavano all’individuo al massimo la colpevolezza di averle scatenate e il destino per questo di espiare.

Ippocrate colloca nel cervello l’attività intellettuale, forse per un’intuizione, laddove il teatro delle passioni umane era stato e sarà per secoli il cuore.

Scrivono Ippocrate: “Ed è a causa del cervello se impazziamo, e deliriamo, e ci insorgono incubi e terrori (sia di notte sia di giorno), e insonnia e smarrimenti strani, ed apprensioni senza scopo, e incapacità di comprendere cose consuete ed atti aberranti. E tutto ciò soffriamo per via del cervello, quand’esso non sia sano, bensì divenga più caldo o più freddo o più umido o più secco di quanto la sua natura comporti [...]. La pazzia consegue all’umidità: perché quando è innaturalmente umido, di necessità il cervello si muove, e muovendosi esso né vista né udito possono restare saldi, bensì vedono e odono ora questo ora quello, e la lingua esprime ciò che in ogni momento vedono e sentono [...]. La corruzione del cervello dipende dal flegma e dalla bile. Si potrà comprendere l’azione dell’uno e dell’altra così: chi è impazzito a causa del flegma resta tranquillo, non grida e non lancia clamori; chi invece a causa della bile, urla agisce male, è inquieto, compie gesti inopportuni. Se dunque la pazzia è continua, queste ne sono le cause; ma se insorgono terrori e paure, ciò è dovuto a un mutamento del cervello: e muta quando si riscalda: ed è riscaldato dalla bile quand’essa dal resto del corpo va al cervello lungo le vene del sangue [...]. Il malato è oppresso da un’angoscia senza motivo quando il cervello si raggela e si condensa in modo anormale: e ciò avviene a causa del flegma; quando ciò è avvenuto ne consegue anche la perdita della memoria [...]. Il cervello del resto si riscalda anche quando il sangue ci affluisce copioso e ribolle”.

La melanconia, terrore e depressione che perdurano a lungo, consegue ad un eccesso di nera (melaina) bile (cholé).

La logica delle attuali teorie della psichiatria biologica fondata sui neurotrasmettitori sembrano avere la stessa struttura logica.

E’ interessante notare a questo proposito che le maggiori svolte nel campo clinico sulla malattia mentale si sono avute con sindromi inspiegabili nel campo del sapere dominante. Per Ippocrate l’epilessia, per la nascita della psichiatria, con Pinel ed Esquirol, la follia e per la psicoanalisi con Freud, l’isteria.

Fondatore della psichiatria moderna è considerato proprio il francese Philippe Pinel, che comincia a interessarsi di problemi psichiatrici nel 1785 e diviene direttore del manicomio di Bicêtre nel 1793 e della Salpêtrière nel 1795.

Nel 1801 scrive quello che è considerato il primo vero trattato di psichiatria e l'atto di fondazione della disciplina stessa: il *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale) dove classifica, malattie mentali come: la melanconia, la mania, la demenza e l'idiotismo in base ad uno "scrupoloso attaccamento al metodo descrittivo, senza accettare supinamente alcun punto di vista esclusivo, alcun ordine sistematico" in base alle sue stesse parole.

Il suo più illustre allievo, J. Esquirol, completa la sua opera sistematica compilando le voci psichiatriche del Grande Dizionario Medico francese. Con Pinel ed Esquirol la nuova disciplina inizia ad acquisire una veste scientifica, la nosografia delle varie forme si chiarisce e si comincia a porre il problema della terapia in modo diverso dalla semplice custodia (spesso in condizioni inumane) o dall'esorcismo. La riorganizzazione e l'umanizzazione dei luoghi di ricovero è stato uno dei più grandi meriti di Pinel, passato alla storia come colui che ha tolto le catene agli alienati. Si è trattato innanzitutto di riconoscere alla follia, sottratta all'interpretazione demoniaca, una psicopatologia diversa da quella di matrice perversa e criminale, o dovuta alla semplice marginalità sociale.

Un importante contributo di Pinel ed Esquirol alla nuova disciplina è stato inoltre quello di aver dato la giusta importanza alle cause psichiche e alle influenze ambientali nella genesi delle malattie mentali. Si possono leggere nelle loro opere vari brani che contestano l'idea che si possa trovare nel cervello la causa dell'alienazione mentale. Scrive Pinel criticando le ipotesi di un medico che aveva effettuato varie autopsie su malati morti, ma per cause accidentali: "Su 36 autopsie fatte negli ospizi [...] non vedo quali insegnamenti se ne potrebbero trarre per l'alienazione mentale. Ho trovato, infine, una streatoma grossa come un uovo di pollo nella parte media del lobo destro del cervello. Si crederà forse che si tratti della testa di un alienato; ma mi affretto a prevenire un giudizio precipitoso, e posso assicurare che la persona in questione era emiplegica, che era caduta ancora una volta due mesi prima, battendo la testa, e che non ha mai manifestato il minimo scarto, la minima incoerenza nelle sue idee. Quali commenti e quali spiegazioni sarebbero stati fatti se questa persona fosse stata al tempo spesso alienata! Ecco un ulteriore motivo per essere circospetti e prudenti riguardo alle cause fisiche dell'alienazione mentale".

Pinel parla inoltre della *ripugnanza*, della paura, dell'exasperazione o della noia che i malati mentali possono ingenerare nel medico. Parla anche, d'altro canto, della *diffidenza* e della tenace ostinazione con cui i pazienti nascondono agli altri, e soprattutto al medico, il *segreto* che si cela nella loro follia,

nei loro deliri. Egli riconosce infine nel *candore* l'unico atteggiamento mentale che può consentire al medico di avvicinarsi ed entrare in contatto col malato, al fine di conoscere il segreto inconfessabile che si nasconde sotto la sua follia.

Coerentemente egli elabora la dottrina del “trattamento morale” (già applicata, ma solo empiricamente dagli alienisti inglesi) fondato sul riconoscimento che il folle non è semplicemente un “insensato”, ma un “alienato”, nella cui soggettività resta una parte di ragione mai del tutto smarrita con cui il medico può instaurare una relazione fondamentale per convincerlo ad abbandonare i suoi propositi deliranti.

Un altro psichiatra francese, B. A. Morel introduce nel 1857 il concetto di “degenerazione”, trasmissibile ereditariamente, come base delle malattie mentali.

Questo concetto non mancherà di investire anche ambiti come quello dell'antropologia, della criminologia (basti pensare a Lombroso) e perfino della letteratura, per arrivare ad orientare addirittura le politiche sanitarie ed eugenetiche di numerosi stati tra Ottocento e Novecento. Definita la degenerazione come deviazione patologica della specie, Morel insisterà soprattutto sui rischi della trasmissione per via ereditaria dei fenomeni patologici conseguenti e sui pericoli di degradazione, e addirittura di estinzione, della “razza”. Così concepita, tale teoria è stata a lungo il nucleo del sapere medico sulla follia e sull'anormalità, assegnando nuovi compiti alla psichiatria, sempre più orientata a svolgere funzioni di *dépistage*<sup>3</sup> e controllo delle popolazioni, alla ricerca dei fattori predisponenti, delle stigmate, delle sindromi, su cui intervenire per via di profilassi, con misure di carattere igienistico, e infine attraverso le pratiche eugenetiche, che in numerosi casi diventeranno anche leggi degli stati agli inizi del Novecento.

Un contributo fondamentale alla nosografia delle forme psichiatriche doveva però venire dalla scuola tedesca, e in particolare da E. Kraepelin. Questi, sulla base di un'enorme casistica, descrisse la psicosi maniaco-depressiva, la demenza precoce e la paranoia, individuandole come le più importanti psicosi. Kraepelin fornisce di queste importanti malattie una descrizione molto ricca e dettagliata, ma priva di interesse verso la soggettività del paziente e legata all'ipotesi fondante che la malattia abbia una causa organica.

---

<sup>3</sup> *Dépistage*: termine introdotto nel linguaggio medico per indicare la ricerca sistematica, in una popolazione più o meno estesa, dei soggetti affetti da una determinata malattia, soprattutto allo scopo di individuarne le forme iniziali e asintomatiche, a scopi di ricerca epidemiologica o per istituire una diagnosi precoce e una terapia tempestiva ed efficace. I soggetti interessati, che vengono individuati in genere per mezzo di esami semplici e di facile esecuzione, sono successivamente studiati con tecniche di indagine diagnostica più approfondite.

Il concetto di demenza precoce viene rivisto da E. Bleuler, che chiama nel 1911 questa forma “schizofrenia”, spostando l’attenzione dal decorso alla natura e all’organizzazione della sintomatologia. Titolare, a partire dal 1898 per una trentina d’anni, della cattedra di psichiatria al Burghölzli, di Zurigo, dove lavorava anche Jung, una delle istituzioni psichiatriche più avanzate e prestigiose d’Europa, nel sottoporre a profonda revisione la concezione kraepeliniana della demenza precoce, Bleuler incorpora per la prima volta nel corpus dottrinale e clinico della psichiatria l’insegnamento psicopatologico di Freud.

Per Bleuler, infatti, la schizofrenia si fonda su un fenomeno di scissione che provoca l’irruzione nella coscienza, attraverso allucinazioni e idee deliranti, di contenuti e processi normalmente inibiti e controllati dai meccanismi di difesa. Si afferma così una concezione psicogenetica dei sintomi psicopatologici che favorisce inoltre l’abbandono del rigido sistema nosografico di matrice kraepeliniana, con il suo correlato sul piano istituzionale e terapeutico: la sola reclusione.

Un altro filone che merita di essere menzionato è quello fenomenologico di K. Jaspers, anch’egli tedesco, che rappresenta in campo psichiatrico un nuovo modo di accostarsi alla follia ed al soggetto che ne fa l’esperienza e viene considerato fondatore, col suo testo pubblicato nel 1913, *Piscopatologia generale*, appunto della moderna psicopatologia, che sarà oggetto di un altro corso. Poche parole per dire che per Jaspers la follia cessa di essere un puro dato naturale, una costellazione di sintomi, un oggetto su cui altri hanno potere di decifrazione e di intervento, e viene concepita nella sua duplice natura di evento e di struttura che il medico dovrà innanzitutto “comprendere” a partire dalle forme di coscienza che i pazienti stessi hanno della propria condizione. Mi sembra questo un punto importante perché Lacan metterà in guardia gli psichiatri dal comprendere, all’inizio del seminario III sulle psicosi. Dal punto di vista nosografico possiamo prender nota di come la psichiatria all’inizio del secolo scorso assuma sostanzialmente la veste che le si riconosce oggi, salvo alcune differenze di non grande rilievo. Ma se da un lato si era ottenuto un chiarimento sostanziale su quali fossero le principali forme di interesse psichiatrico, di cui si possedevano anche descrizioni accurate e attendibili, dall’altro le conoscenze erano del tutto insufficienti sia per ciò che riguardava la terapia, sia per ciò che riguardava le cause delle malattie mentali.

Si era prodotta una sostanziale bipartizione delle teorie psichiatriche e di conseguenza dell’utilità diagnostica, tra teorie organicistiche che riconducono al sistema nervoso centrale la causa della malattia e teorie che sostengono che ammalata è la psiche o mente della persona.

Sulla scia organicistica l’inizio del XX secolo vede il proliferare di tentativi terapeutici fondati su ipotesi precarie. Lo scacco terapeutico sarà totale, ma ciò non impedirà il rapido diffondersi delle

tecniche in questione, terapie “invasive” quali la lobotomia, l’insulinoterapia, lo choc provocato col Metrazol o l’elettroshock introdotto nel 1938. Tali tecniche cominceranno ad essere abbandonate solo a partire dagli anni ’50, dopo le scoperte sugli effetti della clorpromazina, con cui si apre l’epoca dei neurolettici e della psicofarmacologia.

Un’epoca che se da una parte ha consentito un maggior controllo comportamentale ha dall’altra aperto la strada alla lotta all’istituzione manicomiale dell’antipsichiatria, fino alle importanti svolte politiche degli ultimi 30 anni. Una ricerca di ambiti alternativi di trattamento, accompagnata talvolta dalla visione della diagnosi psichiatrica come “etichetta” o “stigma sociale”, fino al rifiuto totale di ammetterne una qualche validità e una consistenza oggettiva.

Possiamo inoltre constatare che le importanti acquisizioni della medicina, quali l’evoluzione tecnologica in campo chirurgico, di laboratorio e di diagnostica per immagini di fine ‘800 inizio ‘900, hanno messo la psichiatria in una posizione scomoda, non in grado di fruire dei progressi conseguiti sul piano dell’operatività legata agli sviluppi scientifici della Evidence Based Medicine.

Nell’ambito della nascente psichiatria, con il fallimento della linea di ricerca rappresentata da Meynert, che fu tra l’altro maestro di Freud, e Westphal, basata sul reperimento di alterazioni dimostrabili nel sistema nervoso centrale, dopo gli eccessivi entusiasmi scatenati sulla scia dei risultati nella neurosifilide e nella demenza alcolica, oltre che negli studi sulla afasia, non rimane che accantonare un modello forte di malattia e virare verso *modelli deboli*, fondati sulla attenta e scrupolosa osservazione di un elevato numero di sofferenti psichici nel contesto ambientale dell’istituzione manicomiale.

Gli stessi studi sull’efficacia degli psicofarmaci, usati attualmente a fini diagnostici in base alla rispondenza del paziente, non hanno dato i risultati sperati, così come le ricerche di tipo genetico e le tecniche di neuroimaging (TC, RMN, PET ...), oltre agli sviluppi sull’EEG.

Ne consegue che, allo stato attuale, la definizione diagnostica in psichiatria si basa ancora largamente sulla rilevazione dei sintomi psicopatologici oltre che sulla valutazione delle varie componenti del quadro clinico (familiarità, decorso ...).

Nel frattempo si è passati dalle diagnosi *tipologiche* dei padri fondatori, che definivano con notevole capacità osservativa e descrittiva quadri clinici ideali da cui si potevano discostare più o meno i quadri clinici reali, a quelle *convenzionali* dei vari DSM che, con lo scopo dichiarato di favorire la comunicazione tra operatori diversi, operano di fatto una scomposizione e una frammentazione della clinica psichiatrica in innumerevoli quadri.

Gli psichiatri europei, negli ultimi decenni, hanno perso iniziativa e si sono ritrovati in pratica nel ruolo di fruitori di quanto avveniva oltre oceano. Il concetto di nevrosi è stato così accantonato, al pari

dell'isteria, della nevrastenia, delle parafrenie, della psicosi allucinatoria, della psicosi cicloide e della bouffée delirante in nome della difficoltà di ripetere tali diagnosi tra operatori diversi e senza domandarsi troppo se tali quadri avessero comunque un potere esplicativo maggiore o corrispondessero a condizioni di fatto diverse dalle altre che sono state accettate ed incluse nei DSM.

Si è teso a svalutare l'intuito, l'abilità dell'arte clinica in nome della protocollare rilevazione di una noiosa serie di criteri, teoricamente applicabile da parte di tutti, che portano di fatto all'ampliamento a dismisura di certe attribuzioni diagnostiche (vedi per esempio nel campo della depressione e dei disturbi di personalità) con conseguenze molteplici e disparate (sia nella definizione della necessità di impostare un trattamento che nella attribuzione o meno di infermità mentale in contesti forensi).

Molto in voga sono attualmente i concetti di comorbidità e di spettro, che sono fondamentalmente un abdicare dalla funzione diagnostica che passa dalle categorie alle dimensioni.

Allen Frances, professore emerito alla Duke University negli Stati Uniti, famoso per aver diretto la quarta edizione del Diagnostic and statistical manual of mental disorders, così si esprime sulla quinta edizione: "Assisto a un'inflazione diagnostica, che fa aumentare il numero dei disturbi da manuale, particolarmente per i bambini. La medicalizzazione della normalità e delle differenze individuali ha portato all'uso eccessivo di trattamenti psicofarmacologici e all'ulteriore discriminazione del paziente psichiatrico. Anche perché i medici sono sempre meno abituati alla diagnosi clinica, quella che oltre ai manuali guarda al rapporto individuale col paziente. Tra le ultime mode dei disturbi ci sono il deficit d'attenzione, il bipolarismo infantile, l'autismo. Le cure più abusate per queste sindromi sono antipsicotici atipici dai possibili effetti collaterali".

L'inflazione diagnostica possiamo domandarci se è quella che ha prodotto lo spostamento dalla malattia mentale al paradosso della salute mentale. La psichiatria sembra che si occuperà sempre più di questo campo in un'ottica preventiva. I nuovi campi di ricerca, ed anche di mercato (se si pensa alle vaccinazioni), vanno nella direzione di studiare statisticamente il rischio di contrarre una malattia mentale. Si medicalizza così il rischio, la vulnerabilità fino a medicalizzare la condizione umana stessa, basti pensare, e su questa nota concludo, al percorso scientifico compiuto dalla tristezza, trasformata da condizione umana a sindrome del secolo.